Bogotá, 25 de octubre de 2019

Doctora
VIVIAN CASTAÑEDA S.
Jefe Oficina Asesora de Planeación y gestión de la Calidad
E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana
E. S. D.

Ref.: Informe en firme de Auditoria SARLAFT.

Cordial saludo.

Adjunto informe en firme de la *"Auditoria Cumplimiento de las políticas, procedimientos - SARLAFT"*. Para su conocimiento y fines pertinentes

Una vez la auditoria ha quedado en firme, se solicita allegar antes del día 15 de noviembre el plan de Mejoramiento correspondiente a la auditoria en el que deben incluir cada una de las recomendaciones allí establecidas.

Atentamente,

YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe de Control Interno

cc. Dr. JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA - Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

AUDITORIA CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS, PROCEDIMIENTOS - SARLAFT

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, AGOSTO DE 2019

INDICE

1.	Objetivo	3
2.	Marco Legal	3
3.	Alcance	3
4.	Metodología	4
5..	Justificación	4
6	Técnica de Auditoria	4
7.	Hallazgos y Observaciones	4
8.	Conclusiones y Recomendaciones	12
9.	Recomendaciones	12

1. OBJETIVO

Tiene por objeto adelantar un seguimiento de las actividades realizadas en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA por los responsables del Sistema de Administración del Riesgo y Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo-SARLAFT, en cumplimiento de la normatividad aplicable a la E. S.E.

2. MARCO LEGAL

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA Articulo 113.
LEY 1121 DE 2006 Instruye las normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la Financiación del Terrorismo y otras disposiciones.
DECRETO 1122 DE 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
LEY 1438 de 2011 Introduce un modelo de en qué se fortalece dicho mecanismo por parte de la Superintendencia. Así mismo, determina el alcance de la IVC sobre los sujetos vigilados y la forma en que se fortalece dicho mecanismo por parte de la Superintendencia.
LEY 1474 de 2011 El Estatuto Anticorrupción crea el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
LEY 1751 DE FEBRERO DE 2015 Ley Estatutaria del sector Salud. Por medio de la cual se regula el derecho Fundamental a la Salud y otras disposiciones.
DECRETO 2462 DE NOVIEMBRE DE 2013. Reestructuración del SNS–Se Crea La Delegada para la Supervisión de Riesgos y la Oficina de Metodologías.
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 109 DE 2014 OCT 2014 Cooperación Interinstitucional con la UIAF.
DECRETO UNICO 1068 DE MAYO DE 2015 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público.
CIRCULAR EXTERNA 009 Abril de 2016 •Instrucciones relativas al diseño, implementación y funcionamiento del SARLAFT. Imparte las instrucciones (criterios, directrices y parámetros mínimos) relativas al diseño, implementación y funcionamiento del SARLAFT: Etapas (Identificación, evaluación, control, monitoreo); Elementos (políticas y procedimientos); Funciones de los Órganos de Administración y Control (Junta Directiva, OC, Revisor Fiscal); documentación; entre otros.
CIRCULAR EXTERNA 004 / JUN 2018 Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos.

3. ALCANCE

Verificar el cumplimiento de la normatividad vigente en materia del Sistema SARLAFT en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

4. METODOLOGIA

Este seguimiento tiene el propósito de observar la información Circular 00009 de 2016 numeral 5. SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACION DEL TERRORISMO, que establece: '*Que los agentes del SGSSS para la adecuada Gestión del riesgo de LA/FT deberán adoptar procedimientos y herramientas que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo del objeto social y que se ajusten al tamaño, actividad económica, forma de comercialización demás características. Así mismo el SARLAFT debe comprender el diseño aprobación e implementación de políticas y procedimientos para 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 E.S.E., empleados y socios…*'
Las orientaciones generadas en el Manual se revisan y analizan a través de una matriz de cumplimiento (papeles de trabajo), en donde se ha verificado cada uno de las temáticas aprobadas, aceptadas y admitidas por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en las sedes Bogotá y Unidad Funcional de Zipaquirá y consolidadas en el informe de Auditoria.

5. JUSTIFICACION

Siendo uno de los roles de Control Interno la verificación y seguimiento a los procesos institucionales y conforme a la ley 87 de 1.983 que constituye el Sistema de Control Interno como parte integrante de los sistemas de información y operacionales de la respectiva entidad y en el artículo 12 establece como una de las funciones: "verificar que los controles asociados con todas y cada una de las actividades de la organización, estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren permanentemente, de acuerdo con la evolución de la entidad" y "verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y los sistemas de información de la entidad y recomendar los correctivos que sean necesarios".

6. TÉCNICAS DE AUDITORIA

Los métodos y pruebas de Auditoria utilizados por la Oficina de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana para lograr la información y verificación necesaria y obtener la evidencia valida y suficiente en la elaboración de la evaluación sobre el cumplimiento de los procedimientos, políticas, SARLAFT, contenido documentalmente en el Plan Anual de Auditorias vigencia 2019, firmado por el representante legal y la jefe de la Oficina de Control Interno, el Estatuto de Auditoria y código de Ética de los Auditores Internos, adoptado mediante resolución 109 de marzo de 2018 , y la Carta de compromiso Ético del Auditor Interno al igual que los procedimientos del proceso de Auditoría y Control.

7. OBSERVACIONES Y HALLAZGOS

POLITICA

De conformidad con los parámetros establecidos en la circular externa No. 000009 de 21 de abril de 2016 en donde se dan instrucciones y se crea el sistema preventivo de prácticas riesgosas financieras y de atención en salud del SGSSS. Por la cual la Superintendencia Nacional de Salud definirá para sus sujetos vigilados, el conjunto de medidas preventivas para su control, así como los indicadores de alerta temprana y ejercerá sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre la materia'[1]

Fundamentados en lo que establece la Superintendencia Nacional de Salud, la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana de manera oportuna desarrollo el Manual de Procedimientos para el sistema de administración de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo – SARLAFT, identificado con el código de documento 01DE07, elaborado por el Oficial de Cumplimiento y aprobado por la Junta Directiva en el mes de diciembre de 2016, del proceso de Direccionamiento Estratégico.

Establecido en el Manual el objeto, que tiene como fin:
1. Evitar que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana pueda ser utilizada como instrumento para el ocultamiento y/o para dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades delictivas y para introducir al sistema financiero recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos y/o de la financiación del terrorismo y para detectar y reportar las operaciones que se pretendan realizar o que se hayan realizado.
2. Mitigar el Riesgo de pérdida o daño que se puede obtener con los riesgos Asociados (Legal, reputacional, de contagio y operacional.)[2]

El Manual de Procedimientos para el sistema de administración de riesgos de lavado de activos y Financiación del terrorismo – SARLAFT, código de documento 01DE07, en el numeral 4 definiciones registra:

"La política son los lineamientos orientaciones o aspectos que fundamentan la prevención y el control del riesgo LA /FT en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y que hacen parte del proceso de gestión del riesgo e LA /FT.
Las políticas para el adecuado manejo del SARLAFT en lo referente a las etapas y elementos del sistema son de estricto cumplimiento por parte de los funcionarios del Hospital independiente al tipo de contratación adicional al cumplimiento de las normas legales, las que deben ser atendidas en el desarrollo de sus actividades[3]".

En el numeral 6. Políticas SARLAFT - numeral 6.1 **POLITICA INSTITUCIONAL** establece:

> ***"La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se encuentra comprometido con la lucha contra el lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo tanto dará estricto cumplimiento a las normas que le apliquen".***

[1] Circular Externa 000009 de 2016 –numeral 2.2 Normatividad vigente.
[2] Numeral 2 del Manual de Procedimientos para el sistema de administración de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo – SARLAFT
[3] Manual de Procedimientos para el sistema de administración de riesgos de lavado de activos y Financiación del terrorismo - SARLAFT

De lo anterior se determina las políticas generales y especifica adoptadas por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y aprobadas por la Junta Directiva que se describen a continuación, son de ***estricto cumplimiento por parte de los funcionarios***.

La Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana llevara a cabo una revisión periódica de las políticas, elementos, metodologías y procedimientos de cada una de las etapas que conforman la administración del SARLAFT, para asegurar su funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno, así como para evaluar su nivel de congruencia con los cambios efectuados en los procesos gestados al interior del Hospital.

El numeral 6.2 **POLITICA GENERALES** se describen diez (10) políticas Generales.

En el numeral 6.3 **POLITICA ESPECIFICAS** se refieren las siguientes:

6.3.1. POLITICA SOBRE PUBLICACIÓN EN LISTAS RESTRICTIVAS[4].
6.3.2. POLITICA DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE.
6.3.3. POLITICA DE CONOCIMIENTO DE CONTRAPARTE CLIENTE, PROVEEDOR, USUARIO.
6.3.4. POLITICA DE CONOCIMIENTO DE LOS FUNCIONARIOS.
6.3.5. POLITICA DE MANEJO DE EFECTIVO.
6.3.6. POLITICA DE PROVEEDORES CONTRATISTAS.
6.3.7. POLITICA DE ARCHIVOS SARLAFT.
6.3.8. POLITICA DE SANCIÓN INTERNA.
6.3.9. DISEÑO E IDENTIFICACION DELRIESGO.
6.3.10. POLITICA DE CAPACITACION.
Cada una de las anteriores se describe de manera general en el Manual

6.3.11. IMPLEMENTACIÓN DE POLITICAS.
Una vez aprobadas las políticas están deben ser comunicadas a todos los **empleados** directivos, y en general a cualquier persona que tenga vinculación con el Hospital con el fin de que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización. Así mismo velara porque los lineamientos aquí establecidos sean acatados por todos los funcionarios de la institución.

Conforme las políticas descritas hacen parte integral del Manual de procedimientos para el SARLAFT, por lo tanto, las políticas han sido aprobadas por acuerdo No. 021 de diciembre de 2016 de la Junta Directiva, aprobado en acta 031 de diciembre 9 de 2016. NO obstante estando aprobadas, NO se observan en los medios públicos establecidos por la ley, a los que tenemos acceso, ningún proceso de diseño de políticas y programas específicos a ser implementados en la E.S.E., diferente al enunciado de la misma, tampoco se evidencia la metodología para su construcción.

Adicionalmente, LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO de la E.S.E., del proceso de Direccionamiento Estratégico, código de documento 01DE06-V3, complementada y aprobada por el

[4] Realizada a través de las listas vinculantes del consejo de seguridad social de las Naciones Unidas, de manera preventiva se realizan las consultas a la lista OFAC y al Dpto. del tesoro de Estados Unidos; y se efectuaran en el momento de la vinculación de clientes, proveedores, funcionarios, independiente de su tipo de contratación.

representante legal el 14/05/2019 registra la inclusión de LA/FT así: *'.... posibles actos de corrupción, lavado de activos y financiación del terrorismo,...'.*

La comunicación de las políticas de LA/FT descritas en el Manual de procedimientos para el SARLAFT, no se evidencia divulgada en correos electrónicos de ZIMBRA, carteleras, Intranet u otro medio de comunicaciones en donde se comunican a los empleados, servidores públicos, directivos, administradores y cualquier persona que tenga vinculación con la E.S.E.. La oficial de cumplimiento informa en oficio con radicado 20191300095241, que '*la divulgación de la política y los procedimientos relacionados con SARLAFT se priorizo por nivel el grupo de colaboradores que recibirían las capacitaciones, teniendo en cuenta las dificultades de espacios amplios para capacitar a la totalidad de la Población*'. En relación con las capacitaciones, la oficial de cumplimiento adjunta la Lista de las capacitaciones realizadas a Nivel Directivo: a la Junta Directiva; al Comité Directivo **sin evidencia** de su realización y a nivel operativo informa de las capacitaciones realizadas a Planeación Gestión y Calidad – gestión Financiera – Compras Gestión bienes y suministros (18/11/2016, 31/07/2017), personal planta y contratación, Gestión bienes y servicios mercadeo, **sin evidencia** de su realización.

En las jornadas ruta de acreditación de 2019 se incluye marginalmente el tema de SARLAFT; igualmente en las reinducciones e inducciones realizadas por la E.S.E. (la oficial de cumplimiento tiene un espacio para comunicar las políticas SARLAFT).

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

En el Manual de procedimientos para el SARLAFT en el numeral 7.1 Identificación del Riesgo LA/FT tendrá en cuenta por lo menos CLIENTES/ USUARIOS, b). PRODUCTOS, c). CANALES DE DISTRIBUCIÓN, d). JURISDICIONES.

La etapa de identificación se materializa con tres (3) elementos:
a.)Segmentación de los factores de riesgo LA/FT: se *'.... segmentará los factores de riesgo de acuerdo a las características particulares de cada uno de ellos, garantizando homogeneidad al interior de los segmentos y heterogeneidad entre ellos con base en la metodología consignada en el presente Manual'*.[5]
b.) Caracterización de los segmentos definidos: Luego de construidos los segmentos de cada uno de los factores de riesgo deberá contemplarse: -la frecuencia normal de las operaciones de acuerdo con el factor de riesgo, - el volumen de las operaciones, - el mecanismo normal de pago y cumplimiento de las operaciones – y clase de ordenante de dichas operaciones.
c.) Identificación de los factores de riesgo y los riesgos asociados a cada uno de los factores: luego de conocer los segmentos de cada uno de los factores se relacionaran las tipologías identificadas por la UIAF, Superintendencia de Salud y por la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana. El conjunto de riesgos identificado por segmento debe quedar debidamente documentado.
Consultados los mapas de riesgos de la E.S.E. publicados (Intranet, sitio WEB, carteleras, etc), socializados y/o comunicados, con el fin de verificar que se encuentren debidamente identificados y documentados los riesgos LA/FT se observa:

[5] Manual de procedimientos para el SARLAFT numeral 7.1.1. segmentos La metodología de segmentación de factores de riesgo (numeral 7.1.1)

El mapa de riesgos institucional 2017 código de documento 08DE02-V5 publicado en la Intranet, NO contiene riesgos cuyo Sistema de riesgo y/o tipo de riesgo haya sido LA/FT.
El mapa de riesgos Institucional 2018 publicado de fecha 22/07/2019, luego de verificada la identificación de los riesgos se encontró que NO contiene riesgos con tipología LA/FT.
En el mapa de riesgos institucional 2019 se identifican cincuenta y seis (56) riesgos correspondientes a 19 procesos y Terapia; con sistema de riesgo: seguridad del paciente, gestión clínica, seguridad y privacidad de la información, corrupción (2), estratégicos; NO contiene riesgos con sistema de riesgo y/o tipología de riesgo LA/FT.
El mapa de riesgos de corrupción de la E.S.E. el año 2017 contiene 20 riesgos de corrupción de nueve (9) procesos, NO contiene riesgos tipo LA/FT.
El mapa de riesgos de corrupción publicado de 2018 tiene identificados veintiún (21) riesgos de corrupción NO se identifican riesgos con Sistema de riesgo y/o tipo de riesgo LA/FT.
En el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano de la vigencia 2019 en el componente 1 - *metodología para la identificación de riesgos de corrupción*, se registran e identifica diecisiete (17) riesgos con tipología corrupción, sistema de riesgo estratégico y se encuentra publicado en la Intranet y NO identifica riesgos con Sistema de riesgo y/o tipo de riesgo LA/FT.

Además de lo registrado en el Manual para el SARLAFT, .NO se observa publicada ninguna metodología para la segmentación de factores de riesgo.

PROCEDIMIENTOS

De conformidad con los parámetros establecidos en la circular externa No. 000009 de 21 de abril de 2016 se *'... deben establecer 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 actividades de LA/FT'.*

Dentro de los procesos de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, con la orientación del Manual de procedimientos para el SARLAFT, establecida por la circular, sobre la adecuada implementación de los elementos y etapas SARLAFT, se han incluido e instaurado en los procedimientos, actividades correspondientes al SARLAFT de verificación de listas, descripción de los montos y el reporte a elaborar y notificar como sigue:

PROCESO GESTION DE CALIDAD
El procedimiento *'Administración el riesgo'* código del documento 02GC05-V4 en sus actividades identifica, analiza, evalúa y describe los controles a cada uno de los riesgos de la E.S.E.

PROCESO GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
El procedimiento *'Etapa precontractual contratación directa'* código del documento 02GBS09-V5 registra en la actividad No. 3. y el procedimiento *'Compra por convocatoria pública'* código de documento 02GBS08-V3 registra en la actividad No. 9 la realización de la verificación en listas restrictivas y no restrictivas , vinculantes y no vinculantes; la E.S.E. se abstendrá de habilitar los proponentes, según sea persona jurídica (la verificación se realizara sobre la razón social, representante legal, Junta directiva y socios y/o accionistas) o persona natural (la verificación se realizará sobre el nombre y la identificación),

la exclusión de los proponente en los procesos en las convocatorias y/o invitación directa, comunicara al proponente de conforme lo establece el Manual de procedimientos SARLAFT. La verificación se documenta con el formato 05GBS21-V5 a todos los proponentes.

PROCESO FACTURACION Y RECAUDO
El procedimiento *'Facturación de servicios de salud'* código del documento 02FR08-V3 en las actividades 1, 3, 4 y 5 registra la conducta a seguir en el caso de ingreso de usuarios y/o pacientes a recibir servicios de salud, que cancelen sumas en efectivo desde $5.000.000. y/o hasta $25.000.000 en efectivo en el mismo mes.

PROCESO DOCENCIA
El procedimiento *'Formalización e ingreso e inducción y reinducción de estudiantes'* código del documento 02DOC02-V2 en su actividad 9 - Notificar estudiantes al sistema SARLAFT'.

PROCESO GESTION FINANCIERA
El procedimiento *'Recaudo de efectivo en caja y custodia de títulos valores'* código del documento 02GF12-V2 en su actividad 4 'Realizar la apertura de caja fuerte conteo y revisión de efectivo' se describen los montos a reportar al Oficial de cumplimiento.

La implementación, de los procedimientos del proceso Gestión del Talento Humano no contiene ninguna actividad con respecto a las etapas del SARLAFT. 'La verificación de antecedentes de los empleados con vinculación legal y reglamentaria se realiza se manera periódica...'[6] la vinculación del personal nuevo, trabajadores en Misión, asociados a cooperativas (trabajo asociado) para la vigencia 2019 se envía al oficial de cumplimiento para verificar las lista de este personal....

No se evidencian los procedimientos para la prevención del riesgo de LA/FT, el monitoreo[7] y seguimiento, que como mínimo deben contemplar la revisión de todas las etapas del SARLAFT y las operaciones, negocios y contratos que realiza la E.S.E. con el propósito de identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT.

DOCUMENTACIÓN

La E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con los siguientes documentos:

- Manual de procedimientos para el SARLAFT aprobado el 09 de diciembre de 2016 por Acuerdo No. 021 de 2016 de la Junta Directiva. No se evidencia modificación al procedimiento o al Manual, que incorporé modificación alguna.
- Procedimientos *'Administración el riesgo'* código del documento 02GC05-V4, *'Etapa precontractual contratación directa'* código del documento 02GBS09-V5 , *'Compra por convocatoria pública'* código de documento 02GBS08-V3, *'Facturación de servicios de salud'* código del documento 02FR08-V3, *'Formalización e ingreso e inducción y reinducción de estudiantes'* código del

[6] Oficio radicado 2019401008375-1 de la subdirección de personal.
[7] Como mínimo: Conocimiento de Clientes y usuarios. Conocimiento de personas expuestas públicamente. Conocimiento de los asociados. Conocimiento de trabajadores, empleadores y proveedores. Establecer Herramientas para identificar operaciones inusuales y/o sospechosas

documento 02DOC02-V2, *'Recaudo de efectivo en caja y custodia de títulos valores'* código del documento 02GF12-V2, registran dentro de su descripción actividades del SARLAFT.

- El formato 05GBS21-V4 formulario único de registro de proveedores; formato de certificación 05RH39-V1.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La organización Interna al de La E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana se encuentra definida en el Decreto No. 00190 de octubre de 2007 y las funciones de la Junta Directiva, del Gerente, del Oficial de Cumplimiento y del Revisor Fiscal (órgano de control) se encuentran definidas en el Manual de procedimientos para el SARLAFT.

Se observa que actualmente las funciones relacionadas con el SARLAFT en la E.S.E., está siendo apoyada al oficial de cumplimiento por una Secretaria de la planta de personal.

De acuerdo con el numeral 10. '*Funciones de los órganos de administración y control* ' en el numeral 10.3. "Oficial de Cumplimiento", del Manual de procedimientos para el SARLAFT, el Oficial de Cumplimiento debe acreditar conocimiento en materia de administración de riesgos, no pertenecer a órganos de control ni a las áreas directamente relacionadas con las actividades previstas en el objeto social principal y ser empleado de la entidad. Debe ser como mínimo de segundo nivel jerárquico dentro de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.

El cumplimiento de lo anterior se verifico con la resolución 301 de 2016 de la secretaria de Salud de Cundinamarca en donde se aprueba el Acuerdo 014 de julio de 2016 de la Junta Directiva, se observa que el empleo jefe oficina Asesora código 115 dependencia de planeación tiene como propósito principal: '*Asesorar permanentemente a la Gerencia de la Empresa Social del Estado en todo lo relacionado con el desarrollo Gerencial, los planes estratégicos, la aplicación a la misión, visión y objetivos corporativos'*; y la primera de las funciones es: '*Asesorar a la Gerencia de la Empresa Social del Estado y demás dependencias en la formulación de políticas y estrategias dirigidas a lograr los objetivos institucionales en coherencia con los planes Nacional y Departamental de Desarrollo'.*

Teniendo en cuenta lo establecido en el Acuerdo No.014 de 2016, se registra entonces por parte de la Oficial de Cumplimiento un conflicto de intereses, por lo que se debe asignar estas funciones a otro servidor público de la planta de personal para que asuma las funciones establecidas por las circular No. 009 de 2016, para lo cual se requerirá la modificación de la planta Global de la E.S.E.

ÓRGANO DE CONTROL

Revisados los dictámenes presentados por el Revisor Fiscal, de 14 de febrero de 2018 y 14 de febrero de 2019 de los periodos 2017 y 2018 , se evidencia en el literal F de cada uno de los dictámenes los siguiente con respecto al sistema SARLAFT: '

'Dando cumplimiento con el numera 6.3 de a circular externa No. 0009 de la Superintendencia Nacional de Salud para la implementación del SARLAFT, manifiesto que el Hospital Universitario de la Samaritana está cumpliendo satisfactoriamente con las responsabilidades y obligaciones contenidas en dicha circular

y que durante la vigencia 2018 los informes mensuales fueron enviados adecuada y oportunamente a la UIAF, entidad adscrita al Ministerio de Hacienda'.

PLATAFORMA TECNOLÓGICA

'En el mes de marzo de 2017 (renovado en junio de 2018) La E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana adquirió el software de administración y verificación de listas restrictivas DATALAFT con la empresa Risk Consulting, que permite conocer los posibles riesgos de contagio con persona natural y jurídica con sus representantes legales, socios y accionistas'[8]

DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se encuentra en la Intranet el Manual de procedimientos para el SARLAFT, la Política de Administración del riesgo, el programa de Gestión y administración del riesgo, los procedimientos, el formato, incorporados a los procesos de la E.S.E. en el Sistema de Gestión Documental; en la página WEB de la E.S.E. el Manual de procedimientos para el SARLAFT la cual está a disposición de los servidores en los servidores públicos.
En las inducciones y reinducciones realizadas en la E.S.E. a los servidores públicos se presentan las políticas de la entidad en las que se incluye la política SARLAFT, Igualmente, las rutas de acreditación realizadas en 2018 y 2019 incluyo la divulgación del SARLAFT por parte de los integrantes del estándar de Direccionamiento y Gerencia. Lo anterior se hace de manera general y no se registra en la historia laboral ni examina la adherencia del conocimiento del sistema de administración de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo -SARLAFT

CAPACITACIÓNES e INFORMES

Durante el periodo 2017 y 2018, se realizaron las siguientes capacitaciones:

FECHA	DIRIGIDO A	TEMA	OBSERVACIONES
2 de noviembre de 2016	Junta Directiva	Capacitación SARLAFT para la toma de decisiones.	Acta No. 30 de noviembre 2016 numeral 5.
9 de diciembre 2016	Junta Directiva	Presentación del proyecto de Manual de procedimientos del SARLAFT	Acta No. 31 de diciembre 2016 numeral 5.
14 Diciembre de 2017	Junta Directiva	Presentación informe SARLAFT	Acta No. 015 de diciembre 2017 numeral 4.
10 de abril de 2019	Junta Directiva	informe anual SARLAFT	Acta No. 055 de abril de 2019 en Proposiciones y varios La Oficial de Cumplimiento hace entrega en medio físico del informe

[8] Oficio radicado 20191300095241 remitido por la Oficial de Cumplimiento

FECHA	DIRIGIDO A	TEMA	OBSERVACIONES
			anual de SARLAFT vigencia 2018 a los miembros de la Junta Directiva.
18 de noviembre de 2016 31 de julio de 2017	Planeación y Calidad, gestión Financiera, Compras Gestión Bienes y servicios	SARLAFT	Información entregada por la Oficial de cumplimento en oficio radicado 201930009524, sin evidencia de su realización (No se adjuntan soportes de asistencia).
19 de septiembre de 2018	Gestión Bienes y servicios – Mercadeo.	SARLAFT	
18 de mayo de 2018	Proveedores de la red de la E.S.E.	Se dio a conocer la Política de SARLAFT, los procedimientos y formatos institucionales.	

8. CONCLUSIONES

1. El Manual de procedimientos para el SARLAFT, de manera específica aglutina todos los requisitos mínimos solicitados en la circular 00009 de 21 de abril de 2016 de la Superintendencia de Salud.

2. Siendo las políticas un conjunto de lineamientos, orientaciones, decisiones o aspectos que fundamentan la prevención y el control del riesgo LA/FT, que se traducen en acciones estratégicamente seleccionadas, y/o principios y/o cursos de acción adoptados, enunciados en el Manual, NO se observa el diseño e implementación de las políticas expuestas en el Manual de procedimientos para el SARLAFT, tampoco se evidencia la metodología para su construcción excepto lo enunciado en el procedimiento Control de documentos y registros.

3. En las etapas de identificación, la evaluación y medición, los mecanismos de control, el monitoreo y seguimiento de los riesgos de LA/FT, además de lo registrado en el Manual de procedimientos para el SARLAFT de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, NO se encuentran documentados (identificados, avaluados, monitoreados, controlados ni seguimientos) en los mapas de riesgos institucionales de las vigencias 2017, 2018 y 2019 ni en los mapas de corrupción de la E.S.E. del componente del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano de las vigencias 2017, 2018 y 2019 y hacen seguimiento a los riesgos con sistema de riesgo y/o tipología de riesgo LA/FT.
   Adicional a la metodología expuesta en el Manual de procedimientos para el SARLAFT de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana no se observa metodología (entrevistas, encuestas, talleres, lluvias de ideas, técnica de escenarios) para la segmentación de factores de riesgo.

4. Dentro de los procedimientos elaborados por los responsables de los procesos de Gestión de Calidad, Gestión de Bienes y Servicios , Facturación y Recaudo, Docencia, Gestión Financiera han incorporado en las actividades y enuncia en la descripción la verificación de listas, descripción de los montos y el reporte a elaborar y notificar del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT.

5. En la estructura organizacional, el oficial de Cumplimiento, teniendo en cuenta lo determinado por la normatividad de la E.S.E., se establece entonces que hay conflicto con lo establecido en la norma y por lo tanto no hay correlación ni afinidad con el empleo Jefe oficina Asesora 115 con los requisitos establecidos en la circular de la Superintendencia y en el Manual Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT.

9. RECOMENDACIONES

Conforme el Manual de Procedimientos para el sistema de administración de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo – SARLAFT adquiere los requisitos mínimos solicitados en la circular 00009 de 21 de abril de 2016 de la Superintendencia de Salud, se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el Manual en todos sus numerales, haciendo especial énfasis en cuanto a dejar documentadas todas las metodologías que se implantan y relacionan en el Manual; la ejecución, la identificación, medición, control y monitoreo del riesgo LA/FT, (numeral 6.); a la identificación, evaluación y medición, los mecanismos de control, el monitoreo y seguimiento para la prevención del riesgo LA/FT (numeral 7); a diseñar, programar, coordinar y ejecutar planes de capacitación, mínimamente de manera anual, dirigido a todas la áreas y servidores públicos de la E.S.E. en Bogotá y Zipaquirá y generar mecanismos de evaluación de los resultados a adquiridos.... (Numeral 8); presentar una reforma en el código de integridad, en el que estén incluidas las políticas SARLAFT y se oriente a los servidores públicos sobre las sanciones como consecuencia del incumplimiento (de todo lo relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo, la revisión y verificación de la Lista Consolidada de Sanciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas).

NOTA

El contenido del presente informe se basó en la normatividad, en la información publicada en la Intranet, en las actas de la Junta Directiva y la información allegada a Control Interno por la Asesora Jurídica, la Subdirección de Desarrollo Humano, la Subdirección de Personal, el líder de proyecto de Tesorería y la Oficial de Cumplimiento de la E.S.E. (no se tuvo acceso a los anexos mencionados en el numeral 17 del oficio enviado por la Oficial de Cumplimiento con radicado 20091300095241 de 28 de junio de 2019).

YETICA HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

MARIA CLARA MARTINEZ R.
Profesional Especializado

Bogotá, Septiembre 20 de 2019