MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

GD-GE-MA-05
VERSIÓN 1
DICIEMBRE DE 2017

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PRESENTACIÓN

El presente manual está diseñado para prevenir, monitorear y controlar que nuestra Institución sea utilizada para realizar lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT), éste recopila la información relacionada con las normas y procedimientos que regirán el desarrollo de los procesos requeridos, en cumplimiento a lo dispuesto por la Superintendencia Nacional de Salud en la **CIRCULAR N.009 del 21 de Abril de 2.016** y demás disposiciones legales que aplican.

El contenido de este documento fue aprobado por el JUNTA DIRECTIVA de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, realizada el 13 de Diciembre de 2017 y debe ser conocido por todos los funcionarios de E.S.E. Hospital Universitario de Santander, porque constituye un texto de consulta para la Junta Directiva, diferentes comités, el representante legal, el oficial de Cumplimiento, los funcionarios de gerencia media, Control interno, Revisor fiscal y en general para todos los funcionarios de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.

La Gerencia será responsable de adelantar todas las actividades que sean necesarias para asegurar y garantizar que el contenido de este manual se cumpla. Entre otras actividades se adelantarán las respectivas capacitaciones y se dejará constancia del conocimiento impartido y de los compromisos que cada funcionario asume en esta nueva cultura de prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo.

EDGAR JULIÁN NIÑO CARRILLO
Gerente E.S.E HUS

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 5

1. MARCO NORMATIVO 6

1.1. RECOMENDACIONES INTERNACIONALES SOBRE LA/FT 6

1.2. NORMATIVIDAD VIGENTE 6

2. OBJETIVOS E INICIATIVAS ESTRATÉGICAS 9

2.1. INICIATIVAS ESTRATÉGICAS PARA DESARROLLAR CON ÉXITO EL SARLAFT EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. 9

2.2. OBJETIVO GENERAL 9

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 9

3. DEFINICIONES 11

4. SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO – SARLAFT 15

4.1. ETAPAS DEL SARLAFT 15

4.1.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO 15

4.1.2. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN 15

4.1.3. CONTROLES 15

4.1.4. SEGUIMIENTO Y MONITOREO 16

4.2. ELEMENTOS DEL SARLAFT 16

4.2.1. POLÍTICAS SARLAFT 16

4.2.2. PROCEDIMIENTOS 20

4.2.3. DOCUMENTACIÓN 20

4.2.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL 21

4.2.5. FUNCIONES ÓRGANOS DE DIRECCIÓN Y CONTROL 24

4.2.6. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA....28

4.2.7 REPORTES....28

4.2.8. ACREDITAR CON SOPORTES TODAS LAS OPERACIONES, NEGOCIOS Y CONTRATOS....29

4.2.9 MONITOREO Y SEGUIMIENTO....29

4.2.10. DEBIDA DILIGENCIA CON GRUPOS DE INTERÉS....29

4.2.11. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN....31

5. SOCIALIZACIÓN....33

6. CONTROL DE MODIFICACIONES....33

INTRODUCCIÓN

El lavado de activos (LA) es el proceso mediante el cual organizaciones criminales buscan dar apariencia de legalidad a los recursos generados de sus actividades ilícitas. En términos prácticos, es el proceso de hacer que dinero sucio parezca limpio, haciendo que las organizaciones criminales o delincuentes puedan hacer uso de dichos recursos y en algunos casos obtener ganancias sobre los mismos.

Cuando una actividad criminal genera importantes ganancias, el individuo o grupo involucrado busca una forma de controlar los recursos sin llamar la atención sobre la actividad real o las personas involucradas. Los delincuentes hacen esto para ocultar las fuentes, cambiando la forma, o movilizando el dinero hacia un lugar donde es menos posible que llame la atención.

La financiación del terrorismo (FT) es el apoyo financiero, de cualquier forma, al terrorismo o a aquéllos que lo fomentan, planifican o están implicados en el mismo. No obstante, es más complicado definir al terrorismo en sí mismo, porque el término puede tener connotaciones políticas, religiosas y nacionales, dependiendo de cada país.

El lavado de activos LA y la financiación del terrorismo FT, por lo general, presentan características de operaciones similares, sobre todo en relación con el ocultamiento, pero aquéllos que financian el terrorismo transfieren fondos que pueden tener un origen legal o ilícito, de manera tal que encubren su fuente y destino final, que es el apoyo a las actividades terroristas.

Así mismo el lavado de activos y la financiación del terrorismo representan una amenaza significativa para la estabilidad económica, social y política de un país y de los mercados a nivel mundial. De allí se deriva la atención que los gobiernos y los organismos de control prestan actualmente a este fenómeno, recomendando o exigiendo a las empresas tanto del sector financiero como del sector salud, la implementación de un Sistema de Administración de Riesgos para la prevención y administración de los mismos.

De otra parte, teniendo en cuenta las 40 recomendaciones de GAFI, en la número 8 se establece: Que en relación con las Organizaciones sin fines de lucro, los países deben revisar la adecuación de las leyes y reglamentos que se refieren a entidades que pueden ser utilizadas indebidamente para la financiación del terrorismo. Las organizaciones sin fines de lucro son particularmente vulnerables y los países deben asegurarse de que no sean utilizadas para: a) Que las organizaciones terroristas aparezcan como entidades legales; b) Que estas entidades sin ánimo de lucro sirvan como conducto para la financiación del terrorismo, incluyendo el propósito de evitar las medidas de congelación de activos. c) Para esconder y ocultar el desvío clandestino de fondos destinados a propósitos legales hacia organizaciones terroristas.

Por las razones anteriores, la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD estableció en la CIRCULAR N.009, del 21 de Abril de 2.016, las Instrucciones para la prevención y el control del lavado de activos y de la financiación del terrorismo en las organizaciones de salud vigiladas por ésta, estableciendo parámetros que deben implementarse para lograr un efectivo control de las actividades delictivas, con el fin de mitigar el riesgo de LA/FT. Por esta razón, este manual hace referencia a las políticas, procedimientos, mecanismos, instrumentos, estructura organizacional y documentación implementados por E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, para que en el desarrollo de sus operaciones habituales no sea utilizada como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento, en cualquier forma, de dineros u otros bienes provenientes de actividades delictivas, o para dar apariencia de legalidad a éstas o a las transacciones y fondos vinculadas a las mismas.

1. MARCO NORMATIVO

1.1. RECOMENDACIONES INTERNACIONALES SOBRE LA/FT

La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico ilícito de Estupefacientes del año 1988 y el Convenio Internacional de las Naciones Unidas para la Represión de la Financiación del Terrorismo del año 2000, determinaron la importancia y necesidad de adoptar medidas y utilizar herramientas efectivas que permitan minimizar y eliminar las prácticas relacionadas con el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. Por otra parte, la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción del año 2003, establecieron medidas preventivas, y la eficaz penalización de dichos actos.

A su vez, en el año de 1990 el Grupo de Acción Financiera (GAFI), diseñó cuarenta (40) recomendaciones para prevenir el Lavado de Activos y posteriormente estableció nueve (9) recomendaciones especiales contra el Financiamiento del Terrorismo, las cuales fueron actualizadas y unificadas en febrero de 2012, modificación que incluyó la prevención y la lucha contra la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción masiva.

El 8 de diciembre de 2000 se creó en Cartagena de Indias, Colombia, el GAFILAT como una organización intergubernamental de base regional que agrupa a 16 países de América del Sur y Centroamérica para combatir el lavado de dinero y la financiación del terrorismo, a través del compromiso de mejora continua de las políticas nacionales contra ambos temas y la profundización en los distintos mecanismos de cooperación entre los países miembros. Su creación se formalizó mediante la firma del Memorando de Entendimiento Constitutivo del grupo por los representantes de los gobiernos de nueve países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Posteriormente se incorporaron como miembros plenos México (2006), Costa Rica y Panamá (2010), Cuba (2012), Guatemala, Honduras y Nicaragua (2013).

Colombia, mediante la Ley 1186 de 2008 adoptó las recomendaciones de este organismo. Este grupo adquirió el compromiso de adoptar las recomendaciones del GAFI.

De igual manera, es necesario tener en cuenta las Resoluciones 1267 de 1999, la 1373 de 2001, la 1718 y 1737 de 2006, la 1989 de 2011, la 2178 de 2014, la 2253 de 2015 y la Resolución 2270 de 2016 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, siendo el marco general en la política de lucha y prevención del Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

En este escenario y debido a la importancia que ostentan los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) resulta necesario emitir instrucciones con el fin de que adopten las previsiones que sean necesarias para analizar adecuadamente la información de sus usuarios, clientes y/o contrapartes, proveedores y si fuere el caso, realizar reportes de Operaciones Sospechosas (ROS) y/o reporte de transacciones en efectivo a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF).

1.2. NORMATIVIDAD VIGENTE

El Artículo 113 de la Constitución Política en su último inciso señala que los diferentes órganos del Estado tienen funciones separadas, pero deben colaborar armónicamente para la realización de sus fines. Lo anterior motiva a que todos los organismos del Estado competentes, impulsen políticas públicas y procedimientos de prevención y detección de este fenómeno en el que confluyen grandes flujos de dinero.

De acuerdo con los artículos 48 y 49 de la Constitución de 1991, la Seguridad Social es un derecho irrenunciable que debe ser garantizado por el Estado.

El artículo 10 de la Ley 526 de 1999, señala que las autoridades que ejerzan funciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), deben instruir a sus vigilados sobre las características, periodicidad y controles en relación con la información que deben reportar a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF).

Por su parte, el Decreto 1497 de 2002 que reglamentó la Ley 526 de 1999, hoy Decreto Único 1068 de 2015, en su artículo 2.14.2 dispone que las entidades públicas y privadas pertenecientes a sectores diferentes al financiero, asegurador y bursátil, deben reportar Operaciones Sospechosas (ROS) a las UIAF, de acuerdo con el literal d) del numeral 2 del artículo 102 y en los términos de los artículos 103 y 104 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, cuando dicha Unidad lo solicite, en la forma y oportunidad que les señale.

Asimismo, el artículo 68 de la Ley 715 de 2001 determinó que la SNS realiza la Inspección, Vigilancia y Control del cumplimiento de la Constitución y disposiciones normativas del SGSSS, así como sus recursos: *"La Superintendencia Nacional de salud tendrá como competencia realizar la Inspección, Vigilancia y Control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud y de los recursos del mismo".*

A su vez, la Ley 1122 de 2007 determinó las funciones de IVC asignadas a las SNS, estableciendo que el sistema de la IVC es un conjunto de normas que buscan el cumplimiento de los principios constitucionales a través de procesos y procedimientos establecidos.

De otra parte, la Ley 1438 de 2011 determina el alcance de la IVC sobre los sujetos vigilados y la forma en que se fortalece dicho mecanismo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

También, la Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción – dispuso en su artículo 12 lo siguiente:
"Sistema preventivo de prácticas riesgosas financieras y de atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Créase el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud que permita la identificación oportuna, el registro y seguimiento de estas conductas.*

Por otra parte la Ley 1121 de 2006, en el artículo 27 determina que "El Estado Colombiano y las Entidades Territoriales en cualquier proceso de contratación deberán identificar plenamente a las personas naturales y a las personas jurídicas que suscriban el contrato, así como el origen de sus recursos; lo anterior con el fin de prevenir actividades delictivas". Así mismo, en el artículo 20 se menciona el procedimiento para la publicación y cumplimiento de las obligaciones relacionadas con listas internaciones vinculantes para Colombia.

En el artículo 42 de la Ley 190 de 1995, los particulares que conozcan de la presencia o tránsito de una persona incluida en una de las listas mencionadas o de bienes o fondos relaciones con éstas deberán informar oportunamente a la Fiscalía General de la Nación y a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), para lo de su competencia.

Finalmente, la Ley Estatutaria de Salud Ley 1751 de 2015 determina que "el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

De esta manera, le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud generar las directrices propias del SARLAFT en el sector de la salud, dado que, en virtud de las disposiciones constitucionales y legales vigentes, la vigilancia del cumplimiento de las políticas públicas sobre LA/FT del SGSSS, le corresponde a esta entidad. Teniendo en cuenta lo anterior la Superintendencia Nacional de Salud emitió la Circular 009 del 21 de Abril de 2016, por la cual se imparten instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

El cumplimiento de todo esto, la implementación del SARLAFT se darán bajo la figura jurídica que consideren más adecuada en atención a las funciones de IVC a las que están sometidas y al principio de autonomía administrativa que rige a cada entidad.

2. OBJETIVOS E INICIATIVAS ESTRATÉGICAS

2.1. INICIATIVAS ESTRATÉGICAS PARA DESARROLLAR CON ÉXITO EL SARLAFT EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.

En este aparte se contemplan las iniciativas mínimas que debe desarrollar la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, con el fin de asegurar que las Políticas y demás disposiciones, procedimientos, informes y reportes contemplados en este Manual se desarrollen con la eficiencia y eficacia esperadas:

- La JUNTA DIRECTIVA y la gerencia deben incluir en sus agendas el monitoreo y seguimientos por los menos trimestrales, para asegurarse que el SARLAFT está cumpliendo con los procesos, procedimientos y las medidas de eficiencia y eficacia diseñadas.
- Desarrollar cultura organizacional para operar un ambiente de control de riesgos de Lavado de Activos y Financiación del terrorismo.
- Desarrollar e implementar proyecto de capacitación sobre LA/FT en todos los niveles de la organización.
- Asignar los recursos económicos, tecnológicos y humanos necesarios para implementar y mantener el SARLAFT.
- Adecuar las plataformas tecnológicas y los sistemas de información para que el SARLAFT obtenga los resultados de eficiencia y eficacia esperados.
- Diseñar un sistema de indicadores de eficiencia y eficacia del SARLAFT.

2.2. OBJETIVO GENERAL

Gestionar adecuadamente el riesgo LA/FT conforme lo instruido en la circular 0009 de Abril 21 de 2016 de la Superintendencia Nacional de salud, mediante la implementación de controles efectivos, fortalecimiento de la cultura organizacional, cumplimiento de las políticas establecidas y los procedimientos diseñados para minimizar la materialización de los riesgos de LAFT evitando el riesgo operacional de pérdida de recursos financieros y los riesgos asociados: reputacional, legal y de contagio al interior de la entidad.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir las metodologías, lineamientos y controles para la prevención del LA/FT en la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS, con el fin de tomar acciones frente a los posibles riesgos que se puedan presentar y materializar en el desarrollo de sus operaciones o actividades propias de la misión institucional.
- Prevenir los riesgos para la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS de ser expuesto a la realización de operaciones provenientes de lavado de activos y financiación del terrorismo.
- Prevenir que la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS sea usado para dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades delictivas o para la canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas.
- Que todo el personal de E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS sea responsable del cumplimiento de las disposiciones contra el Lavado de Activos y/o Financiación del terrorismo, observando y ejecutando las políticas y procedimientos descritos en este manual y aprobados por la Junta Directiva.

- Establecer y Desarrollar mecanismos y herramientas de control en las diferentes áreas mediante la implementación de las políticas LA/FT, relacionadas con proveedores, clientes, usuarios, funcionarios y PEP´s.
- Dar cumplimiento a las normas y disposiciones legales de los organismos internacionales y Nacionales en especial las recomendaciones GAFI y la circular 009 de Abril 21 de 2016 de la Supersalud.
- Establecer e Implementar controles para el manejo de recursos en efectivo, evitando el riesgo de LAFT, principalmente en los ingresos generados en la operación de prestación de servicios con los clientes, movimientos de pago por parte de los usuarios, compras a proveedores e inversiones que realice la entidad.
- Realizar la debida diligencia y conocimiento de clientes y/o contrapartes, usuarios, proveedores; así como la identificación efectiva de las personas públicamente expuestas PEP, incluidos los funcionarios y trabajadores de la Institución.
- Mitigar el riesgo LA/FT mediante la implementación de metodologías de identificación, medición, seguimiento y control de los factores de riesgos y sus riesgos asociados.
- Integrar el sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos LA/FT con las actuales políticas anti corrupción establecidas por la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS, de acuerdo con lo establecido en el Estatuto Anti-corrupción Ley 1474 de 2011

3. 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 gerente y el Control Interno.

  Incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona jurídica u otra estructura jurídica.

- **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 y mantiene una relación contractual o legal, sea contratista, proveedor, suministro de medicamentos e insumos, contrato 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 cuyo servicios sean cancelados efectivamente por algún tipo de seguro (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 necesaria 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.

- **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.
- **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:** 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 E.S.E., 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 circular externa número 000009 del 21 de Abril de 2016 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 la circular ya mencionada, nombrándolo como cargo adjunto o de desempeño alterno a otra función que realice 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".*
- **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 practicas 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 apoyaran de un Comité de Dirección de EPS, integrado por un subconjunto de los miembros del Consejo Directivo e invitados externos. Sus principales funciones son las 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, funcionario 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 domesticas como 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 Institución. 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.
- **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 le 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. Asimismo, 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.

4. SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO – SARLAFT

El SARLAFT es el sistema de prevención y control que debe implementar la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS, para la adecuada gestión del riesgo de LA/FT, para lo cual deberán adoptar procedimientos y herramientas que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo de su objeto social y que se ajusten a su tamaño, actividad económica, forma de comercialización y demás características particulares.

Asimismo, el SARLAFT comprende el diseño, aprobación e implementación de políticas y procedimientos para la prevención y control del riesgo de LA/FT. Las políticas y procedimientos que se adopten deben permitir el eficiente, efectivo y oportuno funcionamiento del SARLAFT y traducirse en reglas de conducta y procedimientos que orienten la actuación de la entidad, sus empleados y Junta Directiva.

La adopción del SARLAFT debe cumplir con lo siguiente:

4.1. ETAPAS DEL SARLAFT

4.1.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

El SARLAFT debe permitir al E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS, reconocer, explorar exhaustivamente y documentar los riesgos inherentes de LA/FT en el desarrollo de su actividad, teniendo en cuenta los factores de riesgo y señales de alerta identificadas en la circular externa 000009 de 21 de abril de 2016, más las que logre identificar la entidad mediante el desarrollo normal del negocio. Asimismo, debe identificarse todos los factores de riesgo de acuerdo con las diferentes segmentos de factores de riesgo, para lo cual deben adoptará la metodología del conocimiento de expertos.

4.1.2. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN

El SARLAFT permitirá a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS medir la posibilidad o probabilidad de ocurrencia (frecuencia) del riesgo inherente de LA/FT, frente a cada uno de los factores de riesgo, así como el impacto (severidad) en caso de materializarse mediante los riesgos asociados. Estas mediciones podrán ser de carácter cualitativo o cuantitativo, al establecer metodologías de medición o evaluación para construir el perfil de riesgo inherente de LA/FT de la entidad y las mediciones agregadas en cada factor de riesgo y en sus riesgos asociados.

4.1.3. CONTROLES

La E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS debe tomar las medidas necesarias para controlar el riesgo inherente al que se ve expuesta, en razón de los factores de riesgo y de los riesgos asociados. Para eso, la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS debe establecer las metodologías para definir las medidas de control del riesgo de LA/FT, los niveles de exposición y efectuar los Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS) a la UIAF. Como resultado de esta etapa, la entidad debe establecer el perfil de riesgo residual de LA/FT. El control debe traducirse en una disminución de la posibilidad de ocurrencia y/o del impacto del riesgo de LA/FT, en caso de materializarse, al buscar detectar operaciones que se pretendan realizar o se hayan realizado.

Todas las acciones de gestión del riesgo identificarán formalmente responsables, plazos, formas de ejecución, y reportes de avances. Asimismo, deberán estar aprobadas por la instancia del Gobierno Organizacional que corresponda.

4.1.4. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

Esta etapa permitirá a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER hacer seguimiento del perfil de riesgo y, en general del SARLAFT, así como llevar a cabo la detección de operaciones inusuales o sospechosas. Para estos efectos se permite comparar la evaluación del riesgo inherente con el riesgo residual de cada factor de riesgo y de los riesgos asociados.

El E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER desarrollará reportes que permitan establecer la evolución del riesgo, así como la eficacia de los controles implementados, para así poder establecer si se ha logrado corregir oportunamente eventuales deficiencias. En esta etapa cobra importancia la comunicación y entrega de resultados a todos los involucrados y responsables, en especial a los órganos de seguimiento definidos por el Gobierno Organizacional.

4.2. ELEMENTOS DEL SARLAFT

El SARLAFT que implementen las organizaciones de salud debe tener como mínimo los siguientes elementos:

- Políticas
- Procedimientos
- Documentación
- Modelo de Implementación Organizacional del SARLAFT
- Órganos de control
- Infraestructura tecnológica
- Divulgación de información
- Soportes para todas las operaciones
- Monitoreo y seguimiento
- Debida diligencia con grupos de Interés
- Capacitación

4.2.1. POLÍTICAS SARLAFT

Todas las políticas que están contempladas en este manual buscan la articulación y sinergias de todas las áreas operativas, administrativas y misionales para que propendan por la mitigación de los riesgos de Lavad de Activos y Financiación del Terrorismo-LA/FT, en cumplimiento de la circular externa 0009 de abril 21 de 2016 emanada de la Superintendencia Nacional de Salud.

- **POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO DE EJECUCIÓN DEL SISTEMA SARLAFT**

El Sistema de Administración del Riesgo para la prevención y control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo–SARLAFT en la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER–HUS, se constituye en una herramienta fundamental para prevenir, controlar y evitar los riesgos de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo - LAFT y su cumplimiento se convierte en una prioridad y obligación para todos los funcionarios que hacen parte del desarrollo de los procesos de la Institución, por lo tanto, deberá ser implementado, desarrollado y ejecutado en concordancia con el Código de ética y buen gobierno, y su principal función será prevenir que la

Institución sea utilizado en el ingreso, ocultamiento, manejo o inversión de dineros provenientes de actividades ilícitas.

- **POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.**

Se constituye en una obligación especial de la alta dirección y de todos los funcionarios de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS colaborar adecuada y oportunamente con las autoridades en la prevención y control de los riesgos de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo - LAFT, entre otras, atendiendo de forma estricta y objetiva todos los requerimientos que eleven a la Institución.

- **POLÍTICA DE COMPROMISO DE LOS FUNCIONARIOS CON EL SISTEMA SARLAFT**

La prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo abarca todas las operaciones administrativas, operativas y misionales adelantadas por la Institución dentro de los procesos más propensos al riesgo, por lo tanto todos los funcionarios de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS deben anteponer el interés general sobre el interés particular y asumir un grado de responsabilidad con el desarrollo e implementación permanente del SARLAFT, razón por la cual, tienen el compromiso de reportar al Oficial de cumplimiento sobre cualquier operación intentada o inusual que detecten en sus áreas de desempeño y que eventualmente puedan constituirse en operaciones sospechosas.

- **POLÍTICA DE REPORTE DE OPERACIONES SOSPECHOSAS POR PARTE DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO**

El Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces tiene el deber de catalogar si las operaciones intentadas e inusuales tienen el carácter de sospechosas y proceder a su reporte a la Unidad de Información y Administración Financiera-UIAF. ok

- **POLÍTICA DE AUDITORIA PREVENTIVA AL SARLAFT**

Con el fin de prevenir y controlar de manera anticipada que el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER–HUS, la Revisoría Fiscal adelantará auditorías integrales al sistemas SARLAFT mínimo con frecuencia semestral o cuando éstas sean requeridas. Sus resultados deberán ser informados a la Junta Directiva en la reunión del mes siguiente a la de realización de las mismas. ok

- **POLÍTICA DE DESARROLLO DE CULTURA INSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO LA/FT.**

El representante legal, el oficial de Cumplimiento y cada uno de los funcionarios de E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS, serán responsables por implementar y desarrollar una cultura de control y prevención del riesgo de LAFT, para que los riesgos de contagio, reputacional, legal y operativo no se materialicen, evitando las consecuencias asociadas a éstos. ok

- **POLÍTICA DE UTILIZACIÓN DE PLATAFORMAS TECNOLÓGICAS**

Los sistemas tecnológicos y bases de datos de terceros con que cuenta la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS, deberán disponerse al servicio del Sistema de Administración de riesgos SARLAFT en lo relacionado con los requerimientos de información necesarios para el éxito de la implementación del sistema y ok

facilitar el análisis de hallazgos de operaciones inusuales. Dichas bases de datos de terceros anualmente deberán ser actualizada.

Así mismo, el representante legal deberá proveer a la Institución de una herramienta informática para adelantar las consultas a clientes, proveedores, usuarios, funcionarios y Personas Expuestas Públicamente - PEP´s, en las listas restrictivas vinculantes para Colombia. Los reportes de dichas consultadas deberán ser conservados de acuerdo con la política de conservación de documentos de este manual.

- **POLÍTICA DE SOCIALIZACIÓN PARA ASEGURAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL SARLAFT.**

La Gerencia, la subgerencia Administrativa y el Oficial de cumplimiento, serán los responsables de socializar todas las políticas y el contenido del manual SARLAFT, con el fin que toda la organización esté alineada con los propósitos institucionales de mitigación y control del riesgo de LA/FT.

- **POLÍTICA DE VIGILANCIA PARA PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE – PEP´S QUE TENGAN RELACIONES CONTRACTUALES CON LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.**

Para efectos de establecer relaciones contractuales, comerciales y/o la realización de convenios con personas identificadas como Personas Expuestas Públicamente PEP´s, las áreas responsables de la vinculación de terceros de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER–HUS involucradas en estos procesos, deberán aplicar los protocolos de debida diligencia y dar riguroso cumplimiento al conocimiento integral de estas personas, conocer el origen licito de los recursos a comprometer y de la autorización para negociar o contratar otorgada por el órgano oficial competente. Finalmente en lo posible, la negociación deberá ser aprobada por una instancia superior al interior de la Institución.

- **POLÍTICA PARA IMPONER SANCIONES**

El Representante Legal de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER se encuentra facultado para que determine las sanciones que impondrá a los funcionarios por el incumplimiento, desacato y omisión de las políticas, los procedimientos y controles establecidos en el Sistema de Administración del Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT y el Código de ética y buen gobierno y será considerado como una violación grave de las obligaciones de los funcionarios. Todo lo anterior sin menoscabo, de las demás sanciones que por ley le correspondan al incumplido.

- **POLÍTICA DE DEBIDA DILIGENCIA PARA EL CONOCIMIENTO DE TERCEROS Y FUNCIONARIOS**

Constituye una obligación especial de la Alta Administración que antes de iniciar una relación comercial y/o contractual de manera permanente con usuarios, clientes, proveedores y funcionarios tanto de planta como trabajadores externos contratados, se deben aplicar las instrucciones de debida diligencia contempladas en la circular Externa 0009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. Anualmente, el Hospital Universitario de Santander–HUS, deberá actualizar la información de conocimiento de todos sus clientes, proveedores, usuarios y funcionarios de planta y trabajadores externos, incluyendo la consulta y validación en las principales listas nacionales e internacionales restrictivas y vinculantes para Colombia.

- **POLÍTICA DE CONSERVACIÓN DE DOCUMENTOS**

Los documentos y registros relacionados con el cumplimiento de las normas sobre prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo se conservarán dentro del archivo de gestión del Sistema de Administración de

Riesgo SARLA/FT y deberán permanecer disponibles de manera permanente para que puedan ser consultados por los organismos de control, en especial de la Superintendencia Nacional de Salud.

A dichos documentos se les aplicará las normas de la ley de archivística que aplica para los organismos del Estado.

- **POLÍTICA PARA EL MANEJO DE EFECTIVO**

Todos las transacciones que realice o reciba la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS, deberán realizarse utilizando el sistema financiero Colombiano, de tal manera que en la Institución no se realicen transacciones en efectivo. Los topes en efectivo de las cajas menores continuarán en los niveles actuales, pero nunca superiores a 5 SMLM.

- **POLÍTICA DE CAPACITACIÓN EN EL SISTEMA SARLAFT**

El Oficial de Cumplimiento y el profesional Especializado de Talento Humano serán los responsables del diseño de los programas de capacitación y socialización. La E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER –HUS deberá establecer los mecanismos requeridos y pertinentes para asegurar que todo el personal sea capacitado en el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo–SARLAFT.

- **POLÍTICA DE CONFLICTOS DE INTERÉS**

Si algún funcionario de la E.S.E. HSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS se enfrentase a conflictos de interés relacionados con el sistema de Administración de riesgo de LAFT, deberá darle a conocer tal situación a su superior jerárquico inmediato, declararse impedido, apartarse de la toma de decisiones y permitir que su superior jerárquico tome las decisiones pertinentes.

- **POLÍTICA PARA ASEGURAR LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA EL SARLAFT**

El Representante legal deberá garantizar la asignación dentro del presupuesto anual de la entidad, de los recursos humanos, financieros, técnicos, tecnológicos y Logísticos que sean necesarios para la implementación exitosa del SARLAFT. El Oficial de Cumplimiento deberá contar con las facultades y recursos necesarios para el adecuado ejercicio de sus funciones.

- **POLÍTICA PARA LA EFECTIVA IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN, MONITOREO Y CONTROL DE LOS RIESGOS DE LAFT.**

El desarrollo de las etapas del sistema SARLAFT denominadas de identificación, valoración, monitoreo y control, será responsabilidad del Oficial de Cumplimiento quien deberá aplicar metodologías comúnmente aceptadas para el desarrollo de este tipo de valoración de riesgos para una institución de salud. El diseño y aplicación de las diferentes etapas deberán contemplar el comportamiento de los factores de riesgo antes y después de aplicar los controles. El resultado del desarrollo de esta política deberá presentarse trimestralmente a la Junta Directiva.

- **POLÍTICA DE TRANSPARENCIA**

Dentro del marco de los Principios de Ética empresarial, la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS, sustenta el desarrollo de sus actividades empresariales, en la vivencia de los valores Humanos y Organizacionales, de tal manera que sus colaboradores desarrollen en el día a día sus funciones con base en la verdad y la transparencia, generando con ello, entornos de negocios más éticos y confiables en la relación con clientes, proveedores, usuarios y contratistas, con el Estado en todas sus dimensiones y comunidad en general,

logrando de ésta manera, una cadena de valor fortalecida en la verdad y la confiabilidad, factores fundamentales para la sostenibilidad y credibilidad de nuestra Institución.

4.2.2. PROCEDIMIENTOS

La E.S.E. Hospital Universitario de Santander establecerá procedimientos aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de los elementos y las etapas del SARLAFT, adoptando los controles que permitan reducir la posibilidad de que las operaciones, negocios y contratos que se hayan realizado o se intenten realizar, sean utilizadas para dar apariencia de legalidad a actividades de LA/FT.

Asimismo el control implica la detección de las operaciones que no se ajustan a la normalidad del negocio o actividad, y el análisis correspondiente para determinar si se tratan de posibles operaciones sospechosas.

Aprobación de procedimientos: La Junta Directiva o quien haga sus veces es el responsable de aprobar el manual de procedimientos del SARLAFT que se aplicarán en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, obligada al cumplimiento de esta norma.

En este sentido, debe estar conformado por medidas y procedimientos suficientes que permitan dar cumplimiento a este objetivo, para ello se han diseñado los siguientes procedimientos:

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	ANEXO
Procedimiento de Identificación, Medición, Evaluación, Control y Seguimiento del Sistema de Riesgos SARLAFT	GD-GE-PR-07	Anexo No. 1
Procedimiento para Detecciones de Operaciones Inusuales y Sospechosas	GD-GE-PR-08	Anexo No. 2
Procedimiento para la Identificación, Selección y Vinculación de Nuevos Clientes y Proveedores	GD-GE-PR-09	Anexo No. 3

Recomendaciones finales: Teniendo como base la aprobación del presente Manual y cada vez que se requiera la suscripción de un contrato en cualquiera de sus modalidades entre el E.S.E. Hospital Universitario de Santander y cualquiera de sus contrapartes como clientes, proveedores, contratistas se debe garantizar en su clausulado que la persona natural o jurídica que suscribe el contrato manifiesta que la información entregada en el formato de vinculación es veraz y verificable y no represente ningún riesgo de LA/FT para la institución y se compromete de acuerdo a lo establecido en el Manual SARLAFT a:

Actualizar una vez al año la documentación e información aportada exigida por la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para conocimiento del cliente, proveedor, contratista dando cumplimiento tanto a las disposiciones contenidas en el Manual SARLAFT de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander como a la Circular Externa No. 009 de 2016, así como todos los documentos adicionales que el Hospital estime pertinente.

4.2.3. DOCUMENTACIÓN

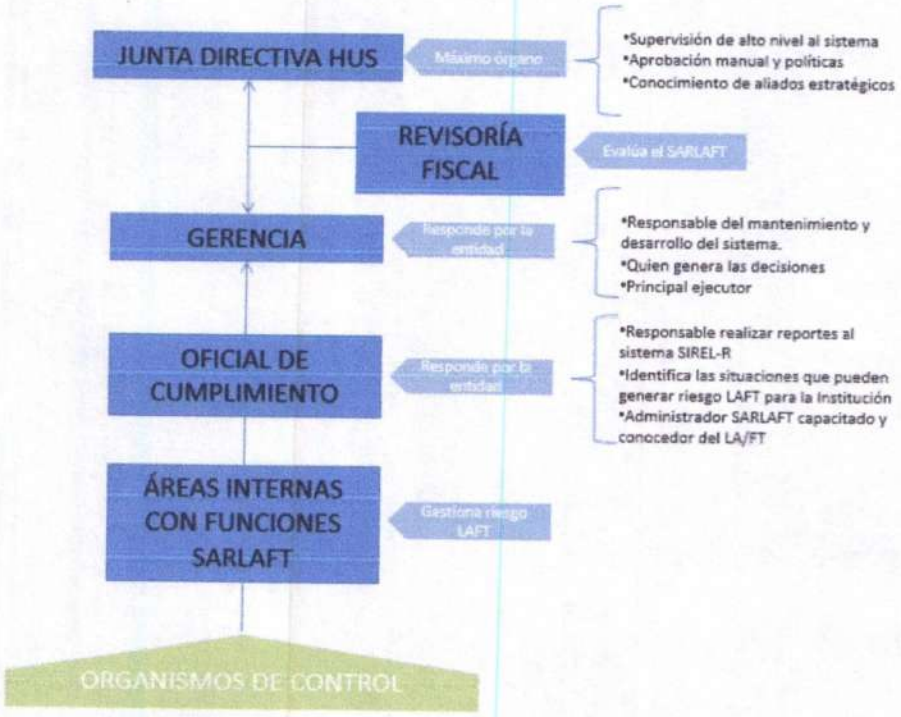
Esta se refiere a la información mínima que debe estar debidamente protegida y a disposición de los órganos de vigilancia y control principalmente de la Superintendencia Nacional de Salud, estos son:

- Las actas de la Junta Directiva, donde conste la aprobación de las políticas del SARLAFT, así como las actas en donde se realicen ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.
- Los instructivos o manuales que contengan los procesos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas y procedimientos aprobados del SARLAFT.
- Los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento.
- Los informes presentados por el Revisor Fiscal sobre el funcionamiento del SARLAFT.
- Constancia de envío de los reportes de operaciones sospechosas ROS remitidos a la UIAF y demás reportes requeridos.
- Constancia de capacitaciones realizadas a todo el personal de la empresa en relación al SARLAFT.
- Actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del informe del Oficial de cumplimiento y del Revisor Fiscal.

4.2.4. MODELO DE IMPLEMENTACIÓN ORGANIZACIONAL DEL SARLAFT

Con el fin de garantizar un adecuado funcionamiento del SARLAFT, el E.S.E. Hospital Universitario de Santander definió el modelo organizacional en el cual se integra la Junta Directiva, el Representante Legal, el Oficial de cumplimiento y las áreas relacionadas con el tratamiento de operaciones con las contrapartes.

Es importante tener en cuenta que a pesar de designar un Oficial de Cumplimiento que se encargará de adelantar las actividades principales relacionadas con la administración del riesgo de LA/FT, la gestión de este riesgo es una función inherente a todos los funcionarios de la Institución y sus órganos de control. La estructura organizacional se muestra a continuación:



ÁREAS INTERNAS CON FUNCIONES SARLAFT

I. PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN, MEDICIÓN, EVALUACIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE RIESGOS DE SARLAFT.

AREAS Y PROCESOS RESPONSABLES

- Gestión Directiva
- Gestión de Urgencias
- Gestión Quirúrgica
- Gestión Ambulatoria (subproceso Consulta Externa)
- Gestión de Servicios de Apoyo Terapéutico (subproceso Farmacia)
- Gestión Financiera (subproceso de Tesorería y Facturación)
- Gestión de Adquisición de Bienes y Servicios (subproceso Jurídica)
- Gestión Ambiente Físico (Planta Física)
- Gestión de Talento Humano
- Gestión Integral de la Información (subproceso Gestión documental y Sistemas)

RESPONSABLES DEL PROCEDIMIEMTO

- Gerente
- Subgerente Administrativa y Financiera
- Oficial de Cumplimiento.

II. PROCEDIMIENTO PARA DETECCIÓN DE OPERACIONES INUSUALES Y SOSPECHOSAS

AREAS Y PROCESOS RESPONSABLES

- Gestión de Urgencias
- Gestión Quirúrgica
- Gestión Ambulatoria (subproceso Consulta Externa)
- Gestión de Servicios de Apoyo Terapéutico (subproceso Farmacia)
- Gestión Financiera (subproceso de Tesorería y Facturación)
- Gestión de Adquisición de Bienes y Servicios (subproceso Jurídica)
- Gestión Ambiente Físico (Planta Física), Gestión de Talento Humano
- Gestión Integral de la Información (subproceso Gestión Documental y Sistemas)

RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- Gerente
- Subgerente Administrativa y Financiera
- Oficial de Cumplimiento.

III. PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DE NUEVOS CLIENTES Y PROVEEDORES

AREAS Y PROCESOS RESPONSABLES

- Gestión de Urgencias
- Gestión Ambulatoria (subproceso Consulta Externa)
- Gestión de Adquisición de Bienes y Servicios (subproceso Jurídico)
- Gestión Financiera (subproceso de Tesorería)
- Gestión de Talento Humano
- Gestión de Auditoria para el Mejoramiento (subproceso Control Interno)
- Revisoría Fiscal
- Oficial de Cumplimiento.

RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

- Gerente
- Subgerente Administrativa y Financiera
- Oficial de Cumplimiento.

4.2.5. FUNCIONES ÓRGANOS DE DIRECCIÓN Y CONTROL

- **JUNTA DIRECTIVA**

Para la implementación del SARLAFT la Junta Directiva u órgano de administración que haga sus veces debe cumplir cuando menos con:

a) Establecer las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT que harán parte del SARLAFT, para una posterior aprobación por la misma o el máximo órgano social.
b) Aprobar el manual de procedimientos y actualizaciones.
c) Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento del SARLAFT, teniendo en cuenta las características del riesgo de LA/FT y el tamaño de la Institución. Éste equipo de trabajo humano y técnico debe ser de permanente apoyo para que el Oficial de Cumplimiento lleve a cabalidad sus funciones.
d) Designar al Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente y dará a conocer el nombramiento de éste a la SNS, en un plazo no mayor a ciento veinte (120) días calendario después de la entrada en vigencia de la circular externa 000009 de 21 de abril de 2016, 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 incluirse bajo el Anexo Técnico número 192, el cual se describe en la sección de Anexos Técnicos.
e) Incluir en el orden del día de sus reuniones, la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento, por lo menos una vez al año o cuando éste lo determine necesario.
f) 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.
g) Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y Reporte de las Operaciones Sospechosas (ROS).
h) Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT.
i) 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.

- **OFICIAL DE CUMPLIMIENTO**

Al Oficial de Cumplimiento y su suplente les corresponde desempeñar como mínimo las siguientes funciones:

a) Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el SARLAFT.
b) 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.
c) Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones que realiza el Hospital.
d) Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realiza el Hospital.

e) Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
f) Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT del Hospital.
g) Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de LA/FT y velar por su cumplimiento.
h) Proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas del SARLAFT.
i) Proponer a la administración la actualización del manual de procedimientos y velar por su divulgación a los funcionarios.
j) Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte de estas dos últimas a la UIAF.
k) Realizar todos los reportes a la SNS, incluidas las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos.
l) Mantener actualizados los datos de la entidad y el oficial de cumplimiento con la UIAF, utilizando los canales de comunicación correspondientes.
m) Informar a la UIAF cualquier cambio de usuario del Sistema de Reporte en Línea SIREL.
n) Gestionar adecuadamente los usuarios del Sistema de Reporte en Línea - SIREL.
o) 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.
p) Diseñar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT.
q) 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.
r) 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.
s) Presentar cuando menos, de forma semestral a los administradores y anualmente a la Junta Directiva, un informe por escrito donde exponga el resultado de su gestión.

Estos informes son confidenciales y deben referirse como mínimo a los siguientes aspectos:
a. Los procesos establecidos para llevar a la práctica las políticas aprobadas, sus adiciones o modificaciones.
b. Los resultados del monitoreo y seguimiento para determinar la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
c. Las medidas adoptadas para corregir las falencias encontradas al efectuar el monitoreo de los controles.

No podrán contratarse con terceros las funciones asignadas al Oficial de Cumplimiento, ni aquellas relacionadas con la identificación y reporte de operaciones inusuales, así como las relaciones con la determinación y Reporte de Operaciones Sospechosas.

La designación del Oficial de Cumplimiento no exime a los administradores y demás empleados sobre la obligación de comunicarle y/o infórmale internamente a éste, sobre la ocurrencia de operaciones inusuales, sospechosas o intentadas (anormalidades dentro de las actividades y/o operaciones propias de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS, de acuerdo con el procedimiento que se haya establecido.

Adicional a las anteriores funciones, el Oficial de Cumplimiento también debe consultar, monitorear y revisar con la debida diligencia las listas sobre sanciones financieras dirigidas del Consejo de Seguridad de la Naciones Unidas que den lugar a posibles vínculos con delitos relacionados con Lavado de Activos y/o Financiación del Terrorismo.

De encontrar algún vínculo con alguna persona natural o jurídica relacionada con la E.S.E., el Oficial de Cumplimiento deberá informar sobre este punto en particular, a la Fiscalía General de la Nación.

- **REVISOR FISCAL**

De conformidad con lo previsto en los numerales 1, 2 y 3 del artículo 207 del Código de Comercio, el revisor fiscal deberá cerciorarse que las operaciones, negocios y contratos que celebre o cumpla la empresa, se ajustan a las instrucciones y políticas aprobadas por el máximo órgano social, con base en lo anterior deberá desarrollar las siguientes actividades:

a) Dar cuenta SEMESTRALMENTE, por escrito a la Junta Directiva o quien haga sus veces, al representante legal, del cumplimiento o incumplimiento a las disposiciones contenidas en el SARLAFT.
b) Poner en conocimiento del Oficial de Cumplimiento, las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación del SARLAFT o de los controles establecidos.
c) Rendir los informes que, sobre el cumplimiento a las disposiciones contenidas en la Circular 009 de Abril 21 de 2016, le solicite la Superintendencia Nacional de Salud.
d) En consecuencia, el revisor fiscal debe establecer las medidas necesarias que le permitan cumplir con lo señalado en este numeral.

- **REPRESENTANTE LEGAL**

Las funciones de la gerencia en relación con SARLAFT, adicionales a las de Gerente, son las siguientes:

a) Ser ejecutor de las decisiones de la Junta Directiva en materia de LAFT.
b) Deberá someter a aprobación de la Junta Directiva en coordinación con el oficial de cumplimiento, el manual de procedimientos SARLAFT y sus actualizaciones.
c) Verificar que los procedimientos establecidos, desarrollen las políticas aprobadas por la Junta Directiva.
d) Disponer de los recursos financieros, tecnológicos y humanos para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT, según la aprobación impartida por Junta Directiva.
e) Deberá brindar el apoyo que requiera el oficial de cumplimiento.
f) Será responsable de coordinar y programar los planes de capacitación sobre el SARLAFT dirigido a todas las áreas y funcionarios de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, incluyendo la Junta Directiva y la revisoría fiscal.
g) Deberá verificar la adopción y funcionamiento de los procedimientos definidos para el adecuado manejo, conservación y archivo de los documentos y reportes relacionados con el SARLAFT y garantizar la confidencialidad de dicha información.

- **GESTIÓN FINANCIERA: SUBPROCESO DE TESORERÍA**

a) Identificar las transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE ($ 5.000.000) y/o el equivalente a otras monedas.

b) Identificar las transacciones 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) M/CTE y/o su equivalente en otras monedas durante el mes objeto de reporte.

- **GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO: SUBPROCESO DE ALMACEN**

a) Ejecutar los procedimientos definidos por la E.S.E. Hospital Universitario de Santander que aseguren el debido conocimiento de los proveedores.
b) Definir señales de alerta e identificar operaciones inusuales o sospechosas en el comportamiento de los proveedores.
c) Reportar al Oficial de Cumplimiento, las situaciones inusuales que pueden estar relacionadas con LA/FT que se presenten en las relaciones con los proveedores del Hospital.
d) Apoyar las estrategias definidas por el Hospital tendientes a lograr la actualización de la información de los proveedores.

- **GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

a) Apoyar las estrategias definidas por el E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS tendientes a lograr la comunicación oportuna y efectiva de temas relacionados con LA/FT.

- **GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN**

a) Generar la información relevante solicitada por el Oficial del Cumplimiento para facilitar el monitoreo a transacciones de clientes, proveedores, usuarios y contrapartes.
b) Apoyar al Hospital en la disponibilidad de herramientas que permitan ejecutar actividades para el monitoreo de LA/FT.
c) Realizar la correspondiente parametrización del sistema de acuerdo a los requerimientos solicitados por el oficial de cumplimiento, con el fin de facilitar la captura y reporte de información que permita realizar el reporte oportuno de información a la UIAF.

- **GESTION DE TALENTO HUMANO**

a) Velar porque se cumplan los procedimientos establecidos para la vinculación de nuevos empleados a la planta de personal, así como lo relativo al cumplimiento de los procedimientos para la actualización de los empleados.
b) Desarrollar e implementar los mecanismos tendientes a garantizar el conocimiento del empleado o debida diligencia en materia de SARLAFT con el debido seguimiento y reporte al Oficial de Cumplimiento de las operaciones inusuales y sospechosas.
c) Estructurar y desarrollar en coordinación con el Oficial de Cumplimiento, programas de capacitación y entrenamiento sobre SARLAFT.
d) Realizar la verificación de antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales antes de realizar su vinculación del personal de planta.
e) Validar al personal de planta antes de su ingreso a la institución mediante la verificación en la lista restrictiva vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

- **GESTIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS**

a) En coordinación con el Oficial de Cumplimiento, orientar y asesorar jurídicamente a la entidad en las respuestas solicitadas por los Organismos de Control en materia de riesgo de LA/FT.

b) Dar el apoyo y la asesoría que, en materia jurídica, de riesgo requiera el Oficial de Cumplimiento en el desarrollo de sus actividades definidas para el funcionamiento del Sistema de Administración y Gestión del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo LA/FT.

- **COMPROMISO DE TODOS LOS FUNCIONARIOS**

Los miembros de Junta Directiva, el Gerente y la totalidad de funcionarios del E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS les corresponde conocer, cumplir y difundir todos los aspectos relacionados la normatividad de SARLAFT establecido por el Hospital en materia de control y prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo LAFT, para evitar que éste pueda ser utilizado como instrumento para darle legalidad a recursos provenientes de actividades ilícitas realizadas por las organizaciones criminales o para proveer, entregar, recibir, administrar, aportar, custodiar bienes o recursos, directa o indirectamente, o realizar cualquier otro acto que promueva, apoye o financie económicamente a grupos armados al margen de la ley, grupos terroristas o la realización de actividades terroristas.

La totalidad de funcionarios del nivel operativo y asistencial les corresponde en cada área gestionar el riesgo LA/FT de acuerdo a la metodología de gestión del riesgo establecidas en este Manual SARLAFT.

4.2.6. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

La entidad debe garantizar la infraestructura tecnológica requerida para la administración del riesgo de LA/FT, al contar con un soporte tecnológico acorde a las actividades que desarrolle la empresa, nivel del riesgo y tamaño de las operaciones. Disponer de la tecnología requerida para realizar monitoreo del riesgo, identificación de señales de alerta, validación de información de las contrapartes, identificación de las transacciones objeto de reportes objetivos a la UIAF entre otros aspectos.

El tema de la infraestructura tecnológica disponible y al servicios del sistema SARLAFT, estará a cargo de la Unidad de Servicios tecnológicos de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER-HUS, quienes deberán realizar las adecuaciones pertinentes para que permitan entregar informes y bases de datos para que el Oficial de Cumplimiento los analice y determine las decisiones correspondientes de operaciones inusuales o sospechosas.

4.2.7 REPORTES

Se refiere a los reportes a cargo de la institución que de acuerdo a la circular externa No. 009 de 2016 se establecieron como reporte de operaciones intentadas y operaciones sospechosas (Reporte de ROS), Reporte de ausencia de operaciones intentadas y operaciones sospechosas (Reporte de ausencia de ROS), Reporte de transacciones individuales en efectivo, Reporte de Transacciones múltiples en Efectivo, Reporte de ausencia de Transacciones en efectivo, y otros reportes que determine la UIAF. Todos los reportes que se realicen deben contar con su respectivo soporte y evidencia.

Para dar cumplimiento a la obligación de realizar reportes objetivos se han desarrollado los procedimientos respectivos para detectar operaciones inusuales, operaciones intentadas y operaciones sospechosas, procedimientos éstos que deben socializarse y consultarse de manera permanente por el oficial de cumplimiento y principalmente por los funcionarios de las áreas más propensas a LAFT.

4.2.8. ACREDITAR CON SOPORTES TODAS LAS OPERACIONES, NEGOCIOS Y CONTRATOS

La E.S.E. Hospital Universitario de Santander, prohíbe la realización de actividades, negocios y contratos sin que exista el respectivo soporte interno o externo, debidamente fechado y autorizado por quienes intervengan en ellos o los elaboren. Todo documento que acredite transacciones, negocios o contratos de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, además de constituir el soporte de la negociación y del registro contable, constituye el respaldo probatorio para cualquier investigación que puedan adelantar las autoridades competentes.

Por lo tanto todas las áreas relacionadas con el control de actividades de LAFT, deberán ser cuidadosas al adelantar procesos contractuales o comerciales que comprometan la E.S.E. Hospital Universitario de Santander y deberán cumplir con la debida diligencia en el desarrollo de dichos actos administrativos.

4.2.9 MONITOREO Y SEGUIMIENTO.

Todas las áreas responsables de actividades relacionadas con controlar actividades de riesgo de LAFT, deben adoptar las medidas necesarias para que las políticas aprobadas, las mediciones requeridas, los controles necesarios y el monitoreo permanente operen de manera oportuna, eficientes y con la eficacia esperada. En consecuencia, deberá adoptar las medidas necesarias para corregir las falencias encontradas y dar adecuado cumplimiento al SARLAFT.

4.2.10. DEBIDA DILIGENCIA CON GRUPOS DE INTERÉS

El conocimiento apropiado de cada uno de los integrantes de los grupos de interés de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, exige la realización de un análisis adecuado y oportuno al momento de tener o realizar una relación comercial o contractual, esto con el fin de evitar que la Institución sea utilizada como un medio para la ejecución de actividades ilícitas que puedan llevar a incurrir en algún riesgo jurídico, operacional, de contagio, o reputacional.

Dicho lo anterior, se define un procedimiento que se ajusta a cada uno de los grupos de interés impactados al interior de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, así como los criterios clasificadores que permiten tener un orden de cómo deben ser indagadas las personas que hacen parte de dichos grupos.

- **SEÑALES DE ALERTA DEL SARLAFT**

Las señales de alerta son hechos, situaciones, eventos, cuantías o indicadores a partir de los cuales se puede inferir la posible existencia de un hecho o situación que escapa al giro ordinario de las operaciones normales.

Son aquellas situaciones que al ser analizadas se salen de los comportamientos particulares de los clientes o del mercado, considerándose atípicas y que, por tanto, requieren mayor análisis para determinar si existe una posible operación de lavado de activos o financiación del terrorismo.

Lo que hace una señal de alerta es facilitar el reconocimiento de una posible operación de lavado de activos o financiación del terrorismo. A este respecto, es importante mencionar que no todas las operaciones que presentan comportamientos atípicos e inusuales son efectuadas por organizaciones criminales, por lo cual, la identificación señales de alerta no es motivo suficiente para generar un reporte inmediato a la UIAF.

La responsabilidad de identificar y verificar las "Señales de Alerta" recae en primera instancia sobre los Empleados que controlan las operaciones normales en la empresa y sobre aquellos que tienen contacto permanente con el cliente. Lo anterior no pretende liberar de responsabilidad a los demás miembros de la institución, que deben estar igualmente capacitados para reconocer las señales de alerta.

Para facilitar la detección de operaciones inusuales o sospechosas, a continuación, se detalla una lista de alertas que pueden dar lugar a sospecha sobre la existencia de actividades ilícitas que pueden estar asociadas al LA/FT. Cuando un funcionario encuentre una de estas alertas, debe informar el hecho al Oficial de Cumplimiento:

- **SEÑALES DE ALERTA PARA DETECTAR OPERACIONES INUSUALES Y SOSPECHOSAS**
  - **OPERACIONES REALIZADAS POR PROVEEDORES, CLIENTES O CONTRAPARTES**

1. Clientes, proveedores, empleados, usuarios o contrapartes que rehúsan suministrar información o no es posible verificarla.
2. Información que no ha sido actualizada o una vez actualizada no pueda confirmarse, constituye una señal de alarma.
3. Clientes o proveedores con actividad económica indeterminada y renuente a especificar su fuente de ingresos.
4. Actividad principal del cliente "comerciante" con diversidad de negocios no definidos claramente.
5. Indicar una dirección diferente a la declarada inicialmente en el formulario de vinculación o de actualización.
6. Los Estados Financieros presentados por el proveedor, contratista o cliente difiere de aquella que corresponde a negocios similares.
7. Personas naturales o jurídicas que Fraccionan transacciones para evitar requerimientos de documentación y/o presentación de declaración de operaciones en efectivo.
8. Definen su actividad económica como "independiente" y manejan grandes cantidades de dinero.
9. Con relación a las organizaciones sin fines de lucro, tales como las asociaciones, fundaciones, ONG, entre otras, operaciones no parecen tener un propósito económico lógico o no parece existir un vínculo entre la actividad declarada por la organización y las demás partes que participan en la transacción.
10. Suministro de información insuficiente o falsa, o el cliente, proveedor o contraparte rehúsa suministrar la información mínima requerida para la celebración del contrato.
11. Utilización frecuente de intermediarios para realizar operaciones comerciales o financieras.
12. Empresas que realizan grandes inversiones no obstante haber sido creadas muy recientemente.
13. Que se tenga conocimiento por los medios de difusión pública u otro medio, que un cliente está siendo investigado o procesado por el delito de lavado de activos o delito de financiación del terrorismo y/o delitos conexos.
14. Que el proveedor realice importación de equipos biomédicos, insumos médicos o medicamentos de países considerados en alto riesgo de lavado de activos o no cooperantes con el GAFI.
15. La contraparte es vaga o evasiva sobre la fuente de los fondos para realizar las transacciones o actividades.
16. La contraparte proporciona información de contacto comercial falsa, incompleta o engañosa.
17. La contraparte tiene grandes sumas de dinero o moneda extranjera en efectivo disponibles para la transacción o actividad empresarial y el tipo de negocio que lleva a cabo no respalda dicha situación.
18. La debida diligencia revela información falsa de la contraparte.
19. La contraparte se niega a cumplir y/o acordar con el área de cumplimiento de la empresa las leyes aplicables o las políticas de la empresa.
20. La contraparte busca que el pago de las ganancias se realice en una cuenta de un país extranjero que no sea la ubicación de sus negocios.
21. La contraparte es o ha sido objeto de escrutinio por parte de las autoridades por fraude, tráfico de drogas, tráfico de armas o actividades de delincuencia organizada.

  - **OPERACIONES REALIZADAS POR USUARIOS**

1. Usuarios que realicen a menudo solicitud de devolución de recursos y por altas sumas por concepto de depósitos de servicios de salud.

2. Usuarios que diligencian los formularios o formatos con letra ilegible o amañada.
3. Usuarios que realicen múltiples depósitos en un mismo mes y soliciten devoluciones al Hospital.
4. Usuarios que realicen depósitos en altas sumas de dinero en la caja del Hospital por concepto de prestación de servicios con el ánimo de solicitar devoluciones de dinero en el futuro.
5. Pagos en efectivo realizados por particulares para realizar procedimientos estéticos de alto costo.

- **OPERACIONES REALIZADAS POR EMPLEADOS**

1. Empleados que tramitan frecuentemente operaciones con excepciones, evaden los controles internos o de aprobación establecidos.
2. Empleados que tienen un estilo de vida que no corresponde con el monto de su salario.
3. Empleados tiene reuniones o insiste en tener reuniones con clientes de la empresa en un lugar distinto al de las oficinas de la empresa o fuera del horario laboral, sin justificación alguna.
4. El trabajador presenta ausencias frecuentes e injustificadas.
5. Empleados que sean renuentes a disfrutar vacaciones, a aceptar cambios de su actividad o promociones que impliquen no continuar ejecutando las mismas actividades.
6. Empleados que permanecen frecuentemente en la oficina más allá de la hora de cierre o concurren a ella por fuera del horario habitual.
7. Cambio notable o inesperado en los negocios de índole comercial de propiedad del trabajador.
8. Se comprueba que el trabajador no ha comunicado o ha ocultado al oficial de cumplimiento información relativa al cambio en el comportamiento de algún cliente, proveedor, usuario.
9. Funcionarios que de manera soterrada permiten prestar servicios de salud a personas al margen de la ley.

4.2.11. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

La E.S.E. Hospital Universitario de Santander definirá los programas de capacitación para el adecuado conocimiento e implementación del Esquema de Prevención y Control de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT para todos los Funcionarios Directos e Indirectos de la Empresa.

- **GENERALIDADES:** Los programas de capacitación deben contar con las siguientes condiciones:

1. Periodicidad anual como mínimo.
2. Ser impartidos durante el proceso de inducción de los nuevos funcionarios y a los trabajadores de servicios temporales,
3. Deben ser constantemente revisados y actualizados.
4. Contar con los mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos con el fin de determinar la eficacia de dichos programas y el alcance de los objetivos propuestos.
5. Señalar el alcance de estos programas, los medios que se emplearán para ejecutarlos y los procedimientos que se adelantarán para evaluarlos.

- **PROGRAMAS DE CAPACITACION Y SOCIALIZACION DEL SARLAFT**

En la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander la capacitación y socialización sobre SARLAFT se diseñará, programará y coordinará a través de planes dirigidos a todas las áreas y empleados.

Objetivo

Establecer los programas de capacitación, socialización y otros instrumentos diseñados por la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, para el mismo propósito, incluida la forma de evaluación y el cubrimiento de las deficiencias que se detecten en el conocimiento de las normas, políticas, procedimientos e instrumentos implementados en el SARLAFT.

Con la implementación de programas de capacitación y/o socialización se busca dar a conocer las políticas, normas internas y externas, y procedimientos relacionados con el SARLAFT, con el fin de generar en los empleados y personal contratado para los diferentes procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, una cultura organizacional orientada a la administración del riesgo de LA/FT, para prevenir y controlar que la E.S.E. Hospital Universitario de Santander sea utilizada para estos fines.

Alcance

Este procedimiento se aplica a los empleados y personal contratado para los diferentes procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.

Directrices

Toda persona que ingrese a la E.S.E. Hospital Universitario de Santander deberá recibir, por lo menos una vez al año, capacitación y/o socialización sobre las políticas, procedimientos, herramientas y controles adoptados para dar cumplimiento al SARLAFT.

Cuando se realice alguna actualización al Manual SARLAFT, esta deberá ser comunicada a todos los empleados y personal contratado para los diferentes procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander; en el caso de que los cambios realizados sean muy grandes, se requiere programas capacitaciones y/o socializaciones para dar a conocer las nuevas normas y parámetros del SARLAFT.

Semestralmente, el profesional especializado de Talento Humano informa al Oficial de Cumplimiento, los resultados de las evaluaciones realizadas por los empleados y personal contratado para los diferentes procesos en la capacitación y/o socializaciones sobre SARLAFT, con el fin de detectar falencias en el conocimiento del tema y hacer los planes de mejora y de acción respectivos.

Semestralmente, el Oficial de Cumplimiento verifica, mediante una revisión a una muestra selectiva de las hojas de vida de diferentes empleados del personal contratado para los diferentes procesos, que en estas estén archivadas las cartas de conocimiento y lectura del MANUAL SARLAFT y las evidencias de la capacitación y/o socialización SARLAFT debidamente diligenciadas.

Cuando el Oficial de Cumplimiento detecte la carencia de estos documentos en las hojas de vida de los empleados del personal contratado para los diferentes procesos, notifica de esta situación al área pertinente para que implemente los planes de acción para su corrección y normalización.

Se debe dejar constancia escrita de todas las capacitaciones y/o socializaciones realizadas, donde se indique como mínimo la fecha, el tema tratado y el nombre de los asistentes.

Funciones

El profesional especializado de Talento Humano, junto con el Oficial de Cumplimiento de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, tienen las siguientes funciones:

Controlar que la capacitación y/o socializaciones sobre los temas del SARLAFT se impartan al personal respectivo y se lleven los controles sobre sus resultados, con el fin de detectar falencias en el conocimiento de estos e implementar las acciones de refuerzo.

Mantener una presentación actualizada de acuerdo con la normativa sobre el SARLAFT. Esta presentación y su respectiva actualización es responsabilidad del Oficial de Cumplimiento.

Contemplar, en las jornadas de inducción y reinducción para el personal, la capacitación y/o socializaciones sobre los temas del SARLAFT.

Realizar el cronograma anual para impartir las capacitaciones y/o socializaciones sobre SARLAFT al personal.

Difundir al personal la ubicación donde se puede consultar, para su lectura y estudio, el MANUAL SARLAFT, haciéndoles firmar, al momento del ingreso del empleado, el acta de compromiso de conocimiento SARLAFT, la cual debe quedar archivada en su hoja de vida.

Periodicidad

La capacitación y/o socializaciones sobre SARLAFT, deberá ser impartida a los empleados y al personal contratado para los diferentes procesos, cuando menos una vez al año o cuando se realicen cambio a las políticas, normas o procedimientos del SARLAFT que ameriten realizar actualización.

5. SOCIALIZACIÓN

Una vez aprobado este manual, es responsabilidad del líder del proceso y del oficial de cumplimiento garantizar su socialización en todos los grupos primarios que le aplique, dejando evidencia en acta y lista de asistencia del grupo primario, los cuales deben ser enviados como soporte al correo institucional procesoscalidad@hus.gov.co.

6. CONTROL DE MODIFICACIONES					
Versión	**Fecha**	**Descripción de la Modificación**	**Actualizado por**	**Revisado por**	**Aprobado por**
NA	NA	NA	NA	NA	NA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA No. 038 DE 2017
DICIEMBRE 13 DE 2017

Por medio del cual se adopta el manual del sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, para la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, en ejercicio de sus atribuciones legales y,

CONSIDERANDO:

a) Que en el artículo 15 del Decreto 0025 de Febrero 04 de 2005, contempla las funciones de la Junta Directiva de la ESE HUS.
b) Que el artículo 16 del Estatuto Interno de la ESE HUS contempla las funciones de la Junta Directiva, entre otras la de formular las políticas de la Empresa Social del Estado.
c) Que la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular N° 000009 del 21 de abril de 2016, por la cual se imparten instrucciones relativas al sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT.
d) Que la mencionada circular pretende que los agentes del SGSSS, continúen la lucha contra el lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
e) Que se hace necesario gestionar adecuadamente el riesgo LA/FT conforme lo instruido en la circular No. 000009 de Abril 21 de 2016 de la Superintendencia Nacional de salud, mediante la implementación de controles efectivos, fortalecimiento de la cultura organizacional, cumplimiento de las políticas establecidas y los procedimientos diseñados para minimizar la materialización de los riesgos de LAFT evitando el riesgo operacional de pérdida de recursos financieros y los riesgos asociados: reputacional, legal y de contagio al interior de la entidad.
f) Que la E.S.E. Hospital Universitario de Santander establecerá procedimientos aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de los elementos y las etapas del SARLAFT, adoptando los controles que permitan reducir la posibilidad de que las operaciones, negocios y contratos que se hayan realizado o se intenten realizar, sean utilizadas para dar apariencia de legalidad a actividades de LA/FT.
g) Que mediante Acuerdo No. 26 de septiembre 13 de 2017 de Junta Directiva se designó los cargos para la instancia responsable del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de las operaciones inusuales, los cuales se reunieron con el fin de realizar la revisión del Manual del sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, como consta en el acta No. 01 del 28 de Noviembre de 2017.
h) Que mediante Acta de Junta Directiva No. 293 del 13 de diciembre de 2017, se aprobó el Manual del sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo- SARLAFT.
i) Que en mérito de lo anteriormente expuesto,

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA No. 038 DE 2017
DICIEMBRE 13 DE 2017

Por medio del cual se adopta el manual del sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, para la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el manual del sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, dentro del cual se encuentran los siguientes procedimientos:

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	ANEXO
Procedimiento de Identificación, Medición, Evaluación, Control y Seguimiento del Sistema de Riesgos SARLAFT.	GD-GE-PR-07	Anexo No.1
Procedimiento para Detecciones de Operaciones Inusuales y sospechosas.	GD-GE-PR-08	Anexo No.2
Procedimiento para la Identificación, Selección y Vinculación de Nuevos Clientes y Proveedores.	GD-GE-PR-09	Anexo No.3

ARTICULO SEGUNDO: Hace parte del presente Acuerdo el Manual del sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, con código **GD-GE-MA-05** asignado por la Oficina Asesora de Calidad de la E.S.E HUS.

ARTICULO TERCERO: El presente Acuerdo de Junta Directiva rige a partir de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Bucaramanga, a los trece (13) días del mes de Diciembre de 2017.

ROBINSON SARMIENTO GARCIA
Presidente

EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO
Secretario

Proyectó: Martha Rosa Amira Vega Blanco - Subgerente Administrativo y Financiero
Revisó: Martha Rosa Amira Vega Blanco - Subgerente Administrativo y Financiero
Revisó: Anyul Suarez Morales - Jefe Oficina Asesora Juridica
Revisó: Claudia Orellana Hernández - Profesional Apoyo a la Gerencia