



Bogotá, 1 de febrero de 2021

Doctor
EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS
Gerente
SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA
Directora Administrativa
LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
Directora Científica
JOSE JAIME PINZON RIAÑO
Director Financiero
NUBIA GUERRERO PRECIADO
Directora Atención al Usuario
JAIRO ENRIQUE CASTRO
Director Hospital Regional de Zipaquirá
ANA CAROLINA SERNA
Coordinadora UF Zipaquirá
NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
Jefe Oficina Asesora Jurídica
YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: AUDITORIA DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS, PROCEDIMIENTOS - SARLAFT 2020.

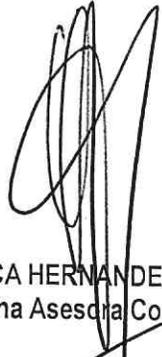
Cordial saludo.

Adjunto el informe de Auditoria de SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS, PROCEDIMIENTOS - SARLAFT 2020.

Una vez la Auditoria ha quedado en firme, esta deberá generar el Plan de mejoramiento correspondiente a la Auditoria en el que se debe incluir cada una de las recomendaciones allí establecidas. Se sugiere allegar el Plan de mejoramiento antes del 15 de febrero de 2021

PD. : Adjunto 12 folios.

Atentamente,



YETICA HERMANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora Control Interno



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 - 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co*"Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada"*

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

**AUDITORIA DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS, PROCEDIMIENTOS -
SARLAFT 2020**

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. ALCANCE

Verificar el cumplimiento de la normatividad vigente en materia del Sistema SARLAFT en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, establecido en el Manual de Procedimientos para la Administración de riesgos de lado de activos y financiamiento del terrorismo -SARLAFT

3. METODOLOGIA

Dando cumplimiento a lo establecido en el Plan de Auditorias de la oficina de Control y lo establecido en la Circular 00009 de 2016 numeral 5. SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACION DEL TERRORISMO y con las orientaciones generadas en el Manual de procedimiento para el sistema de Administración de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo-SARLAFT, se realiza el seguimiento a cada una de las observaciones y/o hallazgos de AUDITORIA DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS, PROCEDIMIENTOS SARLAFT 2019 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en las sedes Bogotá, Hospital Regional Zipaquirá y Unidad Funcional de Zipaquirá.

Previo al presente seguimiento y en el mes de octubre 2 de 2020, con el radicado No. 2020110009419-1 Se solicito a la Oficial de Cumplimiento, nos allegará el plan de mejoramiento del Informe de Auditoria de la vigencia 2019 y las acciones de mejora realizadas en el periodo 2019 a 2020, a 30 de noviembre de 2020 y hasta la fecha no se ha obtenido respuesta a este oficio y se desconocen las acciones de mejora realizadas en este periodo.

Por lo que el contenido del presente informe se basó en la normatividad, en la información publicada en el sistema de gestión integral ALMERA, en las actas de la Junta Directiva, el aplicativo SIA OBSERVA, los papeles de trabajo, actos administrativos, la información verbal recibida y como base el informe de Auditoria realizado por Control Interno de la vigencia 2019.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

4. 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".

5. MARCO LEGAL

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA . Artículos 6, 123, 333 inciso 5 y 335

Ley 365 de febrero 21 de 1997

Ley 526 de agosto 12 de 1999

Ley 1581 de 2011

Código Penal Artículos: 29, 30, 65, 319, 320, 321, 326, 327, 365, 376, 377, 382 y 412.

Ley 1126 de 2006 sobre financiación del terrorismo. Modificó la Ley 526 de 1999

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 1537 DE 2001. "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el Sistema de Control Interno en las entidades y organismos del Estado».

DECRETO 4110 DE 2004. "Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública".

DECRETO 1599 DE 2005. "Por medio del cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano". MECI 1000:2005.

Norma Técnica Colombiana NTC5254 de 2006 "Gestión de Riesgo"

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.

mon

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

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.

Guía Administración del Riesgo del DAFP

Guía de Diseño de Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 de 2007 Numeral 3

6. VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO

De conformidad con los parámetros establecidos en la circular externa No. 000009 de 21 de abril de 2016 la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, desarrolló 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, del proceso de Direccionamiento Estratégico, elaborado por el Oficial de Cumplimiento y aprobado por Acuerdo No. 021 de diciembre de 2016 de la Junta Directiva en el mes de diciembre de 2016, del proceso de Direccionamiento Estratégico. En el Manual, numeral 6.3 se ha incorporado:

La Política

“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”.

De la política anterior se fijan en el numeral 6.1 diez (10) políticas generales, en el numeral 6.3. las políticas específicas¹ adoptadas por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y aprobadas por la Junta Directiva, de estricto cumplimiento por parte de los funcionarios.

La implementación, establecida en el numeral 6.3.11, y el cumplimiento de las políticas, en el que tienen especial asiento, en orden de jerarquías, la Junta Directiva, El Gerente, el Director del Hospital Regional,

- ¹ 6.3.1. POLITICA SOBRE PUBLICACIÓN EN LISTAS RESTRICTIVAS¹.
- 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.

mev



OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Directores y Subdirectores de la E.S.E., oficinas de Asesoras, Control Interno Disciplinario, todos los servidores públicos, con especial énfasis los procesos, de Direccionamiento estratégico, Gestión de la Calidad, Gestión del Talento Humano, Gestión de bienes, compras y servicios, gestión Financiera, Sistemas de información, Gestión Jurídica, Planeación; todos los anteriores bajo el liderazgo del Oficial de Cumplimiento de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana; proveedores y en general a cualquier persona que tenga vinculación con la E.S.E.

La Política de Administración del Riesgo

La política de administración del riesgo de la E.S.E., del proceso de Direccionamiento Estratégico, código de documento 01DE06-V4, aprobada por el representante legal el 18-03-2020 registra la inclusión de LA/FT así: *'... posibles actos de corrupción, lavado de activos y financiación del terrorismo...'*

El programa de Gestión y Administración del riesgo

Identificado con el código 01GC04-V6, del proceso de gestión de la Calidad, en los objetivos específicos numeral 3.2. Registra: *'Gestionar los riesgos de forma integral (emergencia desastres, seguridad y salud en el trabajo, jurídicos, ambientales, SARLAFT, seguridad del paciente, entre otros) a uno institucional que dé respuesta a las necesidades del hospital.'*

En la línea estratégica 6.5 establece: *'Gestionar los riesgos de forma integral (emergencia desastres, seguridad y salud en el trabajo, jurídicos, ambientales, SARLAFT, seguridad del paciente, entre otros) a uno institucional que dé respuesta a las necesidades del hospital.'*

Realizar reuniones con cada uno de los líderes de cada uno de los sistemas de riesgos para definir puntos en común sobre los cuales se realizará su articulación'

Con el fin de verificar que se encuentren debidamente identificados y documentados los riesgos LA/FT se Consultaron las matrices de riesgos institucionales de la E.S.E. publicados y/o comunicados, se observa:

El mapa de riesgos institucional 2017 código de documento 08DE02-V5, 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, 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.

La matriz de riesgos Institucionales 2020, contiene ochenta y cuatro (84) riesgos, ninguno de ellos contiene sistema de riesgo y/o tipología de riesgo LA/FT.

Las matrices de riesgos de corrupción de la E.S.E.: del año 2017 NO contiene riesgos tipo LA/FT.

Las matrices de riesgos de corrupción publicado de 2018 y 2019 NO identifican riesgos con Sistema de riesgo y/o tipo de riesgo LA/FT.

La matriz de riesgos de corrupción 2020, publicada en el sistema de gestión integral ALMERA no identifica dentro de la tipología y/o sistema de riesgos de lavado de activos y/o financiamiento del terrorismo.

Por lo que se hace necesario, conforme lo establece la norma tener en cuenta también que el riesgo de LA/FT se puede materializar a través de los riesgos asociados, a saber: legal, reputacional, operativo y de contagio.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

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:

El procedimiento '*Administración el riesgo*' código del documento 02GC05-V5 del proceso de Gestión de Calidad, aprobado en septiembre de 2019, en sus actividades identifica, analiza, evalúa y describe los controles a cada uno de los riesgos de la E.S.E. de manera general.

El procedimiento '*Etapas precontractual contratación directa*' del proceso de gestión de bienes y servicios, código del documento 02GBS09-V7 registra en la actividad No. 3. '*Recesión de ofertas y remisión a las áreas para las evaluaciones*' y el procedimiento '*Compra por convocatoria pública*' código de documento 02GBS08-V5 registra en la actividad No. 9 '*entrega de documentos a las áreas evaluadoras y evaluación de las propuestas (Jurídica, Técnica y Financiera)*', 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 documentada en el formato 05GBS21-V4 a todos los proponentes.

El procedimiento '*Facturación de servicios de salud*' del proceso. Facturación y recaudo, 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.

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

El procedimiento '*Recaudo de efectivo en caja y custodia de títulos valores*' del proceso de Gestión Financiera, 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.

El desarrollo de los procedimientos (Selección del Talento Humano código de documento 02TH03-V3, vinculación del Talento Humano código 02TH06V2) del proceso Gestión del Talento Humano no contienen actividades con respecto a las etapas del SARLAFT, para La verificación de antecedentes de los

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

empleados con vinculación legal y reglamentaria y la vinculación del personal nuevo, trabajadores en Misión, asociados a cooperativas no se evidencia como actividad en los procedimientos.

No se evidencian los procedimientos para la prevención del riesgo de LA/FT, el monitoreo² 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.

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.

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 en el Acuerdo 058 de diciembre de 2019 de la Junta Directiva, registra 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 se registró entonces y hasta el retiro de la Jefe de la oficina asesora código 115, grado 07, quien realizaba las funciones de 'Oficial de Cumplimiento'. un conflicto de intereses, por lo que se debió 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.

Dictamen del Revisor Fiscal

Revisado el dictamen presentado por el Revisor Fiscal, en febrero de 2020 para la presente vigencia 2020, lo mismo que en periodos anteriores, se evidencia en cada uno de los dictámenes lo siguiente con respecto al sistema SARLAFT:

'De acuerdo con la circular externa No. 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud que reglamenta el sistema de administración de riesgos de lavado de activos y de financiamiento del terrorismo SARLAFT el Hospital la Samaritana cumplió con las responsabilidades y obligaciones

² 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

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

contenidas en dicha circular y durante la vigencia 2019 los informes mensuales fueron enviados adecuada y oportunamente a la UIAFT (Unidad de información y de análisis financiero), entidad adscrita al Ministerio de Hacienda'.

La plataforma tecnológica

Con fecha 02/10/2019 se elabora orden de servicio No. OCOS0020190041, La razón Social del contratista es RISK CONSULTING COLOMBIA S.A.S., la descripción del servicio es: 'Servicio de acceso a base de datos de listas restrictivas y fuentes públicas de información para la detención de alertas de: LA/FT (lavado de activos y financiamiento del terrorismo)³ vigencia 2019-2020'; La vigencia es de 12 meses a partir de la fecha del RP.

Consultada la orden de servicio en el aplicativo SIA OBSERVA se evidencia que la fecha de suscripción y la fecha de inicio, es el 09 de octubre de 2019, su fecha de finalización el 08 de octubre de 2020 (359 días); los estudios previos (en su parte XI *análisis que soporta el valor estimado del contrato* registra: una vez solicita cotizaciones a las empresas CONTACTOS COMPLIANCE, COMUNICACIONES INFLAT, Y RISK CONSULTING, solo presenta propuesta RISK CONSULTING, cumpliendo los lineamientos requeridos), el CDP, el RP, un informe del supervisor y una orden de pago.

Consultado con la oficina de contratos de la E.S.E., verbalmente nos informan que con fecha 01 de diciembre de 2020 se suscribió el contrato No. 1037, contratista RISK CONSULTING, con vigencia 12 meses, contrato que a la fecha no contiene acta de inicio.

Por lo anterior, se deduce que desde el 09 de octubre de 2020 y hasta la fecha, no hay contrato para los servicios de acceso a base de datos de listas restrictivas y fuentes públicas de información para las alertas de LA/FT.

Divulgación de la información

Se encuentra en el sistema de gestión integral ALMERA, el Manual de procedimientos para el SARLAFT, la Política de Administración del riesgo, el programa de Gestión y administración del riesgo, los procedimientos aquí descritos y el formato, incorporados a los procesos de la E.S.E. en el Sistema de Gestión Integral.

En la página WEB de la E.S.E. link: la entidad/ quienes somos/ Manuales, el Manual de procedimientos para el SARLAFT documento que está a disposición de los servidores públicos y ciudadanía en general.

Capacitaciones e informes

Verificado el cronograma para la ejecución del Plan Institucional de capacitación 2020, el cual contiene ciento veintitrés (123) actividades (capacitación informal, formación para el trabajo y el desarrollo humano) y/o actividades específicas 2020, en el cronograma no se observa capacitación alguna dirigida al lavado de activos y financiamiento del terrorismo.

Para dar cumplimiento a las obligaciones relacionadas con listas internacionales vinculantes para Colombia y reportar sus operaciones sospechosas y determinadas transacciones en efectivo a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF). Y con el fin de verificar la de las listas restrictivas de la

³ COMPLIANCE*Usuario y consultas ilimitadas + consultas en BATCH + alertas de riesgo al administrador +soporte en línea capacitación de uso de la herramienta + homologación del cliente por parte de SIGPRO +20 debidas diligencias ampliadas sin costo al año.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

contratación de la E.S.E. en la presente vigencia se solicitó mediante oficio 2020110008939-1 de fecha 21 de septiembre de 2020, informar sobre la consulta en las listas restrictivas de una muestra de contratos. Con fecha 19 de octubre de 2020 con radicado 2020130009987-1, se informa la fecha de verificación en las listas restrictivas y el número de verificación realizada.

7. CONCLUSIONES

1. Solicitado el Plan de mejoramiento y/o las acciones de mejora realizadas posterior al informe de Auditoría presentado en el mes de agosto de 2019 y de la vigencia 2020, a la elaboración del presente informe no se obtuvo ninguna respuesta de los avances en cumplimiento de las recomendaciones del informe de Auditoría.
2. Las políticas como conjunto de lineamientos, orientaciones, decisiones o aspectos que fundamentan la prevención y el control del riesgo LA/FT, que se traducen en acciones estratégicas y/o principios y/o cursos de acción, 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, evaluados, monitoreados, controlados ni seguimientos) en las matrices de riesgos institucionales de la vigencia 2020 ni de las vigencias 2017, 2018 y 2019; la misma situación se observa en la matriz de riesgos de corrupción de la E.S.E. con los riesgos con sistema de riesgo y/o tipología de riesgo LA/FT.
4. 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.
5. 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.
6. Con lo observado en cuanto a la plataforma tecnológica, se deduce que desde el 09 de octubre de 2020 y hasta la fecha, no hay contrato para los servicios de acceso a base de datos de listas restrictivas y fuentes públicas de información para las alertas de LA/FT.
7. En la estructura organizacional, el oficial de Cumplimiento, teniendo en cuenta lo determinado por la normatividad de la E.S.E., se evidencia que hay conflicto de intereses con lo establecido en la

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

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.

8. De acuerdo a lo establecido en el Manual de procedimientos para el sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y financiamiento del Terrorismo, aprobado en Diciembre de 2016 por Acuerdo de la Junta Directiva, a la fecha, diciembre de 2020, no se han desarrollado las políticas, las acciones y actividades, establecidas en el documento, por lo que la E.S.E. Hospital universitario de la Samaritana no ha culminado la implementación de las etapas del SARLAFT.
9. Es importante tener en cuenta que la Circular 009 de 2016 de la Superintendencia de Salud en el numeral 12.2 'Periodo de Transición⁴ establece: El periodo de transición para la implementación de políticas y manuales de procedimientos del SARLAFT en un término de doscientos cuarenta (240) días calendario, es decir desde diciembre de 2016 hasta septiembre de 2017, por lo tanto, la E.S.E. Hospital universitario de la Samaritana puede ser objeto de imposición de multas, por la inobservancia e incumplimiento de las directrices impartidas en el Acuerdo.

8. SEGUIMIENTO A LAS OBSERVACIONES

DESCRIPCION OBSERVACION	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO
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	Sin evidencia del cumplimiento de los requisitos.	Se reitera.
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	Se realizo la verificación de las actas de la Junta Directiva desde el mes de mayo de 2019, (orden del día y proposiciones y varios), hasta	No se evidencio revisión periódica de las políticas, elementos, metodologías y procedimientos de cada una de las etapas que

⁴ 'El periodo de transición para la implementación de políticas y manuales de procedimientos del SARLAFT se fija en un término de ciento veinte (120) días calendario, contados a partir del nombramiento del oficial de cumplimiento y su debida notificación en los términos contemplados en el numeral 6.1 literal D de la circular, con el fin de que los agentes del SGSSS a los que les aplique la presente circular se capaciten y remitan a la SNS, la documentación soporte de dicha implementación. Tengase en cuenta que, para el nombramiento del Oficial de cumplimiento, se estableció un término de ciento veinte (120) días calendarios contados a partir de la entrada en vigencia de ésta circular, en los términos establecidos en el numeral 6.1 literal D de esta circular, por lo que, en total, el periodo de transición sería de doscientos cuarenta (240) días calendario'.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
 INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

DESCRIPCION OBSERVACION	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO
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 acta del mes de septiembre de 2020.	conforman la administración del SARLAFT. Se reitera
Conforme las políticas descritas hacen parte integral del Manual de procedimientos para el SARLAFT, 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 esta, tampoco se evidencia la metodología para su construcción.	Se realizó verificación en el sitio WEB, se evidencia publicación de políticas, Manual SARLAFT. (la entidad/ quienes somos/ manuales). En el link planeación gestión y control/ control interno/... se evidencia publicación del informe de Auditoría a agosto de 2019	Se reitera
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 informo en oficio de 2019 (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' sin evidencia de su realización.	Se reitera
Se hace especial énfasis en cuanto a dejar documentadas todas metodologías que se implantan y relacionan en el Manual		Se reitera
la ejecución, la identificación, medición, control y monitoreo del riesgo LA/FT,(numeral 6)		Se reitera
la identificación, evaluación y medición, los mecanismos de control, el monitoreo y seguimiento para la prevención del riesgo LA/FT (numeral 7);		Se reitera
Diseñar, programar, coordinar y ejecutar planes de capacitación, mínimamente de		Se reitera

Handwritten signature/initials

Handwritten signature/initials

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

DESCRIPCION OBSERVACION	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO
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)		
a.) Segmentación de los factores de riesgo LA/FT: se ' <i>... 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</i> '. ⁵ Además de lo registrado en el Manual para el SARLAFT, NO se observa publicada ninguna metodología para la segmentación de factores de riesgo.	Sin evidencia de la metodología publicada.	Se reitera
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.		Se reitera
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).	Se verifico la resolución No. 526 de diciembre de 2018, en donde se adoptó el código de integridad; la resolución No. 467 de agosto de 2019, en donde se modifica el Artículo 5to. de la resolución No. 526 de 2018 y la resolución No. 184 de abril de 2020, en donde se implementan las	Se reitera

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

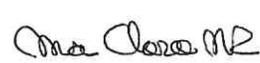
CODIGO DEL DOCUMENTO:

DESCRIPCION OBSERVACION	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO
	herramientas y actividades para el despliegue... ; en ninguna de ellas se encuentran incluidas las políticas SARLAFT y orientaciones a los servidores públicos.	

9. RECOMENDACIONES

1. Se reiteran todas las recomendaciones producto de la Auditoria elaborada en el 2019 y presentada a la Oficial de cumplimiento, con copia al Gerente.
2. Establecidos los términos de transición en la circular No. 009 de 2016 de la Superintendencia de Salud en el numeral 12.2 'Periodo de Transición para la implementación de políticas y manuales de procedimientos del SARLAFT , se recomienda realizar un Plan de trabajo para subsanar y dar cumplimiento a lo establecido por la circular y lo plasmado en el Manual de procedimientos para el sistema de administración de riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo - SARLAFT.
3. Con lo observado en cuanto a la plataforma tecnológica, desde el 09 de octubre de 2020 y hasta la fecha, periodo en el cual no hay contrato para los servicios de acceso a base de datos de listas restrictivas y fuentes públicas de información para las alertas de LA/FT., se deberá realizar plan de contingencia contratos en donde no se realizó la consulta en listas restrictivas.


YETICA HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno


MARIA CLARA MARTINEZ R.
Profesional Especializado

Bogotá, Diciembre 21 de 2020