

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMcm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 1 DE 35			

FECHA DEL CAMBIO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	JUSTIFICACIÓN DEL CAMBIO	VERSIÓN
25/09/2023	Elaboración del documento	No Aplica	1

TABLA DE CONTENIDO

FECHA DEL CAMBIO	1
1 OBJETIVO	2
2 ALCANCE Y AMBITO DE APLICACIÓN	2
3 RESPONSABLES.....	3
4 PROCESOS INVOLUCRADOS.....	3
5 SOPORTE LEGAL Y DOCUMENTAL	3
6 DEFINICIONES	5
7 DESARROLLO	11
7.1 APROBACIÓN	11
7.2 DIVULGACIÓN	11
7.3 RECURSOS SARLAFT/PADM	12
7.4 INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	12
7.5 FUNCIONES DE ORGANOS DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL	12
7.5.1 Junta Directiva	13
7.5.2 Comité Institucional de Gestión del Riesgo	14
7.5.3 Oficial de Cumplimiento.....	15
7.5.4 Control Interno.....	17
7.5.5 Revisor Fiscal	17
7.6 MEDIDAS DISCIPLINARIAS.....	17
7.7 ESTRUCTURA SARLAFT/PADM	18
7.7.1 ETAPAS SARLAFT/PADM	18
7.7.2 METODOLOGÍA.....	19
7.8 ELEMENTOS.....	22
7.8.1 Políticas.....	22
Compromiso de Confidencialidad de la Información.....	25
Compromiso con la circulación y divulgación de la información	26

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCM04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 2 DE 35			

Compromiso con Proveedores de bienes y servicios	26
Compromiso en la relación con otros entes del sector salud.....	26
Compromiso en la relación con los Entes de Control	26
Compromiso con la Transparencia.	26
Política Gestión De La Tecnología.....	27
Responsabilidad Penal	27
7.9 PROCEDIMIENTOS.....	27
7.9.1 Debida diligencia en el conocimiento de las contrapartes, proveedores y terceros en general, respaldo documental.....	27
7.9.2 Conocimiento de los clientes y usuarios.....	28
7.9.3 Conocimiento de Personas Expuesta Públicamente.	29
7.9.4 Conocimiento de trabajadores, empleados o proveedores.....	30
7.9.5 OPERACIONES SOSPECHOSAS.....	30
7.10 CAPACITACIÓN	33
7.11 REPORTES	34

1 OBJETIVO

Establecer y dar los lineamientos adoptados para la implementación eficiente y oportuna del sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva de la Empresa Social Del Estado Salud del Tundama.

2 ALCANCE Y AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Manual es de obligatorio cumplimiento para los colaboradores, representantes, órganos directivos, sociedades médicas, proveedores externos y/o toda persona jurídica o natural con la que se tenga vínculo vigente que suponga la inyección de recursos o suministro de bienes y servicios a cualquier título, en cumplimiento con lo establecido en la Política de Gestión de Riesgo.

También es aplicable a los usuarios particulares y sus pagadores que requieran los servicios ofertados por la Empresa Social Del Estado Salud del Tundama, cuando el pago de éstos se realice directamente con recursos propios (Transacciones en efectivo) y no a través de un sistema de aseguramiento obligatorio y/o voluntario.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMcm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 3 DE 35			

3 RESPONSABLES

Gerencia, Junta Directiva, Oficial de cumplimiento, Control Interno, Revisor Fiscal, Líderes de proceso, colaboradores.

4 PROCESOS INVOLUCRADOS

Procesos estratégicos y de apoyo y Macroproceso misional.

5 SOPORTE LEGAL Y DOCUMENTAL

Ley 526 de 1999 (Sentencia C 851 de 2005)

Crea la Unidad de Información y Análisis Financiero UIAF adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, establece su naturaleza jurídica, define su marco de acción, determina sus funciones e instituye su estructura orgánica, esta ley fue modificada por la Ley 1121 de 2006 por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones.

Decreto 1497 de 2002

Actualmente compilado en el Decreto Único Reglamentario 1068 de 2015 Sector Hacienda y Crédito Público, En la PARTE 14 señalo las disposiciones relacionadas con la Unidad de Información y análisis financiero UIAF, dispuso que las entidades públicas y privadas pertenecientes a sectores diferentes al financiero, asegurador y bursátil, están obligadas a reportar a la UIAF cualquier información relevante sobre el manejo de fondos cuya cuantía o características no guardan relación con la actividad económica de sus clientes y/o vinculados (Operaciones sospechosas).

Resolución 285 de 2007

Comercio Exterior Por la cual se impone a los depósitos públicos y privados; sociedades de intermediación aduanera; sociedades portuarias; usuarios de zona franca; empresas transportadoras; agentes de carga internacional; usuarios aduaneros permanentes y usuarios altamente exportadores, la obligación de reportar de manera directa a la Unidad de Información y Análisis Financiero.

Resolución UIAF 212 de 2009

Por la cual se adiciona a la Resolución 285 de 2007 de la UIAF obligación de reporte ausencia de operaciones sospechosas y transacciones en efectivo. Los sujetos obligados deben tener en cuenta que a partir del Decreto 2883 de 2008, las sociedades de Intermediación Aduanera ahora se denominan Agencias de Aduanas.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMcm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 4 DE 35			

Ley 1438 de 2011

Determinó el alcance de la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) sobre los sujetos vigilados y la forma en que se fortalece dicho mecanismo.

Ley 1474 de 2011

denominada Estatuto Anticorrupción que prevé la creación del Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y dispuso que la Superintendencia Nacional de Salud SNS debe definir para sus sujetos vigilados las medidas preventivas para su control, así como los indicadores de alerta temprana, incluyendo indicadores que permitan la identificación, prevención y reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude en el SGSSS, y, que de no cumplirse sería sancionado conforme al Página 5 de 29 artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, por lo que las entidades vigiladas del sector salud tienen que implementar y administrar entre otros riesgos, el riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT).

Política Nacional Contra el Lavado de Activos La Política ALA/CFT

En Colombia está contenida dentro de la Política Pública Nacional, comprendida en el Plan Nacional de Desarrollo (PND). En las bases del último PND 2018-2022 "Pacto por Colombia pacto por la equidad", se presentan estrategias claras para la lucha del lavado de activos y la financiación del terrorismo.

Circular Externa 00009 del 21 de Abril del 2016

Mediante la cual se imparte instrucciones relativas al sistema de administración del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo (SARLAFT), 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 los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud, en particular a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado, a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas y privadas de los grupos C1, C2 y D1 definidos en la Circular Externa 018 de Septiembre de 2015 y normas que la modifiquen o sustituyan, a las Empresas de Medicina Prepagada y a las entidades que prestan Servicios de Ambulancia Prepagada.

Circular Externa 202117000000055: Establece instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMcm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 5 DE 35			

Circular externa 2021170000004-5 de 2021: por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos.

6 DEFINICIONES

Alta Gerencia: Personas del más alto nivel jerárquico en el área administrativa o corporativa de la entidad. Son responsables del giro ordinario del negocio de la entidad y encargadas de idear, ejecutar y controlar los objetivos y estrategias de la misma. Se incluyen también el director general o presidente ejecutivo y el Contralor Interno.

Beneficiario Final: Se refiere a la(s) persona(s) natural(es) que finalmente posee(n) o controla(n) a un cliente y/o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción, incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona jurídica u otra estructura jurídica.

Cliente y/o contraparte: Es toda persona natural o jurídica con quien la Entidad formaliza una relación contractual o legal, sea contratista, proveedor, suministro de medicamentos e insumos, contratos de red de prestadores, compradores y/o cualquier figura contractual que suponga inyección efectiva de recursos, como lo son los afiliados a los planes voluntarios de salud.

Debido a la obligatoriedad del aseguramiento y la prestación de servicios de salud por parte de las EPS y prestadores, no se consideran como clientes y/o contrapartes los usuarios (afiliados) de las EPS, ni los pacientes de las IPS cuyos servicios sean cancelados efectivamente por algún tipo de seguro [7] (Plan Obligatorio de Salud, Sistema de Riesgos Laborales y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), Planes Adicionales de Salud, entre otros). Es así que, para estos casos, no será necesario la identificación del usuario.

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

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

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMcm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 6 DE 35			

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

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

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

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

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

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

Listas nacionales e internacionales: Relación de personas que de acuerdo con el organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo, como lo son las listas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, que son vinculantes para Colombia. Adicionalmente, pueden ser consultadas por Internet u otros medios técnicos las listas OFAC, Interpol, Policía Nacional, entre otras.

Máximo Órgano Social: Es el máximo órgano de gobierno de la entidad. Es la Asamblea General o quien haga sus veces y puede variar su denominación según la figura jurídica de la que se trate. Se conforman por accionistas en caso de una sociedad comercial por acciones, por socios en las sociedades comerciales con cuotas o partes de interés, por asociados en caso de las organizaciones de economía solidaria, por afiliados en caso de una caja de compensación familiar que cuentan con autorización para operar programas de salud. Su principal función es velar por el cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad, mediante la realización de asambleas, que puede darse de manera ordinaria o extraordinaria, según lo establece el Código de Comercio o la norma que regule cada tipo especial de la entidad y los estatutos.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCM04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 7 DE 35			

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

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

Es un funcionario de mínimo segundo nivel jerárquico dentro de la Entidad, que depende directamente del Órgano de Administración o Dirección dentro de la estructura organizacional y funcional de la entidad, y, es nombrado por la Junta Directiva o quien haga sus veces. A su vez, es el encargado de realizar los reportes a la UIAF y a la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho funcionario podrá ser nombrado con la entrada en vigencia de la presente Circular o su función podrá ser delegada a un funcionario ya existente en la entidad vigilada, siempre y cuando reúna las condiciones ya reseñadas y las señaladas en el numeral 6.2.1 de esta Circular, nombrándolo como cargo adjunto o de desempeño alterno a otra función que realice en la entidad.

Para el caso de los grupos empresariales oficialmente reconocidos, se puede nombrar a un mismo Oficial de Cumplimiento para todo el grupo, siempre y cuando este sea funcionario de alguna de las entidades que conforman dicho grupo y que reúna las condiciones ya reseñadas y las señaladas en el numeral 6.2.1 de esta Circular, nombrándolo como cargo adjunto o de desempeño alterno a otra función que desempeñara en la entidad.

Omisión de Denuncia de particular: Consiste en tener conocimiento de la comisión de los delitos señalados en el artículo 441 del Código Penal y no denunciarlos ante las autoridades competentes.

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

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 8 DE 35			

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

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

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

Órgano de Administración o Dirección: Es la Junta Directiva o quien haga sus veces y puede variar su denominación según la figura jurídica de la que se trate. En organizaciones de economía solidaria, se denomina consejo de administración. En el caso de las cajas de compensación familiar, se Denomina Consejo Directivo. Estos consejos directivos se apoyarán de un Comité de Dirección de EPS, integrado por un subconjunto de los miembros del Consejo Directivo e invitados externos. Sus principales funciones son la de dirigir y representar a la entidad en la gestión técnica, administrativa y financiera, logrando realizar los objetivos y estrategias de la misma. Asimismo, establecer los principios y procedimientos para la selección de sus miembros, sus funciones y responsabilidades, la forma de organizarse, deliberar y las instancias para evaluación y rendición de cuentas.

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

Personas Expuestas Públicamente (PEP): Son personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre estos o gozan o gozaron de reconocimiento público. Las PEP extranjeras son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas prominentes en otro país, como por ejemplo los Jefes de Estado o de Gobierno, políticos de alto nivel, funcionarios gubernamentales o judiciales de alto nivel o militares de alto rango, ejecutivos de alto nivel de corporaciones estatales, funcionarios de partidos políticos importantes. Las PEP domésticas son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas internamente, a los cuales les aplica los mismos ejemplos que las PEP extranjeras mencionadas

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCM04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 9 DE 35			

anteriormente. Las personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones prominentes por una organización internacional se refiere a quienes son miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la Junta o funciones equivalentes.

La definición de PEP no pretende cubrir a individuos en un rango medio o más subalterno en las categorías anteriores.

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

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

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

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

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

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

Riesgo Operativo: En el marco de SARLAFT, es la probabilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad al incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, por fraude y corrupción, o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

Riesgo Reputacional: En el marco del SARLAFT, es la posibilidad de pérdida en que incurre una entidad por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, verdadera o no, respecto de la institución y sus prácticas de negocios, que cause una disminución de su base de clientes, disminución de los negocios o ingresos, o incurrir en procesos judiciales.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCM04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 10 DE 35			

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

Riesgo Neto o Residual: Es el nivel resultante del riesgo después de la aplicación de los mecanismos de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.

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

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

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

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

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

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

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMcm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 11 DE 35			

7 DESARROLLO

La Empresa Social del Estado Salud del Tundama establece el compromiso desde el direccionamiento estratégico de la lucha contra el lavado de activos, financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva a través de la implementación del Manual Del sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/FPADM) para ser garantes como Empresa Social del Estado, con prestación de servicios de baja Complejidad de la implementación del sistema para prevenir ser usada directa o indirectamente a través de la naturaleza de las actividades como un instrumento para la realización de operaciones ilícitas que permitan el lavado de activos o financiación del terrorismo así como dar apariencia de legalidad de los recursos generados de dichas operaciones o la canalización de los mismos para la realización de lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

La institución a través del Manual de Integridad, Código de Buen Gobierno, Programa de Responsabilidad Social Empresarial, Política de Gestión del Riesgo, Procedimiento de Gestión del Riesgo, Programa de Gestión del Riesgo “Tundamito Preventivo-Prevenir es no arriesgar”, demás políticas institucionales alineadas dentro del marco de la normatividad legal vigente y lo adoptado mediante la Circular externa N°000009 de 31 de Abril de 2016 y la Circular Externa 202117000000055 del 17 de Septiembre de 2021, promueve e implementa el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva SARLAFT/FPADM.

7.1 APROBACIÓN

El presente Manual fue revisado y socializado en el Comité Institucional de Gestión del Riesgo y por la Junta Directiva y aprobado por gestión gerencial.

7.2 DIVULGACIÓN

El Manual SARLAFT/FPADM se encuentra disponible en la página WEB Institucional <https://www.saludtundama.gov.co/new/>, aplica para los colaboradores, líderes de proceso, equipo directivo, proveedores externos o toda persona natural o jurídica con la que se tenga vinculo vigente y presente inversión de recursos, bienes o servicios de cualquier título.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 12 DE 35			

7.3 RECURSOS SARLAFT/PADM

La institución cuenta con recursos tecnológicos, informáticos, presupuestales y humanos para la implementación y operativización del sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/FPADM):

Recursos Humanos:

- Asignación de funciones a la Junta Directiva.
- Designación del Oficial de Cumplimiento por parte de la Junta Directiva.
- Designación del Suplente de Oficial de Cumplimiento por parte de la Junta Directiva según lo descrito en la Circular externa N°000009 de 31 de Abril de 2016.
- Gestión de Mejoramiento Continuo como herramienta para el seguimiento a la gestión de la calidad.
- Gestión del Talento Humano.

Recursos tecnológicos:

- Gestión tecnológica institucional para la implementación del sistema.

Recursos Informáticos:

- Gestión informática institucional para la implementación y desarrollo del sistema de administración del riesgo a través de los Software Institucionales como herramientas para el seguimiento de las actividades y operaciones institucionales.

7.4 INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

La Institución cuenta con el Software de Gestión Integral Almera, el cual permite realizar la gestión de las matrices de riesgos de SARLAF/FPADM de acuerdo a la metodología institucional documentada en el Procedimiento de Gestión del Riesgo: identificación, análisis, evaluación, tratamiento y seguimiento, así mismo permite la evaluación de acuerdo a la escala de probabilidad e impacto. Dentro de la gestión de los riesgos de acuerdo a las matrices establecidas y representadas en el mapa de calor según la zona de ubicación, permite el seguimiento a los planes de acción generados y verificar la efectividad de cada uno de ellos, de acuerdo a lo implementado y gestionado por cada líder responsable del plan de acción.

El avance en la ejecución de los planes de acción es socializado en el Comité Institucional de Gestión del Riesgo de manera mensual. Así mismo el Software de Gestión Integral Almera permite registrar las actas y el desarrollo de cada comité.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMcm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 13 DE 35			

7.5 FUNCIONES DE ORGANOS DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL

7.5.1 Junta Directiva

- Hacer seguimiento para que la Gerencia apruebe, socialice, implemente y evalúe el cumplimiento las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que harán parte del SARLAFT/FPADM.
- Hacer seguimiento para que la Gerencia apruebe, socialice, implemente y evalúe el cumplimiento del manual de procedimientos y sus actualizaciones.
- Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT/FPADM, 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, consultorías, y lo necesario para mantener la operación del SARLAFT/FPADM en la compañía y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento y su equipo.
- Designar al Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente. La Junta Directiva dará a conocer el nombramiento del Oficial de Cumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud, indicando nombre, profesión, cargo adjunto o de desempeño alterno (si procede), teléfonos de contacto y correo electrónico. Esta información y su respectiva actualización o modificación, deberá realizarse a través del módulo de datos generales o aplicativos de reporte de información que la Superintendencia Nacional de Salud disponga para ellos. En el caso de las entidades públicas la designación se realizará de acuerdo a los términos de Ley que les aplique.
- Incluir en el orden del día de sus reuniones, la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento, por lo menos una vez al año o cuando éste lo determine necesario.
- Pronunciarse sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal y realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas.
- Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y Reporte de las Operaciones Sospechosas (ROS).
- Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo del SARLAFT/FPADM.
- Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de las operaciones inusuales.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMcm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 14 DE 35			

7.5.2 Comité Institucional de Gestión del Riesgo

- Presentar, socializar y aprobar las políticas de la institución en materia de administración de riesgos, que puedan afectar los objetivos institucionales.
- Presentar, socializar y aprobar el Código de conducta y buen gobierno, el sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del sistema integrado de gestión de riesgos.
- Presentar los informes internos para el reporte del sistema y subsistemas de gestión del riesgo, especialmente los prioritarios que se van a presentar a diferentes áreas de la institución.
- Presentar el marco legal de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo de los riesgos prioritarios.
- Objetar la realización de aquellas operaciones o actividades que no cumplan con la política de gestión del riesgo o sobrepasen el límite de los riesgos establecidos por la institución y presentar planes de contingencia en caso de presentarse escenarios extremos.
- Elaborar y presentar los informes periódicos relacionados con los niveles de riesgo asumidos por la institución, así como las medidas correctivas aplicadas para el cumplimiento de los límites de los riesgos establecidos de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- Presentar el diseño de metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección a la exposición como mínimo a los riesgos prioritarios en los casos que aplique.
- Diseñar y presentar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión del riesgo de acuerdo a las metodologías según su clasificación institucional, incluyendo todas las etapas para cada uno de los riesgos identificados, promoviendo su continuo fortalecimiento promoviendo la toma de decisiones en función de la selección e implementación de las estrategias para el tratamiento y control de los riesgos.
- Velar por el desarrollo efectivo, eficiente y oportuno de los controles establecidos para cada uno de los riesgos identificados, de acuerdo a su clasificación.
- Presentar a la junta directiva el cumplimiento de las estrategias y políticas generales relacionadas con el SARLFAT/FPADM y el SICOE.
- Presentar la evaluación periódica del SICOE que realicen los órganos de control.
- Presentar los informes periódicos realizados por el Oficial de Cumplimiento en relación al seguimiento realizado al SARLFAT/FPADM y el SICOE.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCM04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 15 DE 35			

- Evaluar y formular a la Junta Directiva, los ajustes o modificaciones necesarias a la política de gestión del Riesgo, presentada y diseñada por el liderazgo de gestión del riesgo.
- Evaluar y proponer a la Junta Directiva, el manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica de la política de gestión del riesgo aprobada para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre los procesos y objetivos que establece la institución.
- Evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes, presentadas y diseñadas por el liderazgo de gestión del riesgo.
- Presentar a la junta directiva los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso en que se apliquen y el plan de acción a ejecutar de acuerdo a los resultados obtenidos o desviaciones encontradas para informarlo a la Junta Directiva.
- Presentar a la junta directiva el comportamiento y los niveles de exposición de la institución a cada uno de los riesgos, así como las actividades objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de por procesos.
- Presentar a la junta directiva las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), actividades poco convencionales o por fuera de lo establecido en la institución.
- Validar e informar a la Junta Directiva, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

7.5.3 Oficial de Cumplimiento

- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el SARLAFT/FPADM.
- Elaborar y desarrollar los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación del SARLAFT.
- Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones que realiza la institución.
- Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realiza la institución.
- Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 16 DE 35			

- Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT de la institución.
- Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de LA/ FT y velar por su cumplimiento.
- Proponer a la Junta Directiva los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas del SARLAFT.
- Proponer a la administración la actualización del manual de procedimientos y velar por su divulgación a los funcionarios.
- Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte de estas dos últimas a la UIAF.
- Realizar todos los reportes a la Superintendencia Nacional de Salud, incluidas las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos.
- Mantener actualizados los datos de la institución y el oficial de cumplimiento con la UIAF, utilizando los canales de comunicación correspondientes.
- Informar a la UIAF cualquier cambio de usuario del Sistema de Reporte en Línea (SIREL).
- Gestionar adecuadamente los usuarios del Sistema de Reporte en Línea (SIREL).
- Revisar los documentos publicados por la UIAF en la página web como anexos técnicos, manuales y utilidades que servirán de apoyo para la elaboración de los reportes.
- Diseñar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT.
- Analizar los informes presentados por la auditoría interna o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas de SARLAFT/FPADM.
- Elaborar y someter a la aprobación de la Junta Directiva o el órgano que haga sus veces, los criterios objetivos para la determinación de las operaciones sospechosas, así como aquellos para determinar cuáles de las operaciones efectuadas por usuarios serán objeto de consolidación, monitoreo y análisis de operaciones inusuales.
- Consultar, monitorear y revisar con la debida diligencia las listas sobre sanciones financieras dirigidas del consejo de seguridad de las Naciones Unidas aqueden lugar a posibles vínculos con delitos relacionados con LA/FT, de encontrar algún vínculo con alguna persona natural o jurídica relacionada con la institución, el oficial de cumplimiento deberá informar sobre este punto en particular a la fiscalía general de la Nación.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCM04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 17 DE 35			

7.5.4 Control Interno

- Revisar y aprobar el Manual y políticas del SARLAFT/FPADM previo a la presentación de la Junta Directiva.
- Validar e informar a la Junta Directiva y presidencia, el avance en los planes de acción y de mejoramiento para la adopción de medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas.
- Evaluar, analizar y aprobar las vinculaciones, contratos u operaciones de cualquier naturaleza que la institución pretenda utilizar con personas naturales y jurídicas que presenten señales de alerta.
- Definir el plan de acción o actuación cuando contrapartes con vinculación y operaciones vigentes presenten señales de alerta.
- Autorizar las excepciones en la debida diligencia del conocimiento de las contrapartes.

7.5.5 Revisor Fiscal

- Cerciorarse que las operaciones, negocios y contratos que celebre o cumpla la institución, revisando que se ajustan a las instrucciones y políticas aprobadas por la junta directiva.
- Presentar mínimo de forma anual a la Junta Directiva informe de cumplimiento o incumplimiento a las disposiciones contenidas en el SARLAFT/FPADM.
- Poner en conocimiento del Oficial de Cumplimiento, las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación del SARLAFT/FPADM de los controles establecidos.
- Rendir los informes sobre el cumplimiento a las disposiciones contenidas en la normatividad vigente solicite la Superintendencia Nacional de Salud.

7.6 MEDIDAS DISCIPLINARIAS

Los colaboradores de la institución que sean vinculados a una investigación por acciones u omisiones respecto al incumplimiento de los lineamientos y normas de comportamiento contenidos en el Manual código de integridad EGPOm01-20 relacionados con las buenas prácticas corporativas de SARLAFT y SICOE, el presente manual y cualquier omisión del deber de denuncia, el intento o la materialización de este tipo de conductas en materia de LA/FT/FPADM y la no aplicación de lo dispuesto en este manual, dará lugar a la ejecución de las medidas administrativas previstas, sin perjuicio de las consecuencias judiciales a que haya lugar.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 18 DE 35			

7.7 ESTRUCTURA SARLAFT/PADM

La Empresa Social del Estado Salud del Tundama cuenta con el Sistema de Administración Del Riesgo De Lavado De Activos, Financiación Del Terrorismo y Financiación de la Proliferación De Armas De Destrucción Masiva- SARLAFT/FPADM alineado al Programa Institucional de Gestión del Riesgo, en el cual a través de la línea 4 denominada “Gestionando Riesgos SARLAFT/FPADM” se realiza la gestión de los riesgos identificados mediante la metodología definida en el Procedimiento Institucional de Gestión del Riesgo con el objetivo de gestionar los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo través de la implementación del sistema de administración de riesgos para la prevención y el control de la adecuada gestión del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo ajustado a la naturaleza de las actividades que se realizan en desarrollo y cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales.

7.7.1 ETAPAS SARLAFT/PADM

En la metodología descrita se establecen 4 etapas para el SARLAFT/FPADM que se describen a continuación:

IDENTIFICACIÓN

Para la identificación de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo se deben segmentar los factores de riesgo de acuerdo al desarrollo de las actividades de cada proceso junto a cada líder, considerando cada factor de riesgo como una señal de alerta definida de acuerdo a la normatividad legal vigente gestionada mediante la implementación de sistema de administración de riesgos con el objetivo de combatir los riesgos y efectos potenciales.

Se deben tener en cuenta para la identificación de los riesgos las señales de alerta como hechos, situaciones, eventos, razones financieras y demás información que se pueda determinar cómo relevante.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

Se cuenta con un procedimiento de gestión del riesgo EGMCP08-110, el cual describe la metodología de identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos SARLAF/FPADM a través de la metodología de análisis de probabilidad e impacto del riesgo inherente para cada uno de los riesgos identificados, donde se realiza el análisis de la probabilidad con las causas o factores de riesgo identificados y el impacto relacionado con las consecuencias en caso de materialización del riesgo.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 19 DE 35			

TRATAMIENTO

De acuerdo a la evaluación de cada riesgo se asume en total de riesgos identificados para mitigar el riesgo y asignar los controles o se transferirán en caso de que así se requiera. Los controles de los riesgos asumidos deben ser efectivos para mitigar la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados junto con los planes de acción para evaluar su efectividad.

SEGUIMIENTO A RIESGOS

Mecanismo de autocontrol realizado por el líder del proceso a la efectiva implementación de sus controles, en caso de materialización de un riesgo que esté en gestión se debe reportar al correo del líder de gestión del riesgo, con el fin de alimentar la matriz del riesgo y generar acciones que permitan disminuir la probabilidad de materializarse nuevamente.

- Desde el liderazgo de gestión del riesgo a través del seguimiento de manera mensual, se realiza la verificación de la ejecución de los controles asignados a los riesgos asumidos a reducir según cada proceso.
- Desde control interno como parte de la auditoria interna, el cual debe evaluar minino semestralmente la efectividad y cumplimiento de los controles generados, con el fin de determinar posibles deficiencias e informar los resultados al oficial de cumplimiento y junta directiva.
- Desde revisor fiscal para la implementación de los controles establecidos para SARLAFT/FPADM.
- En el comité de gestión del riesgo por parte del líder de gestión del riesgo a la efectiva implementación de los controles de los riesgos asumidos a reducir como altos y extremos, así como la socialización de los riesgos materializados y planes de mejora generados.

7.7.2 METODOLOGÍA

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS

Para la identificación de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo se deben segmentar los factores de riesgo de cada proceso de acuerdo al desarrollo de las actividades de cada proceso junto a cada líder de proceso, considerando cada factor de riesgo como una señal de alerta definida de acuerdo a la normatividad legal vigente gestionada mediante la implementación de sistema de administración de riesgos con el objetivo de combatir los riesgos y efectos potenciales.

Se deben tener en cuenta para la identificación de los riesgos las señales de alerta como hechos, situaciones, eventos, razones financieras y demás información que se pueda determinar cómo relevante.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCM04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 20 DE 35			

Identificación de las causas que lo preceden teniendo en cuenta que estas son circunstancias o situaciones sobre las cuales se presenta el riesgo, es decir, lo que puede ocurrir o el por qué podría ocurrir.

Identificación de consecuencias potenciales, esto es lo que puede ocurrir en caso de materialización del riesgo.

ANÁLISIS DE LOS RIESGOS

El análisis de los riesgos se realiza con la metodología de probabilidad e impacto para realizar la evaluación y posterior ubicación de acuerdo a la clasificación del riesgo en el mapa de calor.

Probabilidad: la posibilidad de que surja el evento asociado a las causas de riesgo, esto de acuerdo con los controles identificados entre más efectivo sea el control existente menor es la probabilidad que surja el evento y viceversa.

Cod	Nombre	Descripción	Peso
1	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	5
2	Probable	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	4
3	Posible	El evento podría ocurrir en algún momento	3
4	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	2
5	Raro	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales	1

Impacto: es asociado a la consecuencia en caso de que el riesgo se materialice vista en término de organización, proceso y persona.

Cod	Nombre	Peso
1	Insignificante	1
2	Menor	2
3	Moderado	3
4	Mayor	4
5	Catastrofico	5

EVALUACIÓN DEL RIESGO

De acuerdo con el resultado del análisis de probabilidad e impacto se determina la zona de riesgo inherente y se registra en el mapa de calor. El registro del nivel de riesgo residual es el resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMcm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 21 DE 35			

Raro	Baja	Baja	Baja	Moderada	Alta
Improbable	Baja	Baja	Moderada	Alta	Alta
Posible	Baja	Moderada	Alta	Alta	Extrema
Probable	Moderada	Alta	Alta	Extrema	Extrema
Casi seguro	Alta	Alta	Extrema	Extrema	Extrema
	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrofico

De acuerdo a la valoración de los controles según los atributos de cada uno la gestión del riesgo residual será:

0-20% riesgo catastrófico: Replantear los controles de acuerdo con las causas del riesgo en un plazo no mayor a 6 meses.

21-50% riesgo alto: Replantear los controles de acuerdo con las causas del riesgo en un plazo no mayor a 12 meses.

51-70% riesgo medio: Hacer seguimiento a la ejecución de los controles ya existentes.

71-100% riesgo bajo: Mantener los controles existentes como estándar organizacional.

TRATAMIENTO DEL RIESGO

De acuerdo a la evaluación de cada riesgo se asumirán en total de riesgos identificados para mitigar el riesgo y asignar los controles o se transferirán en caso de que así se requiera.

Los controles de los riesgos asumidos deben ser efectivos para mitigar la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados junto con los planes de acción para evaluar su efectividad.

ESTRUCTURA PARA LA DEFINICIÓN DE CONTROL

Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.

Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.

SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS

Mecanismo de autocontrol realizado por el líder del proceso a la efectiva implementación de sus controles, en caso de materialización de un riesgo que esté en gestión se debe reportar al correo del líder de gestión del riesgo, con el fin de alimentar la matriz del riesgo y generar acciones que permitan disminuir la probabilidad de materializarse nuevamente.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMcm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 22 DE 35			

Desde el liderazgo de gestión del riesgo a través del seguimiento de manera mensual, se realiza la verificación de la ejecución de los controles asignados a los riesgos asumidos a reducir según cada proceso.

En el comité de gestión del riesgo por parte del líder de gestión del riesgo a la efectiva implementación de los controles de los riesgos asumidos a reducir como altos y extremos, así como la socialización de los riesgos materializados y planes de mejora generados.

Desde control interno como parte de la auditoria interna, el cual debe evaluar minino semestralmente la efectividad y cumplimiento de los controles generados, con el fin de determinar posibles deficiencias e informar los resultados al oficial de cumplimiento y junta directiva.

Desde revisor fiscal para la implementación de los controles establecidos para SARLAF/PADM.

7.8 ELEMENTOS

7.8.1 Políticas

Describen los lineamientos que rigen en la Empresa Social del Estado Salud del Tundama para la implementación del Sistema De Administración Del Riesgo De Lavado De Activos, Financiación Del Terrorismo y financiación de la Proliferación De Armas De Destrucción Masiva- SARLAFT/FPADM

Consideraciones Generales:

- La institución asume el compromiso de adelantar las acciones necesarias para mitigar el riesgo de ser utilizada en actividades relacionadas con el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
- Todos los colaboradores de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama deben conocer, entender y aplicar los procedimientos encaminados a prevenir el riesgo de LA/FT con el fin no solo de cumplir la ley, sino de proteger la imagen y reputación de la institución. Así mismo, es responsabilidad de los niveles jerárquicos supervisar y realizar el seguimiento al cumplimiento de los procesos del SARLAFT/FPADM.
- Es responsabilidad del Gerente y/o responsable del gasto realizar el conocimiento del tercero o debida diligencia de la contraparte para garantizar la confiabilidad y veracidad de la información, el origen licito de las actividades económicas, confirmar los datos registrados y verificar el cumplimiento de la totalidad de la documentación requerida.
- Es tan responsable en la prevención del riesgo de LA/FT quien realiza la vinculación, o efectúa la operación, como quien la revisa y quien la aprueba.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCM04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 23 DE 35			

- Toda vinculación de una contraparte (Clientes o proveedores) deberá realizarse previo a la contratación o prestación del servicio y será formalizada mediante el Formulario único de conocimiento de proveedores y Clientes y formato de verificación y evaluación.
- Los colaboradores se abstendrán de autorizar excepciones o exonerar de los requisitos exigidos para la vinculación de contrapartes o realización de operaciones si no están debidamente facultados para ello, mediante autorización del Comité coordinador de Control Interno.
- Toda información solicitada por el Oficial de Cumplimiento, incluyendo la generada en los reportes de operaciones inusuales y sospechosas es de carácter estrictamente confidencial y debe ser suministrada a la mayor brevedad posible.
- Está totalmente prohibido que los colaboradores informen a terceros diferentes de las autoridades legalmente facultadas, los reportes de operaciones sospechosas que se han emitido con destino a la UIAF.
- La información correspondiente al diseño y funcionamiento del SARLAFT/FPADM es estrictamente confidencial y no podrá ser divulgado por ningún colaborador, sólo el Oficial de Cumplimiento o el Representante Legal podrán firmar certificaciones de información cuando sea requerido.
- La Empresa Social del Estado Salud del Tundama por ningún motivo vinculará laboral o contractualmente a personas naturales y/o jurídicas que figuren dentro de las listas emitidas por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, Oficina de Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de Estados Unidos – OFAC e Organización Internacional de Policía Criminal - INTERPOL.
- La Empresa Social del Estado Salud del Tundama limitará la vinculación laboral o contractual con personas naturales y/o jurídicas que figuren dentro de las listas emitidas por la Procuraduría General de la Nación, la Policía Nacional, la Contraloría General de la República, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN o cualquier otra que se considere pertinente según la aplicabilidad de la vinculación.
- El Comité Institucional de gestión del Riesgo será el encargado de aprobar la vinculación de las contrapartes que aparezcan en las listas en mención y de definir el plan de acción en caso de contar con una contraparte vinculada y con novedades de LA/FT.
- En el caso en que una contraparte se encuentre relacionado en un medio de comunicación local e internacional sobre noticias de LA/FT, El Comité Institucional de gestión del Riesgo evaluará el impacto reputacional y aprobará su vinculación o en su defecto su desvinculación.
- El Oficial de Cumplimiento determinará si acepta o no su vinculación con las personas naturales y/o jurídicas que aparezcan en listas de Homónimos.
- Los colaboradores guardarán absoluta reserva sobre las investigaciones o actuaciones que adelanten las autoridades u organismos de control competentes sobre las contrapartes u operaciones.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMcm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 24 DE 35			

- La Empresa Social del Estado Salud del Tundama y sus colaboradores prestarán toda la colaboración necesaria a las autoridades para facilitar las investigaciones de su competencia.
- Los colaboradores que incumplan lo dispuesto en las consideraciones generales del presente manual o cualquier omisión del deber de denuncia, o el intento o la materialización de este tipo de conductas en materia de LA/FT, implicarán la respectiva investigación interna y podrán ser sujetos de sanciones según lo establecido en el Manual Código de Integridad.
- El Oficial de Cumplimiento, Revisoría Fiscal y Control Interno podrán revisar los documentos y archivos soportes del conocimiento de los clientes, empleados, contratistas y proveedores para asegurar su consistencia e integridad. La frecuencia de las revisiones dependerá de la complejidad y riesgos involucrados.
- La Empresa Social del Estado Salud del Tundama se compromete a desarrollar a nivel de toda la organización programas de sensibilización, capacitación e inducción en materia de SARLAFT, de tal forma que se fomente la cultura de administración del riesgo de LA/FT en cada uno de sus colaboradores, logrando que cuenten con la capacidad de conocer, entender y aplicar las normas y procedimientos establecidos en esta materia.
- La gerencia y líderes de Proceso informarán mensualmente al Oficial de Cumplimiento, la existencia o no de cualquier tipo de transacción o actividad que tienda al ocultamiento o aprovechamiento de La Empresa Social del Estado Salud del Tundama por parte de clientes, terceros o colaboradores para lavar activos o financiar actividades terroristas.
- Se deberá incorporar en los contratos y ordenes de servicio que se celebre, cláusulas de prevención de riesgos de LA/FT, para tener la facultad de poder finalizar la contratación o vínculo cuando el cliente o contraparte llegare a encontrarse vinculada por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos relacionados con LA/FT o incluida en las listas de la ONU y OFAC.

La Empresa Social del Estado Salud del Tundama con el objetivo de dar cumplimiento a las disposiciones legales que rigen el SARLAFT/FPADM, adopta la normatividad vigente a través de la Política de Gestión del Riesgo, el Manual Código de Integridad y código de buen Gobierno.

Política de Gestión del Riesgo

La institución mediante Resolución 430 del 07 de Julio de 2023 establece la Política de Gestión del Riesgo donde se plasma el compromiso institucional de gestionar sus riesgos de forma integral con el fin de fortalecer la gestión clínica, la seguridad del paciente y la gestión de procesos en un entorno de ética y transparencia en marco del cumplimiento de la normatividad legal.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCM04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 25 DE 35			

Así mismo la Política determina que para los riesgos de SARLAFT-FPADM y SICOF no hay aceptación del riesgo, siempre deben conducir a asumir y generar acciones de fortalecimiento.

Manual Código de Integridad

Se implementan las buenas prácticas corporativas de SARLAFT-FPADM donde se establecen los lineamientos de comportamiento ético e íntegro de todos los colaboradores de la institución definiendo las pautas de conducta acorde a los principios y valores institucionales.

También se incluyen las normas de comportamiento y las conductas con las cuales el colaborador, independiente de su tipo de vinculación laboral con la entidad, puede incurrir en el incumplimiento y/o falta de adherencia a los valores y principios institucionales y los lineamientos del actuar del colaborador frente a la posibilidad de ocurrencia de las situaciones de las conductas definidas. A su vez el manual describe las relaciones con órganos de control, proveedores de bienes y servicios y relaciones con otros entes sector salud.

Programa de Responsabilidad Social Empresarial

El programa cuenta con la línea 4 denominada “transparencia”, cuyo objetivo es promover el estado de derecho a nivel nacional e internacional y garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos, reduciendo la corrupción y el soborno, creando instituciones responsables y transparentes, acabar con todas las formas de violencia y delincuencia organizada. Ya que los conflictos, la inseguridad, las instituciones débiles y el acceso limitado a la justicia continúan suponiendo una grave amenaza para el desarrollo sostenible, la línea es articulada con el objetivo 16 de desarrollo sostenible “Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas”.

Código de Buen Gobierno

Establece el compromiso con el desempeño de la función pública, hacia el logro de una gestión caracterizada por la integridad, la transparencia, la eficiencia, y la clara orientación hacia el cumplimiento de los fines esenciales del Estado. Se describe la plataforma estratégica y se establecen los principios y valores institucionales.

Compromiso de Confidencialidad de la Información

La Empresa Social del Estado Salud del Tundama establece las medidas generales para garantizar los niveles de seguridad y privacidad adecuados para la protección de datos personales, con el fin de evitar posibles adulteraciones, pérdidas, consultas, o acceso a no autorizados aplicable a los datos personales registrados en cualquier base de datos (suministrados por todos nuestros usuarios, colaboradores, proveedores, trabajadores y contratistas) que administre la E.S.E. Salud del Tundama.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMcm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 26 DE 35			

Compromiso con la circulación y divulgación de la información

La Empresa Social del Estado Salud del Tundama dispone de mecanismos de comunicación informativa adecuada, para establecer un contacto permanente y continuo con sus grupos de interés. Con este fin, se adoptan mecanismos para que la información llegue a sus grupos de interés de manera integral, oportuna, actualizada, clara, veraz y confiable, bajo políticas efectivas de producción, manejo y circulación de la información, para lo cual se adoptan los mecanismos de información a los cuales haya acceso, de acuerdo con las condiciones de la comunidad a la que va dirigida y según la normatividad vigente

Compromiso con Proveedores de bienes y servicios

La Empresa Social del Estado Salud del Tundama, vela por la transparencia en todos los procesos de contratación, la equidad en las relaciones con cada uno de los proveedores y el cumplimiento en las obligaciones contractuales adquiridas. Además, garantiza los canales de comunicación adecuados y efectivos para fomentar la sana competencia.

Compromiso en la relación con otros entes del sector salud

La E.S.E. Salud del Tundama cumple con la normatividad vigente formulada para el sector salud, respeta los lineamientos formulados por el nivel central. suministra oportunamente la información de carácter técnico y científico solicitada. Cumple con los compromisos adquiridos con las Empresas Promotoras de salud de conformidad con los contratos de voluntad suscritos; con las Secretarías de Salud del Municipio de Duitama y del Departamento de Boyacá. Es facilitador del trabajo hospitalario, dentro de la red prestadora de servicios de salud del Departamento de Boyacá.

Compromiso en la relación con los Entes de Control

Los órganos de inspección, vigilancia y control externos de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama son la Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación y la Contaduría General de la Nación, Ministerio de la Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, el Invima, la Secretaría de Salud Departamental, Contraloría Departamental, Procuraduría Regional y Provincial de Boyacá.

Compromiso con la Transparencia.

La E.S.E. Salud del Tundama se compromete a Comunicar las decisiones y actividades que afectan a la sociedad, la economía y el medio ambiente de manera clara, exacta, oportuna, honesta y completa.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCM04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 27 DE 35			

A garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos, reduciendo la corrupción y el soborno y estableciendo una institución eficaz, responsable y transparente, Se Identifican las necesidades de información para la gestión interna y para atender los requerimientos de los grupos de valor.

Política Gestión De La Tecnología

La E.S.E. Salud del Tundama se compromete a desarrollar una gestión de tecnología efectiva y eficiente acorde a las necesidades de los procesos y la prestación del servicio promoviendo una cultura de seguridad en la incorporación y uso de la tecnología. La política involucra a todos los niveles de la institución, colaboradores, usuarios y sus familias, visitantes, proveedores y en general a toda la comunidad.

Responsabilidad Penal

La utilización indebida de información privilegiada, la recepción, legalización u ocultamiento de bienes provenientes de actividades ilegales, la revelación ilegal de documentos o noticia que deba mantenerse en secreto o reserva, que sea utilizada indebidamente en provecho propio o ajeno, se tipifica como delito contra la Administración Pública.

7.9 PROCEDIMIENTOS: VERIFICACIÓN DE PROCESOS DE DEBIDA DILIGENCIA

7.9.1 Debida diligencia en el conocimiento de las contrapartes, proveedores y terceros en general, respaldo documental.

Según lo descrito en la Circular Externa 000009 de 2016, se debe tener la información relacionada con personas naturales o jurídicas, clientes, usuarios y en general que tengan relación económica con la institución.

Toda contratación, relación o vínculo de cualquier naturaleza, actividades y operaciones sin importar su clase de operación, se debe contar con la documentación interna y/o externa que soporte las actividades u operaciones, la fecha y las aprobaciones.

La debida diligencia es el conjunto de actividades que debe realizar la institución, para la incorporación de los documentos e información exigida por la Ley en desarrollo del objeto social y en cumplimiento de los controles de constitucionalidad y legalidad, los cuales debe ser implementados según las características particulares de la entidad y la forma de comercialización de los bienes que compra o de los servicios de salud que presta. Comprende entre otras, las siguientes actividades:

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 28 DE 35			

- Conocimiento de los clientes y usuarios
- Conocimiento de personas expuestas públicamente (PEP)
- Conocimiento de trabajadores, empleados o proveedores.
- Determinar el monto máximo de efectivo que puede manejarse al interior de la entidad por tipo de cliente/usuario.
- Establecer herramientas para identificar operaciones inusuales y/o sospechosas

7.9.2 Conocimiento de los clientes y usuarios

La institución define de acuerdo a los riesgos identificados y normatividad legal vigente, la debida diligencia en el conocimiento de clientes y/o contrapartes y usuarios e implementarla según las características particulares de su objeto social y de la comercialización de los servicios de salud que presta.

Debido a la obligatoriedad del aseguramiento y la prestación de servicios de salud por parte de las EPS y prestadores, no se consideran como clientes y/o contrapartes los usuarios afiliados a las EPS ni los usuarios de las IPS cuyos servicios sean cancelados efectivamente por algún tipo de seguro, es así que, para estos casos, no será necesaria la identificación del usuario.

Frente a la prestación de los servicios de salud, no podrá restringirse la atención en salud por parte de la entidad, por la ausencia del conocimiento de los clientes y usuarios. Los soportes y la verificación del conocimiento de clientes y usuarios implica recaudar y conservar como mínimo información que permita identificar a la persona natural o jurídica (siendo firmado por éste) por un término no menor a cinco (5) años.

De esta manera, será obligatorio el conocimiento de los clientes y usuarios y en general las personas natural y jurídica que tiene relaciones y operaciones económicas con la institución. Dicho conocimiento de los clientes y usuarios deberá contener como mínimo la siguiente información, la cual debe ser diligenciada por el cliente indicando:

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 29 DE 35			

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.

Para el análisis de las operaciones con clientes y usuarios, la institución implementa una base de datos que permita consolidar e identificar alertas presentes o futuras y determinar que clientes potenciales constituyen mayor riesgo de LA/FT para el cumplimiento de su objeto social.

7.9.3 Conocimiento de Personas Expuesta Públicamente.

Cuando la institución celebre operaciones con personas expuestas públicamente, como aquellas que por razón de su cargo manejan recursos públicos, se deben seguir los siguientes procedimientos:

- Indagar sobre la autorización para contratar o negociar otorgada por el órgano competente para el caso en que los servicios adquiridos no sean para su beneficio personal.
- Establecer el origen de los recursos.
- Aplicar las mismas excepciones realizadas en el numeral anterior.
- Los procesos para el conocimiento de esta clase de clientes deben ser más estrictos, exigir más controles y en lo posible la negociación debe ser aprobada por una instancia

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 30 DE 35			

superior al interior de la organización que desarrolla los procesos de conocimiento de los clientes.

- Tomar las medidas necesarias, para que la institución no sea utilizada en la canalización de recursos provenientes de actos de corrupción, lavado de activos y/o financiación del terrorismo.

7.9.4 Conocimiento de trabajadores, empleados o proveedores.

Para tener conocimiento de trabajadores, empleados o proveedores, se deben seguir los siguientes procedimientos:

- Verificar los antecedentes de sus trabajadores, empleados o proveedores, antes de su vinculación y realizar por lo menos una actualización anual de sus datos (Antecedentes judiciales, fiscales y disciplinarios, entre otros).
- Analizar la conducta de las personas que laboren o que tengan contacto con la institución, cuando se les detecte comportamientos inusuales.
- Contar con mecanismos y procedimientos para identificar que los bienes o servicios contratados, provengan de actividades legales, que han sido debidamente nacionalizados, que no son productos de contrabando, que no sean elementos de venta restringida y si lo son, que tengan las debidas autorizaciones o licencias. Lo anterior es importante porque los bienes y servicios que provienen de las actividades ilícitas, pueden estar íntimamente ligados al LA/FT.
- Exigir una declaración del representante legal del origen de los recursos financieros y patrimoniales, si se tienen dudas sobre el origen de los recursos del proveedor. e) Tener especial diligencia cuando el precio del bien o servicio que ofrece el proveedor a la entidad sea notablemente inferior al de mercado.

7.9.5 Operaciones Sospechosas: Señales de alerta relacionadas con la identificación de la contraparte y con la información que suministra:

- Información y/o documentación sobre la cual existan indicios de ser falsa.
- Los datos suministrados por el tercero no son congruentes, son desactualizados, inverificables o insuficientes y la contraparte insiste en no aclararlos o completarlos.
- Contrapartes que se niega a revelar relaciones con otras empresas y responder a solicitudes de información acerca de sus accionistas, origen de fondos y explicación acerca de sus transacciones.
- Amenaza o intento de soborno a un colaborador de la institución con el fin de que acepte información incompleta o falsa.
- Inconsistencias en la información que suministra el tercero relacionado con la existencia, identificación, dirección del domicilio o ubicación.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 31 DE 35			

- Inconsistencias en la información que suministra el tercero, frente a la información que suministra en otras fuentes.
- Contraparte cuyo país de origen son catalogados como: no cooperantes, sancionados o de mayor riesgo de LA/FT y paraísos fiscales de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE.
- Contraparte con lugar de residencia que coincida con zonas de conflicto armado, cultivos ilícitos, desplazamiento masivo de habitantes por amenazas, terrorismo o violencia.
- Donantes que no quieren ser identificados o suministrar información relacionada con el origen de fondos.
- La actividad económica no corresponde a las operaciones o vínculos contractuales que se esperan realizar con la institución.
- Diligenciamiento de formatos con letra ilegible o amañada.
- Contrapartes constituidas con vigencia inferior a dos (2) años y que no cuentan con una ubicación física verificable.

Señales de alerta relacionadas con la ejecución de las operaciones o transacciones con la contraparte:

- Ofrecen descuentos que no se ajustan con los topes establecidos por el mercado.
- Operaciones ficticias y/o simuladas.
- Solicitud de transferencias electrónicas o pagos en efectivo para terceras personas de las cuales no se ha identificado claramente relación con la contraparte.
- Fraccionamiento de operaciones.
- Cambios significativos que se salen del promedio de las condiciones financieras como aumento relevante del patrimonio, ingresos o cualquier variable financiera que no se explique razonablemente con las características del tercero, el entorno y/o la industria a la que pertenece.
- Entidades con capitales y patrimonios bajos que realizan operaciones por altas cuantías.
- Intento de incumplir con las normas o procedimientos aduaneros, tributarios o cambiarios.
- Contrapartes que tienen un estilo de vida que no corresponde al monto de sus ingresos.
- Existencia de noticias o información donde aparece vinculado la contraparte que pueda afectar la reputación de la institución.
- Reputación de conductas impropias, no éticas o ilegales de una de las contrapartes de la operación.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCM04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 32 DE 35			

- Consideraciones especiales en el tema del pago, como el fraccionamiento del mismo a cuentas fuera del país o fondos de terceros.
- Denuncias recibidas por medio del Oficial de Cumplimiento.
- Los productos o bienes adquiridos son diferente a lo pactado (marca, cantidad o especificaciones).
- Conservar debidamente archivados los documentos que soportan la decisión de determinar una operación como sospechosa, con el propósito de hacerlos llegar en forma completa y oportuna a las autoridades, cuando éstas los soliciten.

Obligación de informar al Oficial de Cumplimiento

Los colaboradores están obligados a informar de inmediato al Oficial de Cumplimiento sobre cualquier evento con usuarios, proveedores, colaboradores y en general cualquier contraparte o tercero, con alguna vinculación con la institución, que consideren se sale de las características habituales, es decir, son inusuales o inclusive sospechosas con el fin de que se realice el análisis pertinente para definir el procedimiento a seguir.

Fuentes generadoras de riesgos

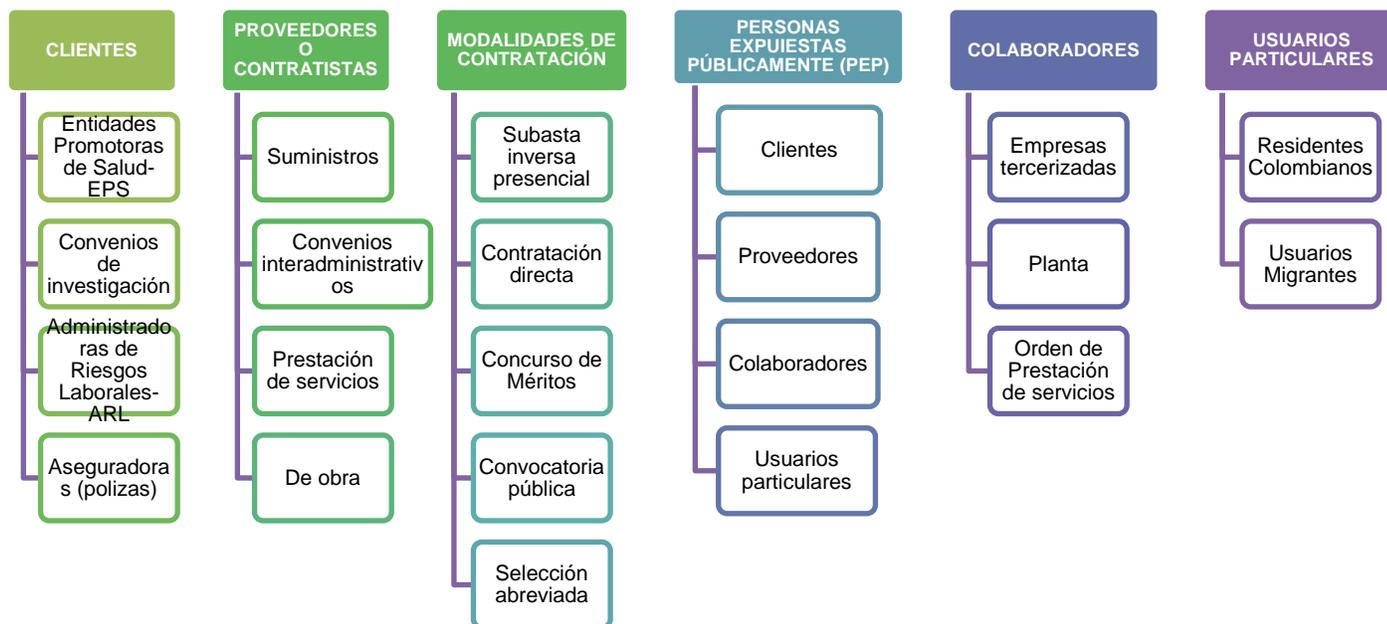
De acuerdo a las características propias y la naturaleza de cada proceso, se identifican las siguientes fuentes generadoras de riesgo:

- Clientes
- Proveedores o Contratistas
- Modalidades de contratación
- Personas expuestas públicamente
- Colaboradores
- Usuarios Particulares

Segmentación de Factores de Riesgo

De acuerdo a la identificación de las fuentes generadoras de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como de la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, se establece para la institución la segmentación de los factores de riesgo de las fuentes generadores de riesgos.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMcm04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
		PÁG. 33 DE 35		



7.10 CAPACITACIÓN

La institución programa dentro del plan anual de capacitación las políticas, procedimientos, herramientas y controles adoptados para dar cumplimiento al SARLAFT/FPADM, con el objetivo de que los colaboradores estén en capacidad como mínimo de identificar cuando una operación es inusual o sospechosa, cuando debe reportarse, el medio para hacerlo y a quien.

El líder de Talento Humano y el oficial de cumplimiento, deben realizar seguimiento al Plan de Capacitación, garantizando como mínimo el cumplimiento de lo dispuesto en los manuales y normas aplicables:

- Tener una periodicidad anual.
- Ser brindado a todos los procesos institucionales.
- La capacitación debe ser considerada en el programa de inducción y re inducción.
- Los contenidos deben divulgar el conocimiento sobre las políticas, procedimientos, herramientas y controles adoptados para dar cumplimiento al SARLAFT/FPADM, buscando la concientización de los colaboradores.
- Disponer del registro anual de las capacitaciones realizadas, donde se indique como mínimo la fecha, el tema tratado y el nombre y firma de los asistentes.
- Señalar el alcance y los medios que se emplearán para evaluarlos.

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCM04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 34 DE 35			

7.11 REPORTEES

Reportes a la UIAF

Los reportes se entregarán en la forma que disponga la UIAF, conforme a las instrucciones impartidas en los manuales y formatos contenidos en la página de internet de dicha entidad: <https://www.uiaf.gov.co/reportantes>.

Reporte de Operaciones Intentadas y de Operaciones Sospechosas (Reporte de ROS).

Una operación intentada o una operación sospechosa debe reportarse de manera inmediata como ROS directamente a la UIAF, entendiéndose por inmediata el lapso que transcurre entre que el sujeto obligado toma la decisión de catalogar la operación como sospechosa y documentarla, plazo que en ningún caso puede exceder de ocho (8) días calendario.

Para el efecto no se necesita que la institución tenga certeza de que se trata de una actividad delictiva, ni de identificar el tipo penal o de verificar que los recursos tienen origen ilícito, tan solo se requiere que la operación sea sospechosa en los términos definidos dentro del manual del SARLAFT.

El envío del ROS a la UIAF no constituye una denuncia ni da lugar a ningún tipo de responsabilidad para la institución reportante ni para la persona que haya participado en su detección o en su reporte de conformidad con el artículo 42 de la Ley 190 de 1995. Ninguna persona de la institución, podrá dar a conocer que se ha efectuado el reporte de una operación sospechosa a la UIAF, de acuerdo a lo determinado en el inciso cuarto del artículo 11 de la Ley 526 de 1999.

Reporte de ausencia de operaciones intentadas y operaciones sospechosas (Reporte de ausencia de ROS).

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

Reporte de Transacciones Individuales en Efectivo

La institución reportará mensualmente a la UIAF dentro los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente, todas las transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior, por un valor igual o superior a cinco millones de pesos (\$5.000.000) MCTE, y/o su equivalente en otras monedas.

Reporte de Transacciones Múltiples en Efectivo

 E.S.E. Salud del Tundama ESTRATÉGICOS	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	EGMCM04-110		
	SISTEMA DE GESTIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO Y GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL	VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN	08/02/2024	
MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM	PÁG. 35 DE 35			

La institución reportará mensualmente a la UIAF dentro los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente, todas las transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior, que en su conjunto iguale o supere la cuantía de veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) MCTE, y/o su equivalente en otras monedas durante el mes objeto de reporte.

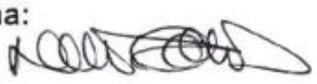
El reporte de transacciones en efectivo se realizará en un único archivo relacionando las operaciones múltiples y luego las individuales.

Reporte de Ausencia de Transacciones en Efectivo

La institución cuando no haya reportado transacciones en efectivo, bien sea individuales o múltiples durante el mes inmediatamente anterior, deberá reportar este hecho a la UIAF dentro los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente.

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO- SARLAFT, Los COBOS Medical Center.**
- MANUAL PARA LA IMPLEMENTACION Y PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO- SARLAFT EN LA FUNDACIÓN CLÍNICA CHAIO, Fundación Clínica CHAIO**

Elaborado por: Lizeth Katherine Vivas Torres	Cargo: Oficial de Cumplimiento	Fecha: 08/02/2024 Firma: Lizeth Katherine Vivas Torres.
Revisado por: Nelly Nayibe Dallos Lara	Cargo: Líder de Mejoramiento Continuo	Fecha: 08/02/2024 Firma: 
Aprobado por: Catherine Van Arcken Martínez	Cargo: Gerente	Fecha: 08/02/2024 Firma: 