1. OBJETIVO

Objetivo General

Definir las políticas y procedimientos orientados a identificar, gestionar, administrar y controlar los riesgos que se identifiquen en el desarrollo del objeto social de la E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ como parte fundamental del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, el Sistema de Gestión de Calidad y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.

Objetivos Específicos

- Definir las políticas, procedimientos y herramientas de control que permitan ejecutar las actividades de cada una de las etapas definidas dentro del Sistema y Subsistemas de Administración de Riesgos de la E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ.
- Definir funciones y responsabilidades de la Junta Directiva, Oficial de Cumplimiento, Revisor Fiscal, servidores públicos y contratistas de la entidad con relación al Sistema de Gestión del Riesgo de la E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ.
- Incluir en el plan de capacitación institucional los temas referentes a riesgos de proceso, SARLAFT y SICOF los cuales serán dirigidos a los funcionarios, contratistas y demás grupos de interés de la organización, encaminados a incentivar la cultura de prevención y detección frente a los riesgos que se generan en el desarrollo del objeto social de la organización.
- Integrar el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) con el Sistema Integral de Gestión del Riesgo.
- Integrar el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) con el Sistema Integral de Gestión del Riesgo.
- Incorporar el principio de debida diligencia en los procesos contractuales y relaciones con terceros.
- Garantizar el cumplimiento de estándares nacionales e internacionales en materia ALA/CFT/CFPADM.

2. ALCANCE

El presente Manual del Sistema Integral de Gestión del Riesgo (SIGR) aplica a todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación de LA E.S.E. HOSPITAL

ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ, así como a todas las dependencias, servicios y niveles organizacionales de la institución.

El alcance del sistema inicia con la identificación de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y la prestación de los servicios de salud, a partir del análisis del contexto interno y externo de la entidad, y finaliza con el monitoreo, seguimiento y evaluación de los controles implementados, así como con la formulación de acciones de mejora orientadas a fortalecer la gestión del riesgo institucional.

Entradas:

- Normatividad vigente aplicable en materia de gestión del riesgo.
- Lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- Plan Estratégico Institucional y objetivos organizacionales.
- Caracterización de procesos institucionales.
- Identificación de factores de riesgo internos y externos.
- Información proveniente de auditorías internas y externas, informes de control interno y revisiones del sistema.

Salidas:

- Identificación y valoración de riesgos institucionales.
- Matriz institucional de riesgos actualizada.
- Definición e implementación de controles y medidas de tratamiento del riesgo.
- Planes de acción para la mitigación de riesgos.
- Informes de seguimiento y monitoreo del SIGR.
- Reportes a los entes de control y vigilancia cuando aplique.
- Mejora continua del Sistema Integral de Gestión del Riesgo.

3. RESPONSABLES

CARGO (ROL)	RESPONSABILIDAD
Junta Directiva o quien haga sus veces	Aprobar las políticas de la entidad en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad y que son presentadas por el Comité de Riesgos, a partir del trabajo con el área de gestión de riesgos, en caso de que existan, órgano equivalente o de las diferentes áreas de la entidad.

- Aprobar los reglamentos, manuales de procesos, procedimientos y funciones de las áreas pertenecientes a la entidad, así como sus respectivas actualizaciones.
- Aprobar el Código de Conducta y de Buen Gobierno, el sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- Aprobar el diseño y definir la periodicidad de los informes internos para los reportes de la gestión de los riesgos, especialmente los prioritarios que se van a presentar a las diferentes áreas de la entidad.
- Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo a los riesgos prioritarios.
- Aprobar las actuaciones en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios o cualquier excepción de las políticas, así como los planes de contingencia a adoptar en caso de presentarse escenarios extremos.
- Conocer los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos, presentado por el Comité de Riesgos u órgano equivalente.
- Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, teniendo en cuenta las características de cada riesgo y el tamaño y complejidad de la entidad.
- Realizar el nombramiento del Comité de Riesgos en caso de que la entidad decida establecerlo, definir sus funciones y aprobar su reglamento, de acuerdo con las normas legales que le apliquen.
- Pronunciarse y hacer seguimiento sobre los informes periódicos que elabore el Comité de Riesgos y la Revisoría Fiscal, respecto a los niveles de riesgo asumidos por la entidad, las medidas correctivas aplicadas para que se cumplan los límites de riesgo previamente establecidos y las observaciones o recomendaciones adoptadas para el adecuado desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo.
- 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 la exposición como mínimo a los riesgos prioritarios en los casos que aplique.
- Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas por la instancia responsable.
- Monitorear el cumplimiento de los lineamientos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos promoviendo su continuo fortalecimiento y que la toma de decisiones este en función de la

	selección e implementación de las estrategias para el tratamiento y control de los diversos riesgos y de su comportamiento.
<u>Comité de Riesgos</u>	• Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. Así mismo, las actualizaciones a las que haya lugar. • Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el punto anterior, para cada uno de los riesgos identificados. • Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. • Evaluar y proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, el manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos. • Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la entidad. • Evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva y al Representante Legal, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. • Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por la entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido al cual esta pertenezca. Cabe resaltar que de acuerdo con las políticas que establezca la entidad, cada instancia podrá tener diferentes atribuciones para aprobar operaciones que incumplan las políticas establecidas inicialmente por la entidad y que violen los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados. • Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva, Consejo de Administración u órgano que haga sus veces. • Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos:

	-El comportamiento y los niveles de exposición de la entidad a cada uno de los riesgos (como mínimo los riegos prioritarios), así como las operaciones objetadas. -Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados. -Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
<u>Revisar Fiscal</u>	- 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. - Dar cuenta por escrito de forma anual a la Junta Directiva, al representante legal del cumplimiento o incumplimiento a las disposiciones contenidas en el SIGR. - Poner en conocimiento del Oficial de Cumplimiento, las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación del SIGR o de los controles establecidos. - Rendir los informes sobre el cumplimiento a las disposiciones contenidas en la Circular Externa 009 de 2016 y sus modificaciones, la Circular Externa 20211700000005-5 del 2021 expedida por la SUPERSALUD, cuando cualquier autoridad o entidad de control lo requiera.
<u>Representante Legal / Gerente</u>	- Suministrar los recursos tecnológicos, humanos y físicos necesarios para la implementación del sistema. - El representante legal deberá hacer cumplir la política e instrucciones que en materia de prevención y control del SIGR sean aprobadas por la Junta Directiva o quien haga sus veces. - Presentar cuando lo estime pertinentes recomendaciones a la Junta Directiva sobre el SIGR. - Brindar colaboración y apoyo al Oficial de Cumplimiento, y evaluar las recomendaciones e informes que éste le presente
<u>Oficial de Cumplimiento</u>	- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el sistema de administración de riesgos. - Elaborar y desarrollar los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación del SGIR.

- Identificar las situaciones que puedan generar riesgo en las operaciones que realiza la entidad.
- Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad.
- Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al SIGR de la entidad.
- Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el SIGR y velar por su cumplimiento.
- Proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas del SIGR.
- Proponer a la administración la actualización del manual de procedimientos y velar por su divulgación a los funcionarios.
- Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte de estas dos últimas a la UIAF.
- Realizar todos los reportes a la SNS incluidas las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos.
- Mantener actualizados los datos de la entidad y el oficial de cumplimiento con la UIAF utilizando los canales de comunicación correspondientes.
- Informar a la UIAF cualquier cambio de usuario del Sistema de Reporte en Línea SIREL. Gestionar adecuadamente los usuarios del Sistema de Reporte en Línea – SIREL
- Revisar los documentos publicados por la UIAF en la página web como anexos técnicos, manuales y utilidades que servirán de apoyo para la elaboración de los reportes.
- Diseñar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SIGR.
- Analizar los informes presentados por control Interno, 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 al SIGR.
- 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.
- Presentar cuando menos, de forma semestral a los administradores y anualmente a la Junta Directiva o quien haga sus veces, un informe por escrito donde exponga el resultado de su gestión.

	Consultar, monitorear y revisar con la debida diligencia las listas sobre sanciones financieras dirigidas del Consejo de Seguridad de las 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 entidad, se debe informar sobre este punto en particular, a la fiscalía general de la Nación.
Jefatura Oficina de Control Interno	Incluir en el programa de auditoría revisiones del diseño y eficacia de los controles asociados a los riesgos. Evaluar semestralmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y de los elementos del SIGR, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones, informando los resultados de la evaluación al Oficial de Cumplimiento y al Comité de Riesgos. Contribuir a la mejora de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno relacionados con el SIGR de la entidad, utilizando un enfoque sistemático y disciplinado.

4. GLOSARIO

Actividades de alto riesgo. son aquellas actividades económicas mayormente utilizadas por organizaciones criminales para lavado de dinero y financiación de terrorismo.

Actividades delictivas. son aquellas conductas o actividades que de conformidad con una norma vigente ostentan el carácter de ilícitas, esto es, contra derecho.

Activos ilícitos. son aquellos que provienen de cualquiera de los delitos consagrados como tales en las normas penales colombianas, como: extorsión, secuestro, enriquecimiento ilícito, rebelión, testa ferrato, tráfico de armas, delitos contra el sistema financiero, la administración pública, o vinculados con el producto de los delitos objeto de un concierto para delinquir, relacionadas con el tráfico de drogas toxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

Administradores. son administradores, el Representante Legal, el Liquidador, el Factor, los miembros de Junta Directiva.

Administración del riesgo. cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia una efectiva administración de potenciales oportunidades y efectos adversos.

Agentes económicos. son todas las personas naturales o jurídicas que realizan operaciones económicas dentro de un sistema

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 esta. Se incluyen también el director general o presidente ejecutivo y el contralor interno.

Análisis del Riesgo. proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del riesgo.

Áreas geográficas de mayor riesgo. zonas del territorio nacional con mayor flujo de efectivo debido a la existencia de pocas o ninguna organización bancaria, zonas de conflicto, o las más utilizadas para la producción y tránsito de drogas ilícitas.

Accionistas o Socios. son aquellas personas que ostentan la titularidad de las cuotas sociales, partes de interés o acciones en una sociedad mercantil.

Autocontrol. es la voluntad del empresario y los administradores para detectar, controlar y gestionar de manera eficiente y eficaz los riesgos a los que está expuesto su empresa.

Beneficiario final. es toda persona natural o jurídica destinataria de los recursos objeto del contrato o se encuentra autorizada o facultada para disponer de los mismos.

Canal Anticorrupción. herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de fraude, opacidad o corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.

Clientes/usuarios. toda persona natural o jurídica con la cual la E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ establece y mantiene una relación contractual o legal para el suministro de cualquier producto o servicio propio de su actividad.

Comportamiento financiero. patrón de comportamiento financiero o transaccional dado por la magnitud, frecuencia y uso de los servicios financieros que registre el cliente.

Conflicto de intereses. se entiende por conflicto de intereses, las situaciones en virtud de las cuales los miembros de la Junta Directiva, de los Órganos de Vigilancia, de los Comités Regionales y Nacionales de Administración, miembros de Comité Asesores, directivos, administradores, empleados de la E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ , que deban tomar una decisión o realizar u omitir una acción en razón de sus funciones, tengan la opción de escoger entre el beneficio de la respectiva entidad y de sus propios intereses, los de su familia o el de terceros, de forma tal que escogiendo uno de estos tres últimos se beneficiara patrimonial o extra-patrimonialmente, para sí, para sus familias o para el tercero, desconociendo un deber ético, legal, contractual o estatutario, obteniendo así un provecho de cualquier tipo que de otra forma no recibiría.

Contraparte(s). Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la organización y sus filiales y subordinadas tiene vínculos comerciales, de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Es decir, accionistas, socios, colaboradores o empleados de la empresa, clientes y proveedores de bienes y servicios.

Control de riesgo. comprende la implementación de políticas, procesos, practicas u otras acciones existentes que actúan para minimizar el riesgo en las operaciones, negocios o contratos que realice la empresa.

Corrupción. obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información.

Debida diligencia (Due Diligence). Equivale a ejecutar algo con suficiente cuidado. Existen dos interpretaciones en la utilización de este concepto en la actividad empresarial. La primera se concibe como el actuar con el cuidado que sea necesario para reducir 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 más económico y proactivo, se identifica como el conjunto de procesos necesarios para poder adoptar decisiones suficientemente informadas.

Debida diligencia avanzada. Equivale a la definición anterior, pero con un mayor nivel de cuidado, diligencia e investigación.

Delito. Es la acción u omisión descrita en la ley, que acarrea responsabilidad penal al autor y a sus partícipes y por tanto la imposición de una pena.

Estafa. es un delito contra el patrimonio económico, donde una persona denominada estafador, genera una puesta en escena y se aprovecha de la buena voluntad para presentar negocios inexistentes y obtener algún beneficio como sumas de dinero.

Evento. Incidente o situación de LA/FT que ocurre en la empresa o unidad de negocio durante un intervalo particular de tiempo.

Evaluación del Riesgo. Proceso de comparación de resultados del análisis del riesgo con los criterios técnicos para determinar si el riesgo, su magnitud (nivel) o ambos son aceptables o tolerables.

Factores de Riesgo. Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.

Favoritismo. preferencia dada al “favor” sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante.

Fraude. cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.

A continuación, se enuncian algunas actividades constitutivas de Fraude, sin que se constituya en una lista taxativa cerrada:

- Cualquier acto encaminado a defraudar o que se ejecute con intención deshonesta;
- Apropiación indebida de fondos, títulos valores, suministros de oficina o cualquier otro activo de la entidad y/o sus clientes;
- Manejo inapropiado de dinero o transacciones financieras, incluyendo los respectivos reportes;
- Generación de ganancias personales a partir del conocimiento de información de las actividades internas de la Entidad;
- Revelar información confidencial y propietaria a terceros con el fin de obtener una ganancia;
- Cualquier irregularidad similar o relacionada con las aquí mencionadas.

Fraude Externo. se define como los actos realizados por una persona externa a la entidad, que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de la misma o incumplir normas o leyes.

Fraude Interno. se define como todos aquellos actos que de forma intencional buscan la apropiación indebida de activos o busca causar las pérdidas que se ocasionan por actos cometidos con la intención de defraudar, malversar los activos o la propiedad de la entidad. Estos actos son realizados por al menos un empleado o administrador de la Entidad.

Oficial de cumplimiento. Es aquella persona designada por el Representante Legal de la E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ que tiene la responsabilidad de dirigir la aplicación de las medidas de prevención y detección de posibles operaciones de lavado de activos y financiación del terrorismo, mantener una base sólida de información y un control adecuado sobre las transacciones que realiza la organización y de verificar el adecuado y oportuno cumplimiento de las normas sobre LA/FT emitidas por los entes de vigilancia y control, o por otras entidades, organismos o autoridades del estado competentes, razón por la cual para la asunción de sus responsabilidades, esta persona debe contar con el apoyo de la alta gerencia.

Enriquecimiento ilícito. Obtener para sí o para otro un incremento patrimonial no justificado, derivado en una u otra forma de actividades delictivas.

Factores de riesgo. Son los agentes generadores de riesgo de LA/FT, que aplican de acuerdo con la naturaleza de la actividad de la E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ.

Financiación del terrorismo (FT). Es el proceso por medio del cual se obtienen los bienes, recursos o activos de procedencia ilícita o licita para realizar actividades terroristas. Delito descrito en el artículo 345 del Código Penal. Apoyo económico a las personas que fomentan actos terroristas, fondeo o inyección de capital

Fuentes de riesgo. Son los agentes generados del riesgo LA/FT de una empresa que se deben tener en cuenta para identificar las operaciones que puedan generarlo en las operaciones, negocios o contratos que realiza en ente económico:

- Contraparte. Personas naturales o jurídicas con las cuales la empresa tiene vínculos de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden, es decir los socios, accionistas, empleados clientes y proveedores de bienes y servicios.
- Productos. Bienes y servicios que ejerce una empresa en función de su actividad social.
- Canales de Distribución. Medios por los cuales una empresa comercializa y distribuye sus productos o servicios.
- Jurisdicción territorial. Zonas geográficas identificadas como expuestas al riesgo de LA/FT en donde el empresario ofrece o compra su producto.

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

Grupo de acción financiera GAFI. Organismo intergubernamental establecido en 1989, cuyo mandato es fijar estándares y promover la implementación efectiva de medidas legales, regulatorias y operativas para combatir el lavado de activos, la financiación del terrorismo y la proliferación y otras amenazas a la integridad del sistema financiero.

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

Jurisdicciones. Ciudad o país donde está ubicado el domicilio de los clientes, o el lugar de donde provienen o terminan sus recursos financieros.

Lavado de activos (LA). Son todas las acciones para dar apariencia de legalidad a recursos de origen ilícito con el fin de introducirlos en la economía a través del sector real o el sector financiero. En la mayoría de los países del mundo esta conducta es considerada delito y también se conoce como lavado de dinero, blanqueo de capitales, legitimación de capitales, entre otros. 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 restrictivas (nacionales e internacionales). Relación de personas y empresas que de acuerdo con el organismo que las publica pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o de financiación del terrorismo, como lo son las listas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, que son vinculantes para Colombia. Son listas de control que alertan sobre la presencia de un evento de riesgo relacionado con el registro de personas

naturales o jurídicas que han sido vinculadas o condenadas por estar relacionadas con situaciones o procesos judiciales que tienen que ver con el lavado de activos o la financiación del terrorismo, o delitos conexos a los mencionados. Adicionalmente pueden ser consultadas en las listas nacionales vinculantes como la OFAC, ONU, INTERPOL, Policía Nacional, entre otras.

Máximo órgano social. para la E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ el máximo órgano social es la Junta Directiva.

Monitoreo. es el proceso continuo y sistemático, mediante el cual se verifica y evalúa la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos o procesos empleados en la organización, mediante la identificación de logros y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados frente al LA/FT. Es condición para rectificar o profundizar la ejecución y para asegurar la retroalimentación de los objetivos, los presupuestos teóricos y las lecciones aprendidas a partir de la práctica.

Omisión de denuncia. 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”.

Opacidad. Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.

Operación intentada. Se configura cuando se tiene conocimiento de la intención de una persona natural o jurídica de realizar una operación sospechosa, pero ésta no se perfecciona por cuanto quien intenta llevarla a cabo desiste de la misma, o porque los controles establecidos o definidos no permitieron realizarla. Estas operaciones tienen que ser reportadas única y exclusivamente a la UIAF.

Operación inusual. Son inusuales aquellas transacciones, cuya cuantía o características no guardan relación con la actividad económica de los asociados/usuarios/clientes/inversionistas, o que, por su número, por las cantidades transadas o por sus características particulares, se salen de los parámetros de normalidad establecidos para determinados rangos de mercado, pero que al analizar el origen de los recursos estos concluyen en una explicación conocida y aceptada por la organización.

Operación sospechosa. Son sospechosas aquellas operaciones o transacciones que por su cuantía, características o por la cantidad de transacciones realizadas no guardan relación con

la actividad económica del cliente, que no se enmarcan dentro de los sistemas y practicas normales de los negocios, de una industria o de un sector determinado o que se salen de los parámetros de normalidad establecidos para determinados rangos de mercado; que sus particularidades pueden conducir razonablemente a sospechar que se está usando la operación financiera para ocultar, transferir, invertir o asegurar recursos provenientes de actividades ilícitas y, además, que de acuerdo con los usos y costumbres de la actividad que se trate, no ha podido ser razonablemente justificada.

Paraísos Fiscales. Lugares geográficos que por sus condiciones especiales se consolidan como centros atractivos de lavado de activos. Sus principales características son: estricta reserva bancaria, laxas políticas tributarias, bajos impuestos, facilitan la conformación de sociedades de papel, permiten la existencia de cuentas numeradas o bajo seudónimos, permiten el funcionamiento de sociedades off – shore (fuera de tierra).

Personas Expuestas Públicamente (PEP). Son personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre estos o gozan o gozaron de reconocimiento público. Las PEP extranjeras son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas prominentes en otro país, como por ejemplo los jefes de Estado o de Gobierno, políticos de alto nivel, funcionarios gubernamentales o judiciales de alto nivel o militares de alto rango, ejecutivos de alto nivel de corporaciones estatales, funcionarios de partidos políticos importantes. Las PEP domésticas son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas internamente, a los cuales les aplica los mismos ejemplos que las PEP extranjeras mencionadas anteriormente. Las personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones prominentes por una organización internacional se refiere a quienes son miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la Junta o funciones equivalentes.

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

Práctica Insegura. Es la realización de operaciones sin el cumplimiento y la observancia de las normas legales y disposiciones especiales dictadas por los Organismos de Control del Estado, en especial sin cumplir con la debida diligencia en el proceso de conocimiento del cliente.

Prevención de riesgo de LA/FT. Es la implementación de políticas y procedimientos que incluyen mecanismos y controles de información, relacionados con la actividad de lavado de activos y financiación del terrorismo, con lo cual la gestión de la organización genera una disuasión mediata, como prevención general dirigida a las personas y organizaciones involucradas en estas actividades.

Reportes externos. Son los reportes obligatorios (ROS), que deben hacer las organizaciones ante la UIAF, esto es, ROS (negativos o positivos) y transacciones en efectivo (negativas y positivas).

Reportes internos: Son aquellos que se manejan al interior de la ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ y deben ser efectuados por escrito mediante correo electrónico y con carácter confidencial, por cualquier colaborador que tenga conocimiento de una posible operación inusual, dirigido al Oficial de Cumplimiento.

Riesgo de LA/FT. Es el posible impacto negativo, la posibilidad de pérdida o daño que pueden sufrir la E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ, por su propensión a ser utilizadas directamente o a través de sus operaciones para la comisión de delitos por parte de sus asociados, usuarios o clientes, y como instrumento para el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas, o cuando se pretenda el ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades. También se derivan riesgos por el hecho de no efectuar los reportes correspondientes ante la UIAF.

Riesgos asociados al LA/FT. Son los riesgos asociados a través de los cuales se materializa el riesgo de LA/FT estos son: reputacional, legal, operativo y de contagio, que son los riesgos a los que se exponen las organizaciones, con el consecuente efecto económico negativo que ello puede representar para su estabilidad financiera.

SARLAFT. Sistema de Administración del Riesgo Contra el Lavado de activos y la Financiación del Terrorismo, el cual se instrumenta a través de etapas y elementos interrelacionados de forma organizada y metódica.

Segmentación. Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos homogéneos al interior de ellos y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación). Se aplica a asociados, clientes, usuarios.

Señales de alerta. Son circunstancias particulares relacionadas con el proceso de los actos propios advertidas al interior de la organización y que puede ameritar un reporte ante la UNIDAD DE INFORMACIÓN DE ANALISIS FINANCIERO (UIAF). Son hechos, situaciones, eventos, cuantías y demás información que la E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ, determine como relevantes, a partir de los cuales se puede inferir la posible existencia de un hecho o situación que escapa a lo que en el desarrollo de la prevención y control del riesgo de LA/FT, se ha determinado como normal.

SIREL. Sistema de reporte en línea de la UIAF

Soborno. Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control.

Soborno Transnacional: el que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional.

Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF. Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:

- Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de las entidades sometidas a inspección y vigilancia evitando situaciones de Corrupción, Opacidad y Fraude. Para el efecto, se entiende por eficacia la capacidad de alcanzar las metas y/o resultados propuestos; y por eficiencia la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.
- Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad y Fraudes, originados tanto al interior como al exterior de las organizaciones.
- Realizar una gestión adecuada de los Riesgos.

Tráfico de Influencias. utilización indebida, en provecho propio o de un tercero, de influencias derivadas del ejercicio del cargo público o de la función pública, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer. Incluye el ejercicio indebido de influencias por parte de un particular sobre un servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico.

Vandalismo. Acciones físicas que atenten contra la integridad de los elementos informáticos, la infraestructura, entre otros, cuya finalidad es causar un perjuicio, por ejemplo, la paralización de las actividades, como medio de extorsión o cualquier otro.

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, que tiene por objetivo la prevención y detección de operaciones que puedan ser utilizadas para el lavado de activos y la financiación del terrorismo. Así mismo, impone obligaciones de reporte de operaciones a determinados sectores económicos.

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

PTEE. Programa de Transparencia y Ética Empresarial.

PTEP. Programa de Transparencia y Ética Pública

5. DESCRIPCION GENERAL

5.1 PRESENTACIÓN DEL MANUAL

La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ, actualiza el presente manual teniendo como premisa que la gestión del riesgo es transversal y se asocia a todas las actividades que desarrolla la entidad en el cumplimiento de su objeto social, por tanto, se toma como base las Circulares Externas 20211700000005-5 del 2021, 20211700000004-5 del 2021 y la 2022151000000053-5 de 2022 emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la cual realiza actualización de los criterios de clasificación de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y deroga la Circular Externa 018 de 2015 y se actualizó la Circular Externa 009 de 2016 por la cual se imparten instrucciones relativas al Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo de financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva dando un nuevo nombre del sistema SARLAFT-FPADM, se incorporan los lineamientos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF, así mismo, se integra con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) para la administración de los riesgos asociados a los procesos institucionales. De igual manera, las instrucciones generales impartidas relacionadas al Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos, y a los lineamientos respecto al Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE y el Programa de É tica Pública - PTEP.

El presente Manual del Sistema Integral de Gestión del Riesgo – SIGR se articula con la Política Nacional ALA/CFT/CFPADM establecida mediante el CONPES 4042 de 2021 y con las disposiciones contenidas en la Ley 2195 de 2022, incorporando el enfoque de transparencia, ética pública, debida diligencia y responsabilidad administrativa de personas jurídicas, con el fin de fortalecer los mecanismos institucionales de prevención, detección y control de los riesgos asociados al lavado de activos, financiación del terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva y corrupción.
Teniendo en cuenta lo anterior y bajo los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud la E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ, se clasifica en el grupo C1 toda vez que los Activos Totales son superiores a 2.725.557 UVT con corte a 31 de diciembre de 2021.

El propósito del presente manual es gestionar los riesgos a que los que se ve abocada la institución en lo que refiere a los riesgos inherentes a los procesos en el desarrollo de la misión, así como contribuir a la prevención y lucha contra el Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/FT, la corrupción, opacidad y fraude.

Aprobado el presente documento se adquiere el compromiso por las partes interesadas (junta directiva o quien haga sus veces, alta dirección, funcionarios, empleados, contratistas, proveedores, clientes, entre otros) a dar cumplimiento a las políticas y procedimientos establecidos orientados a prevenir los riesgos de proceso, SARLAFT, SICOF y los demás subsistemas establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

5.2 POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

La política integral de gestión de riesgo establecida por la E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ se fundamenta en la normatividad vigente y aplicable en materia de riesgos para el sector salud y las entidades de carácter público, por tanto, se definen lineamientos, procesos y procedimientos enfocados a la prevención, la gestión, el control y monitoreo de los riesgos para mitigar la probabilidad de ocurrencia de situaciones que puedan afectar a la institución en el logro de sus objetivos, todo esto enmarcado dentro del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

5.2.1 LINEAMIENTOS GENERALES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA

- La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ a través de la junta directiva o quien haga sus veces, la gerencia, los funcionarios, empleados, contratistas, proveedores, usuarios y clientes (potenciales y reales), promulga y expone su compromiso institucional para cumplir con las disposiciones legales y reglamentarias que en materia de prevención y control del riesgo han determinado o llegaren a determinar las autoridades y organismos de vigilancia y control.
- El representante legal, directivos y todos los colaboradores de la E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ, se comprometen a prevenir que la institución sea utilizada como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento, en cualquier forma, de dinero u otros bienes provenientes de actividades ilícitas relacionadas con LA/FT.
- Los funcionarios se abstendrán de autorizar excepciones o exonerar de los requisitos exigidos por la institución para la vinculación de proveedores, clientes u otros o la realización

de operaciones si no están debidamente facultados para ello mediante autorización del representante legal, la Junta Directiva o quien haga sus veces.

- La información solicitada por el Oficial de Cumplimiento, incluyendo la generada en los reportes de operaciones inusuales y sospechosas es de carácter estrictamente confidencial y debe ser suministrada dentro de los términos del requerimiento, así mismo, está prohibido que los funcionarios o contratistas de la E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ suministren información a terceros diferentes a los entes de vigilancia y control o a las autoridades legalmente facultadas, respecto de los reportes de operaciones sospechosas que ha emitido la institución con destino a la UIAF.
- La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ por ningún motivo vinculará contractualmente con personas naturales y/o jurídicas que se encuentren referidas dentro de las listas emitidas por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, Oficina de Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de Estados Unidos – OFAC e Organización Internacional de Policía Criminal - INTERPOL.
- El Oficial de Cumplimiento, Revisoría Fiscal y Control Interno podrán revisar los documentos y archivos soportes del conocimiento de los clientes, funcionarios, contratistas y proveedores para asegurar su consistencia e integridad. La frecuencia de las revisiones dependerá de la complejidad y riesgos involucrados.
- La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ mediante Resolución N° 018 del 17 de enero de 2022, adopta el nuevo estatuto de contratación en el cual determina en sus artículos 8° de las inhabilidades e incompatibilidades y su artículo 9° sobre el conflicto de intereses.
- El incumplimiento de los lineamientos, políticas y procedimientos establecidos en el presente manual serán sujetos de sanciones según la normatividad vigente colombiana y de acuerdo con el tipo de vinculación del funcionario, contratista, proveedor, cliente.

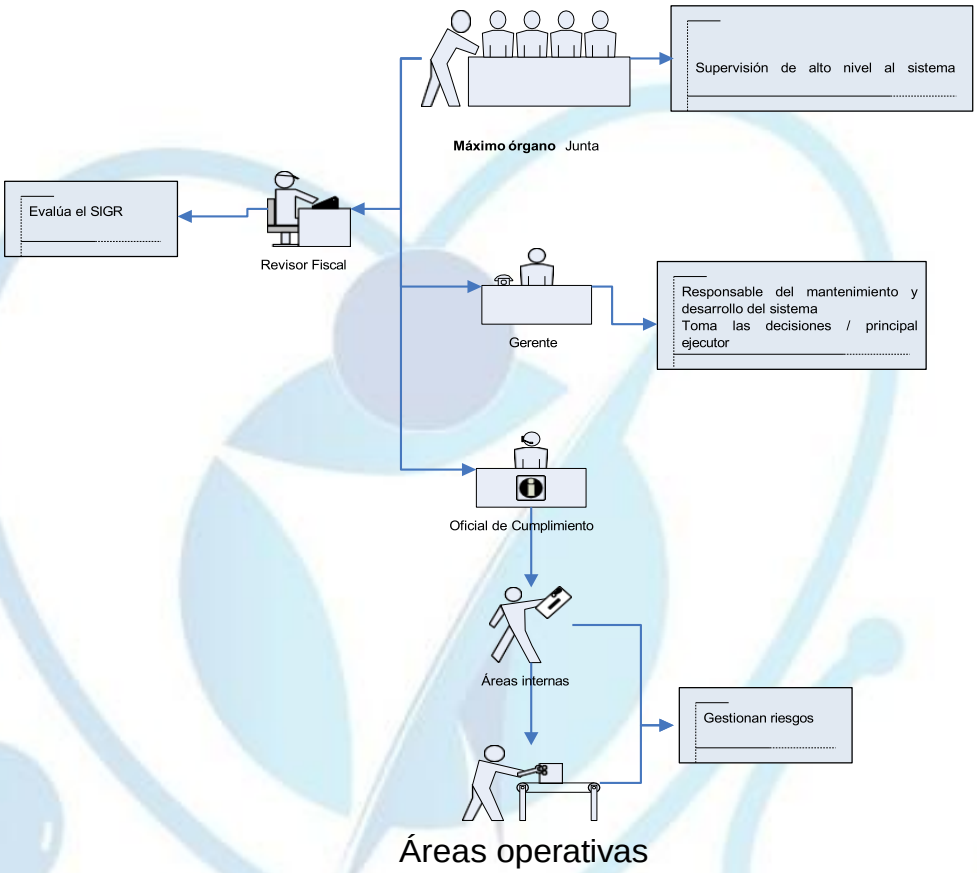
5.3 METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SIGR

Una vez aprobadas las políticas, éstas deben ser comunicadas a todos los funcionarios, contratistas, proveedores y cualquier persona que tenga vinculación con la entidad a fin de ser entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización.

5.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL SIGR

La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ define en su estructura del Sistema Integral de Administración de Riesgos la participación de: Junta Directiva o quien haga sus

veces, Revisoría Fiscal, Gerente o Representante Legal, Oficial de Cumplimiento quienes serán los responsables de la administración, evaluación y control del sistema. A continuación, se presenta gráficamente la representación de la estructura y su interacción.



5.5 COMPROMISOS DE LOS SERVIDORES

La totalidad de funcionarios del nivel operativo y asistencial les corresponde en cada área o unidad funcional gestionar los riesgos de acuerdo con la metodología de gestión del riesgo que actualmente se aplica en la institución.

5.6 ETAPAS DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE RIESGO

La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ para desarrollar las etapas del SIGR tendrá en cuenta lo establecido en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – versión 6 del 2022", y los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Externa 20211700000005-5 del 2021, por lo que tomará como base el modelo de operación por procesos en el marco de MIPG e integra lo referente a Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Corrupción, Fraude y Opacidad.

A Continuación, se describe de manera general los pasos en cada una de las etapas del SIGR y los cuales serán instrumentalizadas mediante procedimientos específicos para SARLAFT y SICOF teniendo en cuenta que, si bien se desarrolla bajo las mismas etapas, presenta particularidades en el desarrollo de algunas de ellas según lo establece la normatividad colombiana y del sector salud vigente.

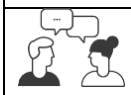
Por lo tanto, este manual será objeto de actualización periódica según lo establezcan los entes de vigilancia y control.

5.6.1 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ en la etapa de identificación de riesgos se basa en los siguientes elementos y aspectos:

- Los objetivos estratégicos, contexto interno y externo.
- Los factores de riesgos desde los procesos y procedimientos.

FACTOR	DEFINICIÓN	DESCRIPCIÓN	
PROCESOS	Eventos relacionados con errores en las actividades que deben realizar los servidores de la organización.		Falta de procedimientos
			Errores de grabación, autorización
			Errores en cálculos para pagos internos y externos
			Falta de capacitación, temas relacionados con el personal

TALENTO HUMANO	Incluye seguridad y salud en el trabajo. Se analiza posible dolo e intención frente a la corrupción		Hurtos activos
			Posibles comportamientos no éticos de los empleados
			Fraude interno (corrupción, soborno)
TECNOLOGIA	Eventos relacionados con la infraestructura tecnológica de la entidad		Daño de equipos
			Caída de aplicaciones
			Caída de redes
			Errores en programas
INFRAESTRUCTURA	Eventos relacionados con		Derrumbes

FACTOR	DEFINICIÓN	DESCRIPCIÓN	
	la infraestructura física de la entidad.		Incendios
			Inundaciones
			Daños a activos fijos
Evento externo	Situaciones externas que afectan la entidad.		Suplantación de identidad
			Asalto a la oficina
			Atentados, Vandalismos, orden publico

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 6/2022

Una vez identificados los riesgos se procede a realizar la clasificación, para lo cual se tendrá en cuenta la propuesta por la Función Pública:

Ejecución y administración de procesos	Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos.
Fraude externo	Pérdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la organización (no participa personal de la entidad).
Fraude interno	Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones irregulares, comisión de hechos delictivos abuso de confianza, apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales está involucrado por lo menos 1 participante interno de la organización, son realizadas de forma intencional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.
Fallas tecnológicas	Errores en *hardware*, *software*, telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.
Relaciones laborales	Pérdidas que surgen de acciones contrarias a las leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discriminación.
Usuarios, productos y prácticas	Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios y que impiden satisfacer una obligación profesional frente a éstos.
Daños a activos fijos/ eventos externos	Pérdida por daños o extravíos de los activos fijos por desastres naturales u otros riesgos/eventos externos como atentados, vandalismo, orden público.

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 6/2022

La matriz para la identificación del riesgo contiene los siguientes campos, este formato es el propuesto por la Función Pública:

Proceso:	
Objetivo:	
Alcance:	

Referenci	**Impacto**	**Causa inmediata**	**Causa raíz**	**Descripci ón del riesgo**	**Clasificaci ón riesgo**	**Frecuenci a**	**Probabilid ad inherente**	**%**	**Impacto inherente**	**%**	**Zona de riesgo inherente**

5.6.2 EVALUACIÓN Y MEDICIÓN

La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ realizará la evaluación y medición de riesgos del SIGR a través de metodologías de análisis de probabilidades de ocurrencia e impacto o consecuencias, para tal fin se definen de la siguiente manera:

5.6.2.1 Analizar el Riesgo. para lo cual se determina la probabilidad de ocurrencia del riesgo identificado la cual está asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad. Los criterios para definir el nivel de probabilidad son:

	Frecuencia de la Actividad	**Probabilidad**
MUY BAJA	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
BAJA	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
MEDIA	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
ALTA	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
MUY ALTA	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 6/2022

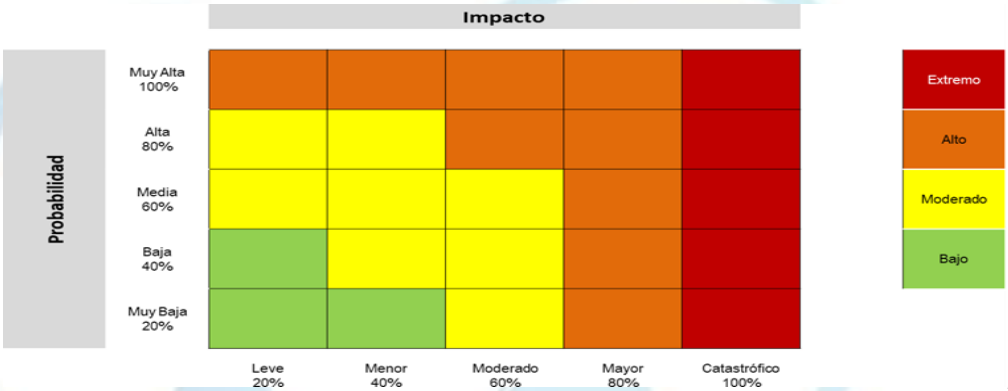
5.6.2.2 Determinar el Impacto. el impacto de los riesgos está relacionado con la afectación económica o reputacional en un nivel de probabilidad de ocurrencia definido por los siguientes niveles:

AFECTACIÓN ECONÓMICA REPUTACIONAL		
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMMLV.	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor 40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.
Moderado 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.

Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 6/2022

5.6.2.3 Evaluación del Riesgo. en este paso y tomando los resultados de la probabilidad e impacto del riesgo se determina el riesgo inherente, en el cual se mide la severidad lo cual se plasma en la matriz de calor:



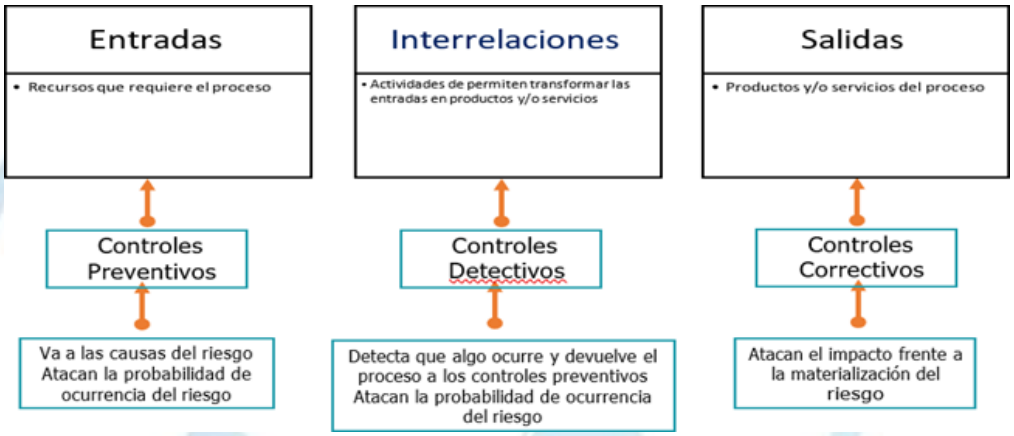
Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 6/2022

Determinadas las zonas de riesgo en la matriz de calor, la entidad determina el "Apetito del Riesgo" el cual corresponde al nivel de riesgo que la entidad puede aceptar en relación con sus objetivos estratégicos, el marco legal y las disposiciones de la alta dirección. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la ESE debe o desea gestionar. La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ no acepta ningún riesgo relacionado con lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción, opacidad, fraude y soborno. Para el resto de los riesgos se realizará seguimiento y monitoreo permanente por el líder de proceso y su apoyo.

El oficial de cumplimiento deberá realizar seguimiento trimestral, del resultado los riesgos residuales que se ubiquen en riesgo extremo, es decir, la zona de color rojo de la matriz de calor se debe tratar con un plan de mejora realizado por el líder de proceso con el acompañamiento de la oficina de planeación.

5.6.3 CONTROLES

5.6.3.1 Valoración del Control. a través de este mecanismo se definen las medidas para reducir y mitigar el riesgo teniendo en cuenta el ciclo de proceso y tipologías de controles, lo cual permite a la institución la prevención, control y mitigación de los riesgos dando cumplimiento objetivo de la política de riesgos que se ha trazado en la institución:



Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 6/2022

La matriz para la valoración del riesgo contiene los siguientes campos, este formato es el propuesto por la Función Pública:

No. control	Descripción del control	Afectación		Atributos						Probabilidad residual (2	Probabilidad residual final	%	Impacto residual final	%	Zona de riesgo final	Tratamiento
		Probabilidad	Impacto	Tipo	Implementaci	Clasificación	Documentaci	Frecuencia	Evidencia							

5.6.3.2 Nivel de Riesgo (Residual). es el resultado después de aplicar los controles a los riesgos inherentes.

La matriz para formular el plan de acción que permitirá minimizar el riesgo, contiene los siguientes campos, este formato es el propuesto por la Función Pública:

PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA IMPLEMENTACIÓN	FECHA SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	ESTADO

5.6.4 TRATAMIENTO PARA PREVENIR LOS RIESGOS

Para prevenir los riesgos se decide aplicar estrategias que permitan mitigar las posibles acciones que pueden dar lugar a ellos, estas acciones van encaminadas de acuerdo a lo dispuesto en la Guía de Administración del Riesgo versión 6, donde se debe identificar el tipo de riesgo ya sea Inherente o Residual.

Dicho de esta manera se plantean las siguientes estrategias para combatir el Riesgo:

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 6/2022.

5.6.5 MONITOREO Y REVISIÓN

El monitoreo y revisión se encuentra definido bajo los lineamientos del modelo de planeación y gestión MIPG, desde la dimensión 7. Control Interno y sus líneas de defensa.

5.7 CAPACITACIÓN

La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ, en coordinación entre Talento Humano y el Oficial de Cumplimiento programará y ejecutará la capacitación del SIGR, dicha actividad se ejecutará anualmente y/o cuando se realicen actualizaciones, modificaciones, o inclusiones como procedimientos, políticas entre otros aspectos que impacten en la prevención y gestión del riesgo.

Se debe garantizar que el tema sea incluido en la inducción y reinducción a los nuevos miembros de junta directiva, funcionarios, contrato de prestación de servicios y a quienes ingresen a través de los gremios de la salud. Así mismo, debe ser incluido en el Plan Institucional de Capacitaciones.

5.8 REFERENCIAS ESPECIFICAS DE SARLAFT, SICOF, PTEE, PTEPY LOS DEMAS SUBSISTEMAS

La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ, dentro del sistema integrado de gestión del riesgo, presenta a continuación aquellos elementos diferenciales existentes para SARLAFT, SICOF, PTEE, PTEP y los demás subsistemas.

5.8.1 SARLAFT/ FPADM

Basados en los lineamientos de la Circular Externa 20211700000005-5 del 2021 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, el SARLAFT en el desarrollo de sus etapas requiere de acciones específicas adicionales a las mencionadas y desarrolladas bajo la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 6/2022, a saber:

En la etapa de identificación del riesgo de LA/FT/FPADM se debe realizar la segmentación de los factores de riesgo con el propósito determinará las características usuales de las transacciones que se desarrollan y las comparará con aquellas que realicen los clientes, a efectos de detectar las operaciones inusuales.

FACTOR DE RIESGO	VARIABLES MÍNIMAS A TENER EN CUENTA A LA HORA DE SEGMENTAR
Clientes	Actividad económica, volumen o frecuencia de sus transacciones y monto de ingresos, egresos y patrimonio.
Productos	Naturaleza, características y nicho de mercado o destinatarios.
Canales de distribución	Naturaleza y características.
Jurisdicciones	Ubicación, características y naturaleza de las transacciones

Fuente: https:// www.infolaft.com/sarlaft-claves-segmentar-factores-riesgo/

En la etapa de evaluación y medición del riesgo de LA/FT/FPADM, se sigue la metodología de evaluar la probabilidad y el impacto como se menciona en el presente documento.

En la etapa de controles del riesgo de LA/FT/FPADM, del riesgo de LA/FT/FPADM, se realiza de acuerdo con la tipología de control referida en el presente documento.

En la etapa del monitoreo del riesgo de LA/FT/FPADM, se evalúa la eficacia, eficiencia y oportunidad de los controles implementados para mitigar el riesgo, con el fin de aplicar correctivos y ajustes necesarios para asegurar una efectiva administración del riesgo.
En esta etapa se realiza la detección de operaciones inusuales o sospechosas, su medición es trimestral.

En el marco de la metodología de SARLAFT la E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ ha definido dentro de sus mecanismos para la detección de operaciones inusuales o sospechosas las siguientes señales de alerta:

- Cuando los clientes, proveedores, funcionarios, usuarios o contrapartes se rehúsan para suministrar información o no es posible verificarla.
- Información que no ha sido actualizada o una vez actualizada no pueda confirmarse, constituye una señal de alarma.
- Cuando los clientes o proveedores presentan en su documentación legal actividades económicas indeterminadas y se rehúsan a especificar su fuente de ingresos.
- Actividad principal del cliente "comerciante" con diversidad de negocios no definidos claramente.
- Indicar una dirección diferente a la declarada inicialmente en el formulario de vinculación o de actualización.
- Los Estados Financieros presentados por el proveedor, contratista o cliente difiere de aquella que corresponde a negocios similares.
- Personas naturales o jurídicas que Fraccionan transacciones para evitar requerimientos de documentación y/o presentación de declaración de operaciones en efectivo.
- Definen su actividad económica como “independiente” y manejan grandes cantidades de dinero sin sustento legal.
- 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.
- Suministro de información insuficiente o falsa, o el cliente, proveedor o contraparte rehúsa suministrar la información mínima requerida para la celebración del contrato.
- Utilización frecuente de intermediarios para realizar operaciones comerciales o financieras.

- Empresas que realizan grandes inversiones no obstante haber sido creadas muy recientemente.
- 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.
- 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.
- Usuarios que realicen a menudo solicitud de devolución de recursos y por altas sumas por concepto de depósitos de servicios de salud.
- Usuarios que realicen múltiples depósitos en un mismo mes y soliciten devoluciones a la E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ
- Servidores públicos que tramitan frecuentemente operaciones con excepciones, evaden los controles internos o de aprobación establecidos.
- Servidores públicos que tienen un estilo de vida que no corresponde con el monto de su salario.
- Servidores públicos que 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.
- Servidor público que presenta ausencias frecuentes e injustificadas.
- Servidor que sea renuentes a disfrutar vacaciones, a aceptar cambios de su actividad o promociones que impliquen no continuar ejecutando las mismas actividades.

Así mismo, ha definido las siguientes políticas específicas que le permitirán prevenir y controlar los posibles riesgos en material de LA/FT:

5.8.1.1 Conocimiento de Contrapartes: Cliente, Usuarios, Proveedores. Debido a que el hospital es una Institución Prestadora de Servicios de Salud y dada la obligatoriedad de la prestación del servicio no se considera como cliente los pacientes cuyos servicios sean cancelados por algún tipo de seguro.

La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ como parte del conocimiento de la contraparte y teniendo en cuenta los establecido en el Estatuto y Manual de Contratación deberá diligenciar y firmar el “FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ”.

5.8.1.2 Manejo de Efectivo. La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ, promoverá el uso de medios electrónicos para la recepción de dineros en efectivo, sin embargo, en caso de recibir pagos en efectivo iguales o superiores a $2.000.000 o el equivalente en otras monedas realizados en un mismo día por una misma persona natural o jurídica o transacciones múltiples por valor de $25.000.000, se deberá realizar el reporte al oficial de cumplimiento.

En relación con los pagos como parte de la contraprestación de servicios, compras, entre otros se realizarán por medio de transacciones electrónicas, con excepción de los pagos que se realizan por la caja menor administrativa; en caso de presentarse situaciones de devolución de dinero a pacientes por concepto de reembolso por depósitos realizados para la prestación de los servicios debido a situaciones administrativas con la afiliación al SGSSS o por ausencia de esta los medios de pago serán transacciones electrónicas o cheque, lo cual debe ser previamente autorizado por el Subgerente Financiero.

5.8.1.3 Contratación del Servidor Público. Respecto a las limitaciones que determina la ley 80 de 1993, en su artículo 8 establece las inhabilidades e incompatibilidades de contratación acordes al numeral g “g) quienes sean cónyuges o compañeros permanentes y quienes se encuentren dentro del segundo grado de consanguinidad o segundo de afinidad con cualquier otra persona que formalmente haya presentado propuesta para una misma licitación o concurso.”, para tal fin se realizara las respectivas revisiones por parte de la entidad a la contratación y los funcionarios de planta con el fin de establecer control de inhabilidades o incompatibilidad en funcionarios del estado, para tal fin se documentara con formato de forma manual debidamente implementado, para tal fin se dejara como soporte el estudio de los empleados y contratistas de la E.S.E, por parte del área que sea designada por el representante legal de la entidad y se debe realizar de forma permanente en los procesos de contratación.

5.8.1.4 Consulta en Listas Restrictivas. La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ cuenta con la contratación de una plataforma para la verificación y revisión listas emitidas por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, Oficina de Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de Estados Unidos – OFAC e Organización Internacional de Policía Criminal - INTERPOL.

5.8.1.5 Archivo de Documentos SIGR. La entidad deberá garantizar el archivo de los documentos correspondiente al SIGR, éstos son registros, informes, reportes de operaciones sospechosas, reportes objetivos realizados. Se aplicarán los lineamientos establecidos en el proceso de Gestión Documental institucional a fin de realizar la adecuada conservación y disposición final de documentos. Los archivos se deben organizar y conservar como mínimo por cinco (5) años, dado que pueden ser solicitados por las autoridades competentes.

5.8.2 RIESGOS DE CORRUPCIÓN / SICOF

El siguiente texto es tomado de la "*Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital, versión 4 del 2018*", esto debido teniendo en cuenta que los lineamientos allí planteados se encuentran vigentes.

5.8.2.1 Definición de Riesgo de Corrupción. Es la posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

"Esto implica que las prácticas corruptas son realizadas por actores públicos y/o privados con poder e incidencia en la toma de decisiones y la administración de los bienes públicos" (Conpes N° 167 de 2013).

Es necesario que en la descripción del riesgo concurran los componentes de su definición, así:

ACCIÓN U OMISIÓN + USO DEL PODER + DESVIACIÓN DE LA GESTIÓN DE LO PÚBLICO + EL BENEFICIO PRIVADO.

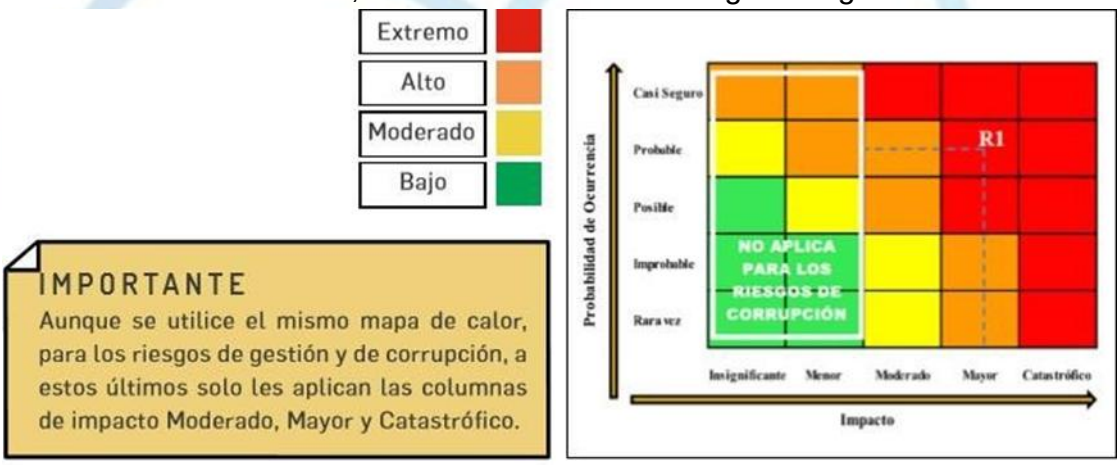
Para la definición de riesgos de corrupción se debe elaborar la matriz que se presenta a continuación:

MATRIZ: DEFINICIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN				
DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	**ACCIÓN U EMISIÓN**	**USO DEL PODER**	**DESVIAR LA GESTIÓN DE LO PÚBLICO**	**BENEFICIO PRIVADO**
Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de celebrar un contrato.	X	X	X	X

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 6/2022

El mapa de riesgos de corrupción se debe publicar en la página web de la entidad, en la sección de transparencia y acceso a la información pública que establece el artículo 2.1.1.2.1.4 del Decreto 1081 de 2015 o en un medio de fácil acceso al ciudadano, a más tardar el 31 de enero de cada año.

Para realizar el análisis de impacto de los riesgos de corrupción la Función Pública define una lista de chequeo la cual se evalúan los niveles “moderado”; “mayor” y “catastrófico”, dado que estos riesgos siempre serán significativos.
Por lo tanto, se deberá tener en cuenta que los niveles de impacto “insignificante” y “menor” no aplican en la matriz de calor, como se muestra en la siguiente gráfica:



Fuente: Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 6/2022

Así mismo, el seguimiento de riesgos de corrupción se realiza así:

Seguimiento. el jefe de Control Interno o quien haga sus veces, debe adelantar seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción. En este sentido es necesario que adelante seguimiento a la gestión del riesgo, verificando la efectividad de los controles.

Primer Seguimiento	Con corte al 30 de abril. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de mayo.
Segundo Seguimiento	Con corte al 31 de agosto. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de septiembre.
Tercer Seguimiento	Con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de enero.

El seguimiento adelantado por la Oficina de Control Interno se deberá publicar en la página web de la entidad o en un lugar de fácil acceso para el ciudadano.
Acciones a seguir en caso de materialización de riesgos de corrupción

En el evento de materializarse un riesgo de corrupción, es necesario realizar los ajustes necesarios con acciones, tales como:

- Informar a las autoridades de la ocurrencia del hecho de corrupción.
- Revisar el mapa de riesgos de corrupción, en particular, las causas, riesgos y controles.
- Verificar si se tomaron las acciones y se actualizó el mapa de riesgos de corrupción.
- Llevar a cabo un monitoreo permanente.

La Oficina de Control Interno debe asegurar que los controles sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva.
Las acciones adelantadas se refieren a:

- Determinar la efectividad de los controles.
- Mejorar la valoración de los riesgos.
- Mejorar los controles.
- Analizar el diseño e idoneidad de los controles y si son adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de corrupción.
- Determinar si se adelantaron acciones de monitoreo.
- Revisar las acciones del monitoreo.

5.8.3 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

Se parte de la premisa de que el riesgo en salud es la probabilidad de que una población determinada sufra cierta enfermedad. Así mismo, podemos entender la gestión del riesgo en salud en dos aspectos importantes de la siguiente manera:

- Organizacional, que involucra a los aseguradores y prestadores.
- Individual que se enfoca en el riesgo de las personas a sufrir un evento en salud.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud, GIRS, es una estrategia para anticiparse a los eventos de interés en salud pública, las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para mitigar o acortar su evolución y sus consecuencias. Esto implica la acción coordinada de agentes sectoriales y extra sectoriales en

la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en el entorno donde se vive, estudia, trabaja o recrea; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones; y el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas.

La Entidad cuenta con el Programa de Seguridad del Paciente aprobado mediante Resolución N° 321 del 30 de noviembre de 2020, el cual tiene por objetivo principal reducir, minimizar la ocurrencia de errores/fallas en la atención, incidente y eventos adversos.

5.8.4 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL

El Riesgo Operacional corresponde a la probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

Basándose en las buenas prácticas se decide implementar el Subsistema de Administración de Riesgo Operacional el cual debe llevar a cabo una estructura establecida para mejorar la toma de decisiones y proteger el activo más importante que es la finanza de la E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ.

Dicho de esta manera se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Revisar requerimiento de la normativa.
- Definición, aprobación y difusión de la metodología a aplicar.
- Revisar mapa de procesos de la Entidad.
- Definir junto con el dueño del proceso, la persona de hacer la identificación.
- Aplicar y documentar la identificación de los riesgos.

La Entidad incluye las siguientes etapas para efectos de supervisión por parte de los entes de control:

- Identificación.
- Evaluación y medición.

- Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos.
- Seguimiento y monitoreo.

5.8.5 SUBSISTEMA GESTIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ

Todas las organizaciones pasan por momentos críticos a nivel financiero, por tanto, toda organización en su transcurrir debe asegurarse de tener suficiente flujo de efectivo para solventar sus deudas.

Teniendo en cuenta que el Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente), como consecuencia de las actividades y operaciones diarias, las entidades se ven expuestas a este riesgo de liquidez.

La gestión de liquidez de la Entidad está relacionada con:

- Una adecuada recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito).
- Una adecuada modelación y monitoreo a las volatilidades del mercado financiero (gestión de riesgo de mercado de capitales).
- Una adecuada modelación y gestión de la razón combinada entre costos e ingresos por venta de servicios de salud contratados bajo modalidades diferentes al pago por evento (gestión de riesgo actuarial), dado que los flujos esperados de ingresos se ajustarían a las proyecciones de la entidad para cubrir con sus obligaciones.

La materialización del riesgo de liquidez genera necesidades de recursos líquidos por parte de las entidades, las cuales pueden verse limitadas para realizar los pagos a terceros como pueden ser a proveedores, empleados y demás acreedores, lo que podría conllevar, entre otras consecuencias, a deficiencias en la prestación de los servicios de salud. Lo expuesto, puede generar un riesgo sistémico y afectar la percepción de los usuarios al servicio de salud y la viabilidad financiera de las entidades del sector.

5.8.6 SUBSISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO

Se parte de la idea de que la Gestión del Riesgo de Crédito tiene como objetivo preservar la solidez financiera y patrimonial de una entidad, por esta razón la E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ con el fin de no incurrir en perdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados

referente al monto, plazo y demás condiciones, por esta razón la Entidad decide implementar evaluaciones permanentes que le permitan identificar el riesgo inherente para que sus activos no pierdan valor por el incumplimiento de que el deudor incumpla con lo acordado o pactado.

5.8.7 SUBSISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL

La conceptualización de riesgo actuarial se caracteriza por el análisis y cuantificación de las implicaciones financieras de los riesgos futuros e inciertos. Conforme a lo anterior, el riesgo actuarial es la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron. Estas estimaciones deben realizarse teniendo en cuenta algunos eventos futuros e inciertos que podrían ocurrir como:

- Desconocimiento de la demanda efectiva de servicios que van a atender, de la situación en salud de la población y de las frecuencias de uso.
- Concentración poblacional, con un enfoque diferencial de género, étnico, grupos etarios, regiones, grupo de riesgo, curso de vida, entre otros.
- Atención en zonas de difícil acceso y alta dispersión de la población.
- Hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de la población incluida en los contratos.
- Variaciones en las condiciones de morbi-mortalidad de la población incluida en los contratos.
- Incrementos inesperados en los costos de proveedores.
- Incorporación de tecnología nueva que requiera recursos de inversión considerables.

5.8.8 RIESGO FISCAL

Se entiende por Riesgo Fiscal aquel efecto dañoso sobre los recursos públicos, bienes o interés patrimonial de naturaleza pública, a causa de un evento potencial.

La E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ para evitar la probabilidad de incumplir los objetivos establecidos en cuanto a materia fiscal y tributaria, decide implementar directrices para prevenir el riesgo fiscal el cual se armoniza bajo las directrices impartidas la norma ISO 30001.

Para llegar a un buen entendimiento, a través de la siguiente se definen los diferentes elementos que hacen parte del Riesgo Fiscal:

- Efecto. Es aquel daño que se generaría sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública, en caso de ocurrir el evento potencial.
- Evento Potencial. Se relaciona con una potencial acción u omisión que podría generar daño sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública.

La Entidad en materia fiscal, tiene como objetivo atender siempre las obligaciones fiscales basándose en el marco fiscal vigente, así mismo pone en conocimiento su compromiso con el fomento de la fiscalidad responsable, el impulso a la prevención y el desarrollo del programa de transparencia, los cuales son puntos claves para fomentar la confianza de los diferentes grupos de interés.

El Representante Legal o quien haga sus veces es el responsable de manera indelegable de las siguientes facultades:

- Determinar la estrategia fiscal de la Entidad.
- Aprobar cualquier transacción que por su complejidad pudiese afectar la transparencia de la Entidad.
- Aprobar la política fiscal de la Entidad y velar por su cumplimiento.

5 . 9 PROGRAMA DE TRASPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial, ha sido elaborado de acuerdo con las directrices impartidas en la Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, el código de Ética y buen gobierno y los valores éticos definidos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ, con la finalidad de establecer los lineamientos en materia de identificación, prevención, detención e investigación de actos de corrupción y de señalar las conductas que son inaceptables, inapropiadas o prohibidas de acuerdo al código de Ética y buen gobierno y la normatividad aplicable vigente.

Con este programa se pretende impulsar el desarrollo de las diferentes acciones contra la corrupción, disuadir las conductas indebidas, promover la transparencia en la gestión de la administración e incentivar el compromiso de la Entidad, Representante Legal, Directivos, funcionarios, contratistas y proveedores contra la corrupción.

5.10 PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP)

En cumplimiento del Decreto 1122 de 2024, la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), la Ley 1712 de 2014 (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública) y las disposiciones de la Función Pública, declara su compromiso institucional con la transparencia, la ética pública y la lucha frontal contra la corrupción.

Este compromiso se fundamenta en el Código de Ética y Buen Gobierno de la entidad, en el Código de Integridad del Servicio Público y en los principios constitucionales de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad de la función administrativa.

Con este Programa, el Hospital busca fortalecer la confianza de los ciudadanos y usuarios en la gestión hospitalaria, garantizando que cada decisión, contrato, gasto y servicio se realice bajo estándares de integridad y legalidad.

6. SEÑALES DE ALERTA

6.1 RELACIONADAS CON LOS REGISTROS CONTABLES, OPERACIONES Y ESTADOS FINANCIEROS.

- Cualquier transacción realizada por la La E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ debe ser registrada de forma precisa y detallada, de tal manera que cada movimiento sea claro.
- Ningún pago o cuenta debe mantenerse fuera de los registros contables. Operaciones que no tengan una explicación lógica.
- Cifras expresadas en los estados de financieros que no coincidan con la realidad de la Entidad.
- Las revelaciones mal intencionadas en las notas de los estados financieros están prohibidas.
- Bajo ninguna circunstancia se debe realizar en los libros y registros contables entradas falsas.

6.2 RELACIONADAS CON TRANSACCIONES O CONTRATOS DE TERCEROS

- Contratos con contratistas que presten servicio a un solo cliente.
- Contratos que contengan remuneraciones variables que no sean razonables o que contengan pagos en efectivo.
- Transacciones sin el conocimiento y/o aprobación del Representante Legal o quien haga sus veces.

6.3 CANALES DE DENUNCIA Y REPORTE

Este canal es el principal medio para presentar denuncia o reporte de hechos sospechosos de corrupción, dicha denuncia o reporte será recibido garantizando la confidencialidad de la información y de la persona que lo presenta. La Entidad para dar cumplimiento crea el siguiente medio de reporte:

6.3.1 REPORTE INTERNO

Por consiguiente, no solo los funcionarios, administradores, sino cualquier persona que actúe bajo su nombre o le preste servicios a la Entidad o cualquier persona con la tenga una relación jurídica, sin importar su naturaleza que detecten o tengan conocimiento de una situación sospechosa o inusual que pueda dar lugar a la comisión de un acto relacionado con un riesgo de Corrupción o de Soborno Transnacional, así como cualquier otra irregularidad en el cumplimiento de este Programa de Transparencia y Ética Empresarial, deberán informarlo de manera inmediata al oficial de Cumplimiento de la Entidad, a través del correo electrónico oficialcumplimiento@hrplopez.gov.co, diligenciando el Formato GR-FR-007 REPORTE INTERNO SIGR.

Dichos reportes deberán contener como mínimo la siguiente información:

- Área o proceso de la Entidad afectados.
- Descripción del suceso.
- Datos de identificación de la(s) persona(s) involucradas y/o afectadas.
- Material probatorio relacionado.

6.3.2 PAGINA WEB

La entidad ha dispuesto un canal de denuncia a través de la página web institucional: https://hrplopez.gov.co/sitio/index.php/es/, en el menú de Atención y Servicios a la Ciudadanía – opción peticiones, quejas, reclamos y denuncias, donde se habilitó en el comando tipo de solicitud **Reporte SIGR.**

6.4 SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO

Toda situación de incumplimiento a los procedimientos y normas contenidas en el Programa de Transparencia y Ética Empresarial, bien sea de forma activa o por omisión de sus deberes, acarreará para los miembros de Junta Directiva, funcionarios y contratistas que las infringe, la imposición de las sanciones que correspondan en cada caso, de conformidad con lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo, el Reglamento Interno de Trabajo y/o la normatividad vigente, sin perjuicio de las acciones de responsabilidad legal a que haya lugar, las cuales serán adelantadas por los representantes de la Entidad.

Igualmente, toda violación a los procedimientos y normas contenidas en el presente Programa por parte de terceras partes, será investigada y sancionada por parte de la Entidad en concordancia a la normatividad vigente y/o lo definido en el contrato suscrito entre las partes.

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

DOCUMENTOS DE REFERENCIA
Circular Externa 009 del 21 de abril del 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud.
Circular Externa 20211700000005-5 del 17 de septiembre de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud.
Circular Externa 20211700000004-5 del 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud.
Circular Externa 22151000000053-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud.
Ley 1474 de 2011. - Estatuto Anticorrupción.
CONPES 4042 de 2021. - Política Nacional Antilavado de Activos, Contra la Financiación del Terrorismo y Contra la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.

Ley 2195 de 2022. - El Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE)
Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6 noviembre de 2022 de la Función Pública.
Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022. - Código de Conducta y de Buen Gobierno.
Circular Externa 20211700000004-5 del 2021. - Código de Conducta y de Buen Gobierno.
Circular Externa 20211700000005-5 de 2021. - se actualizan los criterios de clasificación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
Ley 1778 de 2016. - El Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE)
Decreto 1122 de 2024. - Programas de Transparencia y Ética Pública – (PTEP)
Decreto 1068 de 2015. - Administración de riesgo.
Artículo 325-B. Omisión de control en el sector de la salud. – Código Penal.
Artículo 345. Financiación del terrorismo y de grupos de delincuencia organizada y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y de la delincuencia organizada. – Código Penal.
Ley 526 de 1999 y Decreto 1497 de 2002. - Mediante la cual se crea la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF).
Ley 1121 de 2006 Artículo 20. - Procedimiento para la publicación y cumplimiento de las obligaciones relacionadas con listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional.

8. CONTROL DE CAMBIOS Y APROBACION

N.º	FECHA DE APROBACIÓN DD/MM/AAA	IDENTIFICACIÓN DE ELABORACIÓN			N.º ACTA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
		ELABORÓ	**REVISÓ**	**APROBÓ**		
001	18-09-2022	**EDWAR ENRIQUE SUÁREZ CUJIA**	**WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA**	**DUVER DICSON ROJAS**	N/A	**Creación del Documento**
		Profesional de Apoyo del SIGR	Presidente Comité MIPG	Agente Especial Interventor		

002	18-07-2023	**EDWAR ENRIQUE SUÁREZ CUJIA**	**WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA**	**DUVER DICSON ROJAS**	N/A	**Actualización de documento según requerimiento normativo**
		Profesional de Apoyo del SIGR	Presidente Comité MIPG	Agente Especial Interventor		
003	21-09-2023	**EDWAR ENRIQUE SUÁREZ CUJIA**	**WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA**	**DUVER DICSON ROJAS**	N/A	**Inclusión administración del PTEE**
		Profesional de Apoyo del SIGR	Presidente Comité MIPG	Agente Especial Interventor		
004	20-03-2026	**EDWAR ENRIQUE SUÁREZ CUJIA**	**DARIO JUNIOR CUENTAS MANOTAS**	**ANSELMO JOSÉ HOYOS FRANCO**	**2026-005**	**Inclusión del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP.**
		Profesional de Apoyo del SIGR	Presidente Comité MIPG	Agente Especial Interventor		