ACUERDO No. 008 DE 2023
(Septiembre 07 del 2023)

POR MEDIO DE LA CUAL SE APRUEBA LA ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO Y SE REALIZA DESIGNACIÓN DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO DE LOS SISTEMAS SARLAFT/ FPADM Y SICOF DE LA ESE HOSPITAL DEL SARARE.

LA JUNTA DIRECTIVA DEL SARARE E.S.E.

En uso de sus facultades legales, en especial las conferidas en el artículo 11 numeral 4 de la Ordenanza 03E de 1997 y el artículo 90 de la Ley 489 de 1998 y

CONSIDERANDO

- Que el Decreto Ley 1474 del 2011 "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública".

- Decreto 124 de 2016 "Por el cual se sustituye el Titulo 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".

- Decreto 1081 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República."

- Ley 190 de 1995 "Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa".

- Circular Externa 009 del 2016 por el cual se imparten instrucciones relativas al sistema de Administración del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo (SARLAFT).

- CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

-

- CIRCULAR EXTERNA 2022151000000053-5 DE 2022 por la cual se dan lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno.
- El Hospital del Sarare cuenta con manuales de Sistemas de Administración de riesgo los cuales amerita su actualización para dar cumplimiento al actual marco normativo, así como la designación de oficial de cumplimiento y suplente.

Por lo anteriormente expuesto:

ACUERDA

ARTICULO 1o. Aprobar la Actualización del Manual de Gestión integral de riesgos (DIR-00-M03) por el cual se establecen las políticas, lineamientos roles, responsabilidades, procedimientos, mecanismos y metodología para la administración integra de los riesgos en la ESE Hospital del Sarare en el marco de los **SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (SICOF), SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT/ FPADM) y EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL (SARO)** el cual se ajusta a las directrices impartidas por la Supersalud en la Circular Externa 009 del 2016 por el cual se imparten instrucciones relativas al sistema de Administración del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo (SARLAFT), Circular externa 20211700000005-5 DE 2021 por la cual se dan instrucciones generales relativas al subsistema de Administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y en la CIRCULAR EXTERNA 2022151000000050-5 DE 2022 por el cual se da instrucciones generales relativas al sistema de administración de riesgos y a sus subsistemas.

Parágrafo 1. Se reafirma la designación del Subgerente Administrativo y financiera como Oficial de cumplimiento de SARLAFT /FPADM definida mediante Acuerdo No 15 del 2018 y se designa como suplente a Profesional especializado – Contabilidad.

Parágrafo 2. Se designa a Profesional Universitario -Tesorería como Oficial de cumplimiento de SICOF y como suplente el Asesor de Planeación.

ARTICULO 2o. Aprobar la Actualización del Manual para la Administración del Riesgo (PLA-00-M03) por el cual se establecen las políticas, lineamientos roles,

responsabilidades, mecanismos y metodología para la administración integra de los riesgos en la ESE Hospital del Sarare en el marco de la **GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD, GESTIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL, GESTIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO Y GESTIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ** el cual se ajusta a las directrices impartidas por la Supersalud en la CIRCULAR EXTERNA 2022151000000050-5 DE 2022 por el cual se da instrucciones generales relativas al sistema de administración de riesgos y a sus subsistemas.

Artículo 3°. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Arauca, a los 07 días del mes Septiembre de 2023.

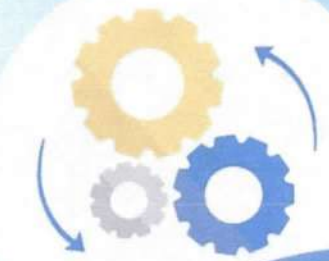
WILINTON RODRIGUEZ BENAVIDEZ
Presidente Junta Directiva
Gobernador

ARIELA GELVIS QUINTERO
Secretaria
Gerente Hospital del Sarare ESE

HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS –SGIR SICOF - SARLAFT/FPDMA - SARO

Nivel: Estratégico – Gestión Estratégica - Dirección





Sistema Integrado de Gestión

MANUAL DE INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO SIGR
SICOF - SARLAFT/FPDMA - SARO

Subsistemas de Administración de Riesgos

Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - SARLAFT/PADM

Sistema de Administración de Riesgos de Corrupción Opacidad, Fraude y Soborno- SICOFS

Riesgos Operativos (Estratégicos, Misionales y Apoyo)

1. OBJETIVOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGOS. 6

1.1 Objetivo general 6

1.1.1 Objetivos específicos 6

2. DEFINICIONES 6

3. ALCANCE 18

4. MARCO NORMATIVO 18

5. SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 21

5.1 Conceptualización del Sistema de Administración del Riesgo Operacional - SARO 21

6. PLATAFORMA ESTRATEGICA INSTITUCIONAL 22

1.2 Misión 22

1.3 Visión 23

6.3 Objetivos Institucionales 23

6.4 Principios y Valores Éticos 24

6.5 Mapa de Procesos Institucional 25

6.6 Estructura Orgánica del Sistema Integral de Gestión de Riesgos 26

7. AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD EN LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS 27

7.1 Funciones de la Junta Directiva 27

7.2 Comité de Gestión Integral de Riesgos 30

7.3 Funciones del Representante Legal 31

7.4 Unidad de Gestión del Riesgo 32

7.5 Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF 34

7.6 Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la

ejecución del SARLAFT/FPADM 36
7.6.1 Requisitos del oficial de cumplimiento para el SARLAFT/FPDAM 38
7.7 Talento Humano 39
7.8 Líder/Asesor de Defensa Jurídica 40
7.9 Responsables de ejecución (Líderes de Riesgos) 40
7.10 Órganos de Control 41
7.10.1 Revisor Fiscal 42
7.10.2 Control Interno o Auditoría Interna 43
7.11 Plataforma Tecnológica (TIC's) 43
8. ELEMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS (SIGR) 44
8.1 Políticas 45
8.1 Políticas del Sistema Integrado de Gestión del riesgo SIGR 46
8.1.1 Políticas estratégicas 46
8.1.2 Políticas Administrativas 47
8.1.3 Políticas Operativas: 48
8.1.4 Políticas Documentales 49
8.2 Lineamientos generales del SIGR 49
8.2.1 Política de Manejo de Efectivo 54
9. ETAPAS DEL SIGR 55
9.1 Identificación de los riesgos. 56
9.2 Medición y Evaluación del Riesgo. 57
9.2 Tratamiento y Control de los Riesgos 58
9.2.1 Plan de Continuidad del Negocio 60
9.2.2 Controles Estratégicos 61
9.2.3 Controles contables 61
9.2.4 Controles de seguridad de la información 61
9.2.5 Controles del Talento Humano 61

9.2.6 Controles en los proveedores 62

9.2.7 Controles físicos y patrimoniales 62

10. SEGUIMIENTO Y MONITOREO 63

10.1 Auditoria Interna de la Integrado de Gestión del riesgo SIGR....64

11. PROCEDIMIENTOS DEL SUBSISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO SIGR 65

11.1 Procedimiento de reporte de eventos de Riesgos operacionales....65

11.2 Procedimiento debida diligencia – conocimiento de funcionarios/contraparte....68

11.3 Procedimiento Debida diligencia para el conocimiento de proveedores y aliados estratégicos....71

11.4 Debida diligencia para el conocimiento de clientes/usuarios....75

11.5 Debida diligencia para el conocimiento Personas Expuestas Politicamente –(PEPS)....78

11.6 Procedimiento para Identificar y Gestionar Operaciones Inusuales 81

11.7 Reporte Interno....83

11.8 Reporte Externo 84

12. SEÑALES DE ALERTA 86

13. DOCUMENTACIÓN 89

14. MANEJO DE LA INFORMACIÓN, LA DOCUMENTACIÓN Y ARCHIVO 89

15. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA....91

16. PLATAFORMA TECNOLÓGICA 92

8.8.4 MEDIDAS SANCIONATORIAS....93

17. RESPUESTA A REQUERIMIENTOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES....94

1. OBJETIVOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGOS.

El en el presente Manual se establecen las políticas, lineamientos, roles, responsabilidades, procedimientos, mecanismos y metodología para la administración Integral de los riesgos del Hospital del Sarare E.S.E, que permitan garantizar la gestión de los mismos en sus diferentes etapas de implementación y contribuya al logro de los objetivos y metas institucionales.

- Establecer políticas, procedimientos y controles internos para prevenir, gestionar, controlar y mitigar los riesgos Institucionales.
- Establecer la estructura Organizacional que permita brindar soporte a la Integrado de Gestión del riesgo SIGR y asegurar su operatividad.
- Cumplir con las obligaciones legales y regulatorias relacionadas con la con la administración y gestión de los riesgos.
- Implementar un enfoque basado en riesgos para identificar y evaluar las vulnerabilidades y áreas de mayor riesgo en la organización.
- Establecer mecanismos que permitan monitorear, reportar operaciones o casos sospechosos a nivel interno y a las autoridades competentes.
- Fomentar una cultura de integridad, transparencia y ética en la organización, promoviendo la capacitación y sensibilización del personal.

2. DEFINICIONES

Administración de Riesgos: Metodología aplicada para establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorear y comunicar los riesgos asociados con una actividad, función o proceso de una forma que permita a las organizaciones minimizar pérdidas y maximizar oportunidades.

Amenaza: Posibilidad de que un evento no planeado pueda suceder y originar consecuencias negativas, riesgo no evaluado.

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

Canal de transparencia: Medio de comunicación en el que pueden reportar estudiantes, docentes, empleados, egresados, clientes, proveedores, aliados estratégicos y sociedad en general, comportamientos, acciones o actividades que lesionen los intereses institucionales, los principios, los valores y el código de ética y buen gobierno del Hospital del Sarare E.S.E o que afecten de alguna manera el bienestar social de la comunidad.

COFS: Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno

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.

Cibercrimen: Actividades ilícitas que se llevan a cabo para robar, alterar, manipular, enajenar o destruir información o activos (como dinero, valores o bienes desmaterializados) de compañías, valiéndose de herramientas informáticas y tecnológicas.

Cohecho: Delito que comete un particular, que ofrece a un funcionario público o persona que participa en el ejercicio de la función pública dádiva, retribución o beneficio de cualquier clase para sí o para un tercero, para que ejecute una acción contraria a sus obligaciones, o que omita o dilate el ejercicio de sus funciones.

Colusión: Pacto o acuerdo ilícito, es decir, acuerdo anticompetitivo para dañar a un tercero en procesos de contratación pública.

Concusión: Acción realizada por un funcionario público en abuso de su cargo, para inducir a otra persona a dar o prometer a él mismo o a una tercera persona, el pago de dinero u otra utilidad indebida.

Conducta Irregular: Hace referencia a incumplimientos de leyes, regulaciones, políticas internas, reglamentos o expectativas de las organizaciones respecto a la conducta, ética empresarial y comportamientos no habituales.

Conflicto De Interés: Situación en virtud de la cual una persona (funcionario, contratista o tercero vinculado al sector salud), debido a su actividad se enfrenta a distintas situaciones frente a las cuales podría tener intereses incompatibles, ninguno

de los cuales puede ser privilegiado en atención a sus obligaciones legales o contractuales.

Debida Diligencia (Due Diligence): Proceso mediante el cual se investigan y se consideran las posibilidades antes de tomar una decisión. El concepto de debida diligencia tiene el propósito de prevenir LA/FT suele atribuirse a los esfuerzos de dos organizaciones internacionales: el Comité de Supervisión Bancaria de Basilea (BCBS por su sigla en inglés) y el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI).

Debida Diligencia Intensificada: Es el proceso mediante el cual la empresa adopta medidas adicionales y con mayor intensidad para el conocimiento de la contraparte, especialmente por manejo de dinero en efectivo, por su ubicación en jurisdicciones de alto riesgo, por sus operaciones o volumen de transacciones.

Consecuencia: Efectos generados por la ocurrencia de un riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la entidad. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento.

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

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 Riesgos: Parte de la administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos para minimizar los riesgos adversos.

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.

Corrupción Privada: El que directamente o por interpuesta persona prometa, ofrezca

o conceda a directivos, administradores, empleados o asesores de una sociedad, asociación o fundación una dádiva o cualquier beneficio no justificado para que le favorezca a él o a un tercero, en perjuicio de aquella. En este tipo el beneficio es para una persona natural o empresa privada.

Corrupción Pública: Cuando en el acto de Corrupción intervienen funcionarios públicos y/o la acción reprochable recaiga sobre recursos públicos.

Decreto 441 de 2022: Regula algunos aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud en tres etapas: precontractual, contractual y post- contractual. Adicionalmente establece mecanismos de protección a los usuarios y regular aspectos relacionados con la facturación y pago de los servicios, y tecnologías en salud.

Denuncia: Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

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 que ocurre en la empresa durante un intervalo particular de tiempo. Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.

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.

Financiación del terrorismo (FT): El Artículo 345 del Código penal define esta conducta como: el que directa o indirectamente provea, recolecte, entregue, reciba, administre, aporte, custodie o guarde fondos, bienes o recursos, o realice cualquier otro acto que promueva, organice, apoye, mantenga, financie o sostenga económicamente a grupos de delincuencia organizada, grupos armados al margen de la ley o a sus integrantes, o a grupos terroristas nacionales o extranjeros, o a terroristas nacionales o extranjeros, o actividades terroristas.

Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM): Es todo acto que provea fondos o utilice servicios financieros, en todo o en parte, para la fabricación, adquisición, posesión, desarrollo, exportación, trasiego de material, fraccionamiento, transporte, transferencia, depósito o uso dual para propósitos ilegítimos en contravención de las leyes nacionales u obligaciones internacionales, cuando esto último sea aplicable.

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, y 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.

Fuentes de riesgo: Son las fuentes donde se origina riesgo LAFT en una entidad y se deben tener en cuenta para identificar las situaciones que puedan generarle este riesgo en las operaciones o contratos que realiza.

Hurto: Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro.

Identificación Del Riesgo: Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo. Implica la identificación de las fuentes de riesgo, los eventos, sus causas y consecuencias potenciales.

Impacto: Consecuencias o efectos que puede generar la materialización del Riesgo de Corrupción en la entidad.

Incertidumbre: Situación en la que no hay certeza sobre los resultados esperados.

Información Privilegiada: Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello.

Lavado de activos (LA): El articulo 323 del Código Penal define esta conducta como: el que adquiera, resguarde, invierta, transporte, transforme, custodie o administre bienes que tengan su origen mediato o inmediato en actividades de tráfico de migrantes, trata de personas, extorsión, enriquecimiento ilícito, secuestro extorsivo, rebelión, 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 tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o le dé a los bienes provenientes de dichas actividades apariencia de legalidad o los legalice, oculte o encubra la verdadera naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento o derechos sobre tales bienes, o se realice cualquier otro acto para ocultar o encubrir su origen ilícito.

Listas nacionales e internacionales: Relación de personas que de acuerdo con el organismo que las publica, pueden estar vinculadas a actividades de lavado de activos, financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva.

Monitoreo: Es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y eficacia de una política o de un proceso, mediante la identificación de sus logros y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados.

Nivel de Riesgo: Magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos expresada en probabilidad e impacto o consecuencias.

Mapa de riesgos: Representación gráfica (usualmente en cuadrantes) de los riesgos de una entidad/proceso/procedimiento, conforme a un criterio de probabilidad e impacto.

Matriz de riesgo: Herramienta que permite a la institución identificar, segmentar, evaluar y controlar los riesgos a los que podría estar expuesta, conforme a los factores y riesgos asociados.

Máximos órganos: Encargados de velar por el cumplimiento de los objetivos propuestos en el presente manual.

Monitoreo y seguimiento: Es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y eficacia de la política, procedimientos, así como los controles diseñados para cada riesgo contemplados en cada uno de los subsistemas de administración de riesgos.

Oficial de Cumplimiento: Máxima persona encargada del cumplimiento del SARLAFT/PADM, de promover, desarrollar, verificar y velar por la implementación de las políticas, procedimientos normativos e institucionales.

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 no se perfecciona por cuanto intenta llevarla a cabo desiste de la misma o porque los

controles establecidos o definidos no permitieron realizarla.

Operaciones inusuales: Son inusuales aquellas operaciones cuya cuantía o características no guardan relación con la actividad económica de la persona natural o jurídica, o que se sale por su número, por las cantidades transadas o por sus características particulares, de los parámetros de normalidad en el mercado y no tiene un fundamento legal evidente.

Operaciones sospechosas: Cualquier información relevante sobre el manejo de activos o pasivos u otros recursos, cuya cuantía o característica no guarden relación con la actividad económica de sus clientes, o sobre transacciones de sus usuarios que, por su número, por las cuantías transadas o por las características particulares de las mismas, pueden conducir razonablemente a sospechar que se está utilizando la entidad para transferir, manejar, aprovechar o invertir recursos provenientes de actividades delictivas o destinadas a su financiación.

Órganos de control: Encargados de verificar el cumplimiento de las políticas y procedimientos estandarizados en el presente manual.

Peculado: Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones.

Personas Expuestas Políticamente (PEP): Personas nacionales o extranjeras que, por razón de su cargo, manejan o han manejado recursos públicos o tienen poder de disposición sobre éstos. Como servidores públicos tienen asignadas o delegadas las siguientes funciones: expedición de normas o regulaciones, dirección general, formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, manejo directo de bienes, dineros o valores del estado, administración de justicia o facultades administrativo-sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos.

Piratería: Obtención o modificación de información de otros, sin la debida autorización, ya sea una página web, una línea telefónica, computador o cualquier Sistema informático de una entidad.

Políticas: Son lineamientos, declaraciones, orientaciones o aspectos que fundamentan la prevención y el control del riesgo de los riesgos de la organización.

Política Para La Gestión Del Riesgo: Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.

Prevaricato Por Acción: Actuación voluntaria de un funcionario público para proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.

Prevaricato Por Omisión: Actuación voluntaria de un funcionario público para dejar de ejecutar o cumplir con un acto propio de sus funciones.

Probabilidad / Posibilidad: Oportunidad que algo suceda.

Riesgo: Comúnmente es definido como la posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda afectar el cumplimiento de los objetivos propuestos. Otras definiciones que te pueden ampliar el concepto del riesgo:

- Riesgo es la probabilidad de pérdida.
- Riesgo es la posibilidad de pérdida. Riesgo es incertidumbre.
- Riesgo es la dispersión del resultado actual con relación al esperado
- Riesgo es una amenaza evaluada en cuanto a su probabilidad de ocurrencia y a la gravedad de sus consecuencias posibles.
- Riesgo es la posibilidad de ocurrencia de un evento que puede afectar el cumplimiento de los objetivos

Riesgo Actuarial: Probabilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir obligaciones futuras que se acordaron.

Riesgo de crédito: Probabilidad de que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia de que sus deudores o contrapartes no cumplan sus obligaciones en los términos acordados.

Reportes Externos: Son aquellos que el oficial de cumplimiento y el representante legal actuando en nombre de la institución, reportan a las autoridades competentes de

acuerdo con la ley que están sujetas a la inspección, vigilancia y control (IVC) de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente en la materia.
Riesgo Inherente: Es el riesgo intrínseco de cada actividad y que la institución asume como propio de las labores que realiza.

Reportes Internos: Son los que se manejan al interior de la institución que sirven como evidencia y que pueden ser utilizados por cualquier empleado que apoye a la gestión de riesgos.

Riesgo de grupo: Probabilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones que forman parte del mismo grupo empresarial. Este se deriva de la exposición a fuentes de riesgo adicionales a las propias del negocio de la entidad.

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

Riesgo en salud: Probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa, o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.

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

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

Riesgo de liquidez: Probabilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir sus obligaciones de pago tanto a corto como a mediano y largo plazo.

Riesgo operacional: Probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales de sus procesos como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos y biomédicos, en la infraestructura, por fraude y corrupción, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

SARLAFT/PADM: Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.

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).

Señales de alerta: Son circunstancias particulares que llaman la atención y justifican un mayor análisis.

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.

Tolerancia al riesgo: el nivel de variación que la organización está dispuesta a asumir en caso de desviación a los objetivos organizacionales trazados.

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.

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

Tratamiento del riesgo: Proceso para modificar el riesgo, el tratamiento de riesgos puede implicar:

- Evitar el riesgo decidiendo no iniciar o continuar la actividad que lo origino.
- Retirar la fuente de riesgos.
- Cambiar la probabilidad.
- Cambiar la consecuencia.
- Financiamiento del riesgo (retener, transferir, aceptar).
- Control del riesgo (prevenir, detectar, proteger, evitar).

UIAF (Unidad de Información y Análisis Financiero): Su misión se centra en proteger la defensa y seguridad nacional en el ámbito económico, mediante inteligencia estratégica y operativa sustentada en tecnología e innovación, en un marco de respeto a los derechos fundamentales, al derecho internacional de los derechos humanos y al derecho internacional humanitario, con el objeto de prevenir y detectar actividades asociadas con los delitos de Lavado de Activos, sus delitos fuente, la Financiación del Terrorismo y proveer información útil en las acciones de extinción de dominio.

Unidad del Riesgo: Se entiende por Unidad de Riesgo, el área, cargo y/o responsable, designada por el Representante Legal de la entidad, que debe coordinar la implementación, ejecución, control y seguimiento de los subsistemas de gestión del Riesgo financiero, de salud y operativos.

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.

3. ALCANCE

El sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR abarca a todos los procesos estratégicos, misionales y de apoyo implementados en cada una de sus sedes.

Este manual aplica para los miembros de la junta administrativa, órganos de control, funcionaros, contrapartes que tengan vínculo contractual, comercial y laboral con el Hospital del Sarare.

4. MARCO NORMATIVO

- **Decreto Ley 128 de 1976:** Por el cual se dicta el estatuto de inhabilidades, incompatibilidades y responsabilidades de los miembros de las Juntas Directivas de las entidades descentralizadas y de los representantes legales de éstas.

- **Ley 23 de 1981:** Código de Ética Médica, Título I Disposiciones generales, Art 1 y 2 Capítulo I declaración de principios, Art 1.

- **Ley 190 de 1995:** Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad
  en la administración pública y se fijan disposiciones con el objeto de erradicar la corrupción administrativa.

- **Ley 489 de 1998:** Regula el ejercicio de la función administrativa, determina la estructura y define los principios y reglas básicas de la organización y funcionamiento de la Administración Pública.

- **Ley 850 de 2003:** Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas. Crea el marco legal para el ejercicio de la veeduría en nuestro país, así como un procedimiento para la constitución e inscripción de grupos de veeduría y principios rectores.
- **Ley 906 de 2004:** Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.

- **Ley 1437 de 2011:** Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

- **Ley 1474 de 2011:** Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción a actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

- **Decreto 1510 de 2013:** Por el cual se reglamenta el sistema de compras y contratación pública.

- **Ley 1712 de 2014**: Por medio de la cual se crea la Ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional.

- **Decreto 124 de 2016**: Establece las estrategias de lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano.

- **Circular Externa 009 del 21 de abril de 2016:** expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, por medio de la cual se imparte las instrucciones administrativas generales para el diseño e implementación del SARLAFT de todas las entidades jurídicas y naturales que hace parte del SGSSS, especialmente a las EPS e IPS públicas o privadas.

- **Decreto 1499 de 2017:** Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, se integró en un solo Sistema de Gestión los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad – Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

- **Circular Externa No 003 de 24 de mayo de 2018:** Instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales Código de conducta y de Buen Gobierno IPS de los grupos C1 y C2.

- **Ley 1952 de 2019:** Por medio de la cual se expide el código general disciplinario se derogan la ley 734 de 2002, que contemplan como faltas disciplinarias las acciones u omisiones que lleven a incumplir los deberes del servidor público, a la extralimitación en el ejercicio de sus derechos y funciones, a incumplir las normas
  sobre prohibiciones; también se contempla el régimen de inhabilidades e

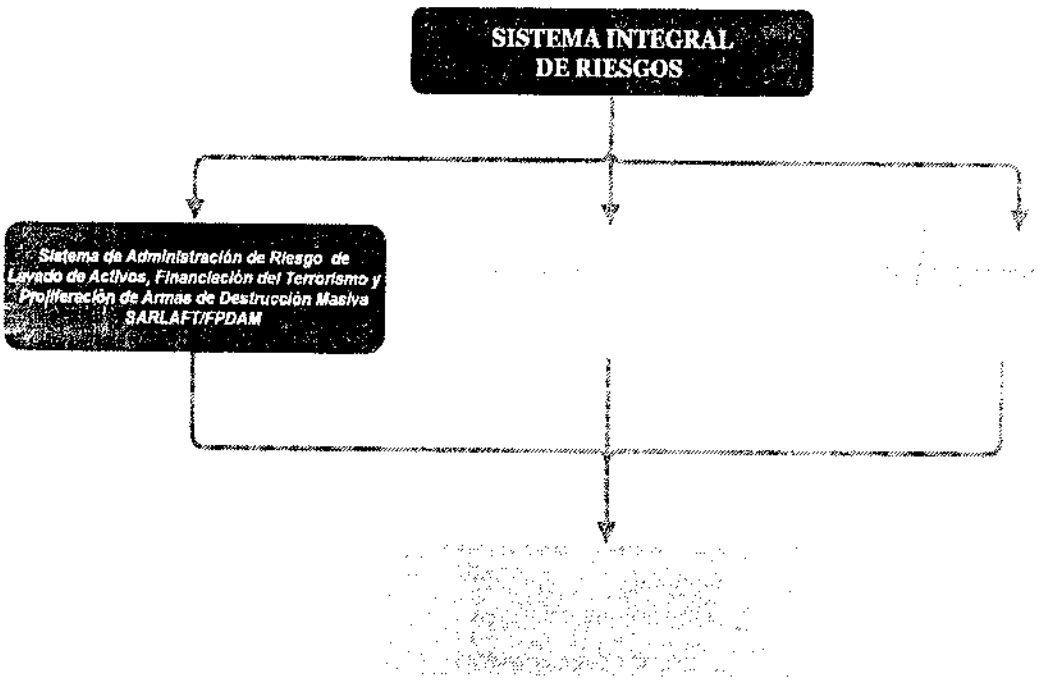
incompatibilidades, así como impedimentos y conflicto de intereses, sin que haya amparo en causal de exclusión de responsabilidad de acuerdo con lo establecido en la misma ley.

- **Ley 2013 de 2019:** Por medio del cual se busca garantizar el cumplimiento de los principios de transparencia y publicidad mediante la publicación de las declaraciones de bienes, renta y el registro de los conflictos de interés.

- **Ley 2016 de 2020:** Tiene como objeto la adopción e implementación del Código de Integridad del Servicio Público Colombiano expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, por parte de todas las entidades del Estado a nivel nacional y territorial.

- **Circular Externa 20211700000004-5 de 2021:** emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, por medio de la cual se imparten "Instrucciones Generales Relativas al Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos".
- **Circular Externa 20211700000005-5 de 2021:** emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, por medio de la cual se imparten "Instrucciones Generales Relativas al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), y Modificaciones a las Circulares Externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 Y 003 de 2018.

5. SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS



El Riesgo Operacional corresponde a la probabilidad que tiene el Hospital del Sarare E.S.E que se presenten 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.

Es importante resaltar que, la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos de las entidades, y que pueden materializarse como resultado de una deficiencia o ruptura en los controles internos

o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad, prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las caracteristicas propias de cada entidad.

Es así como los Riesgos Operacionales en la entidad pueden generar pérdidas de tres tipos:

i) Pérdidas en los resultados en salud de los pacientes, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.
ii) Pérdidas en los resultados operativos esperados, incluyendo la satisfacción de la población en su área de influencia, que deben ser tratados en el resultado de la gestión de los riesgos operacionales.
iii) Pérdidas financieras en la entidad, que corresponden a la contabilización de los eventos de riesgo y los riesgos que se materializaron, tratados en la evaluación de los riesgos financieros.

La implementación y seguimiento a estos riesgos van estrechamente ligados a las políticas, principios y valores institucionales establecidos en el Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de Buen Gobierno), de ahí la importancia de su implementación y mejoramiento continuo.

Una adecuada gestión de riesgos y prácticas de Gobierno Corporativo, son indispensables para mitigar el nivel de riesgo inherente al que está expuesto el Hospital del Sarare E.S.E. Como resultado de la mitigación de los riesgos a través de la adecuada gestión y el gobierno corporativo, se obtiene el riesgo neto de la entidad, para cada categoría de riesgo.

6. PLATAFORMA ESTRATEGICA INSTITUCIONAL

El Hospital del Sarare es una Empresa Social del Estado ubicada en el municipio de Saravena, que brinda servicios de salud de baja y mediana complejidad al departamento de Arauca y sus alrededores, con atributos de calidad, seguridad,

humanización y procesos socialmente responsables, a través de un talento humano competente y comprometido en satisfacer las necesidades de los usuarios, sus familias y demás partes interesadas; haciendo el uso eficiente de los recursos disponibles.

El Hospital del Sarare-ESE para el 2024 se proyecta a ser una organización autosostenible y ambientalmente responsable, que goce de reconocimiento a nivel Regional y Nacional, como una institución certificada en estándares de calidad, con alta tecnología, que ofrece servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad; promoviendo políticas transversales de atención medica segura y humanizada, garantizando la integralidad e interculturalidad a los usuarios y sus familias.

- Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.
- Aumentar la satisfacción del usuario y mejorar su calidad de vida.
- Generar una cultura humanizada en la prestación de Servicios de Salud, soportada en la ética y compromiso del talento humano.
- Incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud que mejoren la calidad del servicio.
- Mejorar el Sistema obligatorio de garantía de la Calidad, articulado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.
- Mejorar la infraestructura física, equipos y capacidad instalada del Hospital, que permita ampliar el portafolio de servicios institucional y nivel de complejidad.
- Mejorar la gestión de Riesgo Institucional, que permita a la entidad lograr el desarrollo integral de los procesos.
- Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.
- Desarrollar acciones que permitan vincular y hacer partícipe a los usuarios y

grupos de Interés en el ciclo de gestión del Hospital del Sarare.

- Mejorar las prácticas ambientales, que permitan al Hospital del Sarare la minimización de los aspectos e impactos ambientales.

Los principios éticos del servidor público del HOSPITAL DEL SARARE ESE, son los establecidos en el artículo 209 de la Constitución Política de Colombia: buena fé, igualdad, moralidad, celeridad, economía, imparcialidad, eficacia, eficiencia, participación, publicidad, responsabilidad y transparencia.

PRINCIPIOS ÉTICOS, rigen el actuar de los servidores públicos:

Profesionalismo
Humanismo
Efectividad
Sentido de pertenencia

VALORES ÉTICOS, cualidades con las que cuentan nuestros servidores públicos:

Honestidad
Respeto
Compromiso
Diligencia
Justicia
Equidad
Integridad
Responsabilidad

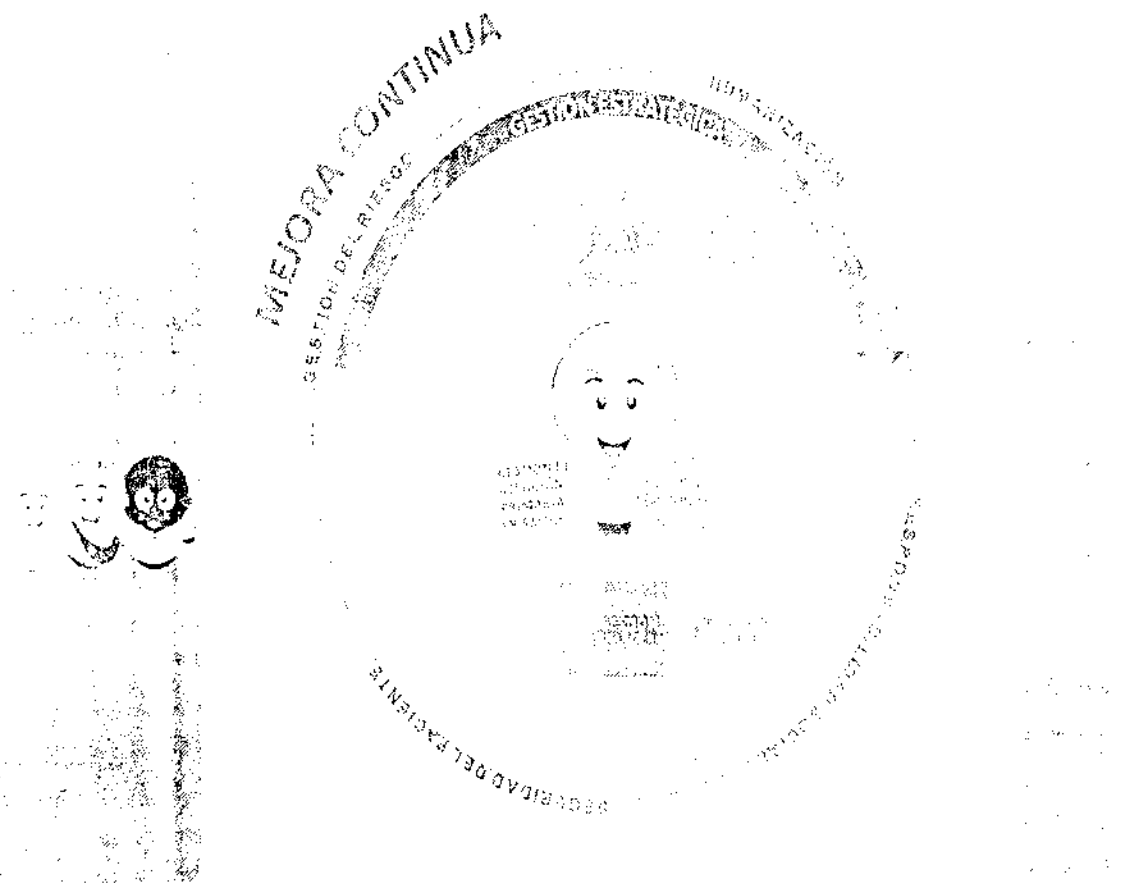


Figura 3. ***Mapa de Procesos***
(Inventario de Procesos)

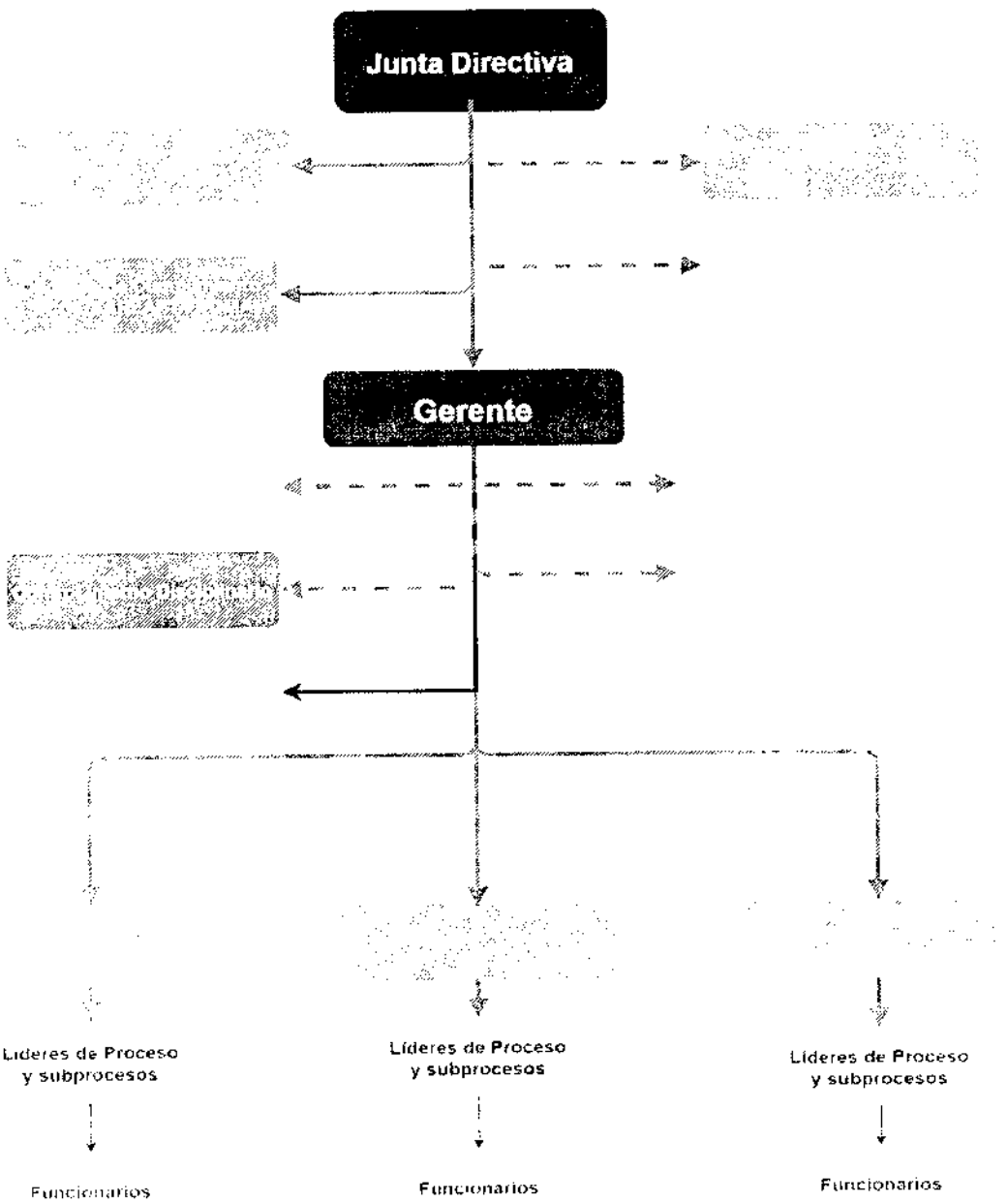


Figura 2. *Estructura organizacional de Gestión Integral del Riesgo*

7. AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD EN LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS

Para una adecuada administración de riesgos, es indispensable desarrollarla con un equipo interdisciplinario definido en una estructura organizacional que actúe como responsables de la ejecución, administración y de control ante los riesgos, a continuación, se describe claramente la autoridad y responsabilidades que tienen con la gestión Integral de los riesgos:

Junta Directiva

La Junta directiva se considera el Máximo Órgano de dirección y administración del Hospital del Sarare E.S.E, en el cual se discuten y toman decisiones de tipo financiero, administrativo y económico.

La Unidad de la gestión del riesgo depende directamente de la Junta Directiva, la creación y desarrollo del sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR será responsabilidad de la Gerencia.

a) 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 Gestión Integral de Riesgos, a partir del trabajo con la unidad de gestión de riesgos, así como las estrategias relacionadas con los subsistemas del SICOF/SARLAFT/FPADM y SARO.
b) Aprobar los reglamentos, manuales de procesos, procedimientos y funciones de las áreas pertenecientes a la entidad, así como sus respectivas actualizaciones.
c) Aprobar las metodologías de implementación de las etapas de los subsistemas (segmentación, identificación, medición, control y monitoreo) que forman parte del sistema de gestión integral de riesgos diseñadas por la instancia responsable.
d) 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.
e) 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.
f) Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo a los riesgos prioritarios.

g) 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 y para la oportuna detección de las operaciones inusuales.

h) 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.

i) g) 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 la Gestión Integral de riesgos.

j) Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema de Gestión Integral de Riesgos, teniendo en cuenta las características de cada riesgo y el tamaño y complejidad de la entidad. Este equipo de trabajo humano y técnico debe ser de permanente apoyo para los Oficiales de Cumplimiento y la unidad de riesgos para que lleve a cabalidad sus funciones.

k) Realizar el nombramiento del Comité de Gestión Integral 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.

l) Asignar un presupuesto anual para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de personal, capacitación, asesorías, consultorías, y lo necesario para mantener la operación del SARLAFT en la compañía y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento y su equipo.

m) Designar al Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente para cada Subsistema SARLAFT/FPDMA y SICOF o puede ser el mismo funcionario siempre y cuando se tenga en cuenta lo establecido en el numeral 5.2.3.5.3 de la Circular Externa 20211700000005-5 y el numeral 6.2.1. de la Circular Externa 009 de 2016 y sus modificaciones.

n) Dar a conocer el nombramiento del Oficial de Cumplimiento SARLAFT/FPADM a la Superintendencia Nacional de Salud, indicando nombre, profesión, cargo adjunto o de desempeño alterno (si procede), teléfonos de contacto y correo electrónico. Esta información y su respectiva actualización o modificación, deberá realizarse a través del módulo de datos generales o aplicativos de reporte de información que la Superintendencia Nacional de Salud disponga para ellos. En el caso de las entidades públicas la designación se realizará de acuerdo a los términos de Ley que les aplique.

o) Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del

SARLAFT y SICOF y hacer seguimiento a su cumplimiento.

p) Pronunciarse y hacer seguimiento sobre los informes periódicos que elabore el Comité de Gestión Integral de Riesgos y los órganos de control, 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 la gestión Integral de Riesgo e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.

q) Evaluar las recomendaciones relevantes sobre los subsistemas del sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR, que formulen el oficial de cumplimiento y la unidad de riesgos para la ejecución del mismo y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.

r) Analizar los informes que presente el oficial de cumplimiento de cada subsistema (SARLAFT/FPADM/SICOF), respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas de lavado de activos, financiación del terrorismo, actos de Corrupción, Opacidad o Fraude y evaluar la efectividad de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.

s) 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.

t) Conocer y administrar los conflictos de interés entre la entidad y miembros de los miembros de la Junta Directiva y la Alta Gerencia, para el resto del personal será la gerencia quien se ocupe de resolverlos.

u) Definir la aprobación de vinculación de contrapartes que puedan representar un mayor riesgo de lavado de activos, terrorismo, soborno, fraude y corrupción.

v) No podrá contratar con terceros las funciones asignadas al oficial de cumplimiento.

Todas las decisiones y actuaciones que se produzcan en desarrollo de las atribuciones antes mencionadas deben constar por escrito en el acta de la reunión respectiva y estar debidamente motivadas.

Para garantizar el adecuado funcionamiento del Sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR se crea el comité de Gestión Integral de riesgos como un ente independiente e interdisciplinario, que tendrá una periodicidad como mínimo de dos sesiones durante el año.

a) 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 la unidad de gestión de riesgos. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.

b) 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.

c) 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 la unidad de gestión de riesgos.

d) 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.

e) Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la entidad.

f) 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 la unidad de gestión de riesgos.

g) 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

h) 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, u órgano que haga sus veces.

i) 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. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing).
- ✓ 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."

a. Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas y estrategias establecidas por la Junta Directiva.
b. Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Gestión Integral de Riesgos, en los casos que aplique, y mantener informada a la Junta Directiva.
c. Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.
d. Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de Integrado de Gestión del riesgo SIGR sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la entidad y los controles realizados, además de los informes presentados por la Revisoría Fiscal, oficiales de cumplimiento y la unidad de gestión del riesgo. Lo anterior debe plasmarse en un informe a la Junta Directiva o, quien haga sus veces, y hacer énfasis cuando se presenten situaciones anormales como mínimo en algún riesgo prioritario o existan graves incumplimientos a las políticas, procesos y procedimientos para

cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

e Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.

f. Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tengan relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

g. Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la entidad tanto interna como externamente, para identificar y controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.

h. Informar de manera oportuna mediante Oficio a la Superintendencia Nacional de Salud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente o prevea que pueda presentarse como mínimo en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la entidad para corregir o enfrentar dicha situación. si procede.

i. Designar el área o cargo que actuará como responsable de la Unidad de gestión del riesgo.

j Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural para la aceptación e implementación del sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR al interior de la entidad.

k. Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.

l. Velar porque las etapas y elementos del de los subsistemas de la Integrado de Gestión del riesgo SIGR, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en este manual.

m. Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada gestión de los riesgos a los que se expone la entidad en el desarrollo de sus actividades.

a. Apoyar en el diseño de las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto.

b. Sugerir al Comité de Integrado de Gestión del riesgo SIGR s, en los casos que aplique, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.

c. Proponer al Comité de Gestión Integral de Riesgos, en los casos que aplique, el manual de procesos y procedimientos, a través de los cuales se llevarán a la

práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos. Asimismo, velar por su actualización, divulgación y apropiación en todos los niveles de la organización y su operatividad.

d. Velar por el adecuado diseño e implementación de los controles a los diferentes riesgos para mitigar su impacto, en todos los niveles de la organización y su operatividad.
e. Recepcionar los reportes de los eventos de riesgos materializados y gestionarlos de acuerdo a los subsistemas de administración de riesgo que corresponda liderar su evaluación.
f. Realizar u apoyar las evaluaciones de los eventos de riesgos materializados que han sido reportados o detectados a la unidad de gestión del riesgo del Hospital del Sarare E.S.E.
g. Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
h. Apoyar a las áreas en la identificación y evaluación de los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar al Comité de Gestión Integral de Riesgos, en los casos que aplique, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes.
i. Monitorear las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la entidad, de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 o las normas que la sustituyan o modifiquen.
j. Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al Sistema de Gestión Integral de Riesgos.
k. Participar en el diseño y desarrollo como mínimo de los programas de capacitación sobre los riesgos identificados y velar por su cumplimiento. Incluir por lo menos los riesgos de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
l. Analizar los informes presentados de la Auditoría Interna por control interno o los entes de control, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de 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 de Gestión Integral de Riesgos.
m. Monitorear e informar al Comité de Gestión Integral de Riesgos, en los casos que aplique, 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 de Gestión Integral de Riesgos.

El oficial de cumplimiento del SICOF designado, debe cumplir con las siguientes funciones:

a. Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
b. Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
c. Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva, la estructura. instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos definidos por este manual y las actualizaciones definidas por los entes de control.
d. Dirigir la implementación de los procedimientos de prevención y control, y verificar al interior de la entidad su operatividad y su adecuado funcionamiento, para lo cual debe demostrar la ejecución de los controles que le corresponden
e. Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la entidad.
f Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.
g. Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al Comité de gestión Integral de Riesgos y Representante Legal.
h. Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
i. Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF.
j. Dejar constancia documental de sus actuaciones del desarrollo de las actividades ejecutadas según sus funciones en materia del SICOF, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para tal efecto.
k. Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.

l. Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.
m. Informar a la Junta Directiva sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.
n. Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración de la Junta directiva.
o. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
p. Proponer a la Junta Directiva programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
q. Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva. garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
r. Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
s. Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarios) para fortalecer el SICOF.
t. Mantener a disposición del auditor interno, el revisor fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SICOF, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.

Parágrafo: En el caso que la entidad decida que será el mismo Oficial de cumplimiento para los dos subsistemas SICOF y SARLAFT/FPAMD debe tener en cuenta lo establecido en el numeral 7.4 de este manual y el numeral 7.5.1.

a) Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el SARLAFT.

b) Elaborar y desarrollar los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación del SARLAFT.

c) Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones que realiza la entidad.

d) Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad.

e) Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.

f) Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de la LA/FT de la entidad.

g) Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de la LA/FT y velar por su cumplimiento.

h) Proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas del SARLAFT.

i) Proponer a la administración la actualización del manual de procedimientos y velar por su divulgación a los funcionarios.

j) Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte de estas dos últimas a la UIAF.

k) Realizar todos los reportes a la SNS incluidas las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos.

l) Mantener actualizados los datos de la entidad y el oficial de cumplimiento con la UIAF utilizando los canales de comunicación correspondientes.

m) Informar a la UIAF cualquier cambio de usuario del Sistema de Reporte en Línea SIREL.

n) Gestionar adecuadamente los usuarios del Sistema de Reporte en Línea – SIREL.

o) Revisar los documentos publicados por la UIAF en la página web como anexos técnicos, manuales y utilidades que servirán de apoyo para la elaboración de los reportes.

p) Diseñar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control de la SARLAFT.

q) Analizar los informes presentados por la auditoria interna o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas de SARLAFT.

r) Elaborar y someter a la aprobación de la Junta Directiva o el órgano que haga sus veces, los criterios objetivos para la determinación de las operaciones sospechosas, así como aquellos para determinar cuáles de las operaciones efectuadas por usuarios serán objeto de consolidación, monitoreo y análisis de operaciones inusuales.

s) Presentar cuando menos, de forma semestral a los administradores y anualmente a la Junta Directiva o quien haga sus veces, un informe por escrito donde exponga el resultado de su gestión.

Se deben presentar informes confidenciales debiendo tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Los procesos establecidos para llevar a la práctica las políticas aprobadas, sus adiciones o modificaciones.
- Los resultados del monitoreo y seguimiento para determinar la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- Las medidas adoptadas para corregir las falencias encontradas al efectuar el monitoreo de los controles.
- El cumplimiento a los requerimientos de las diferentes autoridades, en caso de que estos se hubieran presentado.
- Las propuestas de ajustes o modificaciones a las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT que considere pertinentes.
- El cumplimiento a los ajustes o modificaciones a las políticas de prevención y de control del riesgo de LA/FT aprobados por la Junta Directiva o quien haga sus veces, el empresario en el caso de las empresas unipersonales o el accionista único en la sociedad por acciones simplificada unipersonal.

- Las últimas normas o reglamentaciones expedidas sobre la prevención y control del riesgo de LA/FT y las medidas adoptadas para darles cumplimiento a las mismas.

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

La designación del Oficial de Cumplimiento no exime a los administradores y demás funcionarios o contratistas sobre la obligación de comunicarle y/o informarle internamente a este, sobre la ocurrencia de operaciones inusuales, sospechosas o intentadas (anormalidades dentro de las actividades y/u operaciones propias del negocio que realiza la Entidad), de acuerdo con el procedimiento que se haya establecido.

Adicional a las anteriores funciones, el Oficial de Cumplimiento también debe consultar, monitorear y revisar con la debida diligencia las listas sobre sanciones financieras dirigidas del Consejo de Seguridad de 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, el Oficial de Cumplimiento deberá informar sobre este punto en particular, a la Fiscalía General de la Nación.

Para el adecuado ejercicio de sus funciones el Oficial de Cumplimiento tendrá acceso a la información y documentos necesarios para el desarrollo de sus responsabilidades. por lo tanto, las áreas de administración, gestión y órganos de control suministrarán la información que les sea requerida. Así mismo, el Oficial de Cumplimiento mantendrá el nivel de independencia que evite la aparición de conflictos de intereses incompatibles con el correcto desempeño de sus funciones.

a) Depender directamente del Órgano de Administración o Dirección dentro de la estructura organizacional y funcional de la entidad. Es decir, pertenecer como mínimo al segundo nivel jerárquico en el área administrativa o corporativa de la entidad.

b) Tener capacidad decisoria frente a los reportes y temas relacionados con la prevención del riesgo.

c) Acreditar conocimiento integral en sistemas de administración de riesgos, especialmente en LAFT/FPADM, y que acredite certificación expedida por parte

de instituciones del Ministerio de Educación Nacional en formación en dicha materia, que conste que la intensidad horaria no sea inferior a 90 horas, además del certificado del curso de e-learning de la UIAF.

d) No pertenecer a órganos de control ni a las áreas directamente relacionadas con las actividades previstas en el objeto social principal que hacen parte del máximo órgano de dirección de la institución.

e) Ser empleado directo del Hospital del Sarare E.S.E, que tenga comunicación directa con los diferentes actores de la institución, pero especialmente con los órganos directivos.

f) No tener antecedentes de conductas éticas, legales o investigaciones en curso, no tener conflicto de interés al interior de la Hospital del Sarare E.S.E especialmente con cargos directivos o con personal de apoyo directo al desarrollo del SARLAFT y no estar reportado en listas internacionales vinculantes para Colombia.

Para el caso del Oficial de Cumplimiento suplente, debidamente designado (quien será el reemplazo en ausencia parcial o total del Oficial de Cumplimiento), debe cumplir como mínimo, los requisitos establecidos en los literales b al f del presente numeral.

Parágrafo: En el caso que la entidad decida que será el mismo Oficial de cumplimiento para los dos subsistemas SICOF y SARLAFT/FPAMD debe tener en cuenta lo establecido en el numeral 7.4 de este manual y el numeral 7.5.1.

- Vincular o integra dentro del Plan de capacitación Institucional, actualización sobre temas (normas, roles, responsabilidades, consecuencias disciplinarias, civiles y fiscales) de Sistemas del SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO
- Incluir dentro del código de Integridad los principios y valores Institucionales y del servidor público que fortalezcan el Sistemas del SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO.
- Conservar el listado de asistencia a las diferentes divulgaciones, capacitaciones que se ejecuten como parte de la formación continua de los subsistemas del Sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR (diplomados, inducción,

reinducción) donde la temática principal sea todo lo referente a la lucha contra el LA/FT/C/O/F.

- Verificar que las personas que se encuentren en proceso de vinculación al Hospital del Sarare E.S.E, no hagan parte de las listas restrictivas emitidas por la ONU o la OFAC, en los casos que se llegue encontrar, no es posible vincularla por ningún motivo a la entidad.

En coordinación con el Oficial de Cumplimiento o líder de la unidad de gestión del riesgo para orientar y asesorar jurídicamente a la entidad en las respuestas solicitadas por los Organismos de Control en materia del Sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR

✓ Dar el apoyo y la asesoría que en materia jurídica requiera el Oficial de Cumplimiento o líder de la unidad de gestión del riesgo en el desarrollo de sus actividades definidas para el funcionamiento del Sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR.

✓ Verificar que las personas naturales o jurídicas, o formas asociativas que vayan a contratar con el Hospital del Sarare E.S.E, no se encuentren registradas en la listas vinculantes y restrictivas definidas para Colombia entre ellas la ONU o la OFAC, en los casos de que llegue a encontrarse que tienen alguna vinculación o reporte negativo, no es posible firmar la minuta por ningún motivo.

- Entiéndase por líderes de riesgos a los líderes de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo del Hospital del Sarare E.S.E.
- Identificar y facilitar la valoración de los riesgos asociados a su proceso.
- Definir los controles para administrar los riesgos identificados y la definición de las estrategias de mitigación o tratamiento de los riesgos.
- Monitorear los riesgos asociados a su proceso y plantear planes de acción.
- Diseñar indicadores de gestión que apunten a la mitigación de los riesgos.

- Son los responsables de la planeación, la definición de las acciones, la implementación de controles y de mecanismos de evaluación de su efectividad.

- Son responsables de la reducción de los riesgos y de velar por la eficacia de los controles integrados en los procesos, actividades y tareas a su cargo.

- Reportar a la unidad de gestión del riesgo u oficial de cumplimiento sobre el avance en la gestión de riesgos y los cambios realizados en cuanto a la eliminación o aumento de los riesgos identificados que se generen en su proceso.

- Visualizar los riesgos como oportunidades de mejoramiento para la organización y para su dependencia.

- Guardar la información que respalde las acciones de control de riesgos en medio magnético y hacer la copia de seguridad correspondiente.

- Conservar la información y guardar confidencialidad, reserva y secreto hasta por cinco (5) años, en todo lo relacionado con la implementación de los subsistemas de administración de riesgos SICOF/SARLAFT/FTADM y demás.

- Atender al desarrollo de las auditorías internas y externas planeadas para verificar la implementación de los avances en la gestión del riesgo de su proceso.

- Hacer los reportes de registro de eventos con el fin de hacer seguimiento y contemplar mayores acciones de mejoramiento.

- Informar al jefe inmediato y al oficial de cumplimiento cualquier situación inusual, intentada y/o sospechosa que se salga de los parámetros establecidos para que este sea analizado y hacer la debida diligencia pertinente ante las autoridades competentes.

- Verificar en las listas vinculantes para Colombia y las demás listas definidas en la debida diligencia nacionales e internacionales, los antecedentes de las personas naturales y jurídicas, cuando haya lugar a la vinculación de contrapartes (clientes/usuarios, proveedores y empleados o cualquier vinculo legal que se tenga con el Hospital del Sarare E.S.E y guardar evidencia del mismo.

El Hospital del Sarare E.S.E ha establecido los órganos de control responsables de efectuar una evaluación de los Subsistemas del Sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR. Dichas instancias informaran, de forma oportuna, los resultados a los órganos competentes. Estas instancias deberán identificar las operaciones realizadas con entidades o personas vinculadas a la entidad, y promover revisiones independientes para validar la efectividad del Sistema de Gestión Integral de Riesgos de la entidad y de los Subsistemas por los cuales está conformado, además de las responsabilidades y obligaciones que se encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos.

1. Elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable, en el que informe acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.

2. Informar al Representante Legal los incumplimientos del de los subsistemas de gestión integrados de riesgos LA/FT/SICOF, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la Junta Directiva.

3. Asegurarse que las operaciones, negocios y contratos que se celebren con el Hospital del Sarare E.S.E, se ajusten a las instrucciones y políticas aprobadas por el máximo órgano de dirección de la institución.

4. Deberá dar cuenta por escrito, de forma anual a la Junta Directiva sobre el cumplimiento o incumplimiento a las disposiciones contempladas en las políticas y procedimientos de los subsistemas de administración de riesgos.

5. Rendir informes sobre el cumplimiento normativo de los subsistemas de administración de riesgos cuando lo solicite las autoridades regulatorias.

6. Poner en conocimiento al oficial de cumplimiento o la unidad de gestión del riesgo según aplique de las inconsistencia y falencias que se detecte respecto a la implementación del sistema integrado de gestión de riesgos o de los controles establecidos por cada una de las dependencias.

7. Realizar las recomendaciones que considere pertinente en cuento al manejo de los

riesgos que pueden poner en inestabilidad la estrategia organizacional.

8. Rendir los informes sobre el cumplimiento a las disposiciones contenidas en la circular 009 de 2016 expedida por la SUPERSALUD, cuando cualquier autoridad o entidad de control lo requiera. De acuerdo con el numeral 10 del artículo 207 del Código de Comercio, el Revisor Fiscal debe Reportar a la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF las operaciones catalogadas como sospechosas en los términos del literal d) del numeral 2 del artículo 102 del Decreto-Ley 663 de 1993, cuando las advierta dentro del giro ordinario de sus labores.". Este numeral fue adicionado a las funciones del revisor fiscal mediante el artículo 27 de la Ley 1762 de 2015.

Evaluar anualmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos de los subsistemas del Sistema de Gestión Integral de Riesgo y semestralmente los subsistemas SICOF y SARLAFT, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, deberá informar los resultados al comité de Integrado de Gestión del riesgo SIGR y la Junta directiva y demás órganos competentes, de las inconsistencias y falencias detectadas respecto a la implementación de los subsistemas de administración de riesgo o la violación a los controles o límites establecidos.

La Auditoría Interna, o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, debe realizar una revisión periódica de los procesos relacionados con las parametrizaciones de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para el SARLAFT.".

Garantizar un funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del sistema integrado de gestión de riesgos, se debe generar un soporte tecnológico acorde con las actividades y operaciones de la institución. Como mínimo debemos tener en cuenta lo siguiente:

- La infraestructura tecnológica debe permitir generar informes confiables inmodificables y que garanticen la consulta permanente sobre dicha labor y contar con un soporte tecnológico acorde con sus actividades, operaciones, riesgos asociados y tamaño. Cuando no se cuente con dicha infraestructura,

debe establecer un plan de acción para cubrir esta falencia en el menor tiempo posible.

- Contar con la posibilidad de tener en tiempo real la captura de la información de los distintos factores de riesgos que contemple la totalidad de los campos necesarios para la adecuada administración del riesgo en especial los de LA/FT.

- Consolidar las operaciones de los distintos factores de riesgo, de acuerdo. con los criterios establecidos por la entidad.

- Generar en forma automática los reportes internos y externos, distintos de los relativos a operaciones sospechosas, sin perjuicio de que todos los reportes a la UA sean enviados en forma electrónica.

- Adicionalmente, deben contar con procesos que permitan realizar un control adecuado del cumplimiento de las políticas y límites establecidos, además de contar con un plan de conservación, custodia y seguridad de la información tanto documental como electrónica, De igual manera, los parámetros utilizados en las aplicaciones informáticas para el SARLAFT deben ser revisados periódicamente, como mínimo una vez al año.

- Apoyar al oficial de cumplimiento en el diseño de herramientas tecnológica necesarias para garantizar la adecuada gestión de los diferentes sistemas de administración de riesgos.

8. ELEMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS (SIGR)

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos y a la consolidación de una estructura sólida para la implementación del SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO, deberá contar como mínimo con los siguientes elementos:

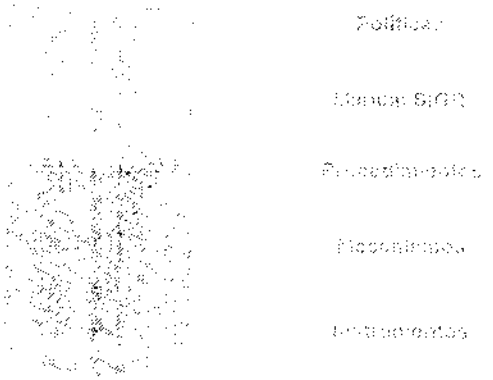


Figura 7. ***Elementos del SIGR***

Son los lineamientos generales que establece el Hospital del Sarare E.S.E, los cuales deben ser claros y efectivamente aplicables que al ser adoptados por la institución permitan el adecuado funcionamiento del SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO en cada uno de sus subsistemas y a su vez traducirse en reglas de conducta y procedimientos orientativos de actuación en la entidad.

El diseño de las politicas y aprobación de las mismas es una responsabilidad de la Junta Directiva. La aprobación de políticas del SIGR debe quedar debidamente documentada mediante acta y ésta debe quedar a disposición de la Supersalud y asi mismo deberá quedar incluida en las actividades que desarrollará la entidad.

Por tanto, dichas políticas deben corresponder a los riesgos identificados, y para su efectividad, es necesario que sean conocidas y documentadas con suficiente claridad y accesibilidad, además de contar con un responsable encargado de velar por su gestión y por advertir oportunamente sobre la necesidad de actualizar y ajustar sus contenidos conforme a la evolución de los riesgos y el marco normativo de estándares y principios que las soportan.

Las politicas y procedimientos deberán ser comunicada a la totalidad de los empleados, directivos, lideres de procesos, contratistas, proveedores y demás grupos de interés y cualquier tercero que tenga vinculación con la entidad, con el fin de asegurar que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización.

Las políticas que se definan para el Subsistemas de SICOF deben estar alineadas con

el Código de Integridad y el código de conducta y buen gobierno adoptados por la entidad, así como deben dar cumplimiento a los siguientes requisitos definidos por la Supersalud:

a. Impulsar a nivel institucional la cultura en materia de prevención de la Corrupción, Opacidad y Fraude.
b. Establecer el deber de los órganos de Administración, de control y de sus demás funcionarios, de asegurar el cumplimiento de las normas internas y externas relacionadas con la Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
c. Permitir la prevención y resolución de conflictos de interés en la recolección de información en las diferentes etapas del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, especialmente para el registro de eventos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
d. Permitir la identificación de los cambios en los controles y en el perfil de Riesgo.

El principal objetivo de las Políticas del SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO SIGR, es la prevención, gestión, monitoreo y control de los eventos que afecten la institución desde el interior o exterior del Hospital del Sarare E.S.E por lo tanto, se busca establecer las directrices y lineamientos que definan todos los mecanismos de prevención, detección y reporte de todos estos actos.

"El Hospital del Sarare E.S.E siendo una institución que presta servicios de salud de baja y mediana complejidad está comprometida con la calidad en la atención, seguridad y humanización del paciente y demás partes interesadas, así como con sus procesos, la gestión del conocimiento, el referenciación y siendo conscientes de la existencia de situaciones de riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales se compromete con establecer prevenir y controlar los riesgos, a través de metodologías, controles y acciones que prioricen la gestión organizacional".

- La junta directiva y la Gerencia del Hospital del Sarare E.S.E reconocen en la Administración de los Riesgos, una herramienta de gestión que le permitirá mantener bajo control los riesgos en cada uno de sus procesos.
- La junta directiva y Gerencia del Hospital del Sarare E.S.E se comprometen con el desarrollo y mantenimiento de un eficaz del Sistema Integrado de gestión del Riesgo (SARO, SARLAFT/FPADM/SICOF).
- Hospital del Sarare E.S.E asegurará la prevención y resolución de conflictos de interés en la recolección de información en las diferentes etapas del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo en cada uno de sus subsistemas, especialmente para el registro de eventos.
- La Unidad de gestión del riesgo realizará dos veces al año, las acciones pertinentes para identificar nuevos riesgos, cambios en la calificación de riesgos
- inherentes, evaluación de controles que afecten el riesgo residual.
- Los funcionarios deberán conocer y cumplir las normas internas y externas relacionadas con el Sistema Integrado de gestión del Riesgo (SARO, SARLAFT/FPADM/SICOF).
- El Hospital del Sarare E.S.E previo a la incursión de un nuevo producto, modificación estructural de los existentes o apertura de nuevas operaciones, analizará los riesgos la Unidad de Gestión del Riesgo.

- El Hospital del Sarare E.S.E deberá tener la estructura organizacional que soporta la Administración de los riesgos del Sistema de gestión Integrados de riesgos teniendo en cuenta cada uno de sus subsistemas, así como la definición de los roles, responsabilidades y funciones específicas relacionadas.
- La Unidad de Gestión del Riesgo, como responsable del SIGR dependerá directamente de la gerencia y será independiente de las áreas de control y operación.
- El Hospital del Sarare E.S.E deberá tener una metodología aprobada para la identificación, medición, control y monitoreo de riesgos operacionales.
- Los líderes de proceso bajo la orientación de la Unidad de gestión del riesgo son los responsables de la identificación, medición, control, así como la inclusión de nuevos riesgos, cambios en la medición, mejoramiento e inclusión de nuevos controles.
- El personal adscrito a la Unidad de Gestión del Riesgo debe contar con el conocimiento suficiente y experiencia en riesgo operacional para la correcta ejecución de sus funciones.

- La Unidad de Gestión del Riesgo junto con el área de Talento Humano deberá diseñar e implementar los programas de capacitación y actualización anual a todos los empleados, los funcionarios que ingresen al El Hospital del Sarare E.S.E y terceros vinculados con las operaciones de la Entidad.

- Fijan directrices que orientan eficaz y eficientemente las operaciones sobre el Hospital del Sarare E.S.E y su gestión para el logro de los objetivos del Sistema de Gestión Integrados de Riesgos.
- Todas las funciones de la Unidad de gestión del Riesgos serán ejecutadas con estricta sujeción a las políticas, reglas y procedimientos que se establezcan para administración del riesgo operacional, LA/FT/FPADM/COF y a las directrices trazadas por la junta directiva y el comité de Gestión del Riesgo.
- La Junta directiva del Hospital del Sarare E.S.E con el apoyo del comité Gestión del Riesgo y la unidad de Gestión del Riesgo se establece que el nivel de tolerancia a Los riesgos operacional, LA/FT/COF en clasificación tolerable.
- La Unidad de Gestión del Riesgo debe administrar la información y bases de datos de riesgo operacional, además apoyar a los líderes de proceso en la identificación y registro de los eventos de riesgo, investigación de causas y en el diseño de los planes de acción y en el seguimiento a los mismos. Así mismo tienen la misma responsabilidad de los oficiales de cumplimiento en el alcance del subsistema que administran SARLAFT y SICOF.
- Las políticas, procedimientos, normas y estrategias sobre los riesgos asociados a los subsistemas del Sistema de Gestión Integrados de Riesgos se deben revisar y actualizar cada vez que se considere; realizar el seguimiento de la efectividad de las actividades de identificación, evaluación, monitoreo y control del riesgo.
- Como mínimo dos veces al año se deberá monitorear y evaluar los riesgos operacionales, LA/FT/FPADM/COF y registrar en los mapas y en el plan de acción las respectivas actualizaciones.
- El Hospital del Sarare deberá contar con el mapa de riesgos, que debe contener información como responsables, calificaciones y planes de acción. La medición de los riesgos se debe realizar acorde con la metodología aprobada por la junta directiva. De igual manera se debe elaborar y llevar un registro de eventos materializados
- El líder de riesgos debe comunicar a la Unidad de Gestión del Riesgo todos los eventos que afecten el SARO y a los oficiales de cumplimiento los eventos asociados a SARLAFT, SICOF, mediante las herramientas establecidas por entidad.
- La administración del plan de continuidad de negocio, que responde organizadamente a eventos que interrumpen la normal operación de los

procesos y que pueden generar impactos en el logro de objetivos es documentado independientemente dentro del proceso, con el fin de establecer detalladamente conceptos, fases, lineamientos, entre otros aspectos que son de su exclusividad.

Definen las directrices que orientan al Hospital del Sarare E.S.E, en el control de los documentos y el control de los registros del Sistema de Gestión Integrados del Riesgo en el Hospital del Sarare E.S.E.

- El Hospital del Sarare E.S.E deberá documentar los procesos y procedimientos de operación del Sistema de Gestión Integrados del Riesgo.
- Todas las políticas, metodologías y procedimientos del Sistema de Gestión Integrados del Riesgo se documentarán y quedarán registrados en el Sistema de Gestión Integrado de la Calidad.
- El Hospital del Sarare E.S.E garantiza a través del proceso de gestión de archivo, la debida conservación de los documentos que componen el Sistema de Gestión Integrados del Riesgo, de acuerdo con de la política de Gestión Documental Institucional y los lineamientos del Archivo General de la Nación.

Estos son los lineamientos generales para el cumplimiento de la política del sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR:

- El Manual del Sistema Integral del Riesgo se deberá divulgar y ser comprendido por toda la institución; política, lineamientos, autoridad y responsabilidades, medidas sancionatorias, en general su contenido.

- Dar cumplimiento de las leyes, reglamentos y políticas aplicables, incluyendo el Código de Integridad y el Código de conducta y buen Gobierno, teniendo en cuenta que esto no es responsabilidad de un solo individuo, proceso y/o área, es de todas las personas naturales y jurídicas vinculadas Hospital del Sarare E.S.E. Además de ello, deberán, propenderán, empoderan a sus colaboradores en asuntos relativos a la aplicación de política de Gestión integral de riesgos en especial en la prevención de los mismos.

- Garantizar que todos los procedimientos que se definan sean claros, equitativos, viables y transparentes.

- Todos los funcionarios de la entidad deberán recibir inducción y capacitación sobre cada uno de los subsistemas de la Gestión Integral de Riesgos, y serán responsables de la adecuada implementación del SARO/SICOF/SARLAFT/FPADM, para el fortalecimiento de una cultura de la prevención y control de los riesgos en el ámbito institucional, creando conciencia colectiva sobre los beneficios de su aplicación y de los efectos nocivos de su desconocimiento,

- Todos funcionarios o colaboradores de apoyo de las diferentes áreas, dependencias o procesos, que tengan funciones directas de realizar relacionamientos laborales, contractuales y comerciales, deberán impartir información a sus contrapartes sobre los subsistemas de administración de riesgos.

- Todos los funcionarios independientes de las funciones que desempeñen en la institución, deben poner en conocimiento cualquier señal de alerta o situación inusual que se pueda salir de los parámetros normales establecidos de la política y procedimientos del sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR , en el cual deberá notificarlo al jefe inmediato, a la unidad de gestión del riesgo y oficial de cumplimiento.

- EL manual, politica y procedimientos del sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR son documentos considerados de alta prioridad en la institución, por lo tanto, las actividades que se realicen para la prevención y control del riesgo, y que igualmente sean solicitadas por parte de las entidades de inspección, vigilancia y control, deberá tener carácter prioritario por parte de los máximos órganos, el oficial de cumplimiento, el revisor fiscal, el gerente y los empleados en general

- El Hospital del Sarare E.S.E, en concordancia con sus valores Institucionales, no admitirá la contratación de personas que se encuentren incluidas en investigaciones asociadas a la corrupción, lavado de activos, financiación del terrorismo, actividades fraudulentas, soborno, o financiación de armas de destrucción masiva o que tengan antecedentes que pongan en riesgo a la

institución.

- Se calificará como fraude cualquier acto mal intencionado de los empleados con conocimiento de causa, que ponga en riesgo al Hospital del Sarare E.S.E, esto conllevará a que se les realicen los procesos disciplinarios conforme a los reglamentos internos regulados por la Institución.

- La alta dirección expresa su compromiso con el Sistema Integral del Riesgo SIGR, y por tal razón respalda y garantiza los recursos necesarios para su implementación, documentación, revisión y divulgación a todos los colaboradores de la Entidad. Igualmente, revisará periódicamente el cumplimiento de las políticas aquí definidas.

- Guardar absoluta reserva sobre las investigaciones o actuaciones que adelanten las autoridades u organismos de control competentes sobre las contrapartes u operaciones. Ningún funcionario podrá dar a conocer que se ha efectuado el reporte de una operación sospechosa a la UIAF.

- El almacenamiento de la información de los reportes tanto internos como externos que se generen para la gestión de los subsistemas de la Gestión Integral de Riesgos, deberá disponerse de manera magnética o física, con acceso restringido a personas no autorizadas.

- Todo líder o ejecutor de un procedimiento debe comunicar mediante los formatos apropiados a la Unidad de Riesgos, todos los eventos que afecten el Sistema de Administración de Riesgo Operacional y documentarlo debidamente, ello con el fin de crear una base de datos histórica y actualizada.

- Todos los empleados y los máximos órganos directivos del Hospital del Sarare E.S.E deberán reportar de forma inmediata a la unidad de gestión del riesgo, información relevante donde consideren que el Hospital del Sarare E.S.E puede verse vulnerado en los riesgos asociados al Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo – (LAFT)- Corrupción, Opacidad, Fraude, Soborno (COFS)- y a la Financiación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM).

- Los proveedores que deseen hacer parte del Hospital del Sarare E.S.E para la prestación de bienes y servicios, deberán cumplir con la información y documentación solicitada, de lo contrario no se vincularán a la institución y

garantizar la actualización de sus datos anualmente como mínimo.

- No se realizarán negocios con personas naturales o jurídicas de las cuales se tenga conocimiento de un comportamiento social y empresarial contrario a las leyes y a la ética.

- Cualquier contrato que se celebre con del Hospital del Sarare E.S.E, en calidad de proveedor, empleado o cliente deberá ser consultado previamente en las listas vinculantes y restrictivas nacionales e internacionales y dejar la respectiva evidencia.

- Se controlará en forma detallada las operaciones en que intervengan personas naturales o extranjeras que por su perfil o por las funciones que desempeñan puede exponer a la organización a mayores riesgos, así mismo, se exigirá mayor revisión a Personas Expuestas Políticamente - PEPs, definiendo para estos casos, procedimientos particulares para el control y monitoreo.

- Se hará debida diligencia de conocimiento para clientes con nacionalidad extranjera.

- Los empleados y directivos deberán participar de las capacitaciones y sensibilizaciones que se realicen sobre los subsistemas de administración de riesgos, las cuales estarán bajo la coordinación de la unidad de gestión del riesgo y buscan impulsar a nivel institucional la cultura de prevención de los riesgos.

- Los máximos órganos del Hospital del Sarare E.S.E y la alta dirección deberán ser consultados en las listas de riesgos nacionales e internacionales como mínimo una vez al año.

- Todas las contrapartes serán consultadas periódicamente en las listas vinculantes y restrictivas nacionales e internacionales, de tal forma que se pueda prevenir y detectar personas que pongan en riesgo a la institución.

- Se tendrá mayor control sobre personas naturales y jurídicas que residan en jurisdicciones perfiladas con alto riesgo y que se encuentran en monitoreo por

organismos gubernamentales por deficiencias en estrategias de contrarrestar los riesgos LAFT/PADM, así como de corrupción, opacidad, fraude y soborno.

- Se hará una debida diligencia ampliada a empresas y personas que tengan en su actividad económica principal, la manipulación, desarrollo, transformación de sustancias biológicas, químicas, reactivas, radioactivas y nucleares.

- Todas las decisiones y acciones de los miembros vinculados a la Institución deben estar orientadas al beneficio del Hospital del Sarare E.S.E y no por los intereses personales o de otra índole.

- La institución tendrá "Cero Tolerancia frente a la Corrupción, la Opacidad, el Fraude y el soborno" y para ello, implementará mecanismos para su prevención, detección y tratamiento de estos riesgos.

- Los órganos de administración, de control y demás colaboradores deberán asegurar el cumplimiento de las normas internas y externas relacionadas con los subsistemas del Sistema de Gestión Integral de Riesgos. Cualquier falta u omisión contemplada en la Ley, Código de Integridad, Código de Conducta y Buen Gobierno, Reglamento Interno de Trabajo y demás normas que regulan la administración del riesgo, así como las disposiciones establecidas en este Manual, serán sujetas de sanción.

- Los directivos y colaboradores del Hospital del Sarare E.S.E deberán conocer y aplicar las normas y reglas de comportamiento fijadas en el Código de Integridad, Código de Conducta y Buen Gobierno para el desarrollo de sus labores dentro de la Entidad, así como los lineamientos definidos en los subsistemas del sistema Integral de riesgos y demás programas orientados a la prevención y gestión del riesgo, con el fin de contar con elementos para estar libres de la influencia de intereses personales que interfieran o puedan interferir con sus deberes y responsabilidades; así como garantizar que sus actos estén motivados por los mejores intereses a favor de la Entidad más que por cualquier ventaja personal real o potencial.

- Los problemas que surjan por las inhabilidades e incompatibilidades establecidas en los estatutos del Hospital del Sarare E.S.E y los conflictos de intereses señalados en el Código de Integridad, Código de Conducta y Buen Gobierno serán dirimidos por la Junta Directiva en los casos en que se trate de un mismo miembro de la Junta Directiva, Miembros del comité de Gestión

Integral de Riesgos, Gerencia. Para el resto de personal, será el Gerente el que se ocupe de resolverlos.

- Incluir en los planes de auditoría una verificación integral frente a los subsistemas del sistema Integral de gestión de riesgos y el programa de Transparencia y Ética Empresarial y a la sostenibilidad financiera de la institución, conforme a lo establecido en el presente Manual.

- Contar con canales de comunicación particulares para la recepción de denuncias (tales como correo electrónico, buzón virtual en el sitio Web y/u otros mecanismos digitales) con el fin de que las personas ya sean Internas o externas Hospital del Sarare E.S.E que detecten eventuales irregularidades, incumplimientos normativos, violaciones al manual de Gestión Integral de los Riesgos y puedan ponerlos en conocimiento del Oficial de Cumplimiento o la unidad de gestión del riesgo según corresponda.

- Los documentos y registros relacionados con el reporte de eventos de materialización de riesgos, sus investigaciones y documentos soportes y dando a su vez cumplimiento de las normas sobre prevención al lavado de activos y financiación del terrorismo se conservarán dentro del archivo de gestión del área donde se encuentre el Oficial de Cumplimiento durante un (1) año y en el caso de riesgos operativos el Responsable de la unidad de riesgos de la institución, luego se conservarán en el archivo general durante cuatro (9) años; pasado este tiempo, pueden ser destruidos siempre que se garantice su reproducción exacta digitalizada, sin perjuicio de los términos establecidos en normas especiales.

- El Hospital del Sarare E.S.E, no realizará operaciones en las que requiera efectuar pagos en efectivo (billetes y monedas) como parte de la contraprestación de un servicio, la realización de compras (a excepción de los pagos realizados por la caja menor según lo establecido en la resolución de apertura del fondo de caja menor de cada vigencia), captación de efectivo por ventas pertenecientes a activos de la E.S.E dados de baja, recepción de donaciones de cualquier tipo que no se verifique previamente el origen de estos, pago de algún proveedor, a excepción de los dineros recibidos por venta de servicios a particulares los cuales se realizarán de acuerdo a los procedimientos

y directrices impartidas por el Hospital del Sarare Empresa Social del Estado.

- El Hospital del Sarare Empresa Social del Estado, no realizará operaciones con bancos comerciales o con entidades financieras no constituidas legítimamente, que no tengan presencia física en algún país.

- El Oficial de Cumplimiento deberá revisar de manera mensual los dineros recibidos por venta de servicios a particulares con el fin de realizar cruce de los dineros consignados por este concepto frente a lo facturado durante el período mensual; en caso de

9. ETAPAS DEL SIGR

La Gestión del Riesgo de corrupción, opacidad y fraude se realizará mediante la implementación de las siguientes etapas:

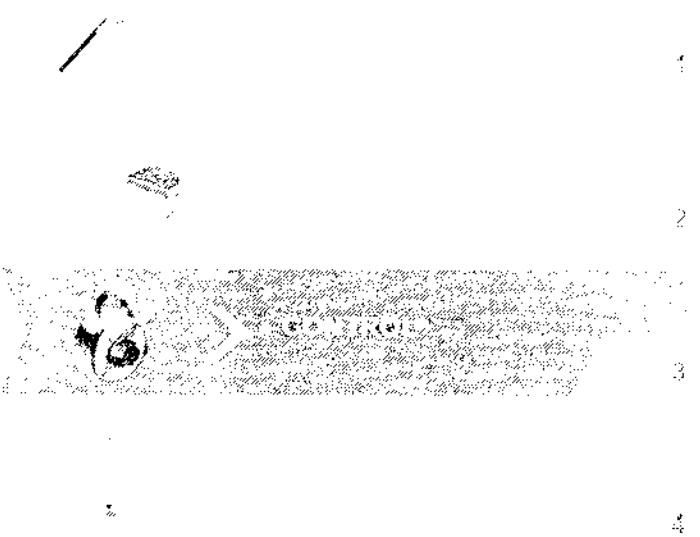


Figura 4. ***Etapas de Implementación del SICOF***





Figura 5. ***Etapas de la Identificación de los riesgos.***

La identificación de los riesgos es una etapa en la que consiste examinar exhaustivamente, reconocer y clasificar los tipos de riesgos institucionales, en los cuales encontramos los riesgos de Operacionales, Riesgos de lavados de Activos, Financiación del Terrorismo, Corrupción, opacidad y fraude, esto implica la documentación de todos los riesgos que forman parte del contexto institucional; factores internos y externos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales.

Para la implementación de esta etapa se debe tener en cuenta como mínimo de acuerdo a lo definido por supersalud:

- Inventariar, relacionar y documentar la totalidad de los procesos de la Institución.
- Revisar, evaluar y analizar el contexto interno y externo que permita identificar a los stakeholders, factores de riesgo, riesgos asociados, entre otros.
- Establecer metodologías de identificación, que sean aplicables a los procesos, con el fin de determinar los Riesgos.

- Identificar los Riesgos de SICOF/SARLAFT/FPADM/OPERACIONALES, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos, con base en las metodologías establecidas en desarrollo del literal anterior.
- La etapa de identificación deberá realizarse previamente a la implementación o modificación de cualquier proceso, así como en los casos de fusión, adquisición, cesión de activos, pasivos y contratos, entre otros.
- Establecer un mecanismo para la identificación de los eventos registro de eventos para los Riesgos operacionales, SICOF y SARLAFAT/FPADM. Asimismo, cabe mencionar que, dentro de todos los procesos de la entidad, se debe identificar el riesgo operacional y en este se puede encontrar inmerso el riesgo de corrupción y opacidad, el cual puede impedir el funcionamiento efectivo de las instituciones, afectando directamente la misión y la visión de las entidades y el flujo normal y efectivo de los recursos, a través de acciones y actitudes contrarias a los valores y principios éticos que deben caracterizar a las personas en su conjunto, sean naturales o jurídicas y de carácter público o privado.

Los procesos y procedimientos se documentan de acuerdo a lo establecido en el ***Manual del sistema de Gestión Integrado DIR-00-M01*** y se lleva el inventario documental en el *listado maestro de documentos* ***SIG-01-F02.***

Toda implementación o modificación de un proceso requiere la identificación de riesgos previo a su implementación, de acuerdo a los criterios definidos en el ***procedimiento de gestión del cambio SIG-01-P06.***

El Hospital del Sarare E.S.E realizará la Identificación de los riesgos de acuerdo a lo definido en el ***Manual para la administración de los riesgos PLA-00-M03*** el cual se basa en las guías metodológicas definidas por el DAFP, los resultados de la identificación de los riesgos y se documenta en el registro ***DIR-01-F07 Matriz mapa riesgos.***

Durante la ejecución de esta etapa se trabajará en la generación y fortalecimiento de cultura organizacional para el reporte de eventos Operacionales, de Corrupción,

Opacidad o Fraude y Reporte de operaciones sospechosas. Cuando se consolide la presunción, tentativa o materialización, asegurando los mecanismos empleados permitan realizar este proceso de forma eficaz, eficiente y ágil.

Al realizar el ejercicio de medición de los riesgos de los riesgos asociados a los susbsistemas de administración de los riesgos SICOF/SARLAFT/OPERACIONAL de todos los procesos, para lo cual se implementará la metodologia definida en ***Manual para la administración de los riesgos PLA-00-M03*** el cual nos permite evaluar la probabilidad de ocurrencia y su impacto (Consecuencia) en caso de materializarse, una vez finalizado se determinará el perfil de riesgo inherente (antes de controles) En caso de no contar con datos numéricos históricos se deberá realizar una aproximación cualitativa, y elaborar un plan de ajuste que posibilite la medición cuantitativa del riesgo posteriormente. Para la determinación de la probabilidad se debe considerar un horizonte de tiempo de un año. Los resultados de la evaluación y valoración de los riesgos se documentan en el registro ***DIR-01-F07 Matriz mapa riesgos.***

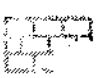


Figura 6. ***Etapas de la medición de Riesgos***

Como resultado de la evaluación de los riesgos se deberá construir el Plan de Continuidad del Negocio y los planes de contingencia que se requieran, los cuales establezcan todos los recursos (fisicos, humanos, técnicos y financieros) necesarios para que cada entidad enfrente la exposición al riesgo operacional bajo cualquier eventualidad, de acuerdo con su tamaño y nivel de operaciones.

En esta etapa el Hospital del Sarare E.S.E tomará medidas para controlar los riesgos inherentes de cada subsistema del Sistema de Gestión Integral de los riesgos, a los que se expone la institución con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto en caso de que se materialicen.

a) En esta etapa se deben Diseñar e implementar controles para cada proceso de manera que se pueda mitigar el riesgo inherente, ya sea mediante su probabilidad, impacto o ambos.

b) Incluir los controles diseñados dentro de las políticas y procedimientos de la entidad.

c) En cuanto a los riesgos que afecten la operación en condiciones normales de la entidad, ésta debe implementar un Plan de Continuidad del Negocio aprobado por la Junta Directiva.

La metodología que se implementará para la determinación de controles de los riesgos Inherentes está definida en ***Manual para la administración de los riesgos PLA-00-M03***.

- Los controles deben tener responsable(s) de la implementación, tener una periodicidad mínima para su ejecución
- Definir una periodicidad mínima para su ejecución.
- Indicar cuál es el propósito del control
- Establecer el cómo se realiza la actividad de control.
- Indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.
- Dejar evidencia de la ejecución del control.
- Implementar las medidas de control sobre cada uno de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude que se generen de la evaluación de todos los procesos.
- Determinar el perfil de riesgo residual de la entidad.

Se deben establecer controles según su tipo y naturaleza; preventivos, detectivos y los correctivos los cuales deben reducir o recuperar las pérdidas o corregir los daños ocasionados por la materialización de los riesgos de eventos ocurridos, para lo cual la se debe contar con actuaciones que conduzcan a revisiones, validaciones,

indagaciones, investigaciones y/o sanciones a que haya lugar de conformidad con las disposiciones contenidas en el Reglamento Interno de Trabajo y/o las demás normas internas o externas.

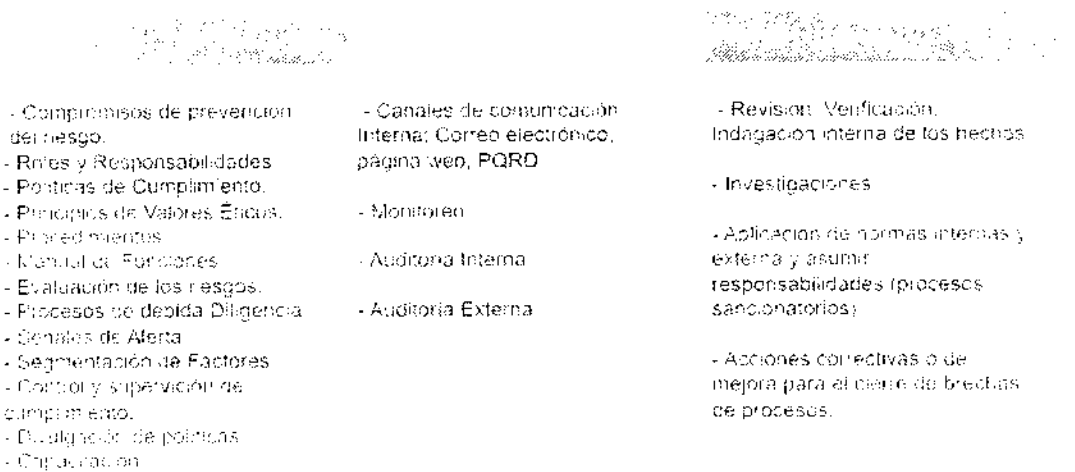


Figura 6. ***Tipo y naturaleza de los controles***

Las entidades deben definir, implementar, probar y mantener un proceso para administrar y asegurar la continuidad del negocio en situaciones de emergencia o desastre, incluyendo elementos como la prevención y la atención de emergencias, administración de la crisis, planes de contingencia y capacidad de retorno a la operación normal.

Estas medidas deben contar con los siguientes elementos:

a. Identificación de eventos que pueden afectar la operación.
b. Actividades por realizar cuando se presentan las fallas.
c. Alternativas de operación.
d. Proceso de retorno a la actividad normal.

La alta dirección realiza revisiones y seguimiento a las caracterizaciones de alta criticidad para la organización, tales como:

- Seguimiento al cumplimiento de los objetivos institucionales (plan de desarrollo).
- Revisión de los niveles de cumplimiento o avance de los indicadores de Gestión (Tableros de control).
- Monitoreo de la efectividad de los sistemas de gestión implementados.
- Adicionalmente, debe garantizar que los sistemas de compensación y los indicadores de gestión no generen presiones en los funcionarios que los induzcan a cometer acciones fraudulentas.

La Gerencia y subgerencia administrativa y financiera deben garantizar la definición de una política contable y de tesorería; así como las estrategias y los procedimientos necesarios para llevarla a cabo. La política y los procedimientos deben cumplir con los requisitos normativos vigentes y con el marco de información financiera.

Se debe contar con controles tales como:

- Monitoreo del procedimiento de pagos a terceros.
- Cuadres diarios de caja
- Verificación de registros contables (arqueos, conciliaciones, inventarios, circularizaciones, controles tributarios).

El Líder de Gestión de la Información y comunicaciones, debe velar por la implementación de políticas, procedimientos y controles que garanticen que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (efectividad, eficiencia y confiabilidad) y cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes.

La subgerencia del Talento Humano debe garantizar la implementación de controles efectivos en los procesos de selección y vinculación del recurso humano, tales como:

- Adecuación de competencias, verificación de antecedentes, verificación de referencias laborales y aplicación de pruebas psicotécnicas entre otros.
- Garantizar que todas las personas disfruten de sus vacaciones una vez cumplido un año de trabajo.
- y que no se acumulen varios periodos.
- Monitoreo de la rotación de personal.
- Valoración del clima laboral.

La subgerencia científica y la subgerencia administrativa y financiera, deben garantizar la implementación de políticas y procedimientos que permitan controlar la contratación de proveedores y el líder del sistema de gestión de la calidad, debe monitorear la calidad de sus procesos, entre estos controles se pueden mencionar:

- Seguimiento al cumplimiento de las políticas de contratación.
- Controles de vinculación de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Manual Gestión
- Prevención de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT y la Financiación de la proliferación de Armas de destrucción Masiva FPADM.
- Establecimiento de acuerdos de confidencialidad y cumplimiento de otros requisitos relacionados con la administración de la seguridad de la información.
- Valorar la gestión realizada por el proveedor. (Evaluación periódica y reevaluación)
- El procedimiento documentado y sus otras políticas se pueden consultar en el procedimiento de selección, contratación y evaluación de Terceros (proveedores y/o contratistas)

La subgerencia científica y la subgerencia administrativa y financiera, debe velar por la implementación y aplicación de controles que permitan garantizar niveles de seguridad adecuados para los activos del Hospital del Sarare E.S.E y mitigar riesgos de fraude relacionados con la sustracción de activos.

Dentro de este tipo de controles tenemos:

- Control al ingreso y egreso de visitantes a las instalaciones.
- Control de Salida de los activos de las instalaciones
- Seguridad física a las instalaciones administrativas
- Inventarios periódicos de farmacia y activos fijos.

10. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

En esta etapa se deben haber implementado controles que permiten controlar los riesgos identificados y priorizados para la entidad y con un análisis de causas y efecto que permitieron identificar los puntos y áreas críticas a intervenir de forma prioritaria.

El Hospital del Sarare realizará el seguimiento y monitoreo permanente del perfil de riesgo definido, bajo el desarrollo de un sistema de alertas tempranas que facilite la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias detectadas en los subsistemas de la administración del Riesgo para evitar la materialización de los mismos. La periodicidad con la que se llevará a cabo estará acorde a los eventos presentados y los factores de riesgos identificados como potenciales, así como la frecuencia y naturaleza de los riesgos.

El monitoreo se llevará a cabo dando cumplimiento a lo establecido por la Supersalud:

- Desarrollar un proceso de seguimiento efectivo, que facilite la rápida detección y corrección de las deficiencias en el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.
  Dicho seguimiento debe tener una periodicidad acorde con los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude potenciales y ocurridos tanto en la entidad como en el sector salud. En cualquier caso, el seguimiento debe realizarse con una periodicidad mínima de un año.
- Establecer indicadores descriptivos y/o prospectivos que evidencien los potenciales Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- Asegurar que los controles estén funcionando en forma oportuna, efectiva y eficiente.
- Asegurar que los riesgos residuales se encuentren en los niveles de aceptación establecidos por la entidad.

- Generar un reporte interno de manera periódica (mínimo semestralmente) con la gestión de los riegos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude que contenga el perfil de riesgo inherente y residual de la entidad de acuerdo a las políticas establecidas y aprobadas, el cual debe estar a disposición de las autoridades competentes.

Los indicadores que se definan deberán definirse de acuerdo a lo definido en el ***DIR-01-M04 Manual de Indicadores de Gestión y Desempeño Institucional.*** El oficial de cumplimiento realizará seguimiento y monitoreo a los indicadores en una periodicidad semestral e informar a la Junta directiva sus resultados.

Los líderes de procesos deben entregar semestralmente un informe del cumplimiento de los controles relacionados con los riesgos identificados en su proceso al oficial de cumplimiento

El Auditor Interno evaluará periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos de los susbsistemas del Sistema de Gestión Integral de Riesgos con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, informará los resultados de la evaluación a la Unidad de Riesgos y al Representante Legal.

El auditor debe probar la efectividad del diseño de los controles, para determinar si son operados como fueron definidos, si los ejecutan colaboradores que poseen las competencias necesarias, si satisfacen los objetivos de control de la organización y si efectivamente pueden prevenir o detectar errores o posibles fraudes.

También realizará una revisión periódica de los reportes Internos y Externo e informará al Representante Legal sobre el cumplimiento de las condiciones señaladas por la normatividad vigente relacionada según cada subsistema de la Gestión Integral de Riesgos SICOF/SARLAFT/FPDAM/OPERACIONALES.

Adicionalmente, la auditoria interna debe tener entre sus responsabilidades, la evaluación de la efectividad del programa de transparencia y ética empresarial y la comunicación al representante legal y al Comité de Gestión del Riesgo de las deficiencias y debilidades detectadas. Los hallazgos y las debilidades deben ser gestionados a través de la implementación de acciones correctivas que se deben

documentar en el perfil de riesgos.

11. PROCEDIMIENTOS DEL SUBSISTEMA DE INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO SIGR

Primero: Todos los colaboradores que identifiquen cualquier situación o irregularidad que se presente en el cumplimiento de sus labores diarias deben ser reportados a la unidad de gestión del Riesgo mediante el Formulario ***Reporte de alerta de evento por riesgo Operacional DIR-00-F18*** por correo electrónico o el link digital establecido para este fin, ya que la materialización de los riesgos pueden ocurrir en cualquiera de los procesos que se llevan a cabo en la Entidad.

Tenga en cuenta a la hora de identificar los eventos Operacionales las siguientes caracteristicas de los factores de riesgos internos (Talento Humano, Procesos, Tecnología e Infraestructura) y externos (Amenazas) a nivel institucional:

- Trae un resultado adverso al esperado.
- Impide que se logre el objetivo del proceso y de las actividades que componen el proceso.
- Altera el curso normal de las actividades que se realizan en la entidad (retrasos o interrupciones).
- En algunas ocasiones no genera daño, pero, en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos o en el recurso humano.
- Fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.
- Genera pérdidas económicas, no económicas o afectación de la imagen.
- Es repetitivo, es decir, su frecuencia es alta.
- Afecta los recursos necesarios para llevar a cabo una determinada labor o actividad.
- Afecta de manera parcial o total cualquiera de los productos y servicios que ofrece la entidad.

Segundo: El responsable de la Unidad de gestión del riesgo debe Analizar la

información recibida del colaborador y establecer si cumple los criterios de evento por Riesgo Operacional:

Fraude interno: Actos que tienen como resultado defraudar, apropiarse de bienes indebidamente o incumplir regulaciones, leyes o políticas empresariales vigentes en los que se encuentra implicado, al menos, un empleado o tercero contratado para ejecutar procesos a nombre de la entidad.

- **Fraude externo:** Actos, realizados por una persona externa a la entidad, que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de esta o incumplir normas o leyes, en los que se encuentra implicado un tercero ajeno a la entidad.
- **Relaciones laborales y seguridad laboral:** Actos que son incompatibles con la legislación laboral o con acuerdos relacionados con la higiene o la seguridad en el trabajo, o que versen sobre el pago de reclamaciones por daños personales o casos relacionados con la diversidad y/o discriminación en el ámbito laboral.
- **Clientes, productos y prácticas empresariales:** Incumplimiento involuntario o negligente de una obligación profesional/empresarial frente a clientes o eventos derivados de la naturaleza o diseño de un producto.
- **Daños a activos físicos:** Pérdidas derivadas de daños o perjuicios a activos físicos de la entidad como consecuencia de desastres naturales, actos de terrorismo, vandalismo u otros acontecimientos.
- **Fallas tecnológicas:** Hechos o cambios originados por fallas del hardware, software, telecomunicaciones o servicios públicos que puedan afectar, además de la operación interna de la entidad, la prestación del servicio a los clientes.
- **Ejecución y administración de procesos:** Errores en el procesamiento de operaciones o en la gestión de procesos, así como en las relaciones con contrapartes comerciales y proveedores.

Parágrafo: En caso de No corresponder a un evento de gestión del riesgo operacional se procede a cerrar la alerta reportada. Envía correo electrónico al funcionario que realizó la alerta detallando las razones por las cuales las situaciones reportadas no constituyen la materialización de un riesgo.

Tercero: Una vez confirmada la alerta y considerada un evento operacional se le designa al líder de proceso/subproceso afectado. Le comunica al correo electrónico al funcionario que género la alerta o reporte informándole el número del evento registrado.

Cuarto: El responsable de la unidad de gestión del riesgo debe diligenciar en el archivo ***Consolidado de seguimiento y control de eventos Operacionales***, con el número del evento, la descripción, la fecha de recepción, el funcionario a quien fue asignado.

Quinto: El líder del proceso/subproceso afectado recibe correo electrónico de la en el que es notificando que se le ha sido asignado un evento de riesgo, y evalúa el reporte constituye la materialización de un evento en su proceso, procede a levantar los documentos soportes para la investigación.

Sexto: El responsable de la unidad de gestión del riesgo debe apoyar al líder del proceso afectado del riesgo la investigación al líder de proceso y subproceso durante la realización del evento, analizando las causas que generó la materialización de los riegos y coordinando la recolección de la información o evidencia del evento.

Quinto: El líder del proceso o subproceso afectado debe definir acciones correctivas y detectar oportunidades de mejora con el fin de que permitan establecer controles y se evite su repetición.

Sexto: Si en el transcurso de un mes no ha sido notificado de la asignación de un evento a ninguno de los procesos que el lidera, elabora una comunicación dirigida a la Unidad de gestión del riesgo certificando que en el mes anterior no se materializaron riesgos. Esta actividad se debe desarrollar dentro de los cinco (5) primeros días hábiles del mes siguiente. Y finaliza el procedimiento.

Septimo: El responsable de la unidad de Gestión del Riesgo debe realizar el seguimiento de los eventos reportados en el archivo ***Consolidado de seguimiento y control de eventos Operacionales***, los comentarios respecto a la gestión.

Octavo: El Responsable de la unidad de Gestión del Riesgo debe Verificar que el se diligencie por completo la información requerida en archivo ***Consolidado de seguimiento y control de eventos Operacionales*** y procede a inactivarlo.

Parágrafo: En el caso que el evento genera pérdida y afecta el estado de resultados, Generando pérdidas y afecta estado de resultados continúa con la actividad número 9 de este procedimiento de lo contrario continúa con la actividad número __

Noveno: El responsable de la Unidad de Gestión del Riesgo realiza en conjunto con la el líder del proceso de Contabilidad una conciliación para determinar qué eventos de riesgo afectan el estado de resultado, previo al precierre contable.

Parágrafo: Cuando se determina que el evento afecta el estado de resultados, se

genera acta con la información del evento que afecta las cuentas de riesgo operativo.

Decimo: El contador registra el evento de riesgo operativo en los estados financieros.

Décimo primero: Líder de la unidad de gestión del riesgo realiza informe ejecutivo semestralmente de los eventos de riesgo operativo presentados durante el periodo, y lo presenta al Comité de gestión del Riesgo y a la Junta Directiva.

Décimo segundo: El Comité de gestión del Riesgo y a la Junta Directiva analiza y realiza seguimiento al informe de los eventos materializados y en los casos donde lo considere pertinente da lineamientos a las acciones que se deban emprender para el tratamiento de los riesgos.

Décimo tercero: El responsable de la unidad de gestión del riesgo ejecuta las acciones de acuerdo con los lineamientos impartidos por el Comité de gestión del Riesgo y a la Junta Directiva.

Décimo cuarto: El líder de proceso/subproceso afectado por la materialización del riesgo debe actualizar el perfil del riesgo/mapa de proceso con los nuevos controles definidos y las acciones correctivas y oportunidades de mejora definidos.

Décimo quinta: El líder de proceso/subproceso debe realizar seguimiento a la implementación de las acciones correctivas y oportunidades de mejora definidas en la sección de seguimiento y control del mapa de riesgos de su proceso/subproceso.

Primero: Todo proceso de selección y vinculación deberán estar acompañados de la aprobación de la instancia correspondiente.

Segundo: Realizar previo a la vinculación del empleado, la verificación en las listas de riesgos, entre las cuales deberán estar las vinculantes para Colombia y las listas

restrictivas. Si el aspirante se encuentra reportado en las listas vinculantes, se deberá descartar el proceso de selección, y para el caso en que se reporte alguna inhabilidad, sanciones, procesos judiciales, procesos disciplinarios y penales, se deberá notificar al jefe inmediato y al oficial de cumplimiento para revisar la situación específica. Se deberá anexar los resultados de búsqueda en la hoja de vida de cada empleado.

Nota: Las listas de riesgos obligatorias para el proceso de vinculación son: Listas vinculantes para Colombia, Contraloría, Procuraduría y Policía Nacional.

Parágrafo 1: La oficina de Gestión del Riesgo, realizará las validaciones en listas vinculantes para Colombia a todos los empleados activos de la institución. Este procedimiento se debe realizar como mínimo cada semestre y dejar evidencia de las consultas.

Parágrafo 2: La oficina de Gestión del Riesgos realizará con periodicidad anual las validaciones en listas de riesgos a los órganos de gobierno de la institución (Junta Directiva y Comités Institucionales). Se deberá dejar evidencia de las consultas realizadas.

Tercero: Las áreas encargadas de los procesos de selección y vinculación deberán realizar las validaciones de títulos académicos, referencias laborales, personales y deberán guardar las respectivas evidencias.

Cuarto: Si se detecta que la información suministrada por un empleado es falsa o presuntamente falsa, deberá notificar al jefe inmediato, al representante legal y a su vez al oficial de cumplimiento donde se determinará las acciones correspondientes de acuerdo con el conducto regular del Hospital.

Quinto: Se realizará capacitación una vez al año al personal de apoyo directo en la gestión SARLAFT/SICOF/PTEE, en la que se deberá dejar evidencia de su cumplimiento.

Sexto: El empleado que se vincule al Hospital del Sarare E.S.E deberá diligenciar el ***"Formulario de vinculación o actualización de datos – Persona Natural DIR-00-F14"*** y se hará actualización de datos personales como mínimo una vez al año.

Séptimo: En caso de que el empleado declare en el ***"Formulario de vinculación o actualización de datos – Persona Natural DIR-00-F14"*** que tiene condición de

Persona Políticamente Expuesto (PEPs), el empleado de apoyo deberá dejar evidencia de esta declaración y notificar al oficial de cumplimiento a través de los medios oficiales de la institución.

Octavo: Se incorpora en todos los contratos laborales y en formulario de conocimiento del empleado, declaraciones y cláusulas de cumplimiento SARLAFT.

Noveno: Todos los empleados que ingresen nuevos a la institución deberán recibir la inducción del Sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR del Hospital del Sarare.

Décimo: Es responsabilidad del Hospital del Sarare E.S.E los procesos de contratación, informar sobre la política del sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR, con el fin de que conozca las directrices institucionales.

Décimo primero: Toda la información que se almacene sobre los subsistemas de administración de riesgos debe guardarse en un lugar seguro y restringido a empleados no autorizados, deberá estar en el servidor de la institución con el fin de asegurar su respaldo y accesibilidad.

Décimo segundo: Anualmente todos los empleados vinculados y miembros de los órganos de Gobierno deberán realizar en el ***"Formulario de vinculación o actualización – Persona Natural DIR-00-F14"***, la declaración juramentada de ***Certificación de conflictos de interés, inhabilidades e incompatibilidades DIR-00-F16*** y de no tener antecedentes que pongan en riesgo a la institución La oficina de Gestión del Riesgo hará custodia de la información.

Parágrafo 1: Si llegase a encontrar que un colaborador de la institución es dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado de empresas, sociedades, consorcios, negocios, establecimientos comerciales y/u organizaciones que tengan relación comercial con el Hospital del Sarare E.S.E y no fue declarada, se configurará un fraude a la institución y por ende se aplicarán medidas correspondientes a las normas internas del Hospital del Sarare E.S.E.

Parágrafo 2: Ningún miembro de los órganos directivos de la Hospital del Sarare E.S.E puede realizar negocios profesionales y comerciales con la Institución.

Parágrafo 3: No se configurará conflicto de interés, si un colaborador desea tener una relación profesional y comercial con el Hospital del Sarare E.S.E, siempre y cuando los

términos contractuales sean iguales al mercado, lo deberá declarar y ser aprobado por el Comité de Integrado de Gestión del riesgo SIGR.

Décimo tercero: Los empleados líderes de apoyo, deberán cumplir cada una de las funciones asignadas a su cargo conforme a la política y procedimientos definidos en el sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR , de lo contrario, en caso de que el empleado no ejerza de manera adecuada sus funciones, el oficial de cumplimiento notificará al jefe inmediato las situaciones encontradas, se dejará constancia por medio de correo electrónico o por informes escritos con el fin de que se adelanten las acciones correspondientes y planes de mejoramiento.

Décimo cuarto: Se tendrá mayor control sobre empleados extranjeros que residan en jurisdicciones perfiladas con alto riesgo y que se encuentran en monitoreo por organismos gubernamentales por deficiencias en estrategias de contrarrestar los riesgos LAFT/PADM, de corrupción, opacidad, fraude y soborno -COFS-.

Décimo quinto: Los empleados estarán capacitados sobre los riesgos asociados a LAFT/COFS para reportar al jefe inmediato y oficial de cumplimiento las actuaciones o sospechas que se tengan o le genere señal de alerta de un colaborador o grupo de interés. Cabe resaltar que la información es confidencial, sensible y privilegiada por lo que deberá guardar reserva y sigilo.

[illegible] Debida Diligencia para el [illegible]

Este procedimiento aplica para todo tipo de relacionamiento contractual, comercial que se haga en nombre del Hospital del Sarare E.S.E (contratos, convenios, vinculación de proveedores, proyectos, consorcios y Uniones Temporales).

En los siguientes pasos se define claramente la ruta de implementación del procedimiento, los compromisos adquiridos tanto para el Hospital del Sarare E.S.E, como para sus proveedores y aliados estratégicos, que tiene como objetivo cumplir de manera adecuada una gestión preventiva, de precaución y de detección de los riesgos asociados a C/O/F/S/LA/FT.

Primero: Las dependencias con responsabilidades de realizar convenios, contratos, proyectos o vinculaciones de proveedores, deberán anexar a la documentación

requerida, la evidencia de las verificaciones efectuadas en las diferentes listas de riesgos (Vinculantes y Restrictivas) nacionales e internacionales, para el representante legal, razón social y a los accionistas y/o socios que posean más del 5% de participación hasta su beneficiario final.

En caso de que se presenten resultados con señales de alerta o que la institución considere riesgoso el relacionamiento, deberá notificarse al representante legal, al colaborador encargado y al oficial de cumplimiento para tomar las acciones que se consideren pertinentes.

Parágrafo 1: En caso de que se registre inhabilidades, sanciones, procesos judiciales, disciplinarios y penales, se deberá notificar al jefe inmediato y al oficial de cumplimiento para revisar el caso específico.

Parágrafo 2: Si durante la relación contractual se verifica que la empresa, el representante legal, los socios o los accionistas, beneficiario final, llegasen a resultar inmiscuidos en una investigación de cualquier tipo (penal, administrativa, etc.) relacionada con actividades ilícitas, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, financiación de armas de destrucción masiva, corrupción, fraude, soborno o fuese incluida en las listas internacionales vinculantes para Colombia, la parte libre de reclamo tendrá derecho de terminar unilateralmente el contrato o convenio sin que por este hecho, esté obligado a indemnizar ningún tipo de perjuicio a la parte que lo generó.

Parágrafo 3: Con el perfeccionamiento del contrato, la contraparte está declarando que la información suministrada a la Hospital del Sarare E.S.E es veraz y exacta y que autoriza a efectuar las verificaciones que se consideren pertinentes y que llegado a encontrar alguna inconsistencia o falsedad de la información se podrá dar por terminado la relación contractual y será considerado un incumplimiento gravísimo a las obligaciones a su cargo.

Parágrafo 4: Las verificaciones en las listas de riesgos deberán efectuarse previo a las vinculaciones, esto con el fin de minimizar el riesgo de contagio, además deberá verificar en los medios de comunicación masiva sobre la persona o la razón social con quién se piensa gestionar el relacionamiento, siempre validar que se trata de una fuente confiable y que goza de reconocimiento.

Segundo: La contraparte que desean pertenecer al Hospital del Sarare E.S.E, deberá diligenciar el "***Formulario de vinculación y actualización***", donde deberá diligenciar

completamente los campos consignados y adjuntar la documentación requerida por la institución

Tercero: Si la contraparte declara que goza de condición de Persona Expuesto Políticamente (PEPs), su vinculación deberá estar en conocimiento y evaluación del representante legal, el jefe inmediato y el oficial de cumplimiento.

Se considerarán como Personas Expuestas Políticamente (PEP) personas nacionales o extranjeras que, por razón de su cargo, manejan o han manejado recursos públicos o tienen poder de disposición sobre éstos. Como servidores públicos tienen asignadas o delegadas las siguientes funciones: Expedición de normas o regulaciones, dirección general, formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado, administración de justicia o facultades administrativo-sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos. La calidad de Personas Expuestas Políticamente (PEP) se mantendrá en el tiempo durante el ejercicio del cargo y por dos (2) años más desde la dejación, renuncia, despido o declaración de insubsistencia del nombramiento, o de cualquier otra forma de desvinculación, o terminación del contrato.

Cuarto: La contraparte deberá notificar cualquier cambio de datos personales durante la relación contractual a través de los medios digitales que cuenta la institución.

Parágrafo 1: Se actualizará como mínimo una vez al año la base de datos de los proveedores activos vinculados a la Hospital del Sarare E.S.E.

Quinto: Las dependencias encargadas de evaluar los documentos de los proponentes deberán revisar y contemplar señales de alerta tales como, cotizaciones que estén muy por debajo de las ofrecidas en el mercado, que a título personal se ofrezcan a los colaboradores bonos, regalos para ser escogidos en la propuesta, temas de corrupción, fraude, soborno que se publiquen en medios de comunicación que goce de reconocimiento y veracidad de la información, este tipo de situaciones deberán rechazarse de inmediato y no podrá ser vinculado la institución.

Parágrafo 1: Para el caso de las cotizaciones de los proponentes que estén bajo las mismas condiciones ofrecidas en el mercado, dentro de los parámetros normales de la institución, son aceptados valores agregados a la propuesta a nombre de la institución y no serán aceptadas propuestas a título personal, para este último, en caso de

evidenciarse situaciones en esta condición será un incumplimiento gravísimo a los reglamentos y políticas internas, por lo cual se aplicarán medidas correspondientes definidas por el Hospital del Sarare E.S.E.

Parágrafo 2: Ningún colaborador podrá ofrecer o aceptar dádivas que comprometan o puedan dar pie a suponer compromiso de aceptación de proponentes o en la toma de decisiones de algún tipo de negociación presente o a futuro.

Parágrafo 3: Los empleados podrán aceptar regalos institucionales, regalos de valor simbólico siempre y cuando cumplan los requisitos definidos en el código de Integridad, código de conducta y buen gobierno.

Sexto: Si durante la relación contractual, se observan situaciones inusuales o se configura una situación intentada o sospechosa, el empleado que detecte dicha condición, deberá notificarlo al jefe inmediato y al oficial de cumplimiento para que sea analizada la situación y si se categoriza como Operación Sospechosa -ROS-, el oficial de cumplimiento deberá notificarlo ante las entidades regulatorias con el debido proceso, en caso de no clasificarse como ROS se deberá hacer seguimiento riguroso.

Séptimo: El Supervisor de contrato o su auxiliar de apoyo deberá guardar la documentación relacionada con la gestión que realice en el tema SARLAFT. El empleado hará el respectivo archivo de información y la custodia de la misma, siendo un incumplimiento grave la desatención a esta cláusula.

Parágrafo 1: Se asignó una ruta en el servidor de la Hospital del Sarare. E.S.E para cada dependencia o subproceso, donde deberá almacenar la información que respalde el cumplimiento de la política y procedimientos de los subsistemas de administración de riesgos

Octavo. Para la celebración de contratos y convenios que se hagan en nombre del Hospital del Sarare E.S.E, es requisito fundamental que se implemente este procedimiento SARLAFT/PADM. Asimismo, deberá poner en conocimiento a la contraparte sobre la política de Integrado de Gestión del riesgo SIGR y sus lineamientos a los proveedores y aliados estratégicos como parte de los requisitos de su vinculación

Parágrafo 1: Para los casos en que no se permita alguna modificación a los documentos contractuales para la incorporación de los requisitos de SARLAFT definida se deberá anexar el formato ***DIR-00-F16*** "***declaración de prevención del lavado de***

activos y de la financiación del terrorismo" y deberá ser firmado por el Representante Legal.

Noveno: El colaborador encargado de los relacionamientos contractuales (supervisor de contrato), deberá realizar la revisión periódica en listas vinculantes de riesgo como mínimo una vez al año.

Parágrafo 1: Para el caso de la dependencia de compras de la Hospital del Sarare E S.E, deberán dejar registro de las verificaciones mensuales en las listas vinculantes.

Decimo. Mensualmente la oficina de contratación con el profesional de apoyo del área filtrará todos los proveedores que, independiente del medio de pago, tipo de transacción, clase de transacción, los consultará en las listas de riesgos y se cumplirá con el respectivo reporte a las autoridades competentes, dejando las evidencias de las diferentes acciones.

Décimo primero: Cuando el Hospital del Sarare E.S.E incursione en nuevos mercados, productos o servicios, deberá evaluar los riesgos asociados LA/FT/FPADM/COFS, dejando evidencia de su análisis y medidas de tratamiento establecidos.

Décimo segundo: Se deberá hacer una debida diligencia intensificada a personas naturales y jurídicas que residan en jurisdicciones catalogados con riesgo alto de manejo de armas de destrucción masiva, que tengan presencia de grupos terroristas o que se encuentran en monitoreo por organismos gubernamentales por deficiencias en estrategias de contrarrestar los riesgos LAFT/PADM.

Para las actividades directas relacionadas con el manejo de sustancias y de productos químicos controlados, la Hospital del Sarare E.S.E deberá contar y tener vigente el Certificado de Carencia de Informes por Tráfico de Estupefacientes que lo autorice ante la autoridad, asimismo, deberá solicitar al proveedor el certificado como documento obligatorio que certifica la inexistencia de informes provenientes de autoridades nacionales e internacionales por conductas relacionadas con delitos de tráfico de estupefacientes y conexos.

De acuerdo con la normatividad vigente, se debe conocer al cliente/usuario para

prevenir que la Hospital del Sarare E.S.E sea utilizada como medio de legalidad para realizar actividades delictivas, por lo tanto, se deberán cumplir los siguientes requisitos que se señalan a continuación:

Primero: Clientes/usuarios que cancelen servicios particulares mediante transacciones en efectivo en cualquiera de las sedes del Hospital del Sarare E.S.E que igualen o superen el monto establecido por la normatividad vigente en materia de LA/FT/PADM, deberán atender a las solicitudes del empleado de apoyo para diligenciar el ***Formato de Vinculación y Actualización Persona natural o jurídica (DIR-00-F14 O DIR-00-F14).*** Para este caso, se llevará a cabo la Debida Diligencia Ampliada – DDA- y se deberá anexar la consulta realizada en las listas de riesgos.

Parágrafo 1: Para los casos cuando se presenten que el pago del servicio prestado por el Hospital de Sarare E.S.E fue realizado por un tercero diferente al cliente/ usuario, éste también deberá diligenciar el formulario de conocimiento y deberá ser consultado como mínimo en las listas de riesgos.

En caso de no estar presente el tercero vinculado, el facturador o líder de facturación es responsable de tomar nota de la información, como mínimo del nombre completo y cédula Para ambos casos, se deberá colocar en el formato de "vinculación y actualización persona natural o jurídica" en el espacio que es exclusivo para diligenciar la aclaración sobre la situación particular.

Parágrafo 2: El formulario deberá estar completamente diligenciado con firma y huella, en caso de que el cliente se niegue a diligenciar los campos requeridos o no firme, el empleado deberá dejar la nota aclaratoria en el mismo formato y deberá notificarlo al oficial de cumplimiento a través de los medios oficiales del Hospital del Sarare. E.S.E.
Segundo. Mensualmente la oficina de control Interno a través del sistema contable utilizado por la Hospital del Sarare E.S.E, filtrará todos los clientes de las diferentes sedes que, independiente del medio de pago utilizado (efectivo, transaccional o cheque) y que no se categorizaron en la segmentación definida para realizar la debida diligencia ampliada – DDA-, se hará una debida diligencia simplificada DDS, es decir se consultará en las listas vinculantes con información básica del cliente, dejando evidencia de ello.

Parágrafo 1: No se considerará clientes y/o contrapartes los usuarios (afiliados de las EPS, ni los pacientes de las IPS cuyos servicios sean cancelados efectivamente por algún tipo de seguro (se incluyen en estos pagos, los efectuados por concepto de

copagos, cuotas moderadoras, deducibles o cualquier pago adicional contemplado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los Planes Voluntarios de Salud o seguros en general que cubran eventos de salud). Es así como, para estos casos, no será necesaria la identificación del usuario.

Tercero. En caso de que el cliente declare en el "formulario de conocimiento de clientes naturales y jurídicos" que goza de algún reconocimiento público, si tiene condición de persona Políticamente Expuesto (PEPs), se hará el respectivo seguimiento y los almacenará en una lista independiente para mayor seguimiento y control.

Cuarto. Los clientes que se identifiquen con nacionalidad extranjera, se controlará la información de estas personas a través del ***"Formulario de vinculación y actualización persona natural DIR-00-F14"***, cuando sus transacciones son realizadas en efectivo y superen los límites definidos por el Hospital del Sarare E.S.E.

Quinto. Para validar en las listas de riesgos, el colaborador encargado de hacer las revisiones deberá consultar las listas nacionales e internacionales, entre las cuales deberán estar las vinculantes para Colombia.

Parágrafo 1: Para los clientes con casos positivos de búsqueda en listas de riesgos y que requieren la prestación del servicio de salud. EL Hospital de Sarare E.S.E no negará la prestación de la misma como derecho fundamental de todo ser humano. No obstante, se deberá notificar a la autoridad competente por parte del oficial de cumplimiento.

Sexto. Para el resguardo de los documentos, el empleado hará el respectivo archivo físico, magnético y la custodia de la misma a través de la ruta asignada del servidor, que permita al oficial de cumplimiento hacer seguimiento permanente y que se pueda verificar en tiempo real.

Séptimo. Si el facturador/Tesorero observa al cliente con situaciones que le genere inquietud por la transacción realizada y observa algún comportamiento o información inusual de acuerdo con lo reportado en el **"Formulario de vinculación y actualización de personas naturales y jurídicos"** deberá notificarlo al oficial de cumplimiento a través de los medios oficiales de la institución.

Octavo. Para un acertado reporte a las autoridades competentes, el oficial de cumplimiento utilizará el sistema contable de la Hospital del Sarare E.S.E para verificar

los clientes que cumplieron con las transacciones en efectivo que igualen o superen los montos definidos por la normatividad vigente.

Noveno. Para clientes que durante el mismo año hicieron varias transacciones en efectivo iguales o superiores al monto definido por la normatividad para la debida diligencia ampliada y que ya habían diligenciado el ***"Formulario de vinculación y actualización de personas naturales y jurídicos - Múltiples transacciones/año DIR-00-F17",*** deberán diligenciar otro formulario más simplificado para dichos pagos.

Parágrafo 1: La actualización de la información de los clientes se debe realizar cada año, donde deberán diligenciar nuevamente la Información consignada en el "Formulario de conocimiento de clientes de personas naturales y jurídicos" definido para la debida diligencia ampliada-DDA-.

Decimo. Los clientes que deseen realizar donaciones a la Hospital del Sarare E.S.E, deberán hacerlo a través de los medios ofrecidos por el Hospital, que puede ser por el sistema financiero, débito automático, aportes en línea, donaciones en especie, no se recibirán por ningún motivo dineros en efectivo. Para estos casos, se solicitará información general de la persona natural y /o Jurídica y tendrá que autorizar declaración de origen de fondos.

Se determinan unos lineamientos de conocimiento de personas naturales y jurídicas que a razón de su cargo gozan o gozaron de reconocimiento público, o maneja recursos públicos, estos cargos son considerados de alto riesgo, no por su condición o perfil sino porque son más sensibles a la exposición del riesgo LA/FT/COFS. No obstante, se recomienda que para este perfil de riesgo se realice una Debida Diligencia Ampliada. De acuerdo con lo anterior, se tiene las siguientes disposiciones:

Primero: Si se declara la condición de Persona Expuesta Políticamente – PEPs-, deberá notificarlo al oficial de cumplimiento, ya que se debe hacer un monitoreo continúo intensificado.

Segundo: Se debe realizar las verificaciones de identidad y confirmar la calidad de Persona Expuesto Políticamente, teniendo en cuenta lo siguiente.

- Se hará una Debida Diligencia Ampliada cuando las entidades con quien se realice relacionamientos, sea una entidad del estado o que personas naturales se identifiquen como PEPs.

- Conocer el origen de sus fondos o su riqueza, se deberá revisar en las diferentes aplicativos que se encuentra para consulta ciudadana sobre la declaración de sus bienes y rentas, conflictos de interés e impuesto sobre la renta y complementarios.

- Para el caso en que el PEPs declare parientes y relacionados directos en condición de PEPs, también deberá aplicarse la Debida Diligencia Ampliada - DDA, validar identidad, revisar en las listas de control de riesgos nacionales e internacionales e ingresarlos en la base de datos que se destina para monitoreo de personas naturales y jurídicas en condición de PEPs.

Tercero: Se debe registrar y anexar evidencia de las verificaciones efectuadas en diferentes listas de control de riesgos nacionales e internacionales de la contraparte con tipología PEPs. En caso de que se presenten resultados relacionados con el riesgo de COFS/LA/FT/, deberá reportarse al jefe inmediato y al oficial de cumplimiento en forma inmediata de acuerdo con las políticas y procedimientos definidos en el sistema de gestión integral de riesgos de la Hospital del Sarare E.S.E.

Cuarto: Se considerarán como Personas Expuestas Políticamente (PEP) los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando tengan asignadas o delegadas funciones de: expedición de normas o regulaciones, dirección general, formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado, administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos. Estas funciones podrán ser ejercidas a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. Se considerarán como Personas Expuestas Políticamente (PEP), de manera enunciativa, las siguientes:

Parágrafo 1. La calidad de Personas Expuestas Políticamente (PEP) se mantendrá en el tiempo durante el ejercicio del cargo y por dos (2) años más desde la dejación, renuncia, despido o declaración de insubsistencia del nombramiento, o de cualquier

otra forma de desvinculación, o terminación del contrato".

Presidente de la República, vicepresidente de la República, consejeros, directores y subdirectores de departamento administrativo, ministros y viceministros.

Secretarios Generales, Tesoreros, directores Financieros de (i) los Ministerios, (ii) los Departamentos Administrativos, y (iii) las Superintendencias o quien haga sus veces.

- Presidentes, Directores, Gerentes, Secretarios Generales, Tesoreros, Directores Financieros de: (i) los Establecimientos Públicos, (ii) las Unidades Administrativas Especiales, (iii) las Empresas Públicas de Servicios Públicos Domiciliarios, (iv) las Empresas Sociales del Estado, (v) las Empresas Industriales y Comerciales del Estado y (vi) las Sociedades de Economía Mixta.
- Superintendentes y Superintendentes Delegados.
- Generales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, Inspectores de la Policía Nacional. Así como los Oficiales y Suboficiales facultados para ordenar el gasto o comprometer recursos de las instituciones públicas.
- Gobernadores. Alcaldes, Diputados, Concejales, Tesoreros, Directores Financieros y Secretarios Generales de: (i) gobernaciones, (ii) alcaldías, (iii) concejos municipales y distritales, y (iv) asambleas departamentales.
- Senadores, Representantes a la Cámara, Secretarios Generales, secretarios de las comisiones constitucionales permanentes del Congreso de la República y Directores Administrativos del Senado y de la Cámara de Representantes.
- Gerente y Codirectores del Banco de la República.
- Directores y ordenadores del gasto de las Corporaciones Autónomas Regionales Comisionados Nacionales del Servicio Civil, Comisionados de la Comisión de Regulación de Energía y Gas, de la Comisión de Regulación de Agua Potable y Saneamiento Básico y, de la Comisión de Regulación de Comunicaciones. Magistrados, Magistrados Auxiliares de Altas Cortes y Tribunales, jueces de la República, Fiscal General de la Nación, Vicefiscal General de la Nación, Delegados y directores de la Fiscalía General de la Nación.
- Contralor General de la República, Vicecontralor General de la República, Contralores Delegados, Contralores territoriales, Contador General de la Nación, Procurador General de la Nación, Viceprocurador General de la Nación, Procuradores Delegados, Defensor del Pueblo, Vicedefensor del Pueblo, Defensores Delegados y Auditor General de la República.
- Tesoreros y ordenadores del gasto de la Altas Cortes y Tribunales, Fiscalía

General de la Nación, Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo, Contaduría General de la Nación y Auditoria General de la República.

- Magistrados del Consejo Nacional Electoral, Registrador Nacional del Estado Civil y Registradores Delegados.
- Notarios y Curadores Urbanos.
- Ordenadores del gasto de universidades públicas.
- Representantes legales, presidentes, directores y tesoreros de partidos y movimientos políticos, y de otras formas de asociación política reconocidas por la ley.
- Los fideicomitentes de patrimonios autónomos o fideicomisos que administren recursos públicos.

La identificación de operaciones inusuales a partir del siguiente procedimiento:

Primero: El Oficial de Cumplimiento verifica las alertas generadas mediante el proceso ejecutado sobre las operaciones de sus contrapartes a través de herramientas tecnológicas.

Segundo: Tesoreria debe verificar diariamente si hay pagos en efectivo, fraccionadas en efectivo y cuáles son los montos que pueden constituir alertas para la institución, con el fin de determinar posibles inusualidades. Todas las transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica, por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE ($5.000.000) y/o su equivalente en otras monedas y aquellas que en su conjunto iguale o supere la cuantía de veinticinco millones de pesos ($25.000.000) M/CTE serán informadas al oficial de cumplimiento mediante el canal de comunicación establecido para esto.

Tercero: Cuando la operación inusual es detectada por la parte asistencial, convenios, caja de facturación u otras áreas de la entidad, el empleado que detectó la operación inusual, deberá informarla al Oficial de Cumplimiento mediante correo electrónico o de forma verbal para ser evaluada posteriormente, quien determinará si las operaciones revisten o no el carácter de sospechosas o si tienen justificación donde se considerará solo como inusual y quedará documentada y archivada.

Cuarto: Cuando se presenten situaciones en las que el Hospital del Sarare E.S.E deba realizar devolución de dineros, sin una justificación clara, aun advirtiendo penalización económica sobre dicha operación a sus contrapartes, deberá notificársele al Oficial de Cumplimiento.

Quinto: Cuando el cliente que generó la operación inusual es detectado por un proceso de identificación de operaciones inusuales a través del análisis de las pagos o procedimientos de salud realizados, el Oficial de Cumplimiento, evalúa si corresponde o no a un ROS, ampliando la información de conocimiento del cliente.

Sexto: Una vez que cuenta con todas las operaciones inusuales identificadas, el Oficial de Cumplimiento procede a revisar cada una de estas operaciones frente a la información que reposa del comportamiento de la contraparte del Hospital del Sarare E.S.E, tales como última actualización de datos, tipo de actividad económica. procedimientos realizados en el hospital, históricos del Hospital y demás información que sirva para establecer si la operación genera un ROS.

Séptimo: En caso de no encontrar información suficiente para darle gestión a la operación inusual, el Oficial de Cumplimiento solicitará al encargado de la administración de la contraparte la justificación de las operaciones que generaron la alerta y de acuerdo al monto y nivel de riesgo del cliente o proveedor, solicita soportes de la operación.

Octavo: Una vez culminado el análisis, el Oficial de Cumplimiento elabora el informe escrito junto con los soportes de dicho análisis y determina si la operación está debidamente justificada, caso en el cuál se procede a su cierre y archivo, en caso contrario determinará el procedimiento a seguir, ya sea la inactivación, desvinculación y/o ROS.

Noveno: Una vez determinadas las operaciones sospechosas, el Oficial de Cumplimiento procede a realizar los respectivos reportes a la UIAF.

Decimo: Una vez culminado el análisis, el Oficial de Cumplimiento elabora el informe escrito junto con los soportes de dicho análisis y determina si la operación está debidamente justificada, caso en el cuál se procede a su cierre y archivo, en caso contrario determinará el procedimiento a seguir, ya sea la inactivación, desvinculación y/o ROS. En adición a las alertas generadas a través de herramientas tecnológicas.

puede darse inicio a una investigación de operación inusual por los siguientes motivos:

a. Por un proceso de vinculación de cualquiera de los terceros.
b. Por un proceso de validación en listas de control o hallazgos en prensa negativa.
c. Por un proceso de auditoria interna.
d. Por reporte de un empleado.
e. Por la actualización de la información.
f. Por requerimiento de autoridad competente.
g. Por información externa. Siempre que se presente uno de estos casos mencionados, el Oficial de Cumplimiento da inicio a la evaluación y continúa con lo enumerado en este procedimiento.

El hospital del Sarare E.S.E. Ha determinado que para la recepción de denuncias para el reporte de situaciones que vayan en contravía de las políticas y procedimientos de este manual; acerca de algún comportamiento inadecuado, sospechoso o conductas no éticas por parte de algún empleado o vinculado (cliente, usuario, contraparte, proveedor) al Hospital del Sarare E.S.E se dispondrá de los siguientes canales:

Buzón virtual en página web Institucional:

Registro de Operaciones Sospechosas (ROS):
Denuncias

Correo electrónico de [illegible]

Primero: Cuando algún empleado detecta alguna señal u operación inusual, deben informar acerca de esto de forma inmediata a su superior, quien inmediatamente deberá comunicárselo al Oficial de Cumplimiento según el riesgo al que corresponda (SICOF/SARLAFT/FPDAM/PTEE).

Los empleados que detecten una señal de alerta u operación sospechosa pueden hacer el reporte por medio del correo electrónico o por medio del formulario de la página web institucional. Aunque no es necesario que el empleado presente pruebas contundentes, si debe describir la operación considerada como inusual y justificar las razones que lo

llevaron a considerarla como tal. Se debe garantizar total reserva de la información y de la identidad de la persona que reporta la inusualidad de la operación.

La información que debe contener, como mínimo, cualquier reporte interno de Operaciones Inusuales o Sospechosas es la siguiente:

- Fecha de ocurrencia de la operación
- Fecha de detección
- Nombre del cliente, proveedor, contratista o empleado involucrado
- Documento de identificación del cliente, proveedor, contratista o empleado
- Descripción de la inusualidad.

El formato para el reporte de Operaciones Sospechosas (Operaciones Inusuales de los usuarios/clientes/proveedores) o link de acceso al canal de denuncias (Riesgos de corrupción, fraude, opacidad, soborno, faltas de los trabajadores, etc), debe ser de conocimiento general de todos los empleados y estar ubicado en una carpeta compartida de fácil acceso para facilitar la inmediatez del reporte.

Los reportes externos son aquellos que el Oficial de cumplimiento actuando en nombre del Hospital del Sarare E.S.E, debe hacer a la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF, a las autoridades competentes de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente y en los casos que lo soliciten los entes de control o judiciales, se harán los reportes a la Superintendencia Nacional de Salud y demás órganos de inspección, vigilancia y control.

Reportes externos del SARLAFT/FPDMA

ITEM	Reporte	Periodicidad	Responsable	Entidad receptora
1.	El reporte de operación sospechosa (ROS)	**Inmediato.** El mismo día en que se catalogue como operación sospechosa (ROS) positivo. Operaciones Intentadas,	Oficial de Cumplimiento	Unidad Administrativa Especial de Información y Análisis Financiero – UIAF. Sistema de reporte en Línea SIREL

		Coincidencia en listas o noticias).		
2.	Ausencia de reporte de operación sospechosa (AROS)	**10 primeros días de cada mes**. Aplica solo cuando no se evidenciaron ROS durante el mes anterior.	Oficial de Cumplimiento	Unidad Administrativa Especial de Información y Análisis Financiero – UIAF Sistema de reporte en Linea SIREL
3.	Reporte de Transacciones Individuales en efectivo superiores a 5 millones por una misma persona jurídica o natural.	**10 primeros días de cada mes**. Este Reporte de transacciones en efectivo se realizará en un único archivo relacionando las operaciones múltiples y luego las individuales.	Oficial de Cumplimiento	Unidad Administrativa Especial de Información y Análisis Financiero – UIAF. Sistema de reporte en Linea SIREL
4.	Reporte de Transacciones Múltiples en Efectivo superiores a 25 millones por una misma persona jurídica o natural.			
5	Reporte de ausencia de transacciones en efectivo,	Los primeros 10 días del mes siguiente al periodo de reporte. Este reporte aplica solo cuando no se presentaron transacciones en efectivo superiores a los 5 millones o múltiples pagos en efectuvo por 25 millones de una persona natural o jurídica el mes inmediatamente anterior.	Oficial de Cumplimiento	Unidad Administrativa Especial de Información y Análisis Financiero – UIAF. Sistema de reporte en Linea SIREL

Cuando se detecte una posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude, es deber del oficial de cumplimiento reportar al área de jurídica para que ejerza el mecanismo necesario para el reporte ante la autoridad competente (Fiscalía, Contraloría, Procuraduría...); dejando evidencia de esto y guardando la debida reserva ante tal reporte, con la salvedad de que la entidad está en obligación de reportar el evento a las autoridades competentes de manera inmediata y eficiente.

En caso de que la Superintendencia solicite un informe sobre los reportes realizados, dicho informe debe ser estadístico, por clasificación de actividades, más no el detalle de cada caso.

El oficial de cumplimiento será el responsable de dejar evidencia de los diferentes reportes que realiza en cumplimiento de las funciones que se le asigna conforme a la normatividad aplicable.

Para los reportes externos, se deberá adoptar medidas de seguridad más exigentes, ya que son considerados de tipo probatorio ante algún requerimiento de las autoridades competentes. Los reportes ante las autoridades, son considerados de gran reserva y confidencialidad. En caso de demostrar el cumplimiento de los reportes, solo se podrán evidenciar informes de tipo estadístico, de indicadores, o información que no sea considerada sensible y que vulnere los derechos de las personas.

12. SEÑALES DE ALERTA

Estas son algunas señales de alerta que se deben tener en cuenta para que los líderes de proceso, supervisores de contrato reporten al oficial de cumplimiento y al jefe inmediato.

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 UIAF. Son hechos, situaciones, eventos, cuantías y demás información que el Hospital del Sarare E.S.E, determinen como relevantes, a partir de los cuales se puede inferir la posible existencia de un hecho o situación que escapa al desarrollo normal en la implementación de los controles de prevención y detección del riesgo de LA/FT.

- Incrementos (patrimonial, de ingresos, de operaciones, de cantidades, etc.) no justificados o por fuera de los promedios del respectivo sector o actividad económica.
- Presunto uso indebido de identidades, por ejemplo: uso de números de identificación inexistentes, números de identificación de personas fallecidas, suplantación de personas, alteración de nombres.
- Inconsistencias en la información que suministra el cliente y/o contraparte frente a la que suministran otras fuentes.
- Presentación de documentos de datos o información falsa o presuntamente falsa.
- Actuación en nombre de terceros y empresas aparentemente fachadas.
- Relación con personas vinculadas o presuntamente vinculadas a actividades delictivas.
- Relación con bienes de presunto origen ilícito.
- Fraccionamiento o uso indebido del dinero en efectivo.
- Personas que se rehúsen a facilitar la información y la documentación solicitada.
- Inconsistencia de datos financieros.
- Personas reportadas en medios de comunicación masiva o en las listas vinculantes y restrictivas.
- Pagos en efectivo, fraccionadas en efectivo
- Todas las transacciones en efectivo por valores iguales o mayores a los cinco millones de pesos M/CTE ($5.000.000) o múltiples pagos realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica, por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE ($5.000.000) y/o su equivalente en otras monedas y aquellas que en su conjunto iguale o supere la cuantía de veinticinco millones de pesos ($25.000.000) M/CTE.
- Que solicitan pagos a terceros que no intervienen en la operación.
- Incumplimiento a las cláusulas de los contratos.
- Estilo de vida que no corresponde a sus ingresos o existe un cambio notable e inesperado en su situación económica.
- Aquellas operaciones que no obstante mantenerse dentro de los parámetros, se estime en todo caso como irregulares o extrañas, o simplemente inusuales.
- Cotizaciones de proveedores que estén muy por debajo de las ofrecidas en el mercado, o que a título personal se acepten bonos, regalos para ser escogidos en la propuesta.
- Facturas que contengan precios ostensiblemente bajos frente a los del mercado.
- Estados financieros preparados y firmados por Contador sin matrícula

Profesional

- Realizar contratos con personas que no estén plenamente identificadas – Que se nieguen a dar o no diligencien la información requerida.
- Realizar contrato sin dejar constancia documental de las mismas.
- Fraccionan transacciones para evitar requerimientos de documentación.
- Diligencian los formularios o formatos con letra ilegible.
- Países catalogados con un alto nivel de corrupción y de inestabilidad política.
- Renuencia injustificada a gozar vacaciones.
- Empleados que reciben regalos, invitaciones y dádivas de ciertos clientes sin justificación clara y razonable.
- Solicitud con mayor frecuencia de medicamentos, fármacos, venenos con alto riesgo de muerte a personas y animales.
- Manipulación de fármacos de personas no autorizadas.
- Personal con conductas de autolesión, agresividad o suicidas.
- Adicción a las drogas o el juego.
- Deseos de tener un estatus de vida superior, con una casa más grande un coche más bonito, etc.
- Dificultades financieras.
- Exceso de confianza con los proveedores.
- Problemas familiares.
- Irritabilidad, actitud sospechosa o defensiva.
- Empleados renuentes a aceptar cambios de su actividad o promociones que impliquen no continuar ejecutando las mismas actividades.
- Empleados que con frecuencia permanecen en la oficina más allá de la hora de cierre o concurren a ella por fuera del horario habitual sin adecuada justificación.
- Alto número de horas extras o de uso de horarios no programados – o se niega a tomar vacaciones.
- Renuencia injustificada a gozar vacaciones.
- Empleados que impiden que otros compañeros de trabajo atiendan a determinados clientes.

Las actitudes que normalmente tiene una persona que comete un fraude son:

- "Solo estoy tomando prestado el dinero".
- "Me lo deben porque me lo merezco".
- "Es porque mi familia lo necesita".

- "No me pagan lo suficiente para el trabajo que hago.
- Adicionalmente se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones con las personas que se identifiquen como PEPs, donde se debe prestar mayor atención ya que son personas catalogadas con mayor sensibilidad al riesgo LAFT y mayor exposición a esta amenaza.
- Persona que aprovecha el reconocimiento PEP para simplificar los procedimientos de conocimiento de cliente y de debida diligencia.
- PEP que realiza transacciones por fuera de su perfil habitual y trata de utilizar su condición y popularidad para evadir los controles o justificar sus operaciones
- inusuales.
- PEP que recomienda la vinculación de un cliente.
- Cliente que solicita una vinculación "simplificada" dada la referencia del PEP.
- PEP que repentinamente incrementa el monto, frecuencia y volumen de sus operaciones, incremento injustificado en las cuentas del PEP.
- PEP que en algunos casos intimidan verbalmente al funcionario, que quiere anteponer los controles, manifestándole que el no recibir el cliente puede ocasionarle problemas más graves para la compañía que el de recibirlo sin la realización de los controles.

13. DOCUMENTACIÓN

La siguiente información hace parte de la documentación que soporta el SIGR:

- Manual del Sistema de Gestión Integrado de los Riesgos
- Manual de Administración de los Riesgos
- Código de Integridad
- Código de conducta y buen Gobierno
- Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE
- Los documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SIGR.
- Informe del Oficial de cumplimiento
- Matriz de Riesgos
- Perfiles de los riesgos
- Programa de Formación Continua
- Actas de la Junta de la Junta Directiva,

14. MANEJO DE LA INFORMACIÓN, LA DOCUMENTACIÓN Y ARCHIVO

Se establece unos lineamientos de responsabilidad para el manejo de la información, documentación y archivo para toda la implementación del sistema de Integrado de Gestión del riesgo SIGR. Teniendo los siguientes acuerdos para el cumplimiento del mismo:

Primero: Toda la documentación que se diseñe para el funcionamiento para los Subsistemas de Administración de Riesgo deberá estar disponible, actualizada y de fácil acceso para el personal. La unidad de gestión del riesgo será el área encargada de actualizar la documentación en el portal web de la institución.

Segundo: Para la conservación y seguridad de la información, se habilitará espacios en los servidores del Hospital del Sarare E.S.E con el fin de garantizar disponibilidad, respaldo y acceso restringido a personal no autorizado.

Parágrafo 1: Sera responsabilidad del personal que apoya directamente la gestión y cumplimiento de la política y procedimiento de los subsistemas de administración de riesgos, almacenar la información en el servidor del Hospital del Sarare E.S E. Para ello, se asignó una ruta donde cada líder de proceso, deberá almacenar y asegurar su disponibilidad y seguridad de la información.

Tercero: Para el caso de las correspondencias recibidas y enviadas por y para las autoridades competentes, el Hospital del Sarare E.S.E cuenta con un procedimiento establecido para recepción y entrega de correspondencia, igualmente la unidad de gestión del riesgo será la encargada de llevar la trazabilidad de ésta.

Parágrafo 1: Es responsabilidad de la unidad de Gestión del Riesgo la conservación de su correspondencia y documentos mientras estén en la etapa de gestionamiento, una vez sean transferidos los documentos al Archivo de Gestión Documental central el Hospital del Sarare E.S.E, será responsabilidad de esta dependencia mantener al día su consecutivo y el plan de conservación.

Cuarto: Para el resguardo de la información y registros del cumplimiento de la implementación de los subsistemas de administración de riesgos, se conservará la información por un periodo de diez (10) años, según lo establecido por la ley, no obstante, el Hospital del Sarare E.S.E, hará conservación de los documentos el tiempo que se considere necesario por su valor legal, administrativo y probatorio. Vencidos dichos periodos, pueden ser destruidos siempre que, por cualquier medio técnico

adecuado, se garantice su reproducción exacta, sin perjuicio de los términos establecidos en normas especiales.

Parágrafo: Los registros de Capacitación deben conservarse por un periodo de cinco (5) años y accesibles en procesos de auditorias internas o entes de control.

Quinto: Se debe llevar cronologia de los hechos siempre que se tipifiquen una operación sospechosa o intentada – ROS o ROI, hechos de corrupción, frauden o soborno, siempre deberá conservar los soportes y documentos internos, así como el reporte que se realice a las autoridades competentes. Esta información debe contar con todas las medidas de seguridad de la información al ser considerada documentación sensible, esta será custodiada por el oficial de cumplimiento.

En caso de que la Superintendencia solicite un informe sobre los reportes realizados, es de aclarar que dicho informe debe ser estadístico por clasificación de actividades, más no el detalle de cada caso.

Sexto: Se debe contar con todas las evidencias probatorias en cuanto a la realización de capacitación, información, sensibilización e inducción al empleado, esta documentación será archivada en la oficina de la unidad de Gestión del Riesgo.

Séptimo: Toda documentación que deba ser enviada a través de mensajería especializada a las autoridades competentes, deberá contener el radicado de envío y de recibido de correspondencia instituicional.

15. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA

El Hospital del Sarare E.S.E, establece como mecanismo de divulgación de las políticas, procesos y procedimientos de los subsistemas de Administración del riesgo, el diseño y desarrollo de un programa de formación continuo, el cual deberá ser parte integral de plan de capacitaciones Institucional PIC, que permitirá la sensibilización a la Junta Directiva, funcionarios y colaboradores.

El oficial de cumplimiento y el responsable de la unidad de gestión del riesgo son responsables de diseñar y coordinar el programa de formación continua tenga un alcance para todos los colaboradores, empleados y miembros de junta directiva, donde se socializarán los temas relacionados con el Subsistema de Administración del Riesgo.

El programa de formación continua debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Deberá ser Integrado con en el plan de capacitación Institucional en la temática de la inducción y reinducción establecida por la organización en cada vigencia.

- Contemplar la frecuencia de la capacitación, el alcance, las formas de evaluación y los medios para ejecutarlo.

- Las capacitaciones deben realizarse a los directivos, empleados y contratistas que desempeñan funciones en la entidad por lo menos una vez al año.

- Se debe dejar registro de asistencia donde se indique la fecha de ejecución, temática desarrollada en la capacitación, nombre y firma de los asistentes.

- Realizar evaluaciones al personal asistente para verificar los resultados obtenidos y con el fin de evaluar la eficacia y cobertura del programa, así como detectar las deficiencias en el conocimiento.

- El programa de formación continua debe ser revisado anualmente por el oficial de cumplimiento, con el fin de realizar los ajustes de acuerdo a las necesidades que se vayan detectando.

- Los listados de asistencias a las capacitaciones se conservarán durante 5 años.

Los colaboradores, empleados y los directivos deben adquirir el compromiso de leer y cumplir con lo definido en el Manual Integral de Gestión del Riesgo DIR-00-M03 del Hospital del Sarare E.S.E el cual se encontrará publicado en la página WEB institucional y la intranet en la siguiente ruta: \\192.168.1.4\Capeta Calidad\Version 01\...\...\...

- Canales de denuncias y reportes

8.8.4 MEDIDAS SANCIONATORIAS

El Hospital del Sarare E.S.E establece que el desconocimiento, inaplicación, omisión o incumplimiento de lo previsto en el presente Manual y de las disposiciones en materia de prevención y control, conlleva a la aplicación de las sanciones disciplinarias, administrativas y penales, establecidas en los reglamentos internos Institucionales, el Código Único Disciplinario, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Código Penal y las demás establecido en normas pertinentes.

Al Oficial de Cumplimiento le corresponde reportar al representante legal y entes de control regidos en materia SICOF/LA/FT/FPADM y que den cumplimiento a la constitución colombiana las posibles faltas que comprometan la responsabilidad de las contrapartes (Proveedores de bienes y servicios, Clientes, empleados y demás terceros vinculados).

Actualmente de acuerdo con lo establecido por la Supersalud, a las entidades vigiladas que no cumplan con las instrucciones dadas en la circular 20211700000005-5 DE 2021 se les impondrá multas de hasta ocho mil (8000) salarios mínimos legales mensuales vigentes(SMLMV). Y a título personal, a los representantes legales las entidades públicas o privadas, jefes de presupuesto, revisores fiscales, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud, multas hasta de 2000 SMLMV.

1. Todos los colaboradores vinculados con la institución deberán cumplir con las diferentes disposiciones descritas en la políticas y procedimientos de los diferentes subsistemas de administración de riesgos.

2. Los líderes de procesos o jefes de área o supervisores de contrato los cuales forman parte de la gestión del riesgo, deberán cumplir cada una de las funciones establecidas a su cargo, en caso de que el empleado designado no ejerza de manera adecuada su función, el oficial de cumplimiento notificará con el debido proceso al jefe inmediato, en el cual se dejará constancia por medio de correo electrónico o informes con el fin de que se adelanten las acciones

correspondientes y los planes de mejoramiento.

3. Los procedimientos definidos para el funcionamiento de los diferentes subsistemas de administración de riesgos, van en concordancia con el código de ética, buen gobierno y transparencia, el reglamento interno de trabajo y demás lineamientos institucionales, cualquier omisión, se aplicarán las sanciones y procesos disciplinarios correspondientes a las normas internas de la institución.

4. Esta constituido como un incumplimiento grave por parte del empleado, revelar información sensible que atente contra la integridad de la contraparte Cualquier omisión a lo anterior se tomarán las medidas disciplinarias correspondientes.

17. RESPUESTA A REQUERIMIENTOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES

Primero: Para la atención de visitas de los órganos de inspección, vigilancia y control de las autoridades competentes, se tendrá en primera linea, el acompañamiento del oficial de cumplimiento u el responsable de la unidad de gestión del riesgo según corresponda y el Representante legal, para los casos en donde se considere pertinente se tendrá el acompañamiento de revisoría fiscal, líderes de procesos y directivos. Se entenderá como un requerimiento de alta prioridad, las solicitudes de las entidades que lo hagan a través de correspondencia, verbal o por correo electrónico.

Segundo: Para los requerimientos de las autoridades se debe tener a disposición las evidencias y la documentación suficiente que respalde la gestión y cumplimiento de los subsistemas de administración de riesgos, conforme a la normatividad aplicable.

Tercero: Las comunicaciones oficiales que envíen las autoridades competentes, se atenderán en primera instancia por el oficial de cumplimiento u responsable de la unidad de Gestión del riesgo según aplique. Estas serán catalogadas con prioridad alta y tendrán un tratamiento especial, de la siguiente manera.

1. Se revisará el asunto y se convocará a los implicados para análisis de la situación.
2 Se tendrá control digital de la correspondencia emitida por las autoridades competentes en materia de administración de riesgos, de tal manera que se pueda llevar el registro y consecutivo de la misma para su trazabilidad.

3. La correspondencia física será archivada en su debida carpeta y será de custodia por parte de la administración documental de la institución y la unidad de gestión del riesgo conservará copia de la misma.
4. En caso de que la comunicación requiera respuesta oficial, el Hospital del Sarare E.S.E, tendrá un tiempo de máximo de 5 días hábiles para analizar y recopilar la información y las evidencias correspondientes para una respuesta satisfactoria.
5. En caso de que la comunicación escrita requiera respuesta oficial y no se cuenta con la información solicitada, se debe responder a la autoridad respectiva la razón por la cual no se cuenta con la documentación o información el Hospital del Sarare E.S.E tendrá un tiempo de 5 días hábiles para dar respuesta o solicitar de manera oficial el tiempo extensión del plazo para su respuesta oficial.

Cuarto: La unidad de riesgos está a cargo de recepcionar las comunicaciones y deberá redireccionarlas con las áreas competentes y será la encargada de compilar y asesorar al responsable de la respuesta durante su proyección y luego ser enviada al área jurídica, quien hará la revisión previa al envió.

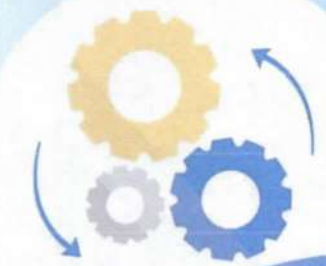
18. CONTROL DE CAMBIOS

REVISION No.	FECHA DE APROBACIÓN DD/MM/AA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
00	14/12/2018	Creación del Documento y Publicación del Documento
01		Se realiza actualización e Integración de los subsistemas de administración de los riesgos de Corrupción, opacidad y Fraude SICOF y el subsistema de Administración del Riesgo Operacional.

HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado

MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Estratégico – Gestión gerencial - Planeación



Sistema Integrado de Gestión







TRD: 023.13.60

Contenido

1. OBJETIVOS 3
2. ALCANCE 3
3. RESPONSABLES 3
4. RIESGOS 3
5. ROLES Y RESPONSABILIDADES EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS 4
6. METODOLOGÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO 6
6.1 Política de administración de riesgos 6
6.2 Identificación del Riesgo: 6
6.3 Valoración del riesgo 8
6.4 Estrategias para combatir el riesgo. 11
6.5 Herramienta para la gestión del riesgo 11
6.6 Monitoreo y revisión 11
7. CICLO GENERAL DEL RIESGO 12
8. SUBSISITEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO 13
8.1 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD 13
8 .2 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE LIQUIDEZ 18
8.3 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CREDITO 20
8.4 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO ACTUARIAL 23
9. MARCO NORMATIVO 25
CONTROL DE CAMBIOS 26

OBJETIVOS

- ✓ Minimizar la materialización de los riesgos operacionales y de Corrupción, para aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos institucionales del Hospital del Sarare ESE
- ✓ Involucrar y comprometer a los colaboradores del Hospital del Sarare en la búsqueda de acciones encaminadas a prevenir y administrar los riesgos.
- ✓ Cumplir con los requisitos legales y reglamentarios pertinentesProteger los recursos del Estado.
- ✓ Asignar y usar eficazmente los recursos para el tratamiento del riesgo.
- ✓ Mejorar la eficacia y eficiencia operativa.
- ✓ Mejorar el aprendizaje y la flexibilidad organizacional

ALCANCE

Aplica para los riesgos en salud, operacional, actuarial, de crédito, liquidez, que se puedan identificar en los procesos y subprocesos del Hospital del Sarare ESE.

RESPONSABLES

Comité de Comité de Gestión Integral de Riesgos del Hospital del Sarare ESE: quien aprueba las políticas generales de Administración de Riesgos y las políticas particulares para tratar los riesgos más importantes en cada Proceso. Con estas directrices se promueve que en cada proceso y/o dependencia, se desarrollen aquellas políticas, procedimientos, normas o controles que contribuyan a mejorar la gestión de los riesgos. Tiene además, la función de evaluar el cumplimiento y efectividad de las políticas de riesgos, a través del análisis y establecimiento de indicadores que midan ambos aspectos.

RIESGOS

Dentro de nuestro sistema integrado de gestión, cumpliendo con lo expuesto en la circular el Hospital da tratamiento a riesgos priorizados para el cumplimiento de los subsistemas:

1. Riesgos en salud
2. Riesgo operacional
3. Riesgo Actuarial
4. Riesgos de crédito
5. Riesgo de liquidez
6. Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo (Se tratará en el Manual SICOF / SARLAFT).

Riesgo en Salud: Es la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.

Riesgo Operacional: toda posible contingencia que pueda provocar pérdidas a una empresa a causa de errores humanos, de errores tecnológicos, de procesos internos defectuosos o fallidos, o a raíz de acontecimientos externos (fraudes, accidentes, desastres, etc.

Riesgo Actuarial: Se refiere al riesgo que puede ser inexacto o incorrecto con los supuestos aplicados por los actuarios en los modelos utilizados para fijar el precio de pólizas de seguro particulares. Los posibles

supuestos incluyen la frecuencia de las pérdidas, la gravedad de las pérdidas y la correlación de las pérdidas entre los contratos. El riesgo actuarial también se conoce como «riesgo de seguro Riesgo de crédito: Es el riesgo de incumplimiento de una deuda que puede surgir de un deudor que no realiza los pagos requeridos.

Riesgo de Liquidez: El riesgo de liquidez hace referencia a la dificultad de una empresa para poder hacer frente a sus obligaciones de pago a corto plazo debido a la incapacidad de convertir sus activos en liquidez sin incurrir en pérdidas.

Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismos: es la posibilidad que en la realización de las operaciones de una entidad, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas.

3. ROLES Y RESPONSABILIDADES EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGO

Junta Directiva:

- Las asignadas en SICOF, SARLAFT.
- Revisar, aprobar 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. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.
- Generar los lineamientos para 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.
- Revisar, aprobar 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.
- Aprobar y evaluar 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.
- Revisar los informes de evaluación del comité de Gestión integral de riesgos en relación a los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados.
- Realizar seguimiento a 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.
- Realizar seguimiento al comportamiento y los niveles de exposición del Hospital de! Sarare a cada uno de los riesgos (como mínimo los riegos prioritarios), así como las operaciones objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing).
- 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. o

Representante legal:

- Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva.
- Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos u Órgano equivalente, en los casos que aplique, y mantener informada a la Junta Directiva
- Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.
- Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de

Riesgos sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la entidad y los controles realizados, además de los informes presentados por la Revisoria Fiscal. Lo anterior debe plasmarse en un informe a la Junta Directiva o, quien haga sus veces, y hacer énfasis cuando se presenten situaciones anormales como mínimo en algún riesgo prioritario o existan graves incumplimientos a las políticas, procesos y procedimientos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

- Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.
- Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tengan relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la entidad tanto interna como externamente, para identificar y controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.
- Informar de manera oportuna mediante Oficio a la Superintendencia Nacional de Salud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente o prevea que pueda presentarse como mínimo en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la entidad para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.

Oficial **de cumplimiento o Suplente:** Según lo definido en el Manual para SICOF, SARLAFT y PTEE

Líderes **de proceso:** dirigen la Administración de Riesgos en cada uno de los procesos y son los responsables por la implementación de controles y mecanismos de evaluación de su efectividad.

Todos **los servidores públicos de la E.S.E Hospital del Sarare**: son responsables de la reducción de los riesgos y de velar por la eficacia de los controles integrados en los procesos, actividades y tareas a su cargo.

El líder de planeación: es el responsable de Consolidar mapa de riesgos institucional, básico para el seguimiento a los riesgos críticos para la entidad.

Organismo de Control: Los órganos de control serán por lo menos los siguientes: Revisoria Fiscal y Auditoría Interna o quien ejerza el control interno.

- **Revisoría Fiscal:** Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al Revisor Fiscal, éste debe elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable, en el que informe acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF. A su vez, debe poner en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOF, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la Junta Directiva u órgano que haga sus veces.

- **Auditoría Interna de control interno:** Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones a la Auditoría Interna, o quien ejerza el control interno, ésta debe evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOF, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, deberán informar los resultados de la evaluación al representante legal o junta directiva.

METODOLOGIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

El Hospital del Sarare ESE adopta la metodologia establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el documento "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas " versión 5 de Diciembre de 2020.

6.1 Política de administración de riesgos

En el marco de la Resolución No 187 del 03 de Octubre del 2022 por la cual se Actualiza la Política de Administración del Riesgo del Hospital del Sarare ESE.

Política: El Hospital del Sarare ESE consciente de la existencia de situaciones de riesgo que afectan el cumplimiento de los objetivos institucionales de compromete a realizar la gestión de los riesgos de acuerdo a la metodología definida, priorizando aquellos que impiden el cumplimiento de la misión y objetivos estratégicos de la entidad y aquellos que ponen en riesgo la Estabilidad financiera en la Entidad.

Alcance de la política: aplica para los riesgos.

- Riesgos estratégicos
- Riesgos gerenciales
- Riesgos operacionales
- Riesgos actuariales
- Riesgos de crédito
- Riesgos en salud
- Riesgos de liquidez
- Riesgos de fallas de mercado
- Riesgos financieros
- Riesgos tecnológicos
- Riesgos de cumplimiento
- Riesgos de imagen o reputación
- Riesgos de corrupción, lavado de activos y financiación del terrorismo LA/F
- Riesgos de seguridad digital.

6.2 Identificación del Riesgo:

Esta etapa tiene como objetivo identificar los riesgos que estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.

Se aplican las siguientes fases:

A. Análisis de objetivos estratégicos y de los procesos: este paso es muy importante, dado que todos los riesgos que se identifiquen deben tener impacto en el cumplimiento del objetivo estratégico o del proceso.

ANÁLISIS DE OBJETIVOS ESTRATEGICOS	ANÁLISIS DE OBJETIVOS DE PROCESO
La entidad analiza los objetivos estratégicos e identifica los posibles riesgos que pueden afectar su cumplimiento y que puede ocasionar su éxito o fracaso.	Los objetivos de proceso deben ser analizados, revisar que los mismos estén alineados con la misión, visión, es decir que contribuyan a los objetivos estratégicos.

Es necesario revisar que los objetivos estratégicos estén alineados con la Misión, visión, así como analizar su adecuada formulación.	

B. Identificación de los puntos de riesgo: son actividades dentro del flujo del proceso donde existe evidencia o se tienen indicios de que pueden ocurrir eventos de riesgo operativo y deben mantenerse bajo control para asegurar que el proceso cumpla con su objetivo.
C. Identificación de áreas de impacto: el área de impacto es la consecuencia económica o reputacional a la cual se ve expuesta la organización en caso de materializarse un riesgo. Los impactos que aplican son afectación económica (o presupuestal) y reputacional.
D. Identificación de áreas de factores de riesgo: son las fuentes generadoras de riesgos.
E. Descripción del riesgo: la descripción del riesgo debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender tanto para el líder del proceso como para personas ajenas al proceso. Se propone una estructura que facilita su redacción y claridad.
F. Clasificación del riesgo: permite agrupar los riesgos identificados, se clasifica cada uno de los riesgos en las siguientes categorías :

Ejecución y administración de procesos	
Fraude externo	
Fraude interno	
Fallas tecnológicas	
Relaciones laborales	
Usuarios, productos y prácticas	
Daños a activos fijos/ eventos externos	

Fuente: "Guia para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas " versión 5 de Diciembre de 2020.

6.3 Valoración del riesgo

Consiste en establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de consecuencia o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial. (Riesgo inherente). Tiene dos elementos que lo desarrollan:

A. Análisis de riesgos: en este punto se busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto.

Determinar la probabilidad: se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Para efectos de este análisis, la probabilidad de ocurrencia estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. De este modo, la probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.

Tabla 4 Criterios para definir el nivel de probabilidad

	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%
	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

Determinar el impacto: Para la construcción de la tabla de criterios se definen los impactos económicos y reputacionales como las variables principales. Cabe señalar que en la versión 2018 de la Guía de administración del riesgo se contemplaban afectaciones a la ejecución presupuestal, pagos por sanciones económicas, indemnizaciones a terceros, sanciones por incumplimientos de tipo legal; así como afectación a la imagen institucional por vulneraciones a la información o por fallas en la prestación del servicio, todos estos temas se agrupan en impacto económico y reputacional en la versión 2020.

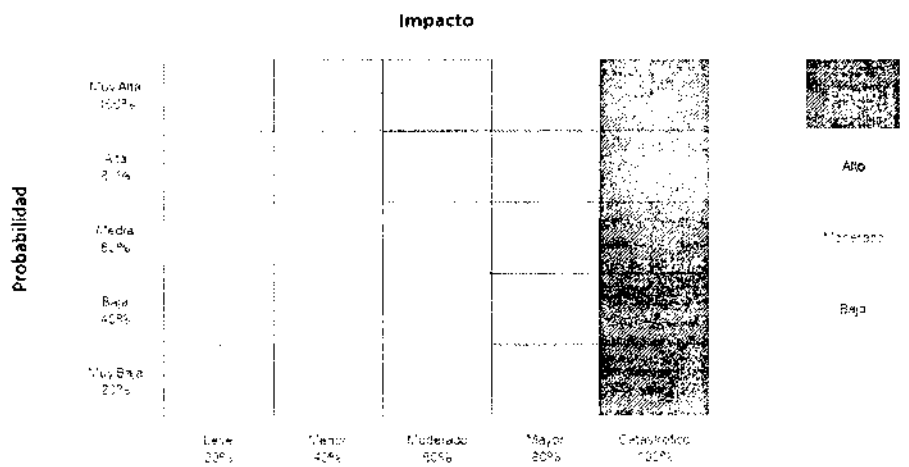
Tabla 5 Criterios para definir el nivel de impacto

	Afectación Económica	Reputacional
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV .	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.
[illegible]	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

B. **Evaluación de riesgos:** a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto s, se busca determinar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE).

✓ Análisis preliminar (riesgo inherente): se trata de determinar los niveles de severidad a través de la combinación entre la probabilidad y el impacto. Se definen 4 zonas de severidad en la matriz de calor.

Figura 14 Matriz de calor (niveles de severidad del riesgo)



✓ Valoración de controles: en primer lugar, conceptualmente un control se define como la medida que

permite reducir o mitigar el riesgo. Para la valoración de controles se debe tener en cuenta: v La identificación de controles se debe realizar a cada riesgo a través de las entrevistas con los lideres de procesos o servidores expertos en su quehacer. En este caso sí aplica el criterio experto.

Estructura para la descripción del control: para una adecuada redacción del control se propone una estructura que facilitará más adelante entender su tipología y otros atributos para su valoración. La estructura es la siguiente:

- Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.
- Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.
- Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.

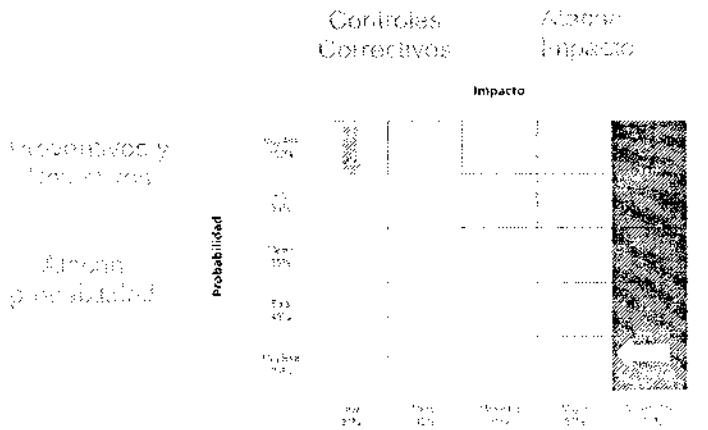
Tipología de controles y los procesos: a través del ciclo de los procesos es posible establecer cuándo se activa un control y , por lo tanto, establecer su tipología con mayor precisión. Para comprender esta estructura conceptual, en la figura 15 se consideran 3 fases globales del ciclo de un proceso así:

- Control preventivo: control accionado en la entrada del proceso yantes de que se realice la actividad originadora del riesgo, se busca establecer las condiciones que aseguren el resultado final esperado.
- Control detectivo: control accionado durante la ejecución del proceso. Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos.
- Control correctivo: control accionado en la salida del proceso y después de que se materializa el riesgo. Estos controles tienen costos implícitos

Así mismo, de acuerdo con la forma como se ejecutan tenemos:

- Control manual: controles que son ejecutados por personas.
- Control automático: son ejecutados por un sistema.

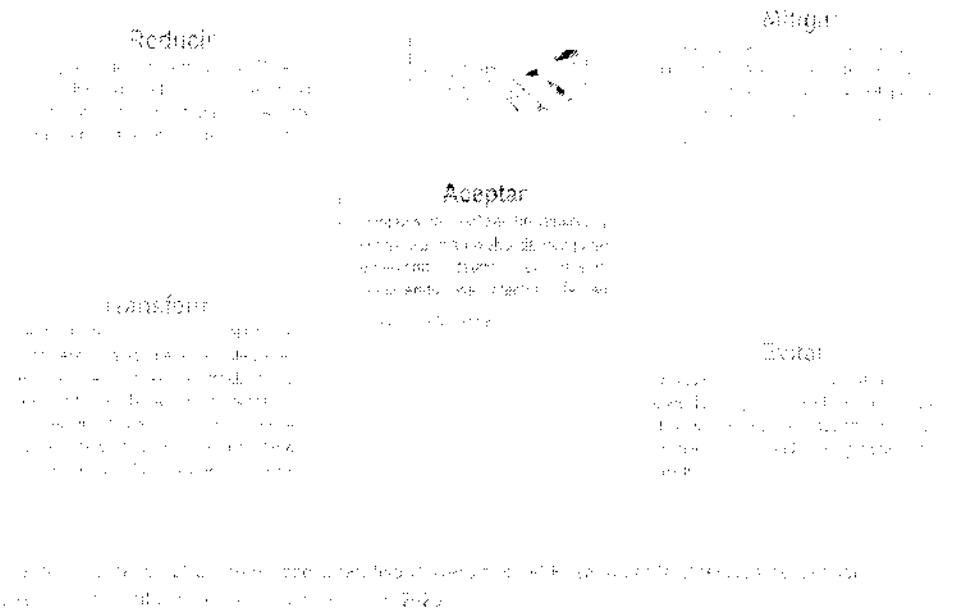
Figura 17 Movimiento en la matriz de calor acorde con el tipo de control



6.4 Estrategias para combatir el riesgo.

Decisión que se toma frente a un determinado nivel de riesgo, dicha decisión puede ser aceptar, reducir o evitar. Se analiza frente al riesgo residual, esto para procesos en funcionamiento, cuando se trate de procesos nuevos, se procede a partir del riesgo inherente.

Figura 19 Estrategias para combatir el riesgo



6.5 Herramienta para la gestión del riesgo

Como producto de la aplicación de la metodología se contará con los mapas de riesgo.

Gestión de eventos: un evento es un riesgo materializado, se pueden considerar incidentes que generan o podrían generar pérdidas a la entidad, se debe contar con una base histórica de eventos que permita revisar si el riesgo fue identificado y qué sucedió con los controles. En caso de que el riesgo no se hubiese identificado, se debe incluir y dar el tratamiento correspondiente de acuerdo con la metodología.

Indicadores clave de riesgo: hace referencia a una colección de datos históricos, por periodos de tiempo, relacionados con algún evento cuyo comportamiento puede indicar una mayor o menor exposición a determinados riesgos. No indica la materialización de los riesgos, pero sugiere que algo no funciona adecuadamente y, por lo tanto, se debe investigar.

6.6 Monitoreo y revisión

El modelo integrado de plantación y gestión (MIPG) desarrolla en la dimensión 7 control interno las líneas de defensa para identificar la responsabilidad de la gestión del riesgo y control que está distribuida en diversos servidores de la entidad como sigue

CICLO GENERAL DEL RIESGO

Es deber de las entidades pertenecientes al Régimen especial y de Excepción revisar periódicamente las etapas que comprenden el ciclo y los elementos que hacen parte de cada Subsistema en sus actividades en salud, con el fin de realizar los ajustes que consideren necesarios para su efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento, de tal forma que se tenga en cuenta en todo momento las condiciones particulares de estas.

7.1 Identificación de riesgos

Consiste en reconocer, explorar exhaustivamente y documentar todos los riesgos internos y externos que podrian afectar tanto los objetivos de la entidad como la salud de los usuarios a su cargo, en los casos que aplica, identificando sus causas, efectos potenciales y la posible interrelación entre los diferentes tipos, para lo cual se recomienda la utilización de normas técnicas nacionales o internacionales. Para esta identificación, podrán seleccionar las metodologías y técnicas que consideren más adecuadas, dentro de las que se encuentran estudios científicos, encuestas, entrevistas estructuradas con expertos, talleres, lluvia de ideas, técnicas de escenarios, entre otros. De igual manera, para la identificación de los riesgos puede utilizar la información que genera la institución de acuerdo con el modelo de salud y el modelo de negocio, así como todos los datos y documentos disponibles en el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, y cualquier otra entidad competente. Es fundamental que las entidades de los REE velen por la disponibilidad y confiabilidad de la información acerca de la exposición al riesgo y de la gestión de estos; para tal fin es importante que cuente con un sistema de que permita cumplir este objetivo.

7.2 **Evaluación y medición de riesgos**

Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. También se deberá considerar el análisis de los riesgos inherentes y residuales, y su participación en el riesgo neto global. Se entenderá por valoración del riesgo, la medida cualitativa o cuantitativa, de su probabilidad de ocurrencia y su posible impacto. Según el avance el plan de implementación del modelo de Supervisión Basada en Riesgos, las entidades del REE deberán contar con evaluaciones cuantitativas relacionadas con la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados y su impacto, en la medida de lo posible. Independientemente de contar con guías cuantitativas o cualitativas, estos deben estar sustentados técnicamente y documentados. Si las entidades del REE no cuentan con una medición de riesgo inherente inicial en el momento de la expedición de la presente circular deberá implementarlo. Por otro lado, aquellas que cuentan con una medición inicial, se asegurarán de desarrollar la estimación del riesgo neto después de aplicados los controles y las medidas de mitigación correspondientes.

7.3 **Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos:**

Una vez identificados y evaluados los riesgos, a excepción de los de salud, deben compararse con los límites (tolerancia) aprobados por la instancia definida por la entidad y su política, siempre dentro del marco normativo como referencia. Todo riesgo que exceda los límites o desviaciones aceptadas debe ser objeto de actividades de mitigación y control a fin de regresar al nivel de riesgo tolerado, conforme la estrategia adoptada. En cuanto a los riesgos en salud, estos límites hacen referencia a los máximos permitidos por la normatividad vigente, estándares internacionales y sin perjuicio de lo anterior, de acuerdo con lo que establezca la entidad en sus políticas, siempre que estén en pro del beneficio de la población asegurada

Por otro lado, los riesgos que no exceden el límite deben ser vigilados; las cifras que sean muy inferiores a lo que se podría considerar una frecuencia estadística usual para un evento en particular, deben ser objeto de investigación de la entidad para demostrar que no existe subregistro o ausencia de notificación por parte del personal al que corresponde tal responsabilidad.

7.4 Seguimiento y monitoreo:

Una vez establecidos los posibles mecanismos o un conjunto de estos, para la mitigación y control de los riesgos que se han identificado como relevantes para la entidad y después de realizar un análisis de causa y efecto para determinar los puntos más críticos a intervenir con mayor prelación, esta deberá poner en práctica tales mecanismos y reflejarlos en un plan de implementación de las acciones planteadas en la fase anterior, guardando correspondencia con las características particulares de cada entidad, teniendo en cuenta el grado de complejidad, el tamaño y el volumen de sus operaciones.

Con el fin de realizar el respectivo seguimiento y monitoreo permanente y continuo de la evolución de los perfiles de riesgo y la exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de cada uno de ellos, la entidad debe desarrollar un sistema de alertas tempranas que facilite la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización, con una periodicidad acorde con los eventos y los factores identificados como potenciales, así como con la frecuencia y naturaleza de los mismos. El diseño de dicho sistema de alertas debe incluir la definición de los límites máximos de exposición o niveles aceptables de riesgo previamente establecidos por la entidad teniendo en cuenta los análisis realizados, la normatividad vigente y los criterios definidos en la política de cada entidad.

De igual forma, debe realizar evaluaciones sistemáticas y periódicas de los resultados e impactos esperados y un plan de seguimiento que incluya indicadores de gestión que permitan identificar sí los riesgos netos se encuentran en los niveles de aceptación establecidos por la institución.

8. SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

8.1 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

Se entiende por Riesgo en Salud como la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. En este caso, el evento se entiende como la ocurrencia de la enfermedad, su evolución desfavorable o su complicación; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.

DIR-00-R01 MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD: El Hospital del Sarare ESE tiene definido el Modelo de atención en salud.

El objetivo principal del Modelo de Atención en Salud del Hospital del Sarare E.S.E, es "Brindar servicios integrales de salud, alineados a la Política Atención Integral en Salud y al Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE con un enfoque diferencial que propenda por resolver las particularidades y problemas de salud de acuerdo a las características epidemiológicas, sociales y culturales de la población del departamento de Arauca y áreas influencia por medio la Unidad de Atención Primaria en Salud como epicentro en la implementación de Rutas Integrales de Atención en Salud y gestión Integral del riesgo donde se promocione la salud y prevenga la enfermedad, articulado con un componente complementario de mediana y alta complejidad, bajo una estructura integrada de gestión (SIG); con el fin de garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población adscrita, ajustado a las capacidad técnico administrativa del Hospital".

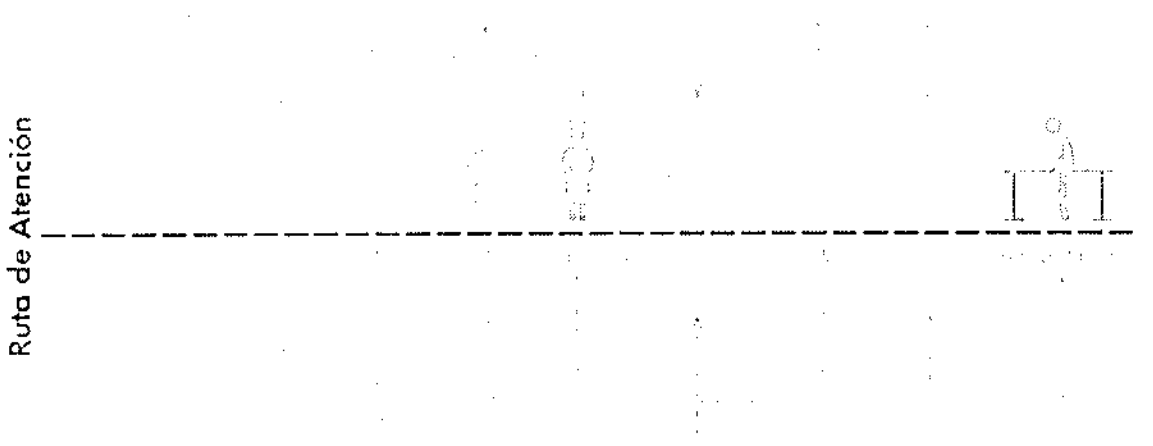
El presente Modelo de Prestación de servicios de Salud tiene su alcance acorde a las características de la población del Municipio de Saravena y los demás municipios adscritos bajo acuerdo de voluntades entre la EAPB y el Hospital de Sarare E.S.E.

El diseño del Modelo de Atención de Salud del Hospital del Sarare E.S.E, emerge de la Política de Prestación de servicios de Salud de la institución; y nace para que, de acuerdo a las características de la población, su perfil epidemiológico, sus condiciones y necesidades, el análisis de situación de salud -ASIS, la disponibilidad y suficiencia de la oferta de servicios de salud; se preste de forma adecuada a las demandas en salud de la población de la región.

Es una estrategia adoptada por la E.S.E. alineada a PAIS y MAITE, acorde con su capacidad de infraestructura física, dotación, recurso humano, tecnológico y suficiencia económica, que buscar garantizar disponibilidad, accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad, integralidad, calidad e idoneidad profesional, continuidad, resolutividad y eficiencia de la atención en salud, con visión centrada en la persona y en los resultados en salud, considerando su curso de vida y su entorno, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que legitimen el derecho fundamental a la salud.

El Hospital del Sarare cuenta con un portafolio de servicio integral que de acuerdo con las características de progresión de la enfermedad se encuentra con la capacidad técnico administrativa de desarrollar acciones desde la promoción y prevención intramural y extramural, intervenciones colectivas, clasificación y gestión del riesgo, diagnóstico, tratamiento y complementación terapéutica incluida la rehabilitación (terapias). Asimismo, el Modelo de Prestación de Servicios de Salud del Hospital del Sarare E.S. E. se puede acoplar con facilidad con otros prestadores complementarios o complejidades superiores para conformar redes integrales de prestación de servicios de salud.

Ilustración. Alcance de intervención del Hospital del Sarare E.S.E.



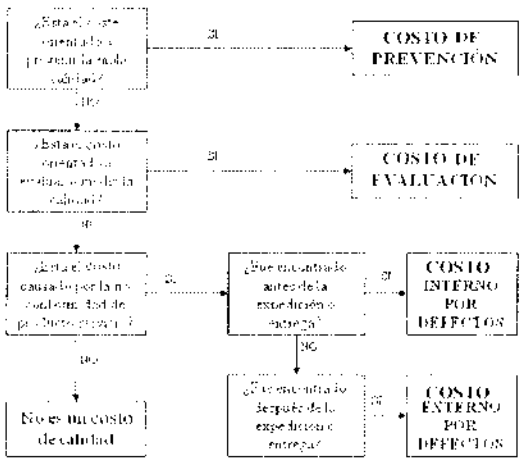
Hospital del Sarare tiene documentado GCL-00-P01 PROCEDIMIENTO DE REPORTE Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.

GUIA PARA LA METODOLOGÍA DE CÁLCULO DE COSTOS DE CALIDAD Y NO CALIDAD DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.

El procedimiento interno de costos de calidad incluye un sistema completo de los elementos de tales costos generados. Estos elementos (o cuentas) deberían estar codificados de manera que, los costos de prevención, evaluación y de fallas internas y externas se pudieran distinguir y clasificar con facilidad.

Costos Implicados en la Calidad

Figura 1. Cómo Distinguir los Costos Implicados en la Calidad



Objetivos de un sistema de costos de la calidad

1) Atacar directamente los costos por fallas en un intento de llevarlos a cero.
2) Invertir en las actividades de prevención adecuadas para mejorar.
3) Reducir los costos de evaluación conforme a los resultados obtenidos.
4) Evaluar continuamente y reorientar los esfuerzos de prevención para conseguir más mejoras.

Un programa de costos de la calidad conferirá credibilidad al programa de gestión de la calidad y proporcionará la justificación del costo de las acciones correctivas exigidas. La medida de los costos de la calidad proporcionan orientación al programa de gestión de la calidad igual que el sistema de contabilidad de costos lo hace a la dirección.

La Cuantificación de Costos de la Calidad

Los costos totales relacionados con la calidad son la suma de los costos controlables de calidad, es decir, los costos de prevención y evaluación y los costos de la no calidad o de las fallas. Representa la diferencia entre el costo real de un producto o servicio y el menor costo que tendría si se hubiera realizado con la calidad exigida a la primera sin necesidad de reprocesos o modificaciones. Los costos totales de calidad son la suma de:

- Costos de acciones preventivas para evitar la mala calidad: Son los costos asociados con aquellas actividades que suponen la identificación temprana de problemas, incluso a veces en la fase de diseño, y con las acciones realizadas para que las fallas no lleguen siquiera a presentarse.

COSTOS DE ACCIONES PREVENTIVAS PARA EVITAR LA MALA CALIDAD:	
Relacionados con diseño	Esfuerzo de calidad en la elaboración de los protocolos asistenciales. Revisión periódica del diseño de los protocolos y elaboración de los nuevos cuando se trate de nuevos productos o servicios.
Relacionados con producción	Estudios de capacidad (habilidad para cumplir objetivos). Control de procesos. Mantenimiento preventivo. Estudios de métodos y tiempos
Relacionados con el sistema de gestión de calidad	Planificación de la calidad. Análisis de mercado. Incentivos para la calidad. Esfuerzo de calidad en el conocimiento de los protocolos a seguir por parte de todo el personal implicado. Creación y mantenimiento de la documentación del sistema. Evaluación y selección de proveedores. Descripción de tareas y responsabilidades. Adquisición y análisis de datos para la calidad

- Costos de evaluación para comprobar la calidad: son los que se relacionan con la medida, la valoración o la auditoria de productos o servicios, con el propósito de garantizar su conformidad con especificaciones o requerimientos. Son aquellos en los que se incurre para evaluar el producto o servicio (durante la realización de los mismos) . y determinar si es capaz de satisfacer los requerimientos establecidos por el cliente.

COSTOS DE EVALUACIÓN PARA COMPROBAR LA CALIDAD	
Relacionados con diseño Relacionados con el sistema de gestión	Inspección de prototipos. Evaluación de pruebas piloto. Auditorías de calidad de producto o servicio. Control de la documentación y planos. Evaluación periódica del personal.
Relacionados con producción	Inspección y ensayo de productos, materiales y servicios consumidos. Adquisición, mantenimiento y calibración de los equipos de medida o prueba. Inspección en recepción. Inspección y ensayos en procesos (en especial los que sean 100%). Inspección final. Homologaciones del producto / servicio. Elaboración de Informes de inspección. Pruebas en equipos de mantenimiento

- Costos de fallas: que pueden ser externas e internas: ocurren cuando un producto o servicio ya realizado, incumple los requerimientos de conformidad. Éstos se dividen en dos categorías:

Los Costos de fallas internas son aquellos que se relacionan con las no conformidades de los productos o defectos de los servicios, y que se detectan antes de que el producto se envíe o el servicio se realice. Los costos internos por defectos pueden tomar la forma de desperdicio, Re fabricación, reelaboración, Re inspección o pruebas repetitivas.

Los costos de fallas externas se presentan cuando un producto o servicio no conforme, llega hasta el consumidor. En el ámbito de la salud se incluyen aquellos asociados con quejas de los clientes o las demandas por responsabilidad legal ocasionadas por un servicio mal prestado, los reingresos, las reclamaciones de garantía y la re solicitud de productos. Los costos por fallas externas son los que tienen un impacto más grande sobre los costos de calidad totales, si bien son también los menos frecuentes pero conviene eliminarlos por completo; además como son muy visibles reciben una gran atención.

COSTOS DE FALLAS: INTERNAS	
Relacionados con diseño	Acciones correctoras del diseño / procedimiento.
Relacionados con el sistema de gestión	Corrección de errores contables o administrativos. Rotación no programada del personal. Horas extras (sobresueldos). Margen de beneficio perdido por mala calidad. Repetición de mecanografiado de documentos por fallas. Reprogramaciones y cambios en el plan de trabajo.
Relacionados con producción	Trabajos repetidos. Ensayos y análisis repetidos. Disminución del rendimiento de instalaciones. Accidentes. Cambios no previstos. Cese de equipos. Reparaciones

COSTOS DE FALLAS: EXTERNAS	
Relacionados con diseño	Acciones correctoras del diseño / procedimiento.
Relacionados con el sistema de gestión	Costos de la responsabilidad legal. Costos indirectos. Fallas en la facturación. Pérdida de cuota de mercado. Pérdida en la percepción positiva de la imagen de la empresa, en su mercado objetivo. Aumento del gasto publicitario. Relacionados con producción/servicio. Previsión de exceso de tiempo para cubrir fallas
Relacionados con producción	Trabajos repetidos. Ensayos y análisis repetidos. Disminución del rendimiento de instalaciones. Accidentes. Cambios no previstos. Cese de equipos. Reparaciones

Los costos más elevados se producen cuando el cliente o paciente encuentra las fallas. Cuando el programa de calidad de la organización se dirige hacia la prevención de defectos y mejora continuada de la calidad, los defectos y sus costos resultantes se minimizan.

Costos totales de calidad: Los costos totales relacionados con la calidad son la suma de los costos controlables de calidad, es decir, los costos de prevención y evaluación y los costos de la no calidad contemplados en todos los estándares de la acreditación, recordemos valorar los costos en la atención, o los de la información o la tecnología de igual forma que los derivados del recurso humano o del ambiente físico. Representa la diferencia entre el costo real de un producto o servicio y el menor costo que tendría si se hubiera realizado con la calidad exigida a la primera sin necesidad de reprocesos o modificaciones.

8.2 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE LIQUIDEZ

CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021
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:

a. Una adecuada recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito),
b. Una adecuada modelación y monitoreo a las volatilidades del mercado financiero (gestión de riesgo de mercado de capitales).
c. 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 podria 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.

Con el objetivo de evitar que las situaciones antes descritas se materialicen, la Superintendencia Nacional de Salud considera necesario que las entidades desarrollen e implementen un Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez que les permita tomar decisiones oportunas para mitigar este riesgo

CICLO DE GESTIÓN DE RIESGO DE LIQUIDEZ

Para la gestión de este riesgo inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

Identificación del Riesgo de Liquidez
El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a las entidades definir e identificar el riesgo de liquidez al que están expuestas las entidades en función de los flujos de ingresos y egresos de efectivo y equivalentes de efectivo, de acuerdo con las operaciones autorizadas.

Para realizar la identificación y cuantificación del riesgo de liquidez la entidad debe disponer de la mejor información para efectos de realizar las proyecciones de todos los flujos netos de activos y pasivos o de ingresos y egresos, y debe contar como mínimo con lo siguiente para poder analizar los posibles descalces:

Activos
a) Identificar los activos considerados como líquidos (aquellos que proveen a la entidad de liquidez inmediata). Se recomienda incluir dentro de estos como mínimo, el disponible que esté consignado en bancos y/o inversiones en Fondos de Inversión Colectiva (FIC) en las siguientes modalidades: cuentas corrientes, cuentas de ahorros (cuentas maestras de recaudo), FIC abiertos, del mercado monetario y cualquier otro tipo de encargo fiduciario o fondo de inversión, fideicomisos, fondos de inversión colectiva de inmobiliarios y fondos de capital privado que no tengan restricciones para el retiro inmediato de recursos (sin

pacto de permanencia). Asimismo, se deben identificar todas las inversiones en títulos o valores, sean de renta fija o renta variable, emitidos por entidades nacionales o extranjeras, públicas o privadas, que considere de fácil realización (activos que forman parte del portafolio de inversiones de la entidad y que no tengan ninguna restricción de movilidad ni que estén sujetos a algún tipo de gravamen, medida preventiva o de cualquier naturaleza, que impida su libre cesión o transferencia).

b)Identificar los recursos y plazos de recuperación de cartera (cuentas por cobrar). Tener en cuenta el comportamiento histórico de cartera vencida para aplicar factores de descuento o de castigo, en los casos que considere necesario para obtener una aproximación mucho más cercana a la realidad.

c) Identificar los ingresos causados y recibidos por venta o prestación de servicios de salud.

d)Proyectar cualquier movimiento de entradas futuras de efectivo por cualquier concepto, entre los cuales puede estar el portafolio de inversiones: vencimiento de títulos de renta fija o de operaciones, cobro de cupones, rendimientos de un CDT, dividendos en efectivo, entre otros flujos que se esperan recibir.

Pasivos

a) Identificar y caracterizar las cuentas por pagar bajo cualquier concepto (insumos y medicamentos; dispositivos médicos o equipo biomédico; salarios; gastos operativos y administrativos; entre otros).

b) Identificar el valor causado y pagado de los costos y gastos de la operación de la entidad.

c) Proyectar cualquier movimiento de salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto, los cuales pueden presentarse por la emisión de instrumentos financieros, el pago de cupones de emisiones de deuda por renta fija y el pago de dividendos por acciones emitidas, entre otros flujos a entregar.

Evaluación y Medición del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a las entidades cuantificar el nivel mínimo diario de efectivo o equivalentes de efectivo requerido, en moneda nacional y/o extranjera, de acuerdo con la normatividad vigente, que le permita cumplir de manera oportuna con sus obligaciones de pago. Es decir que las entidades deben estar en capacidad de medir y proyectar los flujos de caja de sus activos y pasivos, en diferentes horizontes de tiempo, tanto en un escenario en condiciones normales como en un escenario de crisis bajo hipótesis razonables (stress testing), en el que los flujos de caja se alejan significativamente de lo esperado, por efecto de cambios imprevistos en el entorno de los mercados, de la entidad o de ambos, y de esta manera, poder calcular sus necesidades de liquidez.

Para la medición del riesgo de liquidez se requiere que la entidad aplique una "prueba de liquidez" periódicamente con el fin de identificar potenciales necesidades de liquidez o recursos líquidos para cubrir sus flujos de pago y las causas de potenciales situaciones de iliquidez. Uno de los principales objetivos de esta prueba es que las entidades mejoren sus estimaciones conforme lo aplican frecuentemente y puedan prevenir potenciales situaciones adversas. Si bien algunos ingresos y/o egresos son más predecibles que otros, se busca que las estimaciones vayan mejorando a medida que estas se realizan y que con fundamento en las proyecciones de egresos se identifiquen los activos necesarios o recursos adicionales para poder cubrir estas estimaciones, de acuerdo con unos niveles de tolerancia de riesgo definidos. Para estructurar la prueba de liquidez debe usar la información de los flujos de efectivo tanto de ingresos como de egresos, de acuerdo con los diferentes tipos de obligaciones y acreencias proyectándolos en un horizonte de tiempo de por lo menos tres (3) meses.
Los periodos de proyección se pueden construir de forma diaria, semanal, mensual e incluso trimestral. La proyección de ingresos y egresos estará basada en la mejor información disponible con la que cuente la

entidad, y de acuerdo con supuestos y estimaciones propias, los cuales en todo caso deben ser explícitos y justificados técnicamente por la entidad. Para efectos de la determinación del riesgo inherente de liquidez, la entidad deberá establecer el superávit o déficit de liquidez, que corresponderá a la diferencia entre el monto total de ingresos y egresos de efectivo proyectados. Este monto se utilizará para el cálculo del indicador de liquidez.

Tratamiento y Control del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a las entidades tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo de liquidez al que se ven expuestas en las actividades propias de la entidad. Estos controles deberán guardar relación con el volumen y la complejidad de la operación desarrollada, deberán estar aprobados y ser de conocimiento verificable por la Junta Directiva de la entidad o quien haga sus veces.

Adicionalmente, debe permitir a las entidades realizar seguimiento continuo de su exposición al riesgo de liquidez mediante las alertas tempranas, los límites de exposición y los indicadores de liquidez que la entidad haya elaborado con el fin de monitorear y realizar los controles adecuadamente y a tiempo para evitar que el riesgo de liquidez pueda llegar a materializarse e impactar negativamente en los objetivos de la entidad. En caso de que se materialice el riesgo, la entidad deberá tomar las medidas correctivas para mitigar dicho impacto.

A su vez, se deben establecer límites para mantener un nivel mínimo de activos líquidos, que estén acordes con el volumen de operaciones y tamaño de la entidad y sus necesidades de liquidez bajo condiciones normales del negocio y márgenes adicionales de liquidez para enfrentar situaciones de estrés. Asimismo, las entidades deberán incluir mediciones de escenarios extremos (stress testing) y de back testing, como medios para verificar la precisión de las proyecciones obtenidas a través de las pruebas de liquidez y hacerlas parte de estas para hacer ajustes posteriores. Para mejorar la capacidad técnico-administrativa, el flujo de recursos, la calidad y disponibilidad de información necesaria para diseñar el flujo de efectivo se requiere como mínimo.

a. Sistema de información que permita la identificación y gestión del recaudo de los ingresos y egresos de la entidad acorde con los diferentes rubros.
b. Registro oportuno, de preferencia en tiempo real, de los costos de la entidad.
c. Implementación de procesos orientados a garantizar el pago oportuno de las obligaciones a los diferentes acreedores de la entidad.
d. Sistema que permita la radicación oportuna de las facturas, de preferencia en línea, por parte de los proveedores de cada entidad y la trazabilidad de las mismas.

6.3. SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CRÉDITO

CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones.

Ciclo de gestión de Riesgo de Crédito

Para la gestión del riesgo de crédito inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Crédito que implementen las

entidades, deberá incorporar dentro de sus procesos y procedimientos internos para la gestión del riesgo de crédito, los siguientes lineamientos y aspectos específicos como mínimo:

a. Una evaluación de riesgo por contraparte (incluyendo los instrumentos financieros, tratándose de inversiones de renta fija), teniendo en cuenta los límites de exposición por contraparte asociadas a la evaluación de riesgos realizada. La entidad podrá realizar una evaluación agrupando activos con características y perfiles de riesgo similares, pero deberá realizar esta evaluación en forma individual si el activo es significativo.

b. Un modelo de cálculo de deterioros/provisiones por riesgo de crédito que sea adecuado para reflejar las potenciales pérdidas a las que está expuesta la entidad por el incumplimiento de las contrapartes y que se ajuste a la normatividad vigente.

c.La definición de procedimientos específicos de seguimiento, cobranza de las deudas y el establecimiento de mecanismos apropiados de negociación y recuperación de deudas que se encuentren en incumplimiento.

d. Una estrategia de gestión de glosas ante las EPS, la ADRES (o la entidad que ejerza sus funciones) o ante las Entidades Territoriales según sea el caso. La definición de la estrategia de gestión de glosas se debe formular en función del análisis histórico y su consecuente caracterización para determinar procesos específicos de actuación ante cada tipo de glosa.

e. La verificación de los literales anteriores se debe realizar por lo menos una vez al año, para evaluar su funcionamiento y monitorear efectivamente la exposición a este riesgo.

f. Las bases de datos utilizadas en el proceso de diseño de los modelos para la administración del riesgo crediticio deben tener una historia mínima de tres (3) años. En caso de no cumplirse con el tiempo recomendado, la entidad deberá preparar un plan de ajuste en el cual se expongan los procedimientos y fechas en las cuales se logrará cumplir con esta recomendación. Durante el periodo de ajuste, a partir de la infraestructura tecnológica y de los sistemas necesarios para garantizar la adecuada administración del Riesgo de Crédito se deben generar informes confiables sobre dicha labor por lo menos una vez al trimestre.

Identificación del Riesgo de Crédito

Para la identificación de este riesgo, los aspectos mínimos a considerar por parte de la entidad parten de definir los tipos de activos expuestos a este riesgo, como mínimo las cuentas por cobrar y los instrumentos financieros.

Estos últimos incluyen:

a. Cuentas de Bancos y Fondos de Inversión Colectivas (FIC, antes Carteras Colectivas) tales como: cuentas corrientes; cuentas de ahorros; cuentas maestras de recaudo; FIC abiertos, del mercado monetario; carteras colectivas cerradas; y otros tipos de encargos fiduciarios o fondos de inversión, fideicomisos, fondos de inversión colectiva inmobiliarios y/o fondos de capital privado, entre otros, siendo locales o extranjeros
b. Instrumentos inscritos en el Mercado de Valores de Colombia, tales como títulos de deuda pública emitidos o garantizados por la Nación o por el Banco de la República; títulos de renta fija emitidos, aceptados, garantizados o avalados por entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, FOGAFIN y FOGACOOP.
c. Todas las inversiones en títulos o valores de renta fija emitidos por entidades nacionales o extranjeras.

Evaluación y Medición del Riesgo de Crédito

El Subsistema de Administración de Riesgo de Crédito debe evaluar las pérdidas estimadas como resultado del incumplimiento de sus contrapartes. Dentro del Subsistema, la entidad puede diseñar modelos para diferentes tipos de activos expuestos a este riesgo, dentro de los cuales deberá como mínimo contemplar la estimación de los siguientes elementos:

a. La probabilidad de incumplimiento de los deudores dentro de un periodo de tiempo de 12 meses.
b. Al interior de cada tipo de activo se deben generar categorías de calidad del deudor/contraparte que orienten una posterior asignación de factores de riesgo diferenciales según dicha categorización.
c. La estimación de la pérdida esperada en que incurriría la entidad dado el incumplimiento. En este elemento se debe considerar tanto el valor expuesto del activo (saldo de la obligación o valor neto del activo) en el momento del incumplimiento, como la tasa de recuperación del valor del activo una vez se ha materializado el incumplimiento, la cual debe contemplar las recuperaciones efectivas que se han realizado sobre estos incumplimientos en los últimos 3 años y la existencia e idoneidad de las garantías, si las hubiese.

Para estimar la probabilidad que el deudor / contraparte no cumpla con sus obligaciones en los términos acordados, se recomienda que la entidad tenga en cuenta como mínimo los siguientes aspectos:

i) En el caso de los deudores/cuentas por cobrar:
a)Análisis históricos de las cuentas por cobrar de cada deudor según plazos y cumplimiento de pago, teniendo en cuenta los acuerdos de voluntades.
b)La calidad del deudor y el plazo de la cartera (a mayor concentración de las deudas de mayor plazo, mayor el riesgo asociado al deudor).
c) Adicional al análisis individual por deudor, se recomienda realizar un análisis segmentado por líneas de negocio (en los casos en que la entidad desarrolle varias actividades dentro del sector como aseguramiento obligatorio, voluntario, prestación de servicios de salud) y el concepto generador de la obligación, en el caso de las cuentas por cobrar.
d)Estimar las posibles pérdidas que resulten de incumplimientos de pago frente a prestaciones realizadas u obligaciones generadas, las cuales involucran entre otros elementos, la evaluación de deterioros o posteriores valoraciones de acuerdo con las políticas contables que sobre los instrumentos financieros haya escogido la entidad, específicamente en las cuentas por cobrar.

ii) En el caso de los instrumentos financieros, se recomienda que la entidad:
a)Clasifique la seguridad del activo con fundamento en la calificación de crédito emitida por agencias calificadoras de riesgo tanto para el activo de renta fija como para el emisor, ya que estas calificaciones reflejan las probabilidades de incumplimiento de los activos en cada categoría de calificación.
b)Asigne factores de riesgo en función de las probabilidades de incumplimiento para cada categoría de seguridad del activo. De no disponer de estudios propios que evalúen estas probabilidades de incumplimiento para los diferentes emisores y tipos de instrumentos financieros, se puede tomar como referencia los ponderadores que se mencionan en el Decreto 2954 de 2010 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y sus modificatorias.

Tratamiento y Control del Riesgo de Crédito

Las entidades deberán contemplar dentro de este Subsistema de Administración y Gestión de Riesgo mecanismos de tratamiento y control del riesgo de crédito, los cuales deben ser aplicados de forma continua Su frecuencia y criterios deberán definirse de acuerdo con las políticas de gestión del riesgo que esté dispuesto a asumir cada entidad. Se consideran buenas prácticas de gestión para el tratamiento y control del riesgo de crédito, acciones que por su naturaleza deberán ser refrendadas en los aspectos específicos de la política de gestión del riesgo de crédito de la entidad.

Límites de exposición crediticia y de pérdida tolerada

Las políticas de gestión del riesgo deben establecer lineamientos para la fijación de niveles y límites de exposición (iniciales y potenciales) de los créditos totales, individuales y por portafolios de inversión, así como de los límites de concentración por deudor, sector o grupo económico. Asimismo, establecer porcentajes máximos de tenencia de activos de la categoría más riesgosa y mínimos de los activos de máxima seguridad.

1.4 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO ACTUARIAL

Se entiende por riesgo actuarial 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
Facilita la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización (debe incluir la definición de los límites máximos de exposición o niveles aceptables de riesgo, la normatividad vigente y los criterios definidos en la política de gestión de riesgo. 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:

a. 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.
b. Concentración poblacional, con un enfoque diferencial de género, étnico, grupos etarios, regiones, grupo de riesgo, curso de vida, entre otros.
c. Atención en zonas de difícil acceso y alta dispersión de la población.
d. Hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de la población incluida en los contratos.
e. Variaciones en las condiciones de morbi-mortalidad de la población incluida en los contratos.
f. Incrementos inesperados en los costos de proveedores.
g. Incorporación de tecnología nueva que requiera recursos de inversión considerables.

Identificación del Riesgo Actuarial

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad definir e identificar el riesgo actuarial teniendo en cuenta, como mínimo, las siguientes consideraciones relevantes:

a. Caracterización y conocimiento de la población que incluirá en los contratos por venta de servicios teniendo en cuenta los aspectos geográficos, etarios, demográficos, la situación de morbi-mortalidad; así como la actualización de novedades.
b. Particularidades de las diferentes modalidades de pago (por capitación, por evento, por paquete, entre otros). • Pago por Capitación: Identificación de las personas incluidas en el contrato e identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos de baja complejidad incluidos en el contrato. • Pago por evento: Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el contrato para el cálculo de las tarifas y precios a ser aplicadas a las tecnologías en salud. • Pago por Grupo Relacionado de Diagnóstico: Identificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición o condiciones individuales de salud, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos de acuerdo con el grupo de riesgo. • Pago Global Prospectivo: Identificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición o condiciones individuales de salud, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos de acuerdo con el grupo de riesgo. Además, de tener en cuenta la frecuencia estimada de los episodios de atención y/o de tecnologías en salud a ser prestadas con cargo a la suma global. • En los demás tipos de contratación, es importante identificar el riesgo asumido

por la IPS y las obligaciones de cobertura de servicios cada contrato, así como las características de la tarifa pactada.

c. Identificación de posibles incrementos en los costos de insumos y medicamentos, entre otros.

d. Evaluar el comportamiento de la variabilidad del ingreso y el costo que tenga la entidad, además del uso de los insumos para dar cumplimiento al objeto del contrato.

Medición y Evaluación del Riesgo Actuarial

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad:

a. Anticipar incrementos inesperados en los índices de morbi-mortalidad y, por ende, en los costos de atención que puedan sobrepasar el valor pactado en los contratos.

b. Realizar proyecciones que incluyan los posibles impactos y la ocurrencia, entre otros, de los factores de riesgo asociados a la concentración, hechos catastróficos, incrementos en los costos de nueva tecnología y el cambio del perfil sociodemográfico de la población de su área de influencia, que pueden tener efectos sobre la frecuencia y características de la demanda de servicios de salud.

c. Construcción de modelos de cuantificación que contemplen de manera adecuada, las pérdidas esperadas e inesperadas, a las que se encuentra expuesta la entidad. Los modelos que se adopten para calcular estas pérdidas deben contar con los siguientes parámetros teniendo en cuenta las particularidades de cada tipo de contrato:

d La probabilidad de ocurrencia del evento (materialización del riesgo) en la unidad de tiempo (frecuencia).

e. Los asociados con cada distribución de pérdida que mejor defina la cuantía de la pérdida (severidad) Es decir, el cálculo del costo promedio del servicio.

f. El nivel de exposición del riesgo en la unidad de tiempo.

Tratamiento y Control del Riesgo Actuarial

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo actuarial, entre ellas:

a. Establecer y actualizar periódicamente las politicas y las estimaciones actuariales para cada tipo de contrato, teniendo en cuenta los cambios que se presenten en el sector.

b. Hacer una traza de las medidas tomadas por la administración, en respuesta a los problemas identificados y a las recomendaciones efectuadas.

c. Realizar pruebas de estrés (Stress-Testing) y ejercicios de autocomprobación (Back-Testing)3 sobre los modelos actuariales utilizados para establecer los valores de los contratos, y de esta manera realizar los ajustes correspondientes.

d. Realizar controles de calidad a los sistemas de información de la entidad.

MARCO NORMATIVO

El autodiagnóstico incluye los requisitos establecidos en las siguientes circulares • Circular Externa 009 de 2016. Instrucciones SARLAFT / FPADM (modificada por la CE 2021170000005-5 de 2021), disponible en:

https://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/circular_supersalud_0009_2016.htm

• Circular Externa 016 de 2016. Instrucciones relativas sobre el reporte de información financiera para efectos de supervisión
http://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/circular_supersalud_0016_2016.htm

• Circular Externa 003 de 2018. Instrucciones Generales para la Implementación de Mejores Prácticas Organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno IPS de los Grupo C1 y C2, disponible en:

https://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/circular_supersalud_0003_2018.htm

Circular Externa 2021170000004-5 de 2021. Instrucciones Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas de Administración de Riesgos, disponible en:

https://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/circular_supersalu d_0004_2021.htm

• Circular Externa 2021170000005-5 de 2021. Instrucciones Generales al Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), disponible en:

https://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/circular_supersalu d_0005_2021.htm

• Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022. Lineamientos Programa de Transparencia y Ética Empresarial, disponible en:

https://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/circular_supersalu d_0053_2022.htm#

INICIO • ABECÉ de la Circular Externa 009 de 2016 modificada por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 – implementación del SARLAFT Y FPADM

https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentos

Metodologias/abece-sarlaft-todos-los-vigilados.pdf

• ABECÉ de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 - Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos – IPS

https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentosMetodologias/abece-sistema-integrado-riesgos-IPS.pdfV

ABECE de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 que deroga la Circular Externa 018 de 2015. https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentos Metodologias/abece-grupos-clasificacion-IPS.pdf

• Presentación Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva:

https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/MemoriasEvent os/SARLAFT_SICOF_PTEE_112022.pdf

Así mismo tiene en cuenta la adopción del Modelo de Supervisión Basado en riesgos establecido en la Resolución 4559 de 2018. https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Resoluciones/RESOLUCI%C3 3N%204559%20de%202018.pdf

CONTROL DE CAMBIOS

REVISIÓN N°	FECHA DE APROBACIÓN DD/MM/AA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
00	16/05/2008	Creación del Documento
01	11/04/2017	• Cambio de Codificación SEI-02-M01 a PLA-00-M03 • Actualización a la metodología definida por el DAFP :GUIA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN 2015, GUIA PARA LA ADMINISTRACION DEL RIESGO 2015
02	03/07/2023	• Actualización basado en audiagnóstico subsistemas de administración de riesgos, conducta y buen gobierno y programa de transparencia y ética empresarial Actualización de código