

**ACUERDO No. 1.02.050.2023 DE 2023  
(Junio 30 de 2.023)**

**“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL MANUAL DE POLITICAS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO “SARLAFT” Y EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE “SICOF” DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.**

**LA JUNTA DIRECTIVA DE LA RED DE SALUD CENTRO E.S.E.**, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, en especial las señaladas en el Acuerdo Municipal No. 106 del 15 de enero de 2003, artículo 24 numeral 16 del Acuerdo de Junta Directiva 001 del 25 de septiembre de 2003, actualizado mediante Acuerdo de Junta Directiva Nro. 042 de Septiembre de 2022 y

**CONSIDERANDO**

Que, la Red de Salud del Centro como Empresa Social del Estado del Distrito de Santiago de Cali, tiene categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden distrital, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, prestadora de servicios de salud del primer nivel de atención y en consecuencia hace parte del sistema general de seguridad social en salud.

Que, la Superintendencia Nacional de Salud mediante Circular Externa No. 000009 del 21 de abril de 2.016, impartió a sus vigiladas instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y La Financiación del Terrorismo (SARLAFT).

Que, mediante la citada circular externa, la Superintendencia Nacional de Salud busca generar mecanismos de lucha contra el lavado de activos y contra la financiación del terrorismo, por lo que requiere implementar un sistema que evite el uso de activos que provienen de actividades delictivas o que sean utilizados para ocultar la procedencia de recursos ilícitos, por lo cual introduce criterios y parámetros a sus agentes vigilados.

Que, de conformidad con el artículo 10 de la Ley 526 de 1.999, las autoridades que ejercen funciones de inspección, vigilancia y control deben instruir a sus vigilados sobre las características, periodicidad y controles con relación a la

**ACUERDO No. 1.02.050.2023 DE 2023**  
**(Junio 30 de 2.023)**

**“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL MANUAL DE POLITICAS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO “SARLAFT” Y EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE “SICOF” DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.**

información que se debe reportar a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF)

Que, la Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular Externa 00009 de Abril 21 de 2016 y Circular Externa 20211700000005-5 del 17 de septiembre del 2021 ha dado claras instrucciones de obligatorio cumplimiento para los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de que adopten políticas y medidas integrales de carácter institucional que se deben reflejar en Manuales y Procedimientos que permitan establecer e implementar un Sistema de Administración del Riesgos del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo “SARLAFT” y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude “SICOF”.

Que, en las citadas circulares la Superintendencia Nacional de Salud fija expresas funciones a las juntas directivas de las vigiladas, las cuales son de obligatorio cumplimiento y por tanto deben ser adoptadas con el fin de realizar el seguimiento a las peticiones e informes que al respecto se profieran.

Que en sesión extraordinaria conjunta del septiembre del 2022 se modificó el Estatuto Interno de la Entidad para incluir en las facultades de Junta lo pertinente al cumplimiento de las previsiones contenidas en las Circulares 20211700000004-5 y 20211700000005-5 del 15 y el 17 de septiembre del 2021 para aprobar el Manual de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones contenidas en los numerales 30, 31 y 32 del Artículo 15 “Funciones de la Junta Directiva”

Que, es necesario dar alcance a las previsiones de las circulares 20211700000004-5 y 20211700000005-5- del 15 y 17 de septiembre de 2.021 para aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.

**ACUERDO No. 1.02.050.2023 DE 2023  
(Junio 30 de 2.023)**

**“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL MANUAL DE POLITICAS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO “SARLAFT” Y EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE “SICOF” DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.**

Que por lo anterior,

**ACUERDA**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Aprobar el manual de políticas, procesos y procedimientos del sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo “SARLAFT” y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude “SICOF” de la Red de Salud del Centro E.S.E.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su aprobación.

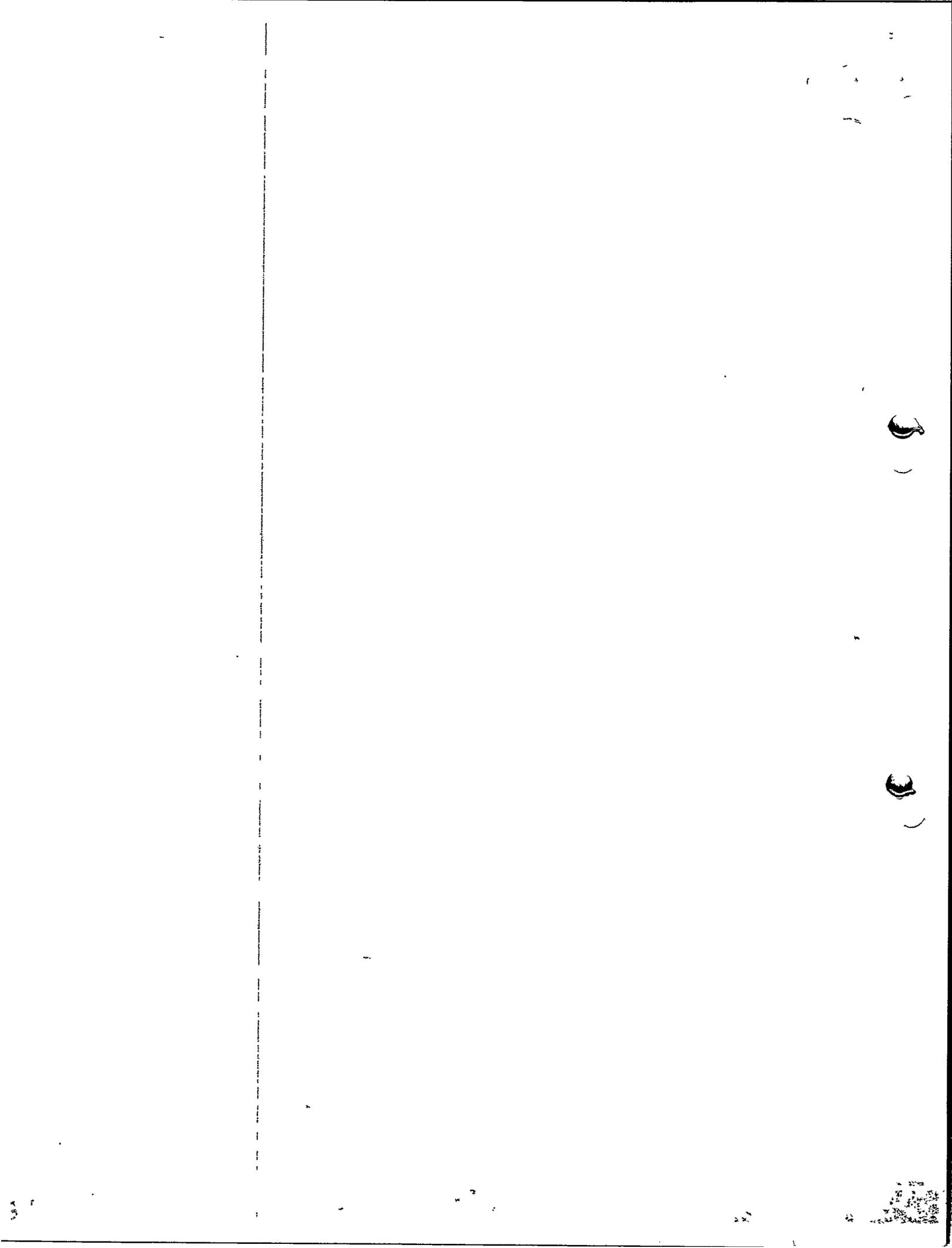
**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en Santiago de Cali, el día treinta (30) días del mes de junio dos mil veintitrés (2.023).

  
**LUCY DEL CARMEN LUNA MIRANDA**  
Presidente de la Junta Directiva  
Delegada del Alcalde

  
**JORGE ENRIQUE TAMAYO N.**  
Secretario Junta Directiva  
Gerente Red de Salud Centro E.S.E.

Preparó y Proyectó: Giovanni Saldaña - Profesional universitario – Contador – Oficial de Cumplimiento suplente  
Revisó y aprobó: José Javier Sandoval Prieto – Subgerente Administrativo y financiero ESE Centro.  
Revisión SSPD: Rosse Mary Cabal Franco – Abogada contratista SSPD  
Kelly Alexandra Ayala Nieto – Abogada contratista SSPD



**MANUAL DE POLITICAS, PROCESOS Y  
PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN  
DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN  
DEL TERRORISMO "SARLAFT" Y EL SUBSISTEMA DE  
ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA  
OPACIDAD Y EL FRAUDE "SICOF" DE LA RED DE  
SALUD DEL CENTRO E.S.E.**

RED DE SALUD CENTRO ESE.  
Sede Administrativa - IPS Diego Lafinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16  
E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co.  
Nit. 805.027.261 - 3

Página 1 de 70

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	6
1. OBJETIVO .....	7
2. ALCANCE .....	7
3. DEFINICIONES .....	7
4. GENERALIDADES .....	17
4.1. CONSIDERACIONES GENERALES .....	17
4.2. PRACTICAS INTERNACIONALES .....	17
4.3. CONSEJO DE SEGURIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS .....	18
4.4. LAS CONVENCIONES DE LA ONU .....	18
4.5. EL GAFI .....	18
5. MARCO LEGAL .....	18
6. MARCO DE REFERENCIA CORPORATIVO .....	20
7. EL CÓDIGO DE INTEGRIDAD Y BUEN GOBIERNO .....	21
8. EL MANUAL SARLAFT/SICOF .....	22
8.1. ALCANCES DEL SARLAFT/SICOF .....	23
8.2. ELEMENTOS PARA LA APLICACIÓN DEL SARLAFT/SICOF .....	23
9. GENERALIDADES DEL LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO .....	23
9.1. ACTIVIDADES ILÍCITAS .....	23
10. DEFINICIÓN DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO .....	24
10.1. DEL LAVADO DE ACTIVOS .....	25
10.1.1. Etapas para el Lavado de Activos .....	25
10.2. DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO .....	26
10.2.1. Definición de Terrorismo .....	26
10.2.2. Definición de Financiación De Terrorismo .....	26
11. ETAPAS DEL SARLAFT/SICOF .....	26
11.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO .....	27

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co atenciónalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 2 de 70

11.1.1. Riesgo Operativo .....	27
11.1.2. Riesgo Legal .....	27
11.1.3. Riesgo de Contagio.....	28
11.1.4. Riesgo Reputacional .....	28
11.2. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN .....	29
11.3. CONTROLES.....	30
11.4. SEGUIMIENTO Y MONITOREO .....	30
12. ESTRUCTURA PARA LA IMPLEMENTACION DEL SARLAFT Y SICOF. .	30
12.1. POLÍTICAS.....	30
12.1.1. Políticas del SARLAFT.....	30
12.1.2. Políticas del SICOF.....	32
12.2. PROCEDIMIENTOS.....	33
12.2.1. Procedimientos SARLAFT .....	33
12.2.1.1. Conocimiento de Clientes/Usuarios .....	34
12.2.1.2. Conocimiento de Personas Expuestas Políticamente "PEP" .....	39
12.2.1.3. Conocimiento de Empleados .....	40
12.2.1.4. Conocimiento de Proveedores - Contratistas .....	41
12.2.1.5. Identificación de Operaciones inusuales y/o sospechosas .....	41
12.2.1.5.1. Señales de Alerta.....	42
12.2.1.5.2. Metodología de Segmentación de los Factores de Riesgo .....	45
12.2.1.5.3. Seguimiento de Operaciones .....	47
12.2.2. Procedimientos SICOF.....	48
12.3. MECANISMOS SICOF.....	49
12.4. INSTRUMENTOS.....	49
12.4.1. Instrumentos SARLAFT .....	49
12.4.1.1. Consolidación electrónica de Operaciones en efectivo .....	49
Monto máximo de Efectivo .....	50
12.4.1.2. Matriz de Riesgo .....	50
12.4.2. Instrumentos SICOF.....	51

12.4.2.1.	Señales de alerta.....	51
12.4.2.2.	Segmentación de los factores de riesgo.....	52
12.5.	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	52
12.5.1.	Estructura Organizacional SARLAFT.....	52
12.5.1.1.	Junta Directiva.....	52
12.5.1.2.	Gerencia.....	53
12.5.1.3.	Oficial de Cumplimiento.....	53
12.5.1.3.1.	Requisitos del Oficial De Cumplimiento.....	54
12.5.1.3.2.	Requisitos que reúne el Oficial de Cumplimiento Suplente ....	54
12.5.1.3.3.	Funciones.....	54
12.5.1.3.4.	Comité de Cumplimiento.....	56
12.5.1.4.	Revisoría Fiscal.....	58
12.5.1.5.	Control Interno.....	58
12.5.2.	Estructura Organizacional SICOF.....	59
12.5.2.1.	Junta Directiva.....	59
12.5.2.2.	Gerencia.....	60
12.5.2.3.	Oficial de Cumplimiento.....	61
12.5.2.4.	Revisoría Fiscal.....	62
12.5.2.5.	Control Interno.....	62
12.6.	DOCUMENTACIÓN.....	63
12.6.1.	Documentación SARLAFT.....	63
12.6.2.	Documentación SICOF.....	65
12.7.	INFRAESTRUCTURA/PLATAFORMA TECNOLÓGICA SARLAFT-SICOF.....	65
12.8.	REPORTE.....	66
12.8.1.	Reportes Internos.....	66
12.8.1.1.	Operaciones Inusuales.....	66
12.8.1.2.	Informe de Control Interno.....	66
12.8.1.3.	Informe de Revisoría Fiscal.....	66

12.8.2. Reportes Externos a la UIAF.....	67
12.8.2.1. Reporte de Operaciones Intentadas o Sospechosas (ROS).....	67
12.8.2.2. Reporte de ausencia de Operaciones Sospechosas (AROS)....	67
12.8.2.3. Operaciones en Efectivo iguales o superiores a \$5.000.000.00	67
12.8.2.4. Operaciones Múltiples en efectivo iguales o superiores a \$25.000.000.00 .....	67
12.8.2.5. Reporte de ausencia de operaciones en efectivo.....	68
12.8.2.6. Forma de envío de los Reportes .....	68
12.8.2.7. Responsabilidad de los Reportes.....	68
12.9. DIVULGACION DE INFORMACION Y CAPACITACIONES .....	68
12.9.1. Divulgación de información y capacitaciones SARLAFT .....	68
12.9.2. Divulgación de información y capacitaciones SICOF.....	69
12.9.3. Incumplimiento al SICOF .....	69

## INTRODUCCIÓN

Con el propósito de cumplir con las Prácticas y Normas Internacionales contempladas en las recomendaciones emitidas por el "Grupo Acción Financiera Internacional - GAFI", las Convenciones de Naciones Unidas de New York, Viena, Palermo y Mérida sobre la lucha contra el flagelo del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo, delitos que afectan gravemente a la sociedad, al orden económico formal y al sistema judicial del País, el Gobierno Nacional a través de las superintendencias designadas para vigilar y controlar el sistema económico productivo, comercial, solidario, financiero y de servicios, ha emitido una serie de Normas e Instructivos de carácter vinculante para todos los sectores económicos del País.

La Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular Externa 00009 de Abril 21 de 2016 y Circular Externa 20211700000005-5 del 17 de septiembre del 2021 ha dado claras instrucciones de obligatorio cumplimiento para los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de que adopten políticas y medidas integrales de carácter institucional que se deben reflejar en Manuales y Procedimientos, que permitan establecer e implementar un Sistema de Administración del Riesgos del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo "SARLAFT" y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude "SICOF".

**LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.** en su gestión comunitaria acorde con los postulados gubernamentales y dando énfasis al control para prevenir situaciones o actuaciones al margen de la Ley, emite este documento que contiene principios, políticas, procedimientos y las reglas mínimas que se deben observar en todas las operaciones y transacciones, en concordancia con las normas legales vigentes. Es una invitación formal para promover y reforzar una conducta positiva relativa a hacer las cosas correctamente, ayuda a asegurar que la filosofía de la Entidad esté completamente entendida y por ser de obligatorio cumplimiento, debe ser acatado por La Junta Directiva, el Representante Legal, el Oficial de Cumplimiento y en general, todos los funcionarios y colaboradores de la Red de Salud del Centro E.S.E, quienes en sus actuaciones **deben anteponer la observancia de los principios éticos y valores al logro de las metas comerciales o personales.**

Todo incumplimiento de las normas que gobiernan la prevención del lavado de activos y la financiación del terrorismo se considera falta grave, puesto que así lo contempla la Ley 526 de 1999, Decreto 663 de 1993 (EOSF), Ley 1121 de 2006 y el Decreto 1497 del año 2002. Igualmente, todo comportamiento contrario a la ética y normas de conducta y su infractor o infractores, serán objeto de sanciones disciplinarias internas, sin perjuicio de las acciones penales correspondientes, si da a lugar.

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 6 de 70

## 1. OBJETIVO

Establecer, divulgar y dar cumplimiento a las políticas de operación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo "SARLAFT" y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude "SICOF".

## 2. ALCANCE

Este manual contiene los principales objetivos, principios, políticas, compromisos de la Empresa relacionados con el SARLAFT y el SICOF, destacando los aspectos generales y particulares que deben ser aplicados de manera práctica y operativa por todos los funcionarios y/o colaboradores involucrados en los procesos que se llevan a cabo y los riesgos a que se expone la Red de Salud del Centro ESE, con el consecuente efecto económico negativo que ello puede representar para su estabilidad financiera, al ser utilizada, entre otros, para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento, en cualquier forma, de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas, o para dar apariencia de legalidad a las transacciones y fondos vinculados con las mismas.

## 3. DEFINICIONES

- Administración de Riesgos: Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.
- Administración: Aplicación de medidas, con el fin de reducir la probabilidad de ocurrencia y/o la severidad de las consecuencias del riesgo.
- Alta Gerencia: Personas de más alto nivel jerárquico en el área administrativa o corporativa, responsables del giro ordinario del negocio de la entidad y encargadas de idear, ejecutar y controlar los objetivos y estrategias de la misma. Se incluye también al Director General o Presidente Ejecutivo y el Contralor Interno.
- Análisis Del Riesgo: Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del riesgo.
- Beneficiario Final: Se refiere a las personas naturales que finalmente poseen o controlan a un cliente y/o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción. Incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona jurídica u otra estructura jurídica.
- 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.

- **Ciberdelito:** 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.
- **Cliente y/o usuario:** Es toda persona natural o jurídica con la cual se establece y mantiene 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 la inyección efectiva de recursos como lo son afiliados a los planes voluntarios de salud.
- **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.
- **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.
- **Control De Riesgos:** Parte de la administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos para minimizar los riesgos adversos.
- **Control del riesgo de LA/FT:** Comprende la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras acciones existentes que actúan para minimizar el riesgo de LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realice la entidad.

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallende - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 8 de 70

- **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.
- **Debida Diligencia:** Equivale a ejecutar algo con suficiente cuidado. Existen dos interpretaciones sobre la utilización de este concepto en la actividad empresarial. La primera se concibe como actual con el cuidado que sea necesario para evitar la posibilidad de llegar a ser considerado culpable por negligencia y de incurrir en las respectivas responsabilidades administrativas, civiles o penales. La segunda, de contenido económico y proactiva se identifica como el conjunto de procesos necesarios para poder adoptar decisiones suficientemente informadas.
- **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.
- **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.
- **Evaluación:** Medición de riesgos frente a su probabilidad de ocurrencia y la severidad de sus consecuencias, de acuerdo con las escalas preestablecidas para cada recurso. Permite identificar las prioridades para su gestión.
- **Evento:** Incidente o situación de LA/FT que ocurre en la organización durante un intervalo particular de tiempo.
- **Evento:** Incidente o situación que ocurre en la empresa durante un intervalo particular de tiempo. Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.
- **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

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 441 1518. Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 9 de 70

entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.

- **Factores de Riesgo:** Son los agentes generadores del riesgo de LA/FT que aplican de acuerdo con la naturaleza de la actividad de la entidad.
- **Favoritismo:** Preferencia dada al "favor" sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante.
- **Financiamiento del Terrorismo:** Delito que comete toda persona que incurra en alguna de las conductas descritas en el Artículo 345 del Código Penal.
- **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.
- **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 de LA/FT:** Son los agentes generadores de riesgo de LA/FT en una entidad y se deben tener en cuenta para identificar las situaciones que pueden generarles este riesgo en las operaciones, negocios o contratos que realiza.
- **GAFI (Grupo de Acción Financiera Internacional):** Organismo intergubernamental cuyo propósito es elaborar y promover medidas para combatir el lavado de activos y financiación del terrorismo a nivel mundial.
- **GAFILAT (antes GAFISUD):** Grupo de Acción Financiera de Latinoamérica. Organismo intergubernamental dependiente del GAFI conformado por países de América del Sur y del Caribe, incluido Colombia, cuyo compromiso es adoptar las recomendaciones del GAFI, sobre la Prevención, Control y Administración del Riesgo.
- **Gestión del Riesgo de LA/FT:** Es la adopción de políticas y procedimientos que permiten prevenir y controlar el riesgo de LA/FT.
- **Herramientas:** Son los medios que permiten prevenir y controlar los riesgos del LA/FT, detectar operaciones inusuales o sospechosas, identificar señales de alerta y establecer programas de administración de riesgos y hojas electrónicas de control.

- 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.
- Identificación: Proceso para determinar los posibles eventos que afecten los recursos o desvíen el logro de los objetivos de la empresa.
- Impacto: Consecuencias o efectos que puede generar la materialización del Riesgo de Corrupción en la entidad.
- Información Privilegiada: Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello.
- LA/FT: Abreviatura de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
- Lavado de Activos: Delito que comete toda persona que busca dar apariencia de legalidad a bienes o dinero provenientes de alguna de las actividades descritas en el artículo 323 del Código Penal.
- Lavado de Activos: Delito que comete toda persona que busca dar apariencia de legalidad a bienes o dineros provenientes de alguna de las actividades previstas en el Artículo 323 del C.P.
- Listas internacionales: Relación de personas que de acuerdo con el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas pueden estar vinculadas con actividades relacionadas con el terrorismo o, las vinculadas con lavado de dinero, detalladas en las listas OFAC/Clinton o, las que tienen una orden de detención como son las listas de Interpol o FBI, entre otras.
- Listas nacionales: Son las que mantienen organismos del Estado (Procuraduría General de la Nación, Contraloría General, Fiscalía General, Policía Nacional) sobre personas que han sido investigadas o tiene investigaciones en curso por su actuar como funcionario o por haber delinquirado o estar involucrado en investigaciones penales.
- Máximo Órgano Social: Se le conoce como asamblea de asociados o delegados y se conforma cuando se reúnen los asociados o delegados respectivamente.
- 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.

- **Monitoreo:** Es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y la eficacia de una política o de un proceso, así como la identificación de sus fortalezas y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados. Es condición para rectificar o profundizar la ejecución y para asegurar la retroalimentación entre los objetivos, así, los presupuestos teóricos y las lecciones aprendidas a través de la práctica.
- **Nivel de Riesgo:** Magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos expresada en probabilidad e impacto o consecuencias.
- **Oficial de Cumplimiento:** Es máxima persona encargada del cumplimiento del SARLAFT, es un funcionario de la entidad vigilada encargado de verificar el cumplimiento de los manuales y políticas de procedimientos de la entidad, así como de la implementación del SARLAFT.
- **Omisión de denuncia de particular.** Consiste en tener conocimiento de la comisión de los delitos señalados en el artículo 441 del Código Penal y no denunciarlos ante las autoridades competentes.
- **Omisión de reporte.** Incumplir con la instrucción emanada de autoridad competente (Superintendencias-UIAF) sobre la obligatoriedad del reporte de operaciones sospechosas. (Artículo 325.A del Código Penal).
- **ONU:** Organización de Naciones Unidas.
- **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 quien intenta llevarla a cabo desiste de la misma o porque los controles establecidos o definidos por los agentes del SGSSS no permitieron realizarla. Estas operaciones también deberán reportarse a la UIAF.
- **Operación Inusual:** Es aquella cuya cuantía o características no guardan relación con la actividad económica de los asociados/clientes, o que por su número, por las cantidades transadas o por sus características particulares, se salen de los parámetros de normalidad establecidos.
- **Operación Sospechosa:** Es aquella que por su número, cantidad o características no se enmarca dentro de los sistemas y prácticas normales de los negocios, de una industria o de un sector determinado y, además, que de acuerdo con los usos y costumbres de la actividad que se trate, no ha podido ser razonablemente justificada. Cuando se detecten esta clase de operaciones, deben ser reportadas a la UIAF1.

RED DE SALUD CENTRO ESE

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 12 de 70

- **Órgano de Administración o Dirección:** Es la Junta Directiva o quien haga sus veces y puede variar de su denominación según la figura jurídica de que se trate. En organizaciones de la economía solidaria, se denomina consejo de administración. En el caso de las cajas de compensación familiar, se denomina Consejo Directivo. Estos consejos directivos se apoyarán de un Comité de Dirección de EPS, integrado por un subconjunto de los miembros del Consejo de directivos e invitados externos.
- **Órgano de Control:** Es la instancia creada al interior de la persona jurídica para ejercer las funciones de control interno. Sus principales funciones son las de evaluar, monitorear y verificar que los procesos y procedimientos a cargo de la entidad, cumplan las metas y propósitos previamente planteados en torno a una gestión con calidad.
- **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.
- **Perfil de Riesgo:** Es el resultado individual o consolidado de la medición de los riesgos.
- **Personas expuestas públicamente (PEP):** Son personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre éstos o gozan o gozaron de reconocimiento público.<sup>2</sup>
- **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.
- **Política Para La Gestión Del Riesgo:** Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.
- **Políticas:** Son los lineamientos, orientaciones o aspectos que fundamentan la prevención y el control del riesgo de LA/FT en la entidad. Deben hacer parte del proceso de gestión del riesgo del LA/FT
- **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.

- **Procedimiento:** Son las políticas que constituyen lineamientos generales que permiten orientar la actuación de los directivos y empleados en la toma de decisiones.
- **Reportes externos:** Son los reportes que se deben hacer ante la UIAF, esto es, ROS (negativos o positivos) y transacciones en efectivo (negativas y positivas).
- **Reportes internos:** Son aquellos que se manejan al interior de la Entidad, según el caso, y pueden ser efectuados verbalmente o por escrito y con carácter confidencial, por cualquier empleado o miembro de la Entidad, que tenga conocimiento de una posible operación inusual.
- **Riesgo de Contagio.** Es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir la entidad directa o indirectamente, por una acción de una persona natural o jurídica que posea vínculos con la entidad.
- **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 o canalización de recursos para la FT.
- **Riesgo Inherente:** Es el nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control.
- **Riesgo Legal.** Es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad al ser sancionada u obligada a indemnizar daños como resultado del incumplimiento de normas o regulaciones, obligaciones contractuales, fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.
- **Riesgo Neto o Residual:** Es el nivel resultante del riesgo después de la aplicación de los mecanismos de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.
- **Riesgo operativo:** Es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad por incurrir en deficiencias, fallas o inadecuaciones en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos.
- **Riesgo Reputacional:** Es la posibilidad de pérdida en que incurre una entidad por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, cierta o no, respecto de la institución y sus prácticas de negocios, que cause pérdida de asociados/clientes, disminución de ingresos o procesos judiciales.
- **RIESGO:** Cualquier evento, amenaza, acto u omisión que en algún momento pueda comprometer el logro de los objetivos de la entidad.
- **Riesgo:** Es todo evento que puede impedir la consecución de los objetivos del negocio generando consecuencias de orden reputacional o económicas que pueden

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallín - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit: 805.027.261 - 3

Página 14 de 70

afectar los recursos de la entidad. Éste se mide en términos de probabilidad e impacto.

- **Riesgos Asociados a LA/FT:** Son aquellos a través de los cuales se puede llegar a materializar el riesgo de LA/FT, estos son: contagio, legal, operativo, y reputacional.
- **SARLAFT:** Es el Sistema de Administración de Riesgos del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo que se debe adoptar, con el fin de prevenir que una entidad sea utilizada para fines delictivos.
- **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).
- ~~Segmentación: Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos que comparten características homogéneas al interior de ellos y heterogéneos al interior de 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, con el fin de detectar operaciones inusuales o reconocer formas de evadir controles establecidos para prevenir el LA/FT.
- **SNS:** Superintendencia Nacional de Salud
- **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.
- **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.
- **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

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia. Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 15 de 70

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.

Tipología Término usado por el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) en la discusión de los métodos de lavado de dinero y financiamiento del terrorismo.

• **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.

• **Transacción Inusual:** Transacciones que, por su número, valores transados o por sus características particulares, se salen de los parámetros de normalidad establecidos para determinado rango de mercado, según los perfiles de cliente o usuario definidos.

• **Transacciones en Efectivo:** Es el recibo o entrega de dinero en efectivo (billetes-Monedas), donde la persona que interviene en la transacción debe tener la condición de cliente o usuario en la entidad vigilada.

• **UIAF:** Unidad de Información y Análisis Financiero, encargada de la recepción de reportes y de analizar las operaciones con el fin de determinar si es consistente o no, una actividad económica ejercida por un cliente/usuario.

• **Usuario(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.

• **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.

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallíné - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

#### 4. GENERALIDADES

1. **Consideraciones Generales**, mediante las cuales se da a conocer las definiciones de los vocablos utilizados, las políticas y prácticas internacionales, las normas nacionales y definiciones sobre el LA/FT.
2. **Políticas** que sustentan las normas internas adoptadas en cumplimiento de las disposiciones legales sobre Prevención y Control del LA/FT.
3. **Procedimientos**, son las normas macro que deben soportar todas y cada una de las actividades desarrolladas por la **ESE CENTRO**, de obligatorio cumplimiento por los Órganos de Dirección, Administración y Control, en especial sobre la aplicación correcta de las políticas y el seguimiento continuo de las operaciones y transacciones que se realicen al interior de la **ESE CENTRO**, para determinar su razonabilidad, detectar y reportar si es del caso, aquellas que de acuerdo al programa de control, considera inusuales y no se logra obtener de la usuario, información pertinente que justifique la operación.
4. **Conocimiento del Mercado**, que permite conocer las actividades desarrolladas por los clientes/usuarios y las medidas de control que se deben adoptar.
5. **Estructura Orgánica**, es la descripción administrativa con que cuenta la **ESE CENTRO** en la implementación y correcto funcionamiento del Sistema de Administración de Riesgos del Lavado de Activos, de la Financiación del Terrorismo y la Proliferación, en adelante **SARLAFT**.
6. **Instrumentos**, los que permiten ejecutar en forma efectiva, eficiente y oportuna los mecanismos previstos para la Previsión y el Control del LA/FT.
7. **Reportes**, tanto internos como los de carácter externos ante autoridades competentes.
8. **Documentación**, requisitos para su divulgación y normas de conservación de estos.
9. **Régimen Sancionatorio**, que será aplicado de acuerdo con los términos señalados en el Código de Ética y Buen Gobierno.

#### 4.1. CONSIDERACIONES GENERALES

La política del **SARLAFT**, tiene como base fundamental la aplicación de principios éticos y de valores y el conocimiento de las normas y políticas internacionales y nacionales y el desarrollo de herramientas que permitan a la **ESE CENTRO**, prevenir situaciones de riesgo que se pueden presentar en la ejecución de su misión social comunitaria.

#### 4.2. PRACTICAS INTERNACIONALES

Son las normas de carácter internacional que le permiten a los estados ordenar políticas y procedimientos para implementar en forma efectiva, eficiente y oportuna los mecanismos de control para prevenir y controlar el LA/FT.

### 4.3. CONSEJO DE SEGURIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS

El Consejo de Seguridad de la ONU, emite listas de personas y entidades asociadas con organizaciones terroristas a nivel mundial. Estas listas son vinculantes para Colombia.

### 4.4. LAS CONVENCIONES DE LA ONU

Son las realizadas en diferentes sitios del mundo mediante las cuales han ordenado a los países miembros, establecer políticas penales para sancionar el lavado de dinero, como producto del tráfico de estupefacientes, delitos de lesa humanidad como el tráfico de personas, de menores de edad, el terrorismo y otros que generan ingresos que distorsionan la economía local e internacional. Entre otras están: La Convención de Viena, La Convención del Mérida, La Convención de Palermo.

### 4.5. EL GAFI

El Grupo de Acción Financiera Internacional "GAFI" es un organismo intergubernamental, creado con el fin de elaborar y promover políticas y medidas a nivel mundial para que los estados puedan prevenir y controlar el blanqueo de capitales obtenidos de manera fraudulenta.

Las Cuarenta (40) Recomendaciones sobre "Prevención contra el Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva",<sup>3</sup> les permiten a los gobiernos coordinar de manera local la implantación de políticas para prevenir situaciones de riesgo, tanto para el sector financiero como para los demás sectores económicos productivos de un país.

### 5. MARCO LEGAL

El Manual adoptado, atiende las normas dictadas por la Superintendencia Nacional de Salud en concordancia con las siguientes normas:

- **Ley 87 de 1993** Control Interno.
- **Ley 526 de 1999** mediante la cual se creó la "Unidad Especial de Investigación y Análisis Financiero -UIAF" como una Unidad de inteligencia financiera, encargada de recibir y administrar todos los Reportes que permitan analizar las diferentes operaciones. Entre estos reportes están Operaciones Sospechosas (ROS), Operaciones en Efectivo, Asociados exonerados, Productos entregados.
- **Ley 599 de 2000**, mediante la cual se expidió el Código Penal que describe en el Título X, Capítulo Quinto las diferentes conductas punibles relacionadas con el Lavado de Activos. Igualmente, en Título XIII, Capítulo Primero se hace mención sobre los delitos "Del concierto, el terrorismo, las amenazas y la instigación".

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 18 de 70

- **Ley 906 de 2004** que estableció el sistema penal acusatorio y la obligatoriedad que se tiene en las diferentes fases de un proceso penal, observar estrictamente los procedimientos legales para la cadena de custodia de pruebas.
- **Ley 1121/2006** llamada "**Ley Antiterrorista**", mediante la cual se establecieron nuevas penas, se adicionaron y modificaron algunos artículos del Código Penal por conductas punibles relacionadas con la financiación del terrorismo y se otorgó facultades discrecionales a la UIAF para el acopio de información de su competencia. El Artículo 20 señala la obligatoriedad que se tiene de dar cumplimiento al control sobre listas del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas en donde se detallan las personas y organizaciones relacionadas con actividades terroristas a nivel mundial. Igualmente, el Artículo 27 de esta Ley, expresa que "**El Estado colombiano y las Entidades Territoriales en cualquier proceso de contratación deberán identificar plenamente a las personas naturales y jurídicas que suscriban el contrato, así como el origen de sus recursos; lo anterior con el fin de prevenir actividades delictivas**". (Sub- rayado fuera de texto).
- **Ley 1186 de 2008** mediante la cual se adopta el acuerdo de Cartagena del año 2000 sobre la participación de Colombia en el Grupo GAFISUD (hoy GAFILAT).
- **Ley 1453 de 2011** "Ley de seguridad ciudadana", mediante la cual se modificó el Artículo 323 de CP, incrementando penas e incluyendo dos nuevos delitos como fuente de dinero ilegal: Tráfico de Menores de Edad y la Asociación para el concierto para Delinquir.
- **Ley 1474 de 2011** "Estatuto Anticorrupción, mediante la cual se crean los delineamientos para sancionar la corrupción pública y privada, estableciendo la obligación de los agentes del SGSSS, establecer medidas e indicadores que permitan prevenir e identificar eventos sospechosos o de fraude en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Ley 1708 de 2014** nueva ley de extinción de dominio y sus efectos prácticos sobre bienes mal habidos.
- **Ley 1762 de 2015** "Ley Anti-contrabando", mediante la cual en su artículo 11 modifica el Artículo 323 del Código Penal, incorporando dentro de las conductas generadoras de dinero para el Lavado de Activos, al contrabando y sus conductas punibles conexas.
- **Ley 1778 de 2016**, "Ley mediante la cual se dictan normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de corrupción transnacional.
- **Decreto 1497 de 2002** mediante el cual se reglamentó la ley 526 de 1999, señalando que las entidades públicas y privadas, diferentes al sector financiero, deben reportar operaciones sospechosas a la UIAF y dar cumplimiento a los

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 19 de 70

Artículos 102 a 105 del Decreto 663/93 EOSF

- **Decreto Unico 1068 de 2015** mediante el cual se compila todos los decretos reglamentarios de la administración pública, reiterando la obligatoriedad de cumplir con los Artículos 102, 103 y 104 del EOAF
- **Decreto 943 de 2016** Modelo Estándar de Control Interno
- **Decreto 124 de 2016** Plan Anticorrupción
- **Decreto 1674 de 2016** mediante el cual el Gobierno Nacional da a conocer los cargos que al ser desempeñados por las personas naturales designadas, se les considerarán PEP.
- **Documento CONPES 3793 de 2013** mediante el cual se establece la Política Nacional Antilavado de Activos y Contra la Financiación del Terrorismo
- **Resolución 285 de 2007** emitida por la UIAF sobre la obligatoriedad de realizar los reportes de operaciones sospechosas
- **Resolución 212 de 2009** mediante la cual la UIAF adiciona los reportes trimestrales de ausencia de operaciones en efectivo y de operaciones sospechosas e impone el uso del "Sistema de Reporte en Línea" SIREL
- **Circular Externa 000009/2016** de la Superintendencia Nacional de Salud en la cual se dictan las reglas relativas sobre el Sistema de Administración de Riesgos del Lavado de Activos y de 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.

## 6. MARCO DE REFERENCIA CORPORATIVO

- **Armonización con el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano** Decreto 943 de 2014, en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 por la cual se establece el Control Interno y la Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción por el cual se establecen nuevas disposiciones orientadas a mitigar los riesgos de corrupción y fortalecimiento de los mecanismos de control interno
- **Mecanismos de Prevención, Investigación y Sanción de Actos de Corrupción y la Efectividad del Control de la Gestión Pública** y el Decreto 124 de 26 de enero de 2016, Plan anticorrupción y de atención al ciudadano

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 -3

- La Cartilla "Guía para la Administración del Riesgo" Versión 5, propuesta por el DAFF.
- La norma NTC ISO 31000, la cual establece un número de principios que es necesario satisfacer para hacer que la gestión del riesgo sea eficaz. Esta norma recomienda que las organizaciones desarrollen, implementen y mejoren continuamente un marco de referencia cuyo propósito sea integrar el proceso para la gestión del riesgo en los procesos globales del gobierno, estrategia y planificación, gestión, proceso de presentación de informes, políticas, valores y cultura de la organización.

Por otro lado, es importante tener en cuenta dentro de la administración del riesgo el cumplimiento del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011. En este sentido, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, diseñó una metodología para elaborar la estrategia de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano, que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal. Dentro de los temas que contiene esta estrategia, se encuentra el mapa de riesgos de corrupción.

Este componente debe establecer los criterios generales para la identificación y prevención de los riesgos de corrupción de las entidades, permitiendo a su vez la generación de alarmas y la elaboración de mecanismos orientados a evitarlos; previniéndolos o mitigándolos. La base metodológica para la construcción de esta guía, la constituye la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública, por lo que no se desconoce para su construcción los elementos básicos iniciales; así como los parámetros y lineamientos establecidos por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

Finalmente, es recomendable que la administración de riesgos sea vista con un enfoque de gestión de riesgos, entendido como "un proceso efectuado por el consejo de administración de una entidad, su dirección y restante personal, aplicado en la definición de la estrategia y en toda la entidad y diseñado para identificar eventos potenciales que puedan afectar a la organización y gestionar sus riesgos dentro del riesgo aceptado, proporcionando una seguridad razonable sobre el logro de los objetivos"

Este concepto permite establecer que la administración del riesgo se convierte en un proceso transversal a todas las acciones de la entidad, que inicia desde la planeación institucional incluyendo a todas las personas que hacen parte de la organización, proporcionando una seguridad razonable de la consecución de los objetivos de los procesos e institucionales.

## 7. EL CÓDIGO DE INTEGRIDAD Y BUEN GOBIERNO

Los Directivos, Representantes Legales y Empleados de la **ESE CENTRO** están

RED DE SALUD CENTRO ESE.  
Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16  
E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co  
Nit. 805.027.261 - 3

comprometidos con las normas y principios éticos actuando con responsabilidad, honestidad y transparencia en el ejercicio diario de sus labores de forma que su actuar, es el reflejo de una cultura organizacional en la que priman los principios y valores humanos y la rectitud en sus operaciones.

El Código de Integridad y Buen Gobierno desarrollado de acuerdo a los postulados del SARLAFT, es de obligatorio cumplimiento para los Directivos y Empleados de la ESE CENTRO, quienes en su gestión deben anteponer la observancia de los principios éticos y valores al logro de las metas comerciales o personales.

Los empleados de las áreas de Revisoria, Control Interno y el Oficial de Cumplimiento, en sus revisiones periódicas y frecuentes, evaluarán el grado de cumplimiento de las normas y los procedimientos institucionales, con el fin de detectar desviaciones informar a su superior inmediato para tomar los correctivos necesarios y si es del caso aplicar las sanciones a que de lugar.

Hablar de sanciones implica la posibilidad de ocurrencia de acciones que están en contra de lo que normalmente se considera límites éticos o que están en contra de restricciones legales y que obedecen a actitudes irresponsables, permisivas, negligentes, ineficientes u omisivas en el desarrollo comercial y operacional de la Entidad, lo que puede conllevar a la aplicación del Régimen Sancionatorio dado a conocer en el Código de Ética y Conducta aprobado por la Junta Directiva y que es de pleno conocimiento de todos y cada uno de los componentes de la ESE CENTRO.

Las sanciones están claramente definidas en el Manual de Ética y Conducta y se aplicarán irrestrictamente en caso de una situación irregular detectada en la Entidad y que involucren a directivos y empleados. Estas sanciones pueden ser: Administrativas, Laborales, Civiles, Penales.

Todos los temas en materia de Prevención y Control del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo que tengan alcance dentro de la Entidad, serán administrados por el Oficial de Cumplimiento, quien los tratará y los dará a conocer en sus informes periódicos previamente definidos por la Alta Gerencia o por la Junta Directiva, según el caso.

## 8. EL MANUAL SARLAFT/SICOF

El Manual SARLAFT/SICOF es el compendio de las instrucciones emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud en materia de Prevención y Control del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, en el que se presentan una serie de medidas proactivas que evitan o mitigan el riesgo de fraude, y se basa en la premisa de que es más fácil, conveniente y menos costoso prevenir el fraude que detectarlo, investigarlo y sancionarlo.

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalsusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 22 de 70

## 8.1. ALCANCES DEL SARLAFT/SICOF

El SARLAFT contiene valores, principios, políticas, procedimientos y reglas mínimas de comportamiento que se observan en todas las transacciones que realiza la **ESE CENTRO**, quien, como Entidad vigilada, establece criterios y parámetros mínimos que le permiten prevenir y controlar los eventos de riesgo relacionados con el LA/FT, como lo son: riesgo operativo, riesgo legal, riesgo de contagio, riesgo Reputacional.

## 8.2. ELEMENTOS PARA LA APLICACIÓN DEL SARLAFT/SICOF

La **ESE CENTRO** adopta los siguientes criterios para la aplicación de la Política de Prevención y Control del LA/FT y Corrupción, Opacidad y Fraude.:

1. **Prevención.** Su objetivo es prevenir que se introduzcan a través de los productos y servicios ofrecidos por la **ESE CENTRO**, bienes y dineros, provenientes de actividades relacionadas con LA/FT y Corrupción, Opacidad y Fraude.
2. **Control.** Su propósito consiste en el seguimiento continuo de las operaciones y transacciones que se realicen al interior de la **ESE CENTRO**, para determinar su razonabilidad y reportar si es del caso, aquellas que, de acuerdo se consideren inusuales y no se logra obtener del cliente información pertinente que justifiquen la operación.
3. **Capacitación.** Permite propiciar y promueve un conocimiento sistemático y actualizado de las mejores prácticas en gestión de Prevención y Control de riesgos de LA/FT y Corrupción, Opacidad y Fraude.

## 9. GENERALIDADES DEL LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

Cada vez que se imponen más medidas para vigilar y controlar el sistema económico del País, porque los bienes y dineros obtenidos ilegalmente tienden a ubicarse en lugares donde las transacciones se vigilan con menos rigor, tratando de confundir las huellas de ellas.

Ante todo, hay que indicar que en el LA/FT, se consideran como actividades ilícitas, entendiéndose como tal toda conducta que nuestro ordenamiento penal ha definido como un acto o un hecho humano voluntario que destruye, lesiona o pone en peligro un interés jurídicamente protegido y, por lo tanto, exige como sanción una pena criminal.

### 9.1. ACTIVIDADES ILÍCITAS

Las actividades ilícitas pueden ser de variada especie, algunas producen dinero, pero no todas se consideran como fuente de lavado de activos o se utilizan para la financiación del terrorismo.

De acuerdo con el Código Penal<sup>4</sup>, el legislador hasta el momento ha definido las siguientes actividades determinantes como delitos fuentes mediatas o inmediatas de bienes o dineros ilícitos:

- Tráfico de migrantes
- Trata de personas
- Extorsión
- Enriquecimiento ilícito
- Secuestro extorsivo
- Rebelión
- Tráfico de armas
- Tráfico de menores de edad
- Financiación del Terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas:
- Tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias sicotrópicas
- Delitos contra el Sistema Financiero
- Delitos contra la Administración Pública
- Delitos ejecutados bajo el concierto para delinquir:
- El Contrabando
- Contrabando de hidrocarburos o sus derivados,
- Fraude aduanero o favorecimiento y facilitación del contrabando
- favorecimiento de contrabando de hidrocarburos o sus derivados en cualquiera de sus formas:
- Dineros vinculados con el producto de delitos ejecutados bajo concierto para delinquir

Como se puede observar, el lavado de activos no proviene únicamente de narcotráfico y delitos conexos, sino de una serie de conductas punibles que atentan contra la moral, las buenas costumbres, la estabilidad social y familiar y la estabilidad del Estado; es por ello que todos debemos comprometernos a una lucha frontal para evitar el flagelo que azota a la Sociedad en general.

#### 10. DEFINICIÓN DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

Se entiende por riesgo de LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO como la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir la ESE CENTRO, si es utilizada directa o a través de sus operaciones como instrumento para el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas, o cuando se pretenda el ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades. Esta situación se puede materializar a través de los riesgos: **Legal, de Contagio, Operativo y Reputacional**, con el consecuente efecto económico y prestigio negativo que ello pueda representar a la ESE CENTRO para su continuidad o realización

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallín - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

de negocios cuando es utilizada para tales actividades.

El LA/FT, constituye uno de los fenómenos ilícitos que pueden afectar a la **ESE CENTRO**, en la medida en que sus instalaciones y las operaciones sean utilizadas por los diferentes, clientes/usuarios, proveedores o usuarios, para adquirir, resguardar, invertir, transportar, transformar, almacenar, conservar, custodiar, dar apariencia de legalidad, legalizar, ocultar o encubrir bienes y dineros obtenidos de manera ilegal, tanto en moneda nacional como extranjera.

## **10.1. DEL LAVADO DE ACTIVOS**

El lavado de activos es una serie de procesos encadenados con el fin de dar apariencia de legalidad a bienes y valores obtenidos de manera ilegal.

El lavado de activos no es una conducta que se agota en un solo acto, sino que requiere de una secuencia de eventos con un solo propósito: dar apariencia de legalidad a los bienes y valores que originalmente provienen de actividades ilícitas.

### **10.1.1. Etapas para el Lavado de Activos**

La comisión de delitos genera gran cantidad de ganancias reflejadas en dinero en efectivo, títulos valores, bienes muebles e inmuebles que requieren ser colocados en el ámbito económico del país y para ellos tienen diferentes formas de hacerlo:

#### **1. Acumulación o colocación**

Supone la inmersión de los fondos dentro de los sistemas: solidario, financiero, comercial, agroindustrial, manufacturero y de servicios, especialmente en entidades que son laxas en la identificación y registro de los asociados/clientes, usuarios, usuarios y control de sus operaciones.

#### **2. Estratificación o mezcla con fondos de origen legal.**

Es la realización de sucesivas operaciones financieras y comerciales con bienes y dineros ilícitos, mezclándolos con fondos y bienes de negocios lícitos, con el propósito de eliminar el rastro de su dudosa procedencia o de que éste sea más complejo de encontrar, de tal suerte que se impida conocer su verdadero origen.

#### **3. Integración o inversión**

Es el proceso mediante el cual los bienes debidamente mezclados, se integran en organizaciones o empresas legales, en bienes muebles o en inversiones o negocios de cualquier índole de la economía nacional, sin vínculos aparentes con el delito organizado.

Este proceso de lavado sirve a tres propósitos sustanciales:

- Formar un rastro de papeles y transacciones complicado
  - Hacer ambiguo el origen y propiedad de dinero.
  - Mezclar dineros ilegales con transacciones legítimas
- Como se puede observar, con el blanqueo se busca dar a los bienes o dineros una apariencia de legalidad, pero el proceso nunca podrá darles tal carácter, como quiera que lo que sea originalmente ilícito, no puede transformarse en legítimo.

## 10.2. DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

La inconformidad motivada por una ideología política, racial, religiosa o económica cada día se torna más radical y violenta. El afán de aprovechar una coyuntura económica o simplemente hacerse al poder para disponer libremente de los recursos económicos de una región o nación, diferentes zonas del mundo están sufriendo y padeciendo el flagelo del terrorismo. Los terroristas expresan su protesta o ira atacando civiles inocentes, a menudo al azar y sin advertencia, no hay forma de protección alguna ocasionando que la población se siente indefensa contra esta forma de violencia.

### 10.2.1. Definición de Terrorismo

Es el ejercicio de una serie de actividades legales/ilegales destinadas a promover estados de alarma, zozobra o terror en la población o a un sector de ella, mediante actos que pongan en peligro su vida, su integridad física, su libertad de locomoción o impedir el disfrute y uso de bienes comunes o de servicios públicos.

### 10.2.2. Definición de Financiación De Terrorismo

En concordancia con el punto anterior podemos decir que la Financiación del Terrorismo es el aporte de recursos legales o ilegales (bienes o dinero), a células terroristas, para ser utilizados en el mantenimiento de las organizaciones y en la compra de elementos de destrucción para alterar la paz y la tranquilidad de la población en general.

La Financiación del Terrorismo es una amenaza real, por lo tanto, es de suma prioridad establecer y adelantar con diligencia claras políticas y mecanismos apropiados para conocer adecuadamente los clientes/usuarios, y certeza razonable de la legalidad de sus transacciones, de manera tal que le permita a la **ESE CENTRO**, la continuidad como empresa y la seguridad y estabilidad de sus operaciones.

## 11. ETAPAS DEL SARLAFT/SICOF

En la Administración del Riesgo se han tenido en cuenta las medidas de Prevención y Control, las cuales están enmarcadas en cuatro (4) etapas a saber:

## 11.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

En el desarrollo de los procedimientos se han enumerado las instrucciones y normas relativas a la vinculación de clientes, a fin de prevenir la vinculación de personas que estén asociadas con listas restrictivas o se vinculen sin el lleno de los requisitos preestablecidos para una relación contractual.

La **ESE CENTRO** adoptando las consideraciones de Supersalud, considera como agentes generadores del riesgo de LA/FT a las usuarias (asociados/clientes, proveedores y empleados), los canales de distribución, los productos y las jurisdicciones donde tiene operación.

Para llevar a cabo la identificación y análisis de los eventos de riesgo se ha fundamentado en el análisis del entorno y del contexto interno de la Entidad, y de esta forma aminorar la posibilidad de pasar por alto riesgos significativos. En el análisis se ha tenido en cuenta aspectos como:

- a) Conocimiento y revisión del marco regulatorio que aplica al sector salud, según las instrucciones contenidas en la Circular 000009 de 2016 y circular externa No. 20211700000005-5 de 2021.
- b) Análisis de documentos de referencia de organismos nacionales o internacionales, especializados en prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo.
- c) Análisis de situaciones relacionadas con LA/FT en diferentes sectores del sistema SGSSS.
- d) Análisis de los clientes, productos, mercados, canales y jurisdicciones.
- e) Conocimiento y análisis de posibles fallas históricas o potenciales.
- f) Análisis de reportes de operaciones sospechosas y operaciones inusuales detectadas en el pasado.

Son los riesgos a través de los cuales se materializa el riesgo de LA/FT, los siguientes:

### 11.1.1. Riesgo Operativo

Es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir la **ESE CENTRO** al incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos.

### 11.1.2. Riesgo Legal

Es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir la **ESE CENTRO** al ser sancionada u obligada a indemnizar daños como resultado del incumplimiento de normas o regulaciones, obligaciones contractuales, fallas en los contratos y transacciones derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.

### 11.1.3. Riesgo de Contagio

Es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir la ESE CENTRO directa o indirectamente por una acción o experiencia de una persona natural o jurídica que posee vínculos con la Entidad.

### 11.1.4. Riesgo Reputacional

Es la posibilidad de pérdida en que se incurre por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, cierta o no, respecto de la ESE CENTRO y de sus prácticas de negocios que puede causar pérdida de clientes/usuarios, disminución de ingresos o verse comprometida en procesos judiciales.

El Riesgo Reputacional debe ser objeto de cuidado y seguimiento permanente por cuanto su ocurrencia puede acarrearle a la Entidad:

- Desvalorización de la marca
- Pérdida de relaciones comerciales
- Rechazo de otras entidades nacionales y extranjeras
- Pérdida de clientes
- Dificultad para conseguir proveedores
- Dificultad para hacer inversiones
- Dificultad para acceder al crédito
- Dificultad para mover y administrar el capital social

Por su parte, en el Subsistema SIGOF, la identificación del riesgo se lleva a cabo determinando las causas con base en el contexto interno, externo y del proceso que pueden afectar el logro de los objetivos. Algunas causas externas no controlables por la entidad se podrán evidenciar en el análisis del contexto externo, para ser tenidas en cuenta en el análisis y valoración del riesgo.

A partir de este contexto se identifica el riesgo de Corrupción, Opacidad o Fraude, el cual estará asociado a aquellos eventos o situaciones que pueden entorpecer el normal desarrollo de los objetivos del proceso o los estratégicos.

Para la adecuada identificación de riesgos, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

1. Identificación de todos los procesos de la entidad y las partes interesadas con las que interactúa.
2. La metodología para utilizar en la identificación de los riesgos será la técnica de "Lluvia de ideas" contemplada en la ISO 31010 teniendo en cuenta las siguientes

reglas:

- Suspender el juicio: Eliminar toda crítica. No se permite ningún comentario crítico a las ideas realizadas. Se anotarán todas las ideas. La evaluación se reserva para después.
  - Pensar libremente. Pensar fuera de los límites de lo habitual, de lo normal, pueden surgir soluciones nuevas. Algunas ideas no convencionales se transforman en prácticas.
  - La cantidad es importante. Cuanto mayor sea el número de ideas se tendrá la posibilidad de escoger, adaptar o combinar.
  - El efecto multiplicador. Los participantes pueden sugerir mejoras de las ideas de los demás o conseguir una idea mejor a partir de otras dos.
3. Para llevar a cabo lo indicado en el punto anterior se deben tener en cuenta los siguientes factores, sin limitarse a ellos así estén o no bajo su control:
- Las fuentes de riesgo tangibles e intangibles.
  - Las causas y los eventos.
  - Las amenazas y las oportunidades.
  - Las vulnerabilidades y las capacidades.
  - Los cambios en los contextos externo e interno.
  - Las consecuencias y sus impactos en los objetivos.
  - Las limitaciones de conocimiento y la confiabilidad de la información.
  - Los sesgos, los supuestos y las creencias de las personas involucradas
4. Para nuevos procesos o proyectos debe realizarse la identificación de los riesgos de Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude. Igualmente aplica para los cambios en los procesos.

## 11.2. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN

Se ha efectuado un inventario de los factores de riesgo, encontrando que, dada las características de la actividad desarrollada por la **ESE CENTRO**, el tipo de servicio social que se presta y la población a que está dirigida, hasta el momento no se ha presentado una novedad que implique riesgo, sin embargo, con la adecuada vinculación que existe y la implementación de este Manual, reforzamos nuestra gestión, para minimizar nuestro factor negativo de riesgo.

Para el SICOF, en esta etapa se medirán los riesgos por la probabilidad de ocurrencia y su impacto en caso de materializarse. Para llevar a cabo esta etapa se deben tener en cuenta todos los lineamientos del Manual de gestión de Riesgos de la **ESE CENTRO**.

### 11.3. CONTROLES

Se tiene claro los riesgos mediante los cuales se puede materializar el Riesgo de LA/FT y de Corrupción, Opacidad y Fraude, es por ello por lo que hace seguimiento operacional a las transacciones realizadas por nuestros usuarios y en caso de presentarse alzas bruscas de o movimiento anormal de ellas, la **ESE CENTRO** las catalogará como operaciones sospechosas y como tal serán reportadas a la UIAF.

### 11.4. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

El Seguimiento y Monitoreo permite detectar desviaciones que se puedan presentar dentro de la Entidad y para ello, hemos establecido canales de comunicación apropiados, divulgando las medidas de control, dando a conocer manuales y procedimientos internos de la Entidad, quienes son los responsables de su manejo, cómo se detectan las operaciones inusuales o sospechosas y los canales de comunicación para darlas a conocer.

## 12. ESTRUCTURA PARA LA IMPLEMENTACION DEL SARLAFT Y SICOF.

La RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E., en adelante la **ESE CENTRO**, en concordancia con lo estipulado en la Circular 000009/2006 y 20211700000005-5 del 2021, para el cumplimiento de los principios y objetivos indicados con anterioridad, implementara los subsistemas Administración de las Políticas de Prevención y control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo, LA/FT y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, a través de los siguientes elementos:

### 12.1. POLÍTICAS

#### 12.1.1. Políticas del SARLAFT

Las diferentes políticas, normas y procedimientos desarrollados a lo largo del presente Manual y de los anexos que lo conforman, son los lineamientos generales adoptados por la **ESE CENTRO** en relación con el **SARLAFT** y son acordes con las normas fijadas por la Superintendencia Nacional de Salud, de estricto cumplimiento por todos y cada uno de los, directivos, empleados, clientes/usuarios, quienes en el desarrollo de sus funciones o actividades, anteponen principios y valores por encima de los objetivos comerciales de la Entidad, lo cual les permite no versen involucrados en investigaciones internas, administrativas, estatales o penales, por actuaciones intencionales (dolosas) u omisivas (culposas) asumiendo las consecuencias del caso de acuerdo con el Régimen Sancionatorio de orden legal y el establecido en el Código de Ética y Conducta adoptado

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 30 de 70

por la Honorable Junta Directiva, el cual es de pleno conocimiento de todos y cada uno de los miembros de la **ESE CENTRO**.

Los órganos de dirección, administración y control, así como todos los empleados contribuyen al aseguramiento de la confianza del público en la Entidad en particular y en el sector SGSSS, protegiendo la imagen y la reputación, velando por la seguridad, transparencia y confiabilidad en las operaciones que en la **ESE CENTRO** se realizan.

Las políticas adoptadas son las siguientes:

- Las políticas de administración del riesgo LAFT y sus lineamientos, serán aprobados por la Junta Directiva de la entidad.
- Todos los clientes, funcionarios y usuarios deben cumplir a cabalidad con las políticas establecidas para prevenir y controlar el riesgo y evitar que la entidad sea utilizada para el LAFT.
- Los directivos y administradores se comprometen a impulsar en todos los niveles de la estructura organizacional la cultura en materia de administración del riesgo de LAFT, con base en la identificación, gestión y control de los factores de riesgo.
- No se puede establecer relación contractual con ninguna persona que no esté plenamente identificada.
- Existe mayor cuidado y mayor exigencia en la vinculación de clientes/usuarios que por su perfil o funciones que desempeñan pueden exponer en mayor grado de riesgo del LAFT a la ESE CENTRO, especialmente a los relacionados con PEPs.
- La información privilegiada está sujeta a reserva y custodia por parte de los empleados de la Entidad.
- La reserva de información no opera para los requerimientos emanados de la UIAF o de otra autoridad competente.
- Se presta atención prioritaria, previo el lleno de los requisitos legales, a todo requerimiento que se reciba de autoridades competentes.
- Se atiende en un todo, las políticas sobre manejo de conflictos de interés que han sido desarrolladas y adoptadas en el Código de integridad y Buen Gobierno, el cual es de conocimiento de todos y cada uno de los colaboradores de la Entidad.
- No se aceptan clientes/usuarios, quien realice negocios con países señalados previamente por el GAFI como reticentes al cumplimiento de normas sobre Prevención y Control del LAFT. Igual tratamiento se dará para los países señalados en lista negra por OFAC.
- Las diferentes áreas de la Entidad, en caso de necesidad o de detección de una operación inusual, deben reportar al Oficial de Cumplimiento, quien será el encargado del estudio y razonabilidad de la operación o determinará la necesidad del reporte.

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 441 1518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

- Los documentos sujetos a reserva, así como los derivados de operaciones inusuales o sospechosas, serán objeto de custodia y conservación por parte del Oficial de Cumplimiento según el procedimiento establecido para tal fin.
- No se puede dar a conocer información a empleados diferentes a la Unidad de Cumplimiento, a los clientes/usuarios y extraños, información relativa a las operaciones intentadas y sospechosas que han sido objeto de reporte ante autoridades competentes.

Todo acto violatorio de las políticas y procedimientos del Manual **SARLAFT**, así como de los principios y valores del Código de Ética y Conducta, serán objeto de sanción por parte de estamento designado por el Comité de Cumplimiento de la **ESE CENTRO**.

### 12.1.2. Políticas del SICOF

Para llevar a cabo la implementación del SICOF, se adoptan los siguientes lineamientos:

- Los directivos, empleados, colaboradores y/o prestadores de servicios, no participan en ninguna forma de fraude, soborno o práctica de corrupción, directa o indirectamente, y toman las medidas necesarias para combatirlos, independientemente de cualquier forma o tipología de la que se trate.
- La **ESE CENTRO**, establece y promueve dentro de toda la organización, una cultura institucional encaminada a fortalecer la transparencia como valor y principio de toda actuación como lo establece el código de conducta y buen gobierno.
- A través del Código de Ética se definen las reglas de conducta con el fin de prevenir la promoción de cualquier forma de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- Se prohíbe mantener relaciones de ningún tipo con directivos, empleados, colaboradores, prestadores de servicios, proveedores o terceros que hayan sido condenados por actividades ilícitas relacionadas con el fraude, la corrupción o el soborno.
- La **ESE CENTRO**, no tolera que sus directivos, empleados y demás colaboradores, y/o prestadores de servicios, proveedores, contratistas y cualquier tercero que tenga vínculo con la entidad, obtengan resultados económicos, comerciales o de cualquier otra índole, a cambio de violar la ley o actuar de manera deshonesto.
- Adopta un enfoque preventivo, de tal forma que las vulnerabilidades son minimizadas desde su origen, a través de adecuados criterios de diseño organizacional y programas de transformación cultural.
- Segmenta, identifica, mide, controla y monitorea los factores de riesgo relacionados con el Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude y, evalúa sistemática y periódicamente, la exposición a los riesgos relacionados con estos delitos, con el fin de implementar medidas administrativas efectivas.

- La **ESE CENTRO** tiene a disposición de todos los grupos interés la línea ética para la recepción y registro de indicios o incidentes por posibles actos indebidos cometidos por parte de sus colaboradores, prestadores de servicios y/o demás grupos de interés. Además, gestiona de forma oportuna todas las denuncias de actos relacionados con el riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude.

## 12.2. PROCEDIMIENTOS

### 12.2.1. Procedimientos SARLAFT

Los Procedimientos que se adoptan para la aplicación debida de las políticas de Prevención y Control de LA/FT obedecen a la necesidad de garantizar la transparencia y seguridad de la operación, la confianza de los clientes y comunidad en general, previniendo, controlando y reportando las situaciones o riesgos que exponen a la **ESE CENTRO**, a los efectos asociados con bienes y dineros provenientes de actividades delictivas.

Para el desarrollo de los Procesos y Procedimientos adecuados se tienen en cuenta las prácticas internacionales y el cumplimiento de las normas legales en la materia. Obviamente, para el debido cumplimiento de las políticas, se observa en un todo el conocimiento de la Misión y Visión e igualmente, la aplicación del Código de integridad y buen gobierno, en el que se plasman los principios y valores de la **ESE CENTRO**.

**Por lo anterior se ha definido como prioritario los siguientes procedimientos generales:**

- Vinculación y mantenimiento de relaciones contractuales con los asociados/clientes, teniendo en cuenta los procesos sobre vinculación y debida diligencia en su identificación y análisis de documentación aportada.
- Consultas oportunas de las listas cautelares (ONU, OFAC/Clinnton, etc.). Cuando se trate de personas jurídicas, esta consulta abarca a representantes legales, socios de la sociedad, miembros de junta directiva, revisor fiscal.
- Identificar los clientes/usuarios con actividades consideradas de alto riesgo y el monitoreo constante a sus operaciones.
- Actualización de información de los asociados/clientes/usuarios.
- Detección de operaciones inusuales, definición de las operaciones sospechosas y el reporte ante la UIAF.
- Atención oportuna de las solicitudes de información que realicen las autoridades competentes.
- Conservación de documentos.
- Régimen Sancionatorio, el cual está desarrollado en el Código de Ética y Buen

RÉD DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518-Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Gobierno.

### 12.2.1.1. Conocimiento de Clientes/Usuarios

#### Concepto de Cliente/Usuario

Son clientes/usuario de la **ESE CENTRO**, todas aquellas personas naturales o jurídicas con las que se establece y/o mantiene una relación contractual para la prestación de cualquier servicio o el suministro de cualquier producto/servicio, propio de la Entidad.

#### Conocimiento de Cliente/Usuario

“Conocer adecuadamente la actividad desarrollada por los clientes y el entorno socioeconómico en que se desenvuelven se basa en lo establecido en la Ley 1108 de 2006, en el Decreto 663/93 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero) y en las normas emitidas por la Superintendencia de la Salud en su Circular Externa 000009//2016.

Conocer al usuario requiere identificarlos correctamente y estar alerta sobre sus operaciones para detectar oportunamente las transacciones inusuales y tomar las acciones correctivas del caso.

Para lograr este propósito es importante estandarizar la forma como se deben vincular los clientes a la Entidad y las condiciones que éstos deben reunir, buscando siempre proteger la imagen y reputación de la **ESE CENTRO**, así como el buen nombre de sus empleados, asociados y usuarios.

Las políticas irrestrictas de conocer al usuario son las armas más efectivas que posee la **ESE CENTRO** para evitar ser utilizada en operaciones ilícitas, es por ello, que dentro del proceso de vinculación se aplican todos los procedimientos implementados para conocer al usuario, su moralidad comercial y el origen de sus recursos.

La **ESE CENTRO**, tiene claras políticas sobre selección, vinculación y mantenimiento de información de todos sus asociados/clientes, quienes deben cumplir con los procedimientos de vinculación establecidos, suministrando toda la información solicitada, diligenciando los formularios de admisión, indicando en él, la declaración de origen de sus fondos, la autorización para consulta de listas restrictivas y en bancos de datos.

#### Vinculación de Clientes

Se deben aplicar todos los procedimientos implementados para conocer al cliente, deben ser los mismos aplicados para la vinculación de proveedores y adicionalmente, cumplir con los protocolos de vinculación.

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia. Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 441 1518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

### Política "conozca a su cliente"

El cumplimiento de los requisitos para vincular un cliente es de carácter obligatorio y es un medio fundamental para el conocimiento del cliente y de su actividad económica, es obligatorio el diligenciamiento en su integridad del Formulario de Registro de Clientes con su respectiva huella y firma, ya sea que actúe en su nombre o en representación de una firma, adjuntando los soportes y posterior aprobación de la vinculación. En el evento en que el potencial cliente no cuente con la información solicitada, se deberá consignar dicha circunstancia en el espacio correspondiente.

### Principio "Conozca a su cliente"

Consiste en identificar plenamente al cliente y su entorno socio económico. El "conocimiento del cliente" indica conocer de manera permanente y actualizada, cuanto menos los siguientes aspectos:

- **Identificación:** de la persona natural o jurídica que aspira a tener una relación comercial de tipo contractual. Tratándose de personas jurídicas, implica el conocimiento de la estructura de su propiedad, es decir, la identidad de los accionistas, socios o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación de la entidad.
- **Actividad económica del cliente.**
- **Características, montos y procedencia de sus ingresos** que soporte razonablemente la utilización de los productos adquiridos o suministrados la Entidad.

La metodología para conocer al cliente permite:

- Recaudar la información para comparar las características de sus transacciones con las de su actividad económica.
- Monitorear continuamente las operaciones de los clientes.
- Contar con elementos de juicio que permiten analizar las transacciones inusuales de esos clientes y determinar la existencia de operaciones sospechosas.

### Entrevista

Debe realizarse una entrevista personal con el potencial cliente, la cual puede cumplirse en el momento de la vinculación, la cual debe ser ejecutada por personal vinculado a la Entidad, es decir, no puede ser por parte de terceros.

Los clientes definidos con perfil de riesgo alto, la entrevista la debe realizar un funcionario designado por la Gerencia.

De la entrevista debe permitir conocer como mínimo:

- Detalles sobre el origen del patrimonio.
- El patrimonio estimado del cliente.
- El origen de los fondos que se recibirán inicialmente.
- Si tiene negocio propio, nombre y dirección del mismo.
- Tamaño del negocio del cliente.

Toda entrevista debe quedar registrada en el formulario de vinculación, en donde conste el nombre del entrevistador, la fecha y hora de su realización y los resultados de la misma.

### Identificación

Quien vincula un cliente debe verificar adecuadamente su identidad, buscando recopilar la mayor evidencia documental posible sobre lo informado por éste.

Los empleados de la **ESE CENTRO** están obligados a seguir todos los pasos necesarios para lograr la correcta identificación del cliente, aun cuando se trate de personas "recomendadas". Muchas veces, en estos casos, se tiene la tendencia a aceptar la palabra y a omitir los controles.

Si un cliente/usuario no está dispuesto a suministrar la información necesaria, la vinculación contractual no podrá darse, mientras no se haya diligenciado en su integridad el formulario, realizado la entrevista, adjuntado los soportes exigidos y aprobado la vinculación de este, como mínimo.

### Consultas listas Cautelares

Previa a la entrevista y posterior vinculación, es obligatorio la consulta del nombre y documento de identidad del potencial cliente con las listas cautelares (**ONU, OFAC/Clinton**), pues como se sabe, bajo ninguna circunstancia se puede tener vínculos contractuales con personas señaladas en dichas listas.

Es importante indicar que la lista expedida por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, tiene carácter de vinculante por ser Colombia país signatario de la ONU.

La lista **OFAC-Clinton** no es vinculante, pero si existe razón objetiva para la **ESE CENTRO** no mantener negocios con personas relacionadas en dicha lista, por cuanto expone su integridad a peligros por la aplicación extraterritorial de las leyes americanas.

La consulta se debe hacer previa a la vinculación como cliente.

Para las personas jurídicas, también, se debe realizar sobre todas aquellas personas que figuren en el Certificado de la Cámara de comercio, tales como representantes legales y suplentes, miembros de junta directiva o de socios y revisor fiscal principal y suplentes.

Cada vez que ocurra una actualización de listas, los mecanismos de control deben prever

consulta de inmediato con la base de clientes. En el evento de figurar algún cliente, vinculado con anterioridad a la inclusión en lista, se debe reportar de inmediato al Oficial de Cumplimiento, quien someterá el caso a consideración del Comité de Cumplimiento para tomar una decisión final sobre la continuidad del cliente y la conveniencia y racionalidad de efectuar el reporte ROS.

### Formulario de Vinculación

La solicitud de vinculación debe estar totalmente diligenciada en todos sus campos, firmada y con la huella dactilar, acompañada con la fotocopia del documento de identidad y demás documentos requeridos por la **ESE CENTRO**, necesarios para comprobar la identidad del proveedor, en el caso de empleados será la hoja de vida.

### Confirmación de Datos

Por medios idóneos propios o contratados se debe verificar la documentación y los datos suministrados por la usuaria en el formulario de vinculación. Esta confirmación incluye la consulta a las diferentes centrales de riesgo existentes y que la Entidad haya celebrado el contrato de suministro de información respectiva.

### Seguimiento Transaccional

Conocer a los clientes requiere identificarlos bien y estar alerta sobre sus operaciones para prevenir eventos de riesgo y detectar a tiempo transacciones inusuales o sospechosas.

### Visita Domiciliaria

Se debe establecer un programa de visitas periódicas para aquellos clientes/asociados que por su perfil requieren un seguimiento comercial y de control, con el fin de visitar su establecimiento o negocio, así como su domicilio para determinar su entorno, capacidad instalada, volumen de ventas. De estas visitas se debe dejar constancia en acta respectiva. Si en el curso de la visita se detecta una situación irregular y el Oficial de Cumplimiento lo considera como ROI, deberá documentarla para su seguimiento. (Implementar cronograma para visitas)

### CONCEPTO DE USUARIO

Son personas naturales que utilizan los servicios la **ESE CENTRO**. Su identificación está a cargo del personal que lo atiende.

### Recibo y/o venta de bienes recibidos en dación en pago.

En el recibo de bienes recibidos en dación en pago, así como la venta posterior de los mismos, se debe actuar con toda diligencia y efectuar los controles en cuanto a:

- Consulta en listas restrictivas (ONU, OFAC/Clinton, etc.). Cuando se trate de

personas jurídicas, esta consulta abarca a representantes legales, socios de la sociedad, miembros de junta directiva, revisor fiscal.

- Diligenciamiento del formulario diseñado para tal fin y firma del contrato respectivo.
- Confirmación de sus datos biográficos y comerciales, de acuerdo con los medios locales a su alcance.
- Certificación del origen de los activos (Recibo de daciones en pago). Para los bienes inmuebles se debe analizar la tradición del bien inmueble que se va a recibir.
- Certificación de origen de fondos (pago de bienes recibidos en dación de pago).

### Conocimiento Del Mercado

El conocimiento de las operaciones y necesidades del asociado/cliente, así como la aplicación de las recomendaciones del GAFI, de la UIAF y de otros entes nacionales e internacionales, permite a la ESE CENTRO, formar un criterio razonable para clasificar al asociado/cliente, facilitando el establecimiento de controles para analizar su comportamiento y razonabilidad de sus operaciones.

### Concepto del Mercado

Entendemos como mercado el conjunto de operaciones que realizan los clientes y usuarios en el desarrollo de los servicios y productos que ofrece la Entidad. Todas las operaciones, activas, pasivas y neutras, que realiza una entidad conforman su mercado.

El Conocimiento del Mercado como tal no es útil para la ESE CENTRO si no se convierte en herramientas prácticas para la prevención y control al LA/FT como, por ejemplo, las siguientes:

- Señales de Alerta
- Segmentos de Mercado
- Factores de Riesgo
- Criterios de normalidad
- Perfiles de Clientes

Este tema es fundamental para el éxito de la política de prevención al lavado de activos, pues una de las formas más efectivas de detectar operaciones sospechosas es cuando las operaciones realizadas por un cliente se salen de los criterios de normalidad establecidos para un determinado segmento.

### Resultados Del Conocimiento Del Mercado

Para efectos de prevenir el lavado de activos, el Conocimiento del Mercado permite tener más información sobre:

- Las operaciones, las áreas y los clientes que conllevan un mayor riesgo para la entidad.

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

- Las características de los clientes que pertenecen a un determinado segmento.
- Las principales variables macroeconómicas que influyen en el mercado.
- Los ciclos que rigen las actividades de sus clientes.

### **Segmentación Del Mercado**

Para la Segmentación y Perfil de Clientes, se tomó como base la experiencia, la aplicación de las recomendaciones del GAFI, de la UIAF y de otros entes nacionales e internacionales, así como la actividad principal o secundaria que ejerza el cliente o usuario.

Todo esto permitió formar un criterio razonable para clasificar los clientes/usuarios en los segmentos en los cuales se desenvuelven, facilitando establecer controles estrictos y profundizar en el conocimiento de sus actividades y en el comportamiento de sus actividades frente a la capacidad instalada y a la actividad económica en que se desenvuelven. Adicionalmente, para casos muy particulares se han determinado visitas personales mediante las cuales se presta un soporte comercial al gerente para conocer más a fondo el cliente, así como evaluar sus mecanismos de control y la aplicación razonable de políticas gubernamentales en su organización.

#### **12.2.1.2. Conocimiento de Personas Expuestas Políticamente “PEP”**

La Junta Directiva es el único estamento autorizado para dar el visto bueno de vinculación de los prospectos de clientes PEP, entendiéndose como tales a personas naturales (nacionales<sup>5</sup> o extranjeras<sup>6</sup>) que por su perfil o por las funciones que desempeñan pueden poner en mayor grado al riesgo de LA/FT, tales como: los que manejan recursos públicos, detectan algún grado de poder público o gozan de reconocimiento público.

#### **Procedimiento para vinculación de PEP**

En los procesos de vinculación, debida diligencia, actualización anual y conocimiento del cliente, las personas consideradas PEP informarán su cargo, fecha de vinculación y fecha de desvinculación del cargo público desempeñado.<sup>7</sup>

Además, se debe:

- Identificar plenamente a la persona (PEP), y su actividad económica.
- Solicitar soportes del origen de sus fondos.
- Determinar si la persona maneja o no recursos públicos.
- Llevar un seguimiento y vigilancia especial sobre las operaciones realizadas.

Cuando exista un asociado/cliente que posterior a su vinculación con la Entidad se le considere PEP, el Oficial de Cumplimiento informará sobre ello a la Gerencia y se pondrá en conocimiento de la Junta Directiva, quien debe decidir sobre su continuidad y los ajustes que se deben tener en el seguimiento operacional.

### Actualización de la Información

La información suministrada por un usuario debe actualizarse por lo menos una vez al año y deberá monitorearse por el Oficial de Cumplimiento.

El Oficial de Cumplimiento coordinará los mecanismos que se adopten para la actualización de datos.

El Oficial de Cumplimiento llevará un cuadro de control para medir el grado de avance de la actualización.

La solicitud de actualización de la información de aquellos clientes que se clasifiquen como inactivos, se debe realizar una vez cese dicha condición.

### 12.2.1.3. Conocimiento de Empleados

La **ESE CENTRO**, tiene claras políticas sobre selección, vinculación y mantenimiento de información de todos sus empleados, quienes en el desempeño de sus funciones deben cumplir estrictamente con el Código de Ética y Buen Gobierno, con el Reglamento Interno de trabajo y con las políticas, normas y procedimientos desarrollados en el presente Manual para prevenir el LA/FT.

Cualquier persona que aspire a vincularse como empleado de **ESE CENTRO** no podrá haber sido sancionado por ningún tipo de delito incluidos los relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo.

Cuando se compruebe, se tenga duda o sospecha de la vinculación o participación de un empleado de la empresa en actividades internas o externas en operaciones o actividades de lavado de activos y financiación del terrorismo, será inmediatamente desvinculado y se podrá poner el hecho en conocimiento de las autoridades competentes.

Toda persona que ingrese como funcionario a la **ESE CENTRO**, antes de iniciar sus labores, debe recibir la adecuada capacitación en el "Sistema Integral para la Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo".

La capacitación en el SARLAFT será una actividad continua en todos los niveles de la Entidad, de acuerdo con los lineamientos oficiales y la experiencia en la prevención del Lavado de Activos y financiación del terrorismo.

La **ESE CENTRO** para la vinculación de sus empleados, aplica en un todo el requisito señalado en Régimen del Sector Público Colombiano y en el Reglamento Interno de Trabajo y, serán objeto de permanente monitoreo para evaluar su desempeño y prevenir a tiempo, posibles omisiones en el Control y Prevención del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 -3

#### 12.2.1.4. Conocimiento de Proveedores = Contratistas

En las relaciones contractuales con los proveedores/contratistas se debe actuar con toda diligencia y efectuar los controles en cuanto a:

- Consulta en listas cautelares (ONU, OFAC/Clinton, etc.). Cuando se trate de personas jurídicas, esta consulta abarca a representantes legales, socios de la sociedad, miembros de junta directiva, revisor fiscal.
- Diligenciamiento del formulario diseñado para tal fin y firma del contrato convenio respectivo.
- Confirmación de sus datos biográficos y comerciales, de acuerdo con los procedimientos establecidos para la vinculación de clientes/asociados.

La Entidad no tendrá relaciones comerciales con personas naturales o jurídicas vinculadas por las autoridades competentes en actividades delictivas, de LA/FT y que se encuentren reportados en listas ONU, OFAC o en la lista interna de clientes reportados. Igualmente, aquellos que hayan sido vinculados y sancionados por la Administración pública en investigaciones de carácter fiscal (manejo de recursos públicos)

La Entidad dará por terminadas las relaciones comerciales con personas naturales o jurídicas vinculadas, cuando sean señaladas por las autoridades competentes en actividades delictivas, de LA/FT o que sean reportadas en listas ONU = OFAC, o por autoridades (Contraloría, Procuraduría, Policía Nacional).

Para realizar negociaciones con clientes externos, encaminadas a obtener insumos para la Entidad o servicios especiales, se seguirá un procedimiento establecido, solicitando cotizaciones, certificado de cámara de comercio, RUT, cartas de referencias, certificaciones de cumplimiento sobre materia de prevención y control del LA/FT (en caso de que su actividad esté regulada) y se analizan dichas cotizaciones frente al presupuesto destinado para tal fin, eligiendo así el suministro de la Entidad más confiable, de mejor calidad y mejores precios. No se vinculará al proveedor que se niegue a suministrar la información solicitada.

#### 12.2.1.5. Identificación de Operaciones inusuales y/o sospechosas

##### Identificación y Análisis de Operaciones Inusuales

Son inusuales aquellas operaciones cuya cuantía o características no guarden relación con la actividad económica de los asociados/clientes o usuarios, o que por su número, por las cantidades transadas o por sus características particulares, se salen de los criterios y parámetros de normalidad establecidos por la Entidad, en los diferentes procedimientos de vinculación y seguimiento operacional de los clientes, y la Entidad, no ha encontrado explicación o justificación que se considere razonable.

Si los funcionarios detectan una situación inusual, deben solicitar al cliente las explicaciones por escrito y la declaración de origen de fondos. Si consideran que es insuficiente la información suministrada debe proceder a su envío al Oficial de Cumplimiento, quien se encargará de la refréndación o reporte según el caso.

Por otra parte, cualquier empleado que a su juicio considere que existe una operación o transacción inusual de un cliente/usuario, debe reportarla directamente al Oficial de Cumplimiento, quien, con la debida guarda de la información confidencial recibida, analizará la situación y si es del caso, se llevará a conocimiento del Comité de Cumplimiento.

Como complemento de verificación y soporte, la **ESE CENTRO** cuenta con un amplio conocimiento de las características básicas de las operaciones en las que se involucran corrientemente, sus clientes. Se identifican las operaciones inusuales de los clientes, las cuales se confirman por medios prácticos y razonables, para evitar juicios de valor negativos y la potencial pérdida del cliente. En caso de no ser satisfechas las explicaciones se procede a su reporte de operación sospechosa de acuerdo con las instrucciones recibidas.

### **Determinación y Reporte de Operaciones Sospechosas**

De acuerdo con la prudencia que demanda una gestión gerencial, una operación es sospechosa cuando se observan diferencias notables al confrontar una operación inusual con la información adicional suministrada por el cliente, desborda los parámetros normales y existen argumentos razonables que soportan dicha situación.

La calificación de "Sospechosa" sólo la determina el Comité de Cumplimiento, previo estudio y documentación por parte del Oficial de Cumplimiento y será el encargado de presentarlo adicho Comité para decidir su reporte ante la UIAF.

Puede existir una situación especial que no da tiempo para reunir el Comité de Cumplimiento con el propósito de declarar una operación sospechosa, evento en el cual el Oficial de Cumplimiento puede sin previa consulta, proceder de conformidad. No obstante, esta situación debe ser de conocimiento del Comité en su próxima sesión.

#### **12.2.1.5.1. Señales de Alerta**

Son indicadores cualitativos y cuantitativos que permiten inferir de manera temprana y prospectivamente la posible existencia de un hecho, situación, evento, cuantía, indicadores financieros o razones financieras que permiten identificar comportamientos que se salen de los parámetros previamente definidos como normales, teniendo en cuenta los diversos factores de riesgo: clientes, productos, canales de distribución, jurisdicciones.

#### **Cómo se detectan las señales de alerta**

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Las señales de alerta pueden ser detectadas por:

- Los controles establecidos.
- Vivencias de la Entidad, empleados.
- Requerimientos de organismos externos.
- Información de los medios de comunicación.
- Información recibida del entorno.
- La inclusión en la lista OFAC/Clinton y ONU.
- Falta de consistencia en la información suministrada
- Tipologías detectadas por la UIAF

### Eventos de Alerta

- La ESE CENTRO ha establecido una lista de señales de alerta, determinando algunos de los hechos o circunstancias que ameritan aviso al Oficial de Cumplimiento por parte del empleado que las detecte. Los empleados podrán reportar circunstancias que a su juicio constituyan señal de alerta así no estén en la lista mencionada.
- Cuando se presente una señal de alerta, el Oficial de Cumplimiento debe solicitar los soportes y analizar la justificación o razonabilidad de la misma.
- Si una operación no se ha suscrito y se detecta una alerta que no pueda ser justificada o explicada por el tercero, el negocio debe ser calificado por el Oficial de Cumplimiento como de alto riesgo y emitirá concepto desfavorable de manera que no podrá ser aprobado ni legalizado.
- Si el negocio ya está en curso, y se detecta la alerta, el Oficial de Cumplimiento solicitará el seguimiento de los productos que tiene el tercero, según el tipo de alerta. Una vez reciba la información debidamente soportada, el Oficial de Cumplimiento informará al Comité de Cumplimiento y este decidirá si considera la señal de alerta superada o si se han presentado operaciones sospechosas, procederá a su reporte a la UIAF.
- En todos los casos en que se detecten señales de alerta que no sean plenamente justificadas por el tercero, se informará de ello al Oficial de Cumplimiento.

### Identificación Errónea o Falsa del Cliente

- Cédulas falsas cuyos números no han sido asignados por la Registraduría del Estado Civil.
- Cédulas adulteradas insertando o superponiendo fotos.

- Cédulas de personas fallecidas.
- Suplantación de personas y para ello entregan cédulas de personas reales.
- Personas que prestan su nombre y documentos de identificación (Testaferrato).
- Suplantación de personas jurídicas utilizando documentación legal obtenida fraudulentamente (copias de: Escrituras, Certificados de Cámara de Comercio).
- Suplantación de personas jurídicas de orden público, utilizando fotocopias de documentación legal (Actas de nombramiento, actas de posesión) y suplantando a las personas designadas para el ejercicio del cargo respectivo.

**No se debe vincular un cliente, hasta que no se verifique su nombre y documento de identidad con las listas restrictivas.**

### **Información Insuficiente o Falsa Entregada por el Cliente**

- Datos personales suministrados no corresponden con la realidad.
- El área de influencia de sus negocios está fuera del área, sin motivo aparente.
- Documentos falsos o verdaderos, pero de personas suplantadas.
- Direcciones y teléfonos de residencia o de trabajo inexistentes o corresponden a terceros totalmente ajenos a las personas consultadas.

**La información que no sea actualizada o una vez actualizada no pueda confirmarse, constituye una señal de alerta.**

### **Señales sobre establecimientos comerciales**

Estas señales de alerta deben ser observadas por los funcionarios pertenecientes a la Subgerencia Administrativa y Financiera.

- Identificación de comercios (Razón Social) o representantes legales que se encuentren vinculados a procesos de lavado o se encuentren en la lista OFAC.
- Establecimientos de comercio que tienen nuevos propietarios, cambian su naturaleza y presentan en corto lapso un nivel de facturación desbordado.
- Establecimientos de comercio que han sido constituidos con bajos capitales según su certificado de cámara y comercio y posteriormente son capitalizadas presentando altos niveles de facturación.
- Establecimientos constituidos con un capital social muy bajo, que presentan un objeto social muy amplio y con niveles de facturación desbordados.
- Establecimientos de comercio que tienen en común socios,

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallende - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 44 de 70

gerentes, administradores o representantes legales con otras personas jurídicas o empresas.

- Personas naturales o jurídicas que actúen en nombre de terceros intentando ocultarla identidad del representante legal o dueño del establecimiento.
- Establecimientos de comercio que realizan operaciones por valores o cantidades no acordes con su actividad económica.
- Establecimientos de comercio que cambian frecuentemente datos básicos de localización como dirección, teléfono, etc.

### Recomendaciones

Las actividades detalladas no indican que los clientes o sus operaciones estén involucrados en una actividad ilícita. Les corresponde a las funciones de la Subgerencia Administrativa y Financiera por los medios normales y viables, verificar el origen de las operaciones y los cambios de patrones tradicionales de sus clientes para que razonablemente determinen si es o no una operación inusual. Esto implica también:

- Profundizar el concepto de conocimiento del cliente, solicitando actualización de su información comercial y financiera.
- Analizar si los pagos en efectivo son acordes con el comportamiento de su actividad comercial.

Es importante indicar que sólo se menciona las señales más importantes. Esto no quiere decir que existan otras que pueden ser detectadas a través de conocimiento de las operaciones generadas por nuestros clientes, pero se recalca la importancia del conocimiento del cliente, así como la actualización de su información financiera y comercial, lo que permite deducir si estamos frente a una operación inusual o por el contrario amerita un reporte de operación sospechosa.

### Consideraciones

Dependiendo de la solidez de la respuesta a los flujos de trabajo generados por cualquiera de alertas detectadas, el Oficial de Cumplimiento puede dar por cerrado el caso o continuar con el análisis hasta obtener certeza razonable de la viabilidad de la operación o de lo contrario, la documentará y someterá a consideración del Comité de Cumplimiento para decidir su reporte como operación sospechosa.

#### 12.2.1.5.2. Metodología de Segmentación de los Factores de Riesgo

La segmentación, según los factores de riesgos determinados por las normas nacionales comprende:

RED DE SALUD CENTRO ESE.  
Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16  
E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co  
Nit. 805.027.261 - 3

a) Cómo potencialmente se presta servicios a personas claramente definidas e identificados por las EPS, o sistemas de seguridad de salud independientes, estas personas no se consideran clientes de la **ESE CENTRO**, por lo tanto, la prevención y el control se dará sobre usuarios claramente definidos como son: Funcionarios y proveedores. Para los primeros se tendrá en cuenta su nivel salarial/ingresos. Para los segundos, su patrimonio e ingresos.

a)b) Por productos: Como no se comercializa productos, este factor no será tenido en cuenta.

b)c) Por canales de distribución: Igual tratamiento que el anterior.

e)d) Jurisdicción: Es el sitio territorial, donde se ubican las IPS o se prestan los servicios de salud, fuera de la sede principal.

El Oficial de Cumplimiento, en conjunto con las áreas responsables de los procesos de gestión de asociados/clientes, revisarán anualmente los diferentes segmentos establecidos.

### Segmentación de los Factores De Riesgo

a. **Clientes**. La segmentación adoptada al interior de la **ESE CENTRO**, es la siguiente:

CLIENTES	
Segmento	Ingresos SMLMV
1	Hasta 29.99
2	Hasta 59.99
3	Hasta 99.99
4	100.00 en adelante

Para los segmentos 1, 2 y 3 la debida diligencia se supera con la consulta en listas restrictivas, el diligenciamiento del formulario (vinculación), el aporte de documentos reglamentarios sobre contratación estatal y llamadas telefónicas para confirmar los datos reportados.

El segmento 4 adicional a lo anterior, deben presentar copia de la declaración de renta y un balance comercial.

b. **Productos**. Como se trata de servicios de salud, no tenemos riesgo para evaluar.

c. **Canales de Distribución**. Por el tipo de actividad, este segmento no aplica para la **ESE CENTRO**.

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 60-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 46 de 70

- d. **Jurisdicciones.** Por su especial actividad de carácter social, no requiere segmentación ni seguimiento de ninguna naturaleza. Si en un futuro se estableciesen sedes o IPS, fuera de las sedes actuales, entonces se procedería a establecer el nivel de riesgo correspondiente.

### Sistema De Administración del Riesgo de LA/FT

La **ESE CENTRO** con el fin de minimizar la posibilidad que, en el desarrollo de sus operaciones, sea utilizada directa o indirectamente como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento de cualquier forma de dinero y otros bienes provenientes de actividades ilícitas, ha adoptado el siguiente procedimiento en materia de Administración del Riesgo de LA/FT.

- Cumplimiento de la misión y objetivos de la **ESE CENTRO**, a través de la gestión eficiente de los riesgos de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo a los que está expuesto en el desarrollo de su objeto social.
- Definió los lineamientos para la identificación del riesgo del LA/FT en la Entidad.
- Implementó los controles apropiados y conducentes para mitigar el riesgo del LA/FT dentro de los diferentes procesos y subprocesos que conforman la cadena de valor.
- Dio a conocer las variables necesarias en la implementación de los planes de acción requeridos para mitigar el riesgo del LA/FT, a tener en cuenta en la toma de decisiones.
- Dio a conocer las atribuciones y los roles de las diferentes instancias frente a los riesgos del LA/FT identificados.
- Identificó aquellas actividades que potencialmente constituyan o tengan como finalidad el LA/FT. En caso de un evento se reportará a las autoridades competentes.
- Involucra y compromete a los colaboradores en la búsqueda de acciones encaminadas a prevenir y administrar el riesgo del LA/FT.

#### 12.2.1.5.3. Seguimiento de Operaciones

Se definirán planes de acción para la implementación de los controles y se incorporarán en los respectivos procesos. Periódicamente se realizarán monitoreo y auditorías para evaluar el nivel de eficiencia y eficacia de los controles y realizar los ajustes pertinentes de forma oportuna.

En esta Etapa es fundamental el apoyo de Control Interno y Revisor Fiscal de la Institución, quienes en su labor de vigilancia y control deben verificar si se está dando cumplimiento a las normas y procedimientos establecidos, y si es del caso, dar a conocer al Oficial de Cumplimiento, a la Gerencia y Junta Directiva, las fallas detectadas, para que se tomen las medidas de corrección adecuadas para prevenir hacia futuro incidencias de esa naturaleza.

### Régimen Sancionatorio

Es responsabilidad de cada uno de los directivos y funcionarios de la **ESE CENTRO**, velar por el cumplimiento estricto de las disposiciones legales y las normas y procedimientos internos. El temor reverencial (lealtad permisiva en violación de normas por parte del jefe o superior) no debe existir cuando se trate de aplicar el principio de lealtad para con la **ESE CENTRO**.

Se debe tener prevención y control sobre las operaciones realizadas por los asociados/clientes/ usuarios y usuarios, para evitar que la Entidad sea utilizada como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma, dinero u otros bienes, provenientes de actividades delictivas, o para dar apariencia de legalidad a las actividades, ilícitas o a las transacciones o fondos vinculados a las mismas.

### 12.2.2. Procedimientos SICOF

Para la adecuada implementación y funcionamiento de las etapas y elementos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, la **ESE CENTRO** cuenta con los siguientes procedimientos:

- Instrumentación de las diferentes etapas y elementos del SICOF.
- Manual para la prevención del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF.
- Identificación de los cambios y la evolución de los controles, así como del perfil de Riesgo.
- Manual de gestión del riesgo.
- Medidas para evitar el incumplimiento del SICOF:

- ✓ Código de conducta y Buen Gobierno
- ✓ Política de Control Interno
- ✓ Programa de Administración del riesgo
- ✓ Política de gestión del Riesgo
- ✓ Plataforma estratégica
- ✓ Eje de gestión del riesgo

- Procedimientos y metodologías para identificar, medir, controlar y monitorear los

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia. Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude y su nivel de aceptación:

Manual de gestión del riesgo y Manual para la prevención del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF.

- Procedimientos y metodologías para implementar y mantener el registro de eventos:  
El registro de eventos relacionados con el riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude se efectuará con la misma metodología para el registro de eventos de riesgo operativo y serán registrados en la plataforma tecnológica que la ESE CENTRO ha habilitado para este fin.

### 12.3. MECANISMOS SICOF

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF de la **ESE CENTRO** deberá permitirle establecer cuándo existe una posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude, para ello, cuenta con las siguientes metodologías e indicadores cuantitativos para la oportuna detección de estas posibles actividades:

- Matriz de riesgos institucional
- Mapa de riesgos
- Plan de acción de gestión del riesgo
- Indicadores

Cada líder de proceso implementará indicadores de ejecución (KPI) que tienen como finalidad informar, controlar, evaluar y ayudar a tomar las decisiones y deberán estar alineados a la estrategia de la organización. Para cada indicador se deberá establecer los niveles "Meta" de cumplimiento, así como los niveles de "precaución" y "críticos". Estos dos últimos niveles serán considerados como señales de alerta (KRI).

La entidad dejará constancia de cada una de las posibles actividades de Corrupción, Opacidad o Fraude detectadas, así como del responsable o responsables de su análisis y los resultados del mismo.

### 12.4. INSTRUMENTOS

#### 12.4.1. Instrumentos SARLAFT

Son los que permiten ejecutar en forma efectiva, eficiente y oportuna, los mecanismos previstos para la Previsión y el Control del LA/FT. Entre ellos están:

##### 12.4.1.1. Consolidación electrónica de Operaciones en efectivo

### Monto máximo de Efectivo

Como política, toda usuario o usuario que utilice los servicios de caja para pagar servicios prestados por la ESE CENTRO, deberán diligenciar la "Declaración de Efectivo", siempre y cuando sus transacciones individuales sean iguales o superen la suma de \$5.000.000.00, o la cifra que posteriormente señale las entidades de control del Estado.

Toda operación será registrada en el sistema de información dispuesto por la E.S.E. CENTRO la cual estará sujeta a disponibilidad, oportunidad, seguridad y confiabilidad.

### 12.4.1.2. Matriz de Riesgo

El análisis de los riesgos, incluye la determinación en la matriz de riesgos Institucional de cada una de las causas, controles y/o medidas de mitigación existentes, probabilidades y estimación de los niveles de riesgo inherente y residual.

Para llevar a cabo la estimación de los niveles de riesgo inherente y residual, se han determinado las siguientes escalas de probabilidad e impacto:

#### Escalas de impacto:

Escala A	Escala B
Riesgos administrativos, operativos y otros que <b>no afectan</b> la seguridad del paciente o de manera significativa la estabilidad económica de la organización	afectan la seguridad del paciente y la estabilidad económica de la organización

#### Escalas de probabilidad:

##### Escala A:

Probabilidad			Impacto		
Alta	5	Más de 1 vez por semana	Catastrófico	5	Perdida de cliente, demandas, cierre de la empresa, alta pérdida económica
Media	3	Al menos 1 vez al mes	Moderado	3	Quejas, reclamos, pérdida económica moderada,
Baja	1	No se ha presentado en los últimos 6 meses	Mínimo	1	Sugerencias, reprocesos, asumir la cuenta

##### Escala B:

Probabilidad			Impacto		
<b>Alta</b>	5	Al menos 1 vez al mes	<b>Catastrófico</b>	5	Demandas o procesos jurídicos, eventos adversos, generación de alertas ante el INVIMA u otros entes, cierre o intervención de la empresa, alta pérdida económica, auditoría externa para revisión de la situación, daño ambiental.
<b>Media</b>	3	se ha presentado en los últimos 6 meses	<b>Moderado</b>	3	pérdida económica moderada, daño ambiental moderado
<b>Baja</b>	1	No se ha presentado en los últimos 12 meses	<b>Mínimo</b>	1	Sugerencias, reprocesos, asumir la cuenta, daño ambiental menor.

Los riesgos asociados con el LA/FT están consignados en la matriz de riesgo institucional.

## 12.4.2. Instrumentos SICOF

### 12.4.2.1. Señales de alerta.

#### En los estados financieros

- Transacciones impropias de la naturaleza de la entidad
- Inesperadas disminuciones en saldos de tesorería
- Importes elevados en cuentas de gastos a justificar por empleados
- Pagos de horas extraordinarias poco relacionadas con la actividad
- Compras de activos, desinversiones por debajo del precio de mercado
- Diferencias importantes con referentes sectoriales

#### En las etapas de contratación

- Precontractual (análisis de antecedentes)

- Ejecución del Contrato (acciones que conllevan al cumplimiento del objeto)
- Postcontractual o Supervisión

#### 12.4.2.2. Segmentación de los factores de riesgo

La documentación de la metodología de segmentación de los factores de riesgo se encuentra en documento separado y hace parte integral de este manual.

### 12.5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

#### 12.5.1. Estructura Organizacional SARLAFT

Los Órganos de Control de la ESE CENTRO (dirección, administración, cumplimiento) tienen a su cargo fijar las políticas de Prevención y Control para la protección de la Entidad y tienen las siguientes facultades y funciones en relación al SARLAFT:

##### 12.5.1.1. Junta Directiva

La Junta Directiva como máximo órgano rector, asume el mayor compromiso para adoptar normas y políticas que permitan prevenir, controlar y administrar eventos de riesgo del lavado de activos y de la financiación del terrorismo, por lo tanto, le corresponde:

1. Aprobar el Manual SARLAFT con las políticas y las bases genéricas para: el desarrollo de los procedimientos operacionales, la vinculación de asociados, clientes/usuarios, la administración de riesgos y, manejo y reporte de operaciones inusuales y sospechosas.
2. Adoptar el Código de Ética y Buen Gobierno en el cual deben estar incorporadas las políticas y normas de conducta de los empleados, así como el régimen sancionatorio respectivo.
3. Nombrar al Oficial de Cumplimiento y su suplente.
4. Pronunciarse sobre los informes presentados por: El Oficial de Cumplimiento, Control Interno y El Revisor Fiscal, efectuando el seguimiento respectivo sobre las observaciones o recomendaciones adoptadas, decisiones que deben estar consignadas en el acta de reunión de la Junta.
5. Ordenar los recursos técnicos y humanos que requiera el Oficial de Cumplimiento, para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT.
6. Aprobar el procedimiento para la vinculación de los asociados o usuarios que pueden exponer en mayor grado a la ESE CENTRO al riesgo de LA/FT, así como las instancias responsables, atendiendo que las mismas deben involucran

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 52 de 70

- funcionarios de la alta gerencia.
7. Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y reporte de las operaciones sospechosas.
  8. Designar el cargo o instancia responsable del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de operaciones inusuales.

### 12.5.1.2. Gerencia

La Gerencia como Representante Legal y responsable de la **ESE CENTRO** en desarrollo de sugestión debe divulgar los principios rectores y las normas que resulten aplicables de las decisiones y políticas dictadas por la Junta Directiva y hacer cumplir las tareas emanadas del SARLAFT dentro de la Entidad. Entre otras funciones le corresponde:

1. Estudiar con el Oficial de Cumplimiento el Manual SARLAFT y someterlo a consideración y aprobación de la Junta Directiva. Este proceso aplica también para las actualizaciones.
2. Verificar que en los procedimientos desarrollados para el cumplimiento del SARLAFT, se encuentren adoptadas las políticas trazadas por la Junta Directiva.
3. Disponer de los recursos técnicos y humanos para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT, de acuerdo con la aprobación impartida por la Junta Directiva.
4. Brindar efectivo y oportuno apoyo que requiera el Oficial de Cumplimiento para la adecuada Prevención y Control que se debe tener al interior de la **ESE CENTRO**.
5. Firmar los procedimientos operativos internos de la Entidad.
6. Responde por el adecuado manejo, actualización, conservación y la debida custodia de los documentos enumerados en el **PUNTO 8 - DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO**, los cuales deben estar a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud, cuando ésta lo solicite.

### 12.5.1.3. Oficial de Cumplimiento

El Oficial de Cumplimiento y su suplente, quienes por tener un mayor conocimiento y estar capacitados en la Prevención y Control en materia de LA/FT, asumen la responsabilidad de mantener una base sólida de información y control sobre la cual la **ESE CENTRO** puede sustentar el conocimiento de las transacciones que administra en materia de prevención de LA/FT.

## Misión

RED DE SALUD CENTRO ESE.  
Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 441 1518 Ext. 16  
E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co  
Nit. 805.027.261 - 3

El Oficial de Cumplimiento debe prestar un efectivo apoyo a la Gerencia en el adecuado control de los riesgos asociados a LA/FT, como son: Riesgo Legal, Riesgo Reputacional, Riesgo Operativo, Riesgo de Contagio.

### **Visión**

El Oficial de Cumplimiento será quien brinde a los grupos de interés de la ESE CENTRO, la confianza y seguridad que, en las operaciones y transacciones, se apliquen las políticas y procedimientos en lo referente a la prevención y control sobre los delitos de lavado de activos y del financiamiento del terrorismo.

#### **12.5.1.3.1. Requisitos del Oficial De Cumplimiento**

El Oficial de Cumplimiento, nombrado por la Junta Directiva reúne las siguientes condiciones:

- Pertenece al segundo nivel jerárquico de la Entidad.
- Acreditó conocimientos universitarios en materia de capacitación y conocimiento de Prevención y Control del LA/FT.
- Es Funcionario de la ESE CENTRO.
- Tiene capacidad de decisión para decidir sobre los reportes externos y sobre el control de la gestión de riesgo del LA/FT.
- No pertenece a áreas de Control ni tiene relación con las actividades misionales del objeto social de la Entidad.
- Cuenta con el soporte adecuado para el desarrollo de su función.
- Tiene pleno respaldo de la Gerencia y de la Junta Directiva.

#### **12.5.1.3.2. Requisitos que reúne el Oficial de Cumplimiento Suplente**

El Oficial de Cumplimiento suplente reúne las mismas condiciones del Titular, salvo que no es de segundo nivel dentro de la Entidad. Tiene bajo su responsabilidad lo mencionado para el Oficial de Cumplimiento principal, en caso de su ausencia temporal de acuerdo con las normas establecidas en la Circular 000009 de Supersalud.

#### **12.5.1.3.3. Funciones**

Las funciones son de medio y no de resultado, por consiguiente, le corresponde:

- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de Las etapas que conforman el SARLAFT.
- Proponer con la Gerencia a la Junta Directiva, la actualización, adopción y ajustes necesarios a las políticas del SARLAFT, así como del Código de Ética y Buen Gobierno y velar por su divulgación a los colaboradores de la Entidad.
- Identificar las situaciones que puedan generar riesgo del LA/FT en las operaciones que realiza la **ESE CENTRO**.
- Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realiza la **ESE CENTRO**.
- Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos, y controles establecidos.
- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las diferentes fases que conforman el SARLAFT.
- Reportar a la Gerencia y a la Junta Directiva sobre las posibles faltas que comprometan la responsabilidad de los empleados y se adopten las medidas a que haya lugar.
- Velar por el archivo adecuado de los soportes documentales y demás información relativa a la documentación derivada de la Prevención y el Control del LA/FT.
- Elaborar y someter a aprobación de la Junta Directiva, los criterios objetivos para la determinación de las operaciones sospechosas, así como las operaciones de usuarios, objeto de consolidación monitoreo y análisis de operaciones inusuales.
- Estudiar y documentar las operaciones inusuales intentadas o realizadas, para determinar si deben ser objeto de reporte ROS, ante la UIAF.
- Recibir y analizar los reportes internos de las posibles operaciones inusuales intentadas o sospechosas y decidir sobre el reporte de estas operaciones ante la UIAF.
- Entregar dentro del tiempo previsto a la SNS, copias de actas de Junta Directiva, sobre la aprobación del Manual SARLAFT y de las políticas adoptadas.
- Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo del LA/FT y velar por su cumplimiento.
- Informar a la UIAF cambios de usuarios del Sistema de Reporte en Línea SIREL.
- Estar al día sobre documentos y pronunciamientos emanados de las entidades de control y de la UIAF, que sirven de soporte para el desarrollo de la gestión de Control.
- Evaluar los informes presentados por la Revisoría Fiscal y la Auditoría Interna como resultado de sus visitas de inspección a las diferentes áreas y oficinas de la Entidad, adoptando las medidas del caso frente a las deficiencias encontradas e informadas

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 55 de 70

respeto a SARLAFT.

- Verificar en forma permanente las modificaciones (inclusiones o exclusiones) de personas relacionadas en las listas restrictivas. Si se trata de listas ONU, estas deben ser de conocimiento inmediato de la Fiscalía General de la Nación.

#### Presentación de Informes

Anualmente debe presentar personalmente un informe confidencial escrito a la Junta Directiva sobre los resultados de la gestión desarrollada y debe referirse como mínimo a los siguientes aspectos:

- Los procesos establecidos para llevar a la práctica las políticas aprobadas, adiciones y modificaciones.
- Los resultados del monitoreo y seguimiento para determinar la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- Efectividad de los mecanismos e instrumentos de control y las medidas adoptadas para corregir las fallas encontradas en el monitoreo de los controles.
- Atención de informes recibidos/remitidos a las autoridades competentes.
- Las propuestas de ajustes o modificaciones a las políticas de prevención y control del riesgo de LA/FT que se consideren necesarias para mejora de los mecanismos e instrumentos de control.
- Las políticas y programas adoptados para la actualización de la información de los clientes/usuarios y los avances en la evolución individual y consolidada de los perfiles de riesgo, de los factores de riesgo y los controles adoptados, así como de los riesgos asociados.
- Los casos detectados por incumplimiento por parte de los empleados de la Entidad, así como los resultados de los correctivos ordenados por la Junta Directiva.
- Los Documentos y pronunciamientos emanados de las entidades de control sobre la prevención y riesgo del LA/FT y las medidas adoptadas para darle cumplimiento a las mismas.
- Desarrollo de las campañas internas de capacitación.
- La atención prestada a los informes de evaluación y verificación presentados por la Revisoría Fiscal y Control Interno como resultado de sus visitas de inspección a las diferentes áreas y oficinas de la Entidad, adoptando las medidas del caso frente a las deficiencias encontradas e informadas.

#### 12.5.1.3.4. Comité de Cumplimiento

##### Objetivo

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 56 de 70

El Comité de Cumplimiento, creado a instancia de la Junta Directiva, es un órgano interdisciplinario que debe velar por el adecuado cumplimiento de las políticas, normas y procedimientos que se deben observar en la prevención, control y administración de eventos de riesgo sobre LA/FT., e igualmente, estudiar los hechos relevantes presentados por el Oficial de Cumplimiento.

### Composición

Sus integrantes son funcionarios de alta dirección. El comité estará conformado por:

- ✓ Gerente
- ✓ Jefe de Oficina de Gestión de Talento Humano
- ✓ Oficial de Cumplimiento
- ✓ Oficial de Cumplimiento suplente.
- ✓ Tesorero

Para su adecuada función, el Oficial de Cumplimiento será el encargado del desarrollo del reglamento de este Comité, el cual hace parte del Manual de Procedimientos de la Entidad.

### Funciones

1. Conceptuar sobre las modificaciones a las políticas y procedimientos SARLAFT.
2. Aprobar la planeación de visitas de clientes de alto riesgo.
3. Evaluación de clientes de riesgo alto y la viabilidad de su continuidad.

### Actas

Lo tratado en la reunión debe consignarse en acta numerada, cuya conservación cronológica debe estar soportada con los documentos correspondientes. Como mínimo se deben tocar los siguientes temas:

- Requerimientos Judiciales atendidos.
- Novedades encontradas en las actualizaciones de Lista ONU, OFAC-Clinton.
- Capacitación.
- Reportes de Operaciones Inusuales (ROI).
- Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS).
- Informes de entes de control internos.
- Los oficios de observaciones que remitan los entes de control a la entidad como consecuencia de deficiencias detectadas en el SARLAFT.
- Nombres de los asistentes y el medio por el cual participaron (presencial o teleconferencia).

### Conservación de Actas

En las sesiones desarrolladas por el Comité de Cumplimiento se discuten temas relevantes que en su gran mayoría gozan de reserva legal por consiguiente, le corresponde al Oficial de Cumplimiento elaborar las actas y mantenerlas bajo su custodia.

## ÓRGANOS DE CONTROL

Son las instancias responsables de efectuar una evaluación del SARLAFT para determinar fallas o debilidades e informarlas al Oficial de Cumplimiento para los correctivos de rigor.

### 12.5.1.4. Revisoría Fiscal

De conformidad con lo señalado en los numerales 1º, 2º y 3º del artículo 207 del Código de Comercio, a la Revisoría Fiscal le corresponde, entre otros deberes, velar por el cumplimiento de la ley y colaborar con las autoridades.

En consecuencia, dicho órgano deberá establecer unos controles que le permitan evaluar el cumplimiento de las normas sobre LAFT y presentar un informe anual a la Junta Directiva, sobre el resultado de su evaluación del cumplimiento de las normas e instrucciones contenidas en el SARLAFT. Igualmente deberá poner en conocimiento del oficial de Cumplimiento las deficiencias e incumplimientos detectados en esta materia.

En el informe que presenta el Revisor Fiscal a la **ESE CENTRO** sobre el cumplimiento de los controles de ley, deberá incluir la verificación realizada sobre el cumplimiento de las normas sobre LAFT y la eficacia del SARLAFT adoptado por la organización vigilada.

Así mismo, deberá poner a la brevedad en conocimiento del Oficial de Cumplimiento, las inconsistencias y fallas detectadas en el SARLAFT y, en general, todo incumplimiento que detecte a las disposiciones que regulan la materia.

### 12.5.1.5. Control Interno

Control Interno está concebido para agregar valor y coadyuvar a la custodia adecuada activos/pasivos de la Entidad. Su actividad objetiva de aseguramiento y consulta, debe estar fundamentada sobre la confianza generada en cada una de las labores realizadas en la gestión de riesgos, control y dirección.

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, le corresponde en su gestión, revisar si las políticas y controles emanados del SARLAFT, están siendo correctamente aplicados y evaluar semestralmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada uno de los elementos del SARLAFT, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, deberá informar los resultados de la evaluación al Oficial de Cumplimiento y a la Junta Directiva para su análisis correspondiente y se adopten los correctivos necesarios.

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionausuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 58 de 70

## 12.5.2. Estructura Organizacional SICOF

Los Órganos de Control de la **ESE CENTRO** (dirección, administración, cumplimiento) tienen a su cargo fijar las políticas de Prevención y Control para la protección de la Entidad y tienen las siguientes facultades y funciones en relación SICOF:

### 12.5.2.1. Junta Directiva

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, de la **ESE CENTRO** debe contemplar como mínimo las siguientes funciones a cargo de la Junta Directiva:

- a) Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOF, con fundamento en las recomendaciones del Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF.
- b) Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- c) Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- d) Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude de la entidad.
- e) Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICOF, que realicen los órganos de control
- f) Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOF.
- g) Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF.
- h) Conocer los informes relevantes respecto del SICOF, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
- i) Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias a través de informes periódicos que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, sobre la gestión del mismo en la entidad y las medidas

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia. Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.

- j) Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formulen el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del mismo y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- k) Analizar los informes que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos de Corrupción, Opacidad o Fraude y evaluar la efectividad de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.

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.

#### 12.5.2.2. Gerencia

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, de la **ESE CENTRO** debe contemplar como mínimo las siguientes funciones a cargo del Representante Legal:

- a) Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- b) Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.
- c) Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
- d) Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de este Riesgo implica para la entidad.
- e) Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
- f) Recibir y evaluar los informes presentados por el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, de acuerdo con los términos establecidos en la presente Circular.

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallende - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 60 de 70

- g) Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la Circular externa No. 2021170000005-5 de la Superalud.
- h) Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada Administración del Corrupción, Opacidad y Fraude a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

### 12.5.2.3. Oficial de Cumplimiento

Para el adecuado cumplimiento de la labor que corresponde al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, así como a su mejoramiento continuo, será delegado el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad, sin que ello implique una sustitución a la responsabilidad que de manera colegiada le corresponde al máximo órgano social u órgano equivalente en la materia, desarrollando funciones de carácter eminentemente de asesoría y apoyo.

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, de la **ESE CENTRO** debe contemplar como mínimo las siguientes funciones a cargo del oficial de cumplimiento:

- a) Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, 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 o quien haga sus veces, 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 previstos en la Circular externa No. 2021170000005-5 de la Surpersalud.
- d) 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.
- e) Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.
- f) Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la Circular externa No. 2021170000005-5 de la Surpersalud.
- g) Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- h) Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF

- i) 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.
- j) 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.
- k) Informar al máximo órgano social u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.
- l) 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 del máximo órgano social.

En general, el Oficial de Cumplimiento de la ESE CENTRO es el responsable de 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.

El Oficial de cumplimiento de la institución, para la ejecución del SICOF, debe dejar constancia documental de sus actuaciones en esta materia, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto.

Adicionalmente, debe 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.

#### 12.5.2.4. 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.

#### 12.5.2.5. Control Interno

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle /  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 62 de 70

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.

## 12.6. DOCUMENTACIÓN

### 12.6.1. Documentación SARLAFT

Los documentos sobre la gestión de SARLAFT, son objeto de un manejo especial de guarda y conservación para evitar su deterioro o pérdida y garantizar el suministro de información cuando la Superintendencia Nacional de Salud o cualquier otra autoridad competente lo requiera, función que está a cargo del Oficial de Cumplimiento de la ESE CENTRO.

#### La documentación garantiza:

- Integridad.
- Oportunidad.
- Confiabilidad.
- Disponibilidad.

#### La documentación cuenta con:

- Respaldo físico.
- Requisitos de seguridad de forma tal que se permita su consulta sólo por quienes estén autorizados.
- Criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de la misma.

#### La documentación comprende:

- a) Actas de la Junta Directiva donde consta la aprobación del Manual de Prevención y Control, el cual contiene las políticas y procedimientos del SARLAFT, así como de los ajustes y modificaciones que se efectúen de manera propia o por instrucciones de Supersalud.
- b) El Código de Ética y Buen Gobierno.

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

- c) Los procedimientos e instructivos sobre el desarrollo de las políticas del SARLAFT
- d) Los informes Presentados por el Oficial de Cumplimiento
- e) Los informes presentados por Control Interno sobre la evaluación del control de SARLAFT.
- f) Los informes presentados por el Revisor Fiscal sobre el funcionamiento del SARLAFT.
- g) Extractos de actas de Junta Directiva donde consta la presentación de informes de los órganos de control, antes mencionados, los pronunciamientos y las determinaciones tomadas.
- h) Las constancias de envío de reportes ROS y demás solicitados por la UIAF. (Por seguridad de la información y responsabilidad, los documentos relativos a los reportes de operaciones intentadas y Sospechosas, los conserva el Oficial de Cumplimiento, con la debida seguridad y custodia, puesto que pueden ser solicitadas en cualquier momento por autoridades competentes, o para soportar futuros requerimientos de orden administrativo o judicial. En caso de un requerimiento de Supersalud, aportará los acuses de recibo correspondientes).
- i) Las constancias de capacitación sobre el SARLAFT, impartidas a todo el personal de la **ESE CENTRO**.

### Divulgación

Mediante Circulares Reglamentarias Internas, la **ESE CENTRO** da a conocer a todos sus empleados los procedimientos adoptados, así como las adiciones o cambios que se presenten.

### Destrucción de Documentos

Los reportes de operaciones intentadas y sospechosas, se conservarán en poder del Oficial de Cumplimiento.

Sobre los documentos relativos a operaciones de los clientes, pasados cinco (5) años se pueden destruir, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Que no exista solicitud de entrega de dicha información por parte de las autoridades competentes.
- Que se conserven en un medio técnico que garantice su posterior reproducción exacta y la preservación de su valor probatorio, conforme lo previsto en los

Decreto números 2527 de 1950, 3354 de 1954, 2620 de 1993 y en el artículo 12 de la Ley 527 de 1999 y demás normas que los complementen o adicionen.

- En los casos de fusión e incorporación la entidad absorbente debe garantizar la continuidad en el estricto cumplimiento de esta disposición.
- En caso de liquidación corresponde al liquidador adoptar las medidas necesarias para garantizar el archivo y protección de estos documentos, de acuerdo con lo señalado en el artículo 60 del Decreto 2211 de 2004 y el parágrafo del artículo 22 de la Ley 795 de 2003.

### 12.6.2. Documentación SICOF

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

- Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude.
- Los documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SICOF.
- Los informes de la Junta Directiva, el Representante Legal y los órganos de control
- La matriz de Riesgos del SICOF
- Metodología e instrumentos para la gestión de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude.
- Políticas establecidas en materia de manejo de información y comunicación, que incluyan mecanismos específicos para garantizar la conservación y custodia de información reservada o confidencial y evitar su filtración.

Cabe anotar que los criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de los documentos aquí mencionados, de acuerdo con el art. 28 de la Ley 962 de 2005, deben conservarse por un período de diez (10) años. 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.

## 12.7. INFRAESTRUCTURA/PLATAFORMA TECNOLÓGICA SARLAFT-SICOF

La **ESE CENTRO** cuenta con la tecnología y los sistemas necesarios para garantizar la adecuada administración del riesgo de LAFT y el control del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude - SICOF. Para ello, utiliza el Software administrativo, financiero y asistencial como herramienta principal para la revisión y elaboración de listados y reportes que le permiten conocer y controlar el comportamiento operacional de sus clientes. Este sistema es acorde con sus actividades, operaciones, riesgo y tamaño, lo que le permite:

RED DE SALUD CENTRO ESE.  
Sede Administrativa - IPS Diego Lallende - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16  
E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co  
Nit. 805.027.261 - 3

- Captura y actualización periódica de la información de los distintos factores de riesgo.
- Consolida las operaciones de los distintos factores de riesgo de acuerdo con los criterios establecidos por la Entidad.
- Centraliza los registros correspondientes a cada uno de los clientes/usuario.
- Genera en forma automática los reportes internos y externos, distintos de los relativos a operaciones sospechosas, sin perjuicio de que todos los reportes a la UIAF sean enviados en forma electrónica.

## 12.8. REPORTE

La ESE CENTRO, tiene en cuenta todas las instrucciones relativas al control operacional para realizar los reportes eficientes y oportunos ante las autoridades competentes.

### 12.8.1. Reportes Internos

#### 12.8.1.1. Operaciones Inusuales

Cuando una área operativa, administrativa o comercial, detecte una operación que se sale de lo normal frente al comportamiento habitual del cliente/usuario, de inmediato se debe remitir un "Reporte de Operación Inusual" al Oficial de Cumplimiento, quien analizará su contenido y la documentación respectiva y será quien determine si la lleva a consideración del Comité de Cumplimiento para su decisión final.

#### 12.8.1.2. Informe de Control Interno

De acuerdo con su plan de trabajo y en el ejercicio de su potestad discrecional de realizar auditorías a las diferentes áreas de la Entidad, cada vez que detecte una situación irregular en la aplicación de los mecanismos de control del SARLAFT, debe reportarla de inmediato al Oficial de Cumplimiento, quien se encargará de aplicar los correctivos pertinentes.

Igualmente, debe anualmente dar a conocer al Oficial de Cumplimiento la evaluación de la efectividad y cumplimiento de cada una de las etapas y elementos del SARLAFT.

#### 12.8.1.3. Informe de Revisoría Fiscal

Trimestralmente el Revisor Fiscal de la ESE CENTRO debe presentar un informe a La Junta Directiva sobre las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el SARLAFT.

Además, cada vez que detecte una situación irregular en materia de SARLAFT, debe

ponerla en conocimiento del Oficial de Cumplimiento, quien se encargará de tomar los correctivos que dé a lugar.

## **12.8.2. Reportes Externos a la UIAF**

La **ESE CENTRO**, cuenta con un procedimiento apropiado para realizar en forma eficiente y oportuna, los reportes que ha implementado la UIAF.

### **12.8.2.1. Reporte de Operaciones Intentadas o Sospechosas (ROS)**

Detectado y definido el reporte por el Comité de Cumplimiento, le corresponde al Oficial de Cumplimiento efectuar el **reporte de Operaciones Intentadas o Sospechosas dentro de los plazos establecidos**, utilizando el software "Sistema de reporte en línea - SIREL" suministrado por la UIAF al Oficial de Cumplimiento, quien es el único autorizado para utilizarlo en los reportes ROS.

Los reportes de operaciones sospechosas junto con la documentación original de soporte son archivados en orden cronológico por el Oficial de Cumplimiento, quien sólo podrá darlos a conocer ante un requerimiento judicial que llene todas las formalidades legales establecidas en el Código de Procedimiento Penal.

### **12.8.2.2. Reporte de ausencia de Operaciones Sospechosas (AROS)**

Si en el mes inmediatamente anterior no se detectaron operaciones sospechosas, también debe ser objeto de reporte por el Sistema SIREL la novedad correspondiente.

#### **Reportes de efectivo**

La **ESE CENTRO**, atiende en un todo lo señalado en el Artículo 103, numeral 1 del EOSF, sobre el control de operaciones en efectivo realizadas en el giro ordinario de su actividad de servicio y en especial, las relacionadas con el recibo de operaciones de cartera, tesorería o de terceros.

### **12.8.2.3. Operaciones en Efectivo iguales o superiores a \$5.000.000.00**

Dentro de los diez (10) primeros días calendario de cada mes, se reporta a la UIAF todas las operaciones individuales en efectivo, realizadas en el área de caja, por valores iguales o superiores a \$5.000.000.00, en el mes inmediatamente anterior.

### **12.8.2.4. Operaciones Múltiples en efectivo iguales o superiores a \$25.000.000.00**

Las operaciones en efectivo, realizadas mensualmente por un mismo cliente/ o usuario, por montos inferiores a los \$5.000.000.00, igualen o sumen más de \$25.000.000.00, también son objeto de reporte a la UIAF.

RED DE SALUD CENTRO ESE.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia. Cali - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

### 12.8.2.5. Reporte de ausencia de operaciones en efectivo

Si durante el mes no se ha realizado operaciones en efectivo o no superan los montos antesignalados se debe efectuar el reporte con valores en cero.

### 12.8.2.6. Forma de envío de los Reportes

Los reportes establecidos o los que se generen al futuro, deben ser enviados a la UIAF, utilizando el aplicativo "Sistema de reporte en línea - SIREL" diseñado por la UIAF, cuya clave de acceso es suministrada al Oficial de Cumplimiento, único autorizado para su ejecución.

### 12.8.2.7. Responsabilidad de los Reportes

El área de Gestión Financiera es la responsable de la consolidación de los registros mensuales de efectivo. La calidad y contenido de la información es de su entera responsabilidad, más sin embargo el Oficial de Cumplimiento debe analizar la información, compararla con los reportes anteriores para verificar alzas bruscas o para detectar cifras que no correspondan a la realidad transaccional.

El Oficial de Cumplimiento generará el archivo en medios magnéticos y lo remitirá a la UIAF dentro de los plazos señalados, exigiendo siempre acuse de recibo de la UIAF y conservarlo en archivo especial como soporte documental de la gestión realizada.

El Oficial de Cumplimiento es el responsable en un todo de los reportes de Operaciones intentadas y sospechosas. La calidad y contenido de la información es de su entera responsabilidad.

## 12.9. DIVULGACION DE INFORMACION Y CAPACITACIONES

### 12.9.1. Divulgación de información y capacitaciones SARLAFT

Los Directivos y funcionarios poseen un alto nivel de capacitación y profesionalismo en la realización de sus operaciones. Es responsabilidad de cada directivo y funcionario estar al día en la lectura de la documentación y circulares internas de la ESE CENTRO y las generadas por Supersalud u otras entidades cuyas regulaciones afecten los controles internos de la Entidad.

Los directivos y funcionarios deben aprovechar todo tipo de oportunidades brindadas por la ESE CENTRO para capacitarse haciendo el mejor uso de ellas, además, deben conocer los reglamentos que rigen su profesión u oficio y las normas inherentes al cargo que desempeñan.

El Oficial de Cumplimiento debe desarrollar programas de capacitación anualmente, dirigidos a todos los directivos y empleados con el fin de concientizarlos de la importancia

RED DE SALUD CENTRO ESE

Sede Administrativa - IPS Diego Lallín - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali, - Valle

PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16

E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co

Nit. 805.027.261 - 3

Página 68 de 70

de cumplir a cabalidad con la normatividad vigente relacionada con la prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.

Los programas de capacitación y entrenamiento se deben ejecutar informando como mínimo:

- Periodicidad anual.
- Ser impartida durante el proceso de inducción de los nuevos funcionarios y a los terceros (no empleados de la Entidad) cuando sea procedente su contratación.
- Ser constantemente revisados y actualizados.
- Contar con los mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos con el fin de determinar la eficacia de dichos programas y el alcance de los objetivos propuestos.
- Señalar el alcance del programa, los medios que se emplearán para ejecutarlos (correo electrónico, cartillas, intranet o en forma presencial si fuera el caso y los procedimientos que se adelantarán para evaluarlos. Los programas deben constar por escrito.

#### **12.9.2. Divulgación de información y capacitaciones SICOF**

La política y procedimientos que conforman el programa antifraude deben ser comunicados claramente a todos los niveles de la organización, con el propósito que las conozcan, entiendan y sean conscientes de su importancia. Adicionalmente, se debe involucrar a las partes interesadas externas (clientes, accionistas, entes regulatorios, etc.), cuando se considere necesario.

Para garantizar la oportunidad en la divulgación de la información, la entidad cuenta con una plataforma tecnológica documental donde todos los colaboradores pueden consultar las políticas y procedimientos.

Los colaboradores deberán firmar anualmente su compromiso con el cumplimiento de las políticas, procedimientos y demás documentos relacionados para la prevención del riesgo de corrupción, opacidad y fraude.

#### **12.9.3. Incumplimiento al SICOF**

Los incumplimientos a las políticas y procedimientos establecidos por la **ESE CENTRO** para la prevención del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF estarán sujetas a las sanciones establecidas en el Código de Conducta y Buen Gobierno, a las disposiciones legales vigentes establecidas por la Circular Externa No. 20211700000005-

5 del 17 de septiembre de 2021

El presente documento tiene como objetivo informar a los usuarios de los servicios de salud de la Red de Salud del Centro ESE, sobre el proceso de acreditación en salud que se está realizando en la institución. Este proceso es un requisito indispensable para garantizar la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a los usuarios.

El proceso de acreditación en salud es un proceso continuo que busca mejorar la calidad de los servicios de salud a través de la implementación de estándares de calidad y la medición de su cumplimiento. Este proceso implica la participación de todos los actores de la institución, desde el personal de salud hasta los usuarios.

El proceso de acreditación en salud se realiza a través de un organismo acreditador independiente, que evalúa el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por el organismo acreditador. El organismo acreditador emite un informe de evaluación que indica los aspectos que se cumplen y los que no se cumplen, así como las acciones que se deben tomar para mejorar el cumplimiento de los estándares de calidad.

**Objetivo de la acreditación en salud**

El objetivo principal de la acreditación en salud es garantizar la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a los usuarios. Esto se logra a través de la implementación de estándares de calidad y la medición de su cumplimiento. El proceso de acreditación en salud busca mejorar la calidad de los servicios de salud a través de la implementación de estándares de calidad y la medición de su cumplimiento.

El proceso de acreditación en salud se realiza a través de un organismo acreditador independiente, que evalúa el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por el organismo acreditador. El organismo acreditador emite un informe de evaluación que indica los aspectos que se cumplen y los que no se cumplen, así como las acciones que se deben tomar para mejorar el cumplimiento de los estándares de calidad.

**Beneficios de la acreditación en salud**

Los beneficios de la acreditación en salud son múltiples. Entre ellos se encuentran: la mejora de la calidad de los servicios de salud, la garantía de la seguridad de los usuarios, la mejora de la satisfacción de los usuarios, la mejora de la eficiencia de los servicios de salud, la mejora de la transparencia de los servicios de salud, la mejora de la credibilidad de la institución, la mejora de la competitividad de la institución, la mejora de la imagen de la institución, la mejora de la reputación de la institución, la mejora de la confianza de los usuarios, la mejora de la adherencia de los usuarios, la mejora de la continuidad de los servicios de salud, la mejora de la accesibilidad de los servicios de salud, la mejora de la equidad de los servicios de salud, la mejora de la sostenibilidad de los servicios de salud, la mejora de la innovación de los servicios de salud, la mejora de la responsabilidad de los servicios de salud, la mejora de la ética de los servicios de salud, la mejora de la integridad de los servicios de salud, la mejora de la honestidad de los servicios de salud, la mejora de la justicia de los servicios de salud, la mejora de la equidad de los servicios de salud, la mejora de la sostenibilidad de los servicios de salud, la mejora de la innovación de los servicios de salud, la mejora de la responsabilidad de los servicios de salud, la mejora de la ética de los servicios de salud, la mejora de la integridad de los servicios de salud, la mejora de la honestidad de los servicios de salud, la mejora de la justicia de los servicios de salud.

RED DE SALUD CENTRO ESE,  
Sede Administrativa - IPS Diego Lallinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia, Cali - Valle  
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16  
E-mail: saludcentro@saludcentro.gov.co - atencionalusuario@saludcentro.gov.co  
Nit. 805.027.261 - 3



**ACUERDO No. 1.02.063-2023 DE 2023  
(DICIEMBRE 13 de 2023)**



**“POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL (PTEE) DE QUE TRATA LAS CIRCULARES EXTERNAS DE LA SUPERSALUD 20211700000004-5 DEL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2021, 20211700000005-5 DEL 17 DE SEPTIEMBRE DE 2021, Y 202215100000005-3 DEL 05 DE AGOSTO DE 2022 DE LA RED DE SALUD CENTRO E.S.E.**

**LA JUNTA DIRECTIVA DE LA RED DE SALUD CENTRO E.S.E., en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, en especial las señaladas en el Acuerdo Municipal No. 106 del 11 de enero de 2003, artículo 24 de las funciones de la Junta Directiva numeral 24 del Acuerdo de Junta Directiva 1.02.041 del 13 de septiembre del 2022,**

**CONSIDERANDO**

Que, la Red de Salud de Centro como Empresa Social del Estado del Distrito de Santiago de Cali, tiene categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden distrital, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, prestador de servicios de salud del primer nivel de atención y en consecuencia hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que, la Superintendencia Nacional de Salud mediante Circular Externa No. 000009 del 21 de abril de 2.016, impartió a sus vigiladas instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y La Financiación del Terrorismo (SARLAFT).

Que, mediante la citada Circular Externa, la Superintendencia Nacional de Salud busca generar mecanismos de lucha contra el lavado de activos y contra la financiación del terrorismo, por lo que requiere implementar un sistema que evite el uso de activos que provienen de actividades delictivas o que sean utilizados para ocultar la procedencia de recursos ilícitos, por lo cual introduce criterios y parámetros a sus agentes vigilados.

Que, de conformidad con el artículo 10 de la Ley 526 de 1.999, las autoridades que ejercen funciones de inspección, vigilancia y control deben instruir a sus vigilados sobre las características, periodicidad y controles con relación a la información que se debe reportar a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF)

Que, la Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular Externa 00009 de Abril 21 de 2016 y Circular Externa 20211700000005-5 del 17 de septiembre del 2021 ha dado claras instrucciones de obligatorio cumplimiento para los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de que adopten

políticas y medidas integrales de carácter institucional que se deben reflejar en Manuales y Procedimientos que permitan establecer e implementar un Sistema de Administración del Riesgos del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo "SARLAFT" y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude "SICOF".

Que, en las citadas circulares la Superintendencia Nacional de Salud fija expresas funciones a las Juntas Directivas de las vigiladas, las cuales son de obligatorio cumplimiento y por tanto deben ser adoptadas con el fin de realizar el seguimiento a las políticas e informes que al respecto se profieran.

Que la Circular Externa 0004 de 2018, por 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.

Que la Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022, por la cual se imparten lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, y modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno.

Que, es necesario dar alcance a las previsiones de las circulares 20211700000004-5, 20211700000005-5 y 2022151000000053-5 del 15,17 de septiembre de 2021 y 05 de agosto de 2022, para aprobar el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE).

Que por lo anterior,

## ACUERDA

**ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR Y ADOPTAR** el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), de la Red de Salud Centro ESE, que forma parte del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude "SICOF", el cual está definido de la siguiente manera:

### 1. DEFINICIONES.

- **Activos:** son todos los activos, corrientes y no corrientes, reconocidos en el estado de situación financiera que corresponden a los recursos económicos presentes controlados por la sociedad.

- **Alta Dirección:** son las personas naturales o jurídicas, designadas de acuerdo con los estatutos sociales o cualquier otra disposición interna de la sociedad y la ley colombiana, según sea el caso, para administrar y dirigir a la sociedad, trátase de miembros de cuerpos colegiados o de personas individualmente consideradas. Dentro de ellos se encuentran los miembros de la Junta Directiva y el Representante Legal.
- **Auditoría de Cumplimiento:** es la revisión sistemática, crítica y periódica respecto de la debida ejecución del PTEE.
- **Canales de Denuncias de la Superintendencia Nacional de Salud:** son los sistemas de reporte en línea de denuncias sobre actos de soborno transnacional y corrupción, dispuestos por la Supersalud en su página web.
- **Conflicto de intereses:** Son aquellas situaciones en las que el juicio de un sujeto, en lo relacionado a un interés primario para él o ella, y la integridad de sus acciones, tienden a estar indebidamente influenciadas por un interés secundario, el cual frecuentemente es de tipo económico o personal.
- **Contratista:** se refiere, en el contexto de un negocio o transacción internacional, a cualquier tercero que preste servicios a la sociedad o que tenga con ésta una relación jurídica contractual de cualquier naturaleza. Los contratistas pueden incluir, entre otros, a proveedores, intermediarios, agentes, distribuidores, asesores, consultores y a personas que sean parte en contratos de colaboración o de riesgo compartido con la persona jurídica.
- **Operador Disciplinario:** El operador Disciplinario de la entidad es el Subgerente administrativo y financiero, conforme lo indica el acuerdo 046 de 2007, en cuyas funciones se encuentran investigar las presuntas faltas disciplinarias de los servidores de la Red de Salud Centro ESE, lo que incluye a los servidores públicos de carrera y al personal administrativo.
- **Corrupción:** serán todas las conductas encaminadas a que una empresa se beneficie, o busque un beneficio o interés, o sea usada como medio en, la comisión de delitos contra la administración o el patrimonio públicos o en la comisión de conductas de soborno transnacional.
- **Fraude:** Una ofensa intencional de engañar a alguien con el fin de ganar una ventaja desleal o ilegal (financiera, política o de cualquier otra).
- **Funcionario:** Personas naturales que ejercen la función pública y establecen una relación laboral con el estado.

- **Entidad Estatal:** Son creadas por la constitución, la ley, ordenanza o acuerdo, o autorizadas por éstas, que tengan participación pública, donde se cumple una función administrativa, comercial o industrial.
- **Grupos de interés:** Los grupos de interés (Stakeholders), son personas y organizaciones que están interesadas e involucradas con la entidad que usted representa e interactúan con la misma, la identificación de las expectativas, necesidades y canales de comunicación con sus grupos de interés es fundamental para el desarrollo de la estrategia.

Es importante aclarar que los grupos de interés abarcan un importante abanico de actores, que van desde sus mismos compañeros de trabajo, directivas, autoridades, ciudadanía, proveedores, entre otros.

- **Matriz de Riesgo:** es la herramienta que le permite a la empresa identificar los riesgos de corrupción o de soborno transnacional.
- **Oficial de Cumplimiento:** es la persona natural encargada de identificar, medir, evaluar, gestionar y mitigar los riesgos de corrupción y soborno transnacional que puedan comprometer a la empresa. También de elaborar e implementar las medidas para prevención y lucha contra estos riesgos. Así como de dirigir el PTEE.
- **Opacidad:** Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.
- **Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE):** Es el documento que recoge la Política de la empresa en torno a los riesgos de corrupción y soborno transnacional, con el fin de identificarlos, detectarlos, prevenirlos, gestionarlos y mitigarlos.
- **Riesgos de Corrupción (C):** es la posibilidad de que, por acción u omisión, se desvíen los propósitos de la administración pública o se afecte el patrimonio público hacia un beneficio privado.
- **Señales de Alerta:** Son los hechos, situaciones, eventos, cuantías, indicadores cuantitativos y cualitativos, razones financieras y demás información que la compañía determine como relevante, a partir de los cuales se puede inferir oportuna y/o prospectivamente la posible existencia de un hecho o situación inusual o sospechosa.



**SIAR:** Sistema Integrado de Administración de Riesgos



- **SICOF:** Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- **Soborno:** Acto de ofrecer dinero, servicios u otros objetos de valor, con el fin de persuadir a una persona a realizar algo a cambio.
- **Riesgo inherente:** Es el riesgo intrínseco de cada actividad, sin tener en cuenta los controles que de éste se hagan a su interior.
- **Riesgo residual:** Riesgo que queda después de considerar el impacto de los controles de mitigación sobre la reducción del riesgo.

## 2. REQUISITOS LEGALES.

- Ley 599 de 2000, por el cual se expide el Código Penal.
- Ley 1474 de 2011, por el 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
- Ley 2195 de 2022, Por la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1778 de 02 de febrero de 2016, por la cual se dictan normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de corrupción transnacional y se dictan otras disposiciones en materia de lucha contra la corrupción
- Circular Externa 0007 de 2017, por la cual se profundizan las instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno EPS, EMP y SAP.
- Circular Externa 000003 de 2018, por medio de la cual se imparten instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales - código de conducta y de buen gobierno IPS de los grupos C1 y C2.
- Circular Externa 0004 de 2018, por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional,



**ACUERDO No. 1.02.063-2023 DE 2023  
(DICIEMBRE 13 de 2023)**



el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos.

- Circular Externa 53-5 de 2022, por la cual se imparten lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno.

### 3. OBJETIVO

El presente documento tiene como objetivos:

- Compilar en un solo documento los criterios generales de la entidad en la identificación, prevención y control de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- Vincular y comprometer a los colaboradores en el conocimiento, prevención y control de dichos riesgos.
- Proteger la reputación, principios y valores de la de la entidad y de sus colaboradores, así como su compromiso ético con la sociedad, evitando la comisión de prácticas corruptas o relacionadas con la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, o en general, contrarias a los principios éticos que rigen la función pública.
- Formular las políticas del PTEE, que ayuden a prevenir los riesgos identificados en el marco de este programa, para ser aplicadas por los funcionarios, colaboradores y terceros que tengan relación contractual con la entidad.



**ACUERDO No. 1.02.063-2023 DE 2023  
(DICIEMBRE 13 de 2023)**



#### **4. ALCANCE**

Este programa es de obligatoria aplicación y cumplimiento por parte de todas las personas naturales o jurídicas relacionadas con La RED DE SALUD CENTRO E.S.E.; es decir que impacta a la alta dirección, funcionarios (bajo todo tipo de contratación), proveedores, usuarios y demás personas que tengan una relación comercial o jurídico-contractual con la entidad.

#### **5. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES**

##### **5.1. FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA**

- Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOF, con fundamento en las recomendaciones del Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF.
- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Aprobar el manual de prevención de la corrupción, la opacidad, el fraude y el soborno y sus actualizaciones.
- Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno de la entidad.
- Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICOF, que realicen los órganos de control.
- Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOF.
- Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF.
- Conocer los informes relevantes respecto del SICOF, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
- Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias, a través de informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento del SICOF, sobre la gestión de éste en la RED DE SALUD CENTRO E.S.E. y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.

- Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formulen el Oficial de Cumplimiento y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Analizar los informes que presente el Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos de corrupción, opacidad o fraude y evaluar la efectividad de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.
- Todas las decisiones que se tomen en este cuerpo colegiado respecto del SICOF, deben constar por escrito en el acta respectiva.

## **5.2. FUNCIONES DEL GERENTE DE LA RED DE SALUD CENTRO E.S.E.**

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del SICOF.
- Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
- Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la administración de este riesgo implica para la entidad.
- Velar por la correcta aplicación de los controles del riesgo inherente, identificado y medido.
- Recibir y evaluar los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF, de acuerdo con los términos establecidos en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.
- Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.
- Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada administración del Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

### 5.3. FUNCIONES DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

- Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva, el manual del Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude y sus actualizaciones.
- Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- 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, el fraude y el soborno, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 y las normas que complementen o modifiquen.
- 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.
- Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno medidos.
- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 y las normas que complementen o modifiquen.
- Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.
- Desarrollar los programas de capacitación relacionados con el SICOF.
- 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.
- 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.



**ACUERDO No. 1.02.063-2023 DE 2023  
(DICIEMBRE 13 de 2023)**



- 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.
- Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, 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.
- Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
- Proponer a la Junta Directiva programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
- 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.
- Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
- Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOF.
- El Oficial de Cumplimiento es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de prevención y control, y verificar al interior de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E. su operatividad y su adecuado funcionamiento, para lo cual debe demostrar la ejecución de los controles que le corresponden.
- El Oficial de Cumplimiento debe dejar constancia documental de sus actuaciones en esta materia, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto. Adicionalmente, debe 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.

#### **5.4. FUNCIONES DEL REVISOR FISCAL**

- 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, el Fraude y el Soborno - SICOF.
- Poner en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOF, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la Junta Directiva.

#### **5.5. FUNCIONES DEL ASESOR DE CONTROL INTERNO (AUDITORÍA INTERNA)**

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 e informar los resultados de la evaluación al Representante Legal y a la Junta Directiva.

### **6. POLÍTICAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE**

Es deber de los órganos de control, administración, de gestión y todos los funcionarios de La RED DE SALUD CENTRO E.S.E., aplicar de forma estricta la ejecución de las siguientes políticas con el objetivo de alcanzar una seguridad razonable en el logro de los objetivos del PTEE, dichas políticas son las siguientes:

#### **6.1. POLÍTICAS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGO**

El Oficial de Cumplimiento y su equipo de apoyo, será el responsable de diseñar las metodologías para la medición y monitoreo de los riesgos y aplicarlas para la determinación de los perfiles de riesgo inherente y residual, así como monitorearlos periódicamente.

#### **6.2. CONTROL INTERNO - POLÍTICA GENERAL**

La Oficina de Control Interno de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E. se compromete a realizar la evaluación de controles de la organización mediante las actividades de asesoría, acompañamiento, evaluación, seguimiento, fortalecimiento del autocontrol y la relación con los Entes Externos de Control. Propendiendo por el equilibrio financiero, la rentabilidad y la satisfacción de los grupos de interés.



**ACUERDO No. 1.02.063-2023 DE 2023  
(DICIEMBRE 13 de 2023)**



El Asesor de la Oficina de Control Interno y su equipo periódicamente realizan actividades para fomentar la cultura del Autocontrol entre los funcionarios de la Red de Salud del Centro ESE, los principios esenciales del sistema de Control Interno, utilizando los espacios de participación directa, los medios de comunicación establecidos y efectuando recomendaciones en la Entidad.

**6.3. OPERADORES DISCIPLINARIOS - POLITICA GENERAL**

Los Operadores Disciplinarios deben prevenir y corregir la violación de los deberes y sancionar la incursión en las prohibiciones de los servidores públicos conforme lo determinado por la Ley. Buscando garantizar y contribuyendo a la buena prestación de la administración pública, procurando asegurar "Que la función pública sea ejercida en beneficio de la comunidad y para la protección de los derechos y libertades de los asociados".

El responsable de Control Interno Disciplinario debe propender por el cumplimiento de una eficiente Administración y eficaz prestación del servicio, a través de la vigilancia y control de la conducta de los funcionarios en su desempeño frente al estado y los ciudadanos. Teniendo como base y fortaleza conceptual "que la función administrativa, que se encuentra al servicio de los intereses comunes, se cumpla con fundamento en los principios de imparcialidad, celeridad, transparencia, eficacia y moralidad" según lo ordena el artículo 209 de la Constitución Política.

**6.4. GESTION DEL TALENTO HUMANO - POLÍTICA GENERAL**

El Equipo de Gestión del Talento Humano implementará acciones para el fortalecimiento del Talento Humano, mediante principios constitucionales de justicia, equidad, imparcialidad y transparencia en las diferentes actividades de planificación, selección, inducción y reinducción, formación y capacitación, compensación, bienestar social, evaluación del desempeño y salud ocupacional.

**6.4.1. POLÍTICA DE OPERACIÓN**

(...) El responsable de Gestión del Talento Humano desarrollará el programa de inducción y/o re inducción, el cual incluirá entre otros conocimientos generales de la empresa y sus políticas, plataforma estratégica, código de ética, las normas de bioseguridad y salud ocupacional, con el fin de facilitar y fortalecer la integración del colaborador a la cultura organizacional familiarizándolo con la estructura funcional de la empresa.

### **6.5. POLÍTICAS DE LA COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL (PTEE)**

El SICOF implementado en la RED DE SALUD CENTRO E.S.E. garantiza que los requerimientos de autoridades, así como los requerimientos de los entes de control interno y externos se atienden de forma efectiva, eficiente y oportuna.

La información del PTEE y el SICOF será administrada por el Oficial de Cumplimiento, quien la dispondrá a los entes internos y externos en conformidad con la finalidad requerida y conservando las características de confidencialidad.

La entidad establecerá mecanismos a través de los cuales se puedan recibir reportes internos y externos relacionados con situaciones de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno.

Por lo menos cada semestre el Oficial de Cumplimiento elaborará un reporte que permita establecer el perfil de riesgo residual, la evolución individual y general de los perfiles de riesgo, de las fuentes de riesgo y de los riesgos asociados, el cual se dará a conocer a la Alta Dirección, a la Junta Directiva y se incluirá en el informe de gestión del cierre de cada ejercicio anual.

### **6.6. POLÍTICAS DE LAS SANCIONES**

El incumplimiento o violación a las políticas y normas del PTEE y el SICOF constituye una falta grave. En consecuencia y en los casos en que haya lugar, se aplicarán los procedimientos y las sanciones establecidas por la entidad.

En la divulgación de esta política a los funcionarios, se darán a conocer las sanciones que acarreará el no cumplir y acatar las políticas y normas relacionadas.

Es responsabilidad de todos los funcionarios, el cumplimiento a cabalidad con las instrucciones impartidas y que cualquier información relacionada con el PTEE y el SICOF, se ponga de manera inmediata en conocimiento del Oficial de Cumplimiento.

### **6.7. POLÍTICA DE REGALOS O INVITACIONES**

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. establece como norma de comportamiento él no recibir ni aceptar ningún obsequio o regalo de proveedores de bienes o servicios, o de potenciales proveedores, en general terceros, que puedan generar algún tipo de compromiso o influencia en el desarrollo de la relación contractual.

Rehusarnos a aceptar en forma directa o indirecta, regalos, favores, donaciones, invitaciones, viajes o pagos en desarrollo de los servicios y funciones que les compete que puedan influir en sus decisiones para facilitar contratos, nombramientos u operaciones en beneficio propio o de terceros.

Los regalos, invitaciones, patrocinios, asistencia a eventos, y cualquier otra tipología similar deberán hacerse a favor de La RED DE SALUD CENTRO E.S.E., para que sea la entidad, cuando aplique, la que decida a qué funcionario se le otorgará dicho beneficio, conforme con la pertinencia y conveniencia que se evalúe. En aquellos eventos en que se presenten inquietudes, vacíos o dudas respecto a la aplicación de estas políticas, estos deberán ser puestos en conocimiento del oficial de cumplimiento, para que evalúen en primera instancia la situación y posteriormente, si es del caso, sea escalado al Comité de Ética.

#### 6.8. POLÍTICA DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los conflictos de intereses son situaciones en las que existen intereses privados en los funcionarios, que les pueden impedir o le impiden actuar de forma objetiva e independiente en el ejercicio de sus funciones. Estos intereses pueden ser de tipo económico, profesional, de relacionamiento, laboral, entre otros. Pueden ser propios, o de sus parientes, amigos, socios, u otros terceros con un vínculo estrecho.

Los funcionarios, contratistas, proveedores y demás partes interesadas de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E.:

- Deberán velar por la protección de los intereses de la entidad cuando se encuentren en el ejercicio de sus funciones. En sus comportamientos deberán primar estos intereses por sobre los intereses privados que puedan tener.
- Cuando se encuentren en una situación de conflicto de intereses, deberán declarar el conflicto.
- Se abstendrán de actuar o decidir cuándo se encuentren en una situación de conflicto de intereses. Deberán aguardar a que se tomen las medidas frente a la función que se desempeña en la entidad.
- Se deberán declarar las situaciones de conflicto de intereses, incluso cuando el funcionario o contratista haya actuado o tomado una decisión existiendo previamente el conflicto.



- Se deberán declarar las situaciones de conflicto de intereses incluso cuando se tenga duda que efectivamente se está inmerso en una. En estos casos, también se podrá solicitar orientación al Oficial de Cumplimiento del SICOF, planteándole la situación y la correspondiente duda.
- Cuando se tenga sospecha de que un funcionario de la entidad se encuentra inmerso en una situación de conflicto de intereses, se deberá denunciar este hecho a través de los canales de denuncia dispuestos.
- Evitar atender asuntos personales en horas laborales o haciendo uso de recursos de la organización.
- Evitar solicitar un honorario, recompensa, obsequio, remuneración o asunto de valor, con relación a algún servicio, transacción o contrato que se realice en la entidad.
- Abstenernos de desarrollar durante las horas de trabajo y dentro de las instalaciones, actividades sociales, políticas o sindicales, excepto con autorización previa tratándose de éstas últimas.
- Negarnos a entregar información a terceros que menoscabe la posición de la organización, en procura de beneficios personales.
- Renunciar a utilizar indebidamente información privilegiada o confidencial para obtener provecho o salvaguardar intereses individuales propios o de terceros.
- Rechazar todas aquellas prácticas que atenten contra la integridad y la transparencia de la gestión de la Red de Salud del Centro ESE y contra el buen uso de los recursos públicos.
- Impedir todo tráfico de influencias para privilegiar trámites.
- Guardar confidencialidad y proteger aquella información a la que tenemos acceso con ocasión de las funciones o labores y que sea de carácter reservado.
- Abstenerse de alterar o distorsionar la información de la E.S.E Centro o de sus clientes, y de ofrecer información inexacta o que no corresponda a la realidad.



## 6.9. POLÍTICA DE CLASIFICACIÓN Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. define los niveles más adecuados para clasificar su información de acuerdo con los requisitos legales, criticidad, susceptibilidad a divulgación no autorizada, y genera la Guía para la clasificación de los activos de información con el fin de que los propietarios de esta las apliquen y ejecuten los controles requeridos para su protección.

## 6.10. POLÍTICA GLOBAL DE SEGURIDAD DIGITAL

En la RED DE SALUD CENTRO E.S.E. es vital brindar la confianza a nuestros usuarios y partes interesadas, propendiendo porque la información administrada está debidamente protegida.

Los productos y servicios están asegurados con un modelo de seguridad digital, que gestiona los riesgos para garantizar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y privacidad que contribuyen al desarrollo de la estrategia de negocio y el cumplimiento de metas.

## 6.11. POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD POR LOS ACTIVOS

La información, archivos físicos, los sistemas, los servicios y los equipos (ej. estaciones de trabajo, equipos portátiles, impresoras, redes, Internet, correo electrónico, herramientas de acceso remoto, aplicaciones, teléfonos y faxes, entre otros) son propiedad de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E., y se proporcionan a los funcionarios y terceros autorizados para cumplir con la misión de la entidad.

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. como propietaria de la información delega en los líderes de procesos las directrices que regulan el uso adecuado de los activos de la información en su ciclo de vida.

Los recursos tecnológicos de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E., deben ser utilizados de forma ética y en cumplimiento de las leyes y reglamentos vigentes, con el fin de evitar daños o pérdidas sobre la operación o la imagen de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E.

## 6.12. POLÍTICA DE ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN DIGITAL

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. proporciona los medios de almacenamiento seguros a nivel local como en la nube, con el fin de facilitar el acceso, uso y respaldo de la información, mitigando el riesgo de pérdida y acceso no autorizado a la misma.



### Uso de medios de almacenamiento

- Toda solicitud para utilizar un medio de almacenamiento de información compartido deberá contar con la autorización del titular del área dueña de la información y ajustarse a las directrices que se manejan para este tipo de carpetas, en ningún momento podrán convertirse en depósitos archivos. Dicha solicitud deberá explicar en forma clara y concisa los fines para los que se otorgará la autorización, ese documento se presentará con firma del líder del proceso involucrado y del líder del Proceso de Gestión de la información y Tic .

El Proceso de Gestión de la información y Tic respalda de manera periódica la información sensible y crítica que se encuentre en sus computadores, en las carpetas autorizadas.

En caso de que se requiera algún respaldo de información a algún medio externo, este servicio deberá solicitarse o autorizarse por escrito por el Proceso de Gestión de la información y Tic .

Los trabajadores o colaboradores de la Red de Salud del Centro E.S.E deben conservar los registros o información que se encuentra activa y aquella que ha sido clasificada como reservada o confidencial, de conformidad a las disposiciones propias para su cargo.

Las actividades que realicen los usuarios de la Red de Salud del Centro E.S.E en la infraestructura de Tecnología de la Información son registradas y susceptibles de auditoría.

### 6.13. POLÍTICA DE ACCESO A REDES Y RECURSOS DE RED

El Proceso de Gestión de la información y Tic, de La RED DE SALUD CENTRO E.S.E., como responsable de las redes de datos y los recursos de red de la Empresa, propende porque dichas redes sean debidamente protegidas contra accesos no autorizados a través de mecanismos de control de acceso lógico y físicos monitoreados y con capacidad de generar alertas.

Será considerado como un ataque a la seguridad informática y una falta grave, cualquier actividad no autorizada por el Proceso de Gestión de la información y Tic en la cual los usuarios realicen la exploración de los recursos informáticos en la red de datos de la Red de Salud del Centro E.S.E, así como de las aplicaciones que sobre dicha red operan, con fines de detectar y mostrar una posible vulnerabilidad.

El Proceso de Gestión de la información y Tic se reserva el derecho de suspender o eliminar el acceso a cualquier equipo de cómputo a cualquier usuario, sin previo aviso al mismo, si el hacerlo es necesario para mantener la disponibilidad, seguridad e integridad de las operaciones para los demás usuarios de los recursos o de la Red de Salud del Centro E.S.E, o cuando se presuma alguna falta o violación a este reglamento u otros pertinentes que amerite este tipo de acciones para el proceso de investigación.

#### **6.14. POLÍTICA DE RESPONSABILIDADES DE ACCESO DE LOS USUARIOS**

Los usuarios de los recursos tecnológicos y los sistemas de información de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E. realizan un uso adecuado y responsable de dichos recursos y sistemas, salvaguardando la información a la cual les es permitido el acceso.

#### **6.15. POLÍTICA DE CONTROL DE ACCESO A SISTEMAS Y APLICATIVOS**

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. vela porque todos los usuarios se identifiquen en los sistemas de información y recursos tecnológicos, se autenticuen con credenciales únicas y las autorizaciones se otorguen conforme a los niveles de acceso a la información.

Se registran los accesos exitosos y fallidos a los sistemas de información y tecnologías con el fin de identificar y alertar posibles amenazas de accesos y cambios no autorizados.

#### **6.16. POLITICAS DE SEGURIDAD EN LAS OPERACIONES**

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. vela por la protección de operaciones y el procesamiento de la información, ello incluye la gestión de capacidad, gestión de cambios, controles contra código malicioso, respaldo de la información, registro de eventos, protección de la información de registro, registro -del administrador y operadores, sincronización de relojes, instalación de software en sistemas operativos, gestión de vulnerabilidades técnicas, restricción sobre la instalación de software y controles de auditorías de sistemas de información.

La seguridad en las operaciones se encuentra documentada y con las responsabilidades asignadas.



**ACUERDO No. 1.02.063-2023 DE 2023  
(DICIEMBRE 13 de 2023)**



**6.17. POLÍTICA DE REGISTRO DE EVENTOS Y MONITOREO DE LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS Y LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. realiza monitoreo permanente del uso que dan los funcionarios y el personal provisto por terceras partes a los recursos de la plataforma tecnológica y los sistemas de información de la Empresa. Además, vela por la custodia de los registros de auditoría cumpliendo con los períodos de retención establecidos para dichos registros.

El monitoreo contempla una definición de los registros de auditoría sobre los aplicativos donde se opera los procesos misionales de la Empresa y análisis de los logs de auditoría para establecer posibles anomalías.

Los logs de los eventos generados por los componentes informáticos capturan y retiene con base en criticidad de los sistemas y el valor de los datos, aspecto relevante para la revisión periódica en beneficio de identificar posibles anomalías, generar alertas tempranas conducentes a reconstruir operaciones sensibles y tomar acciones en lo pertinente a la gestión de riesgos en la Entidad.

Los registros de auditoría requieren de condiciones de preservación similares a las establecidas para los datos y operaciones que los generan y ser consistentes con los criterios de respaldo y recuperación fundamentados en los requerimientos de retención de la información.

Los logs deben tener mecanismos de seguridad y control administrativo resistentes a ataques para evitar la adulteración de estos, también deben generar las capacidades suficientes para detectar y grabar eventos significativos en aspectos de seguridad de información (control a través de un detector de intrusos para los archivos de configuración y Logs).

**6.18. POLITICA DE CONTROL AL SOFTWARE OPERATIVO**

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. revisa la aparición de vulnerabilidades técnicas sobre los recursos de la plataforma tecnológica por medio de pruebas periódicas de vulnerabilidades, a fin de realizar la corrección sobre los hallazgos arrojados por dichas pruebas, de acuerdo con los criterios establecidos. La oficina de Sistemas de Información y la Oficina de Riesgos conforman el Comité de Vulnerabilidades encargado de revisar, valorar y gestionar las vulnerabilidades técnicas encontradas.

**6.19. POLÍTICAS DE SEGURIDAD EN LAS COMUNICACIONES**

Las redes y servicios de comunicaciones, así como las instalaciones que le dan soporte se gestionan y controlan para evitar accesos no autorizados. La



**ACUERDO No. 1.02.063-2023 DE 2023  
(DICIEMBRE 13 de 2023)**



información transmitida o transferida mediante redes públicas se salvaguarda a través de controles para prevenir la pérdida de confidencialidad, integridad y la pérdida de disponibilidad de estos.

La conexión de equipo o estaciones de trabajo a las redes de la entidad está controlada y supervisada.

## **6.20. POLÍTICA DE USO DEL CORREO ELECTRÓNICO**

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. teniendo en cuenta la importancia del correo electrónico como herramienta para facilitar la comunicación entre funcionarios y terceras partes, proporciona un servicio idóneo y seguro para la ejecución de las actividades que requieran el uso del correo electrónico, respetando siempre los principios de confidencialidad, integridad, disponibilidad, autenticidad y privacidad de quienes realizan las comunicaciones a través de este medio.

Los usuarios no deben usar cuentas de correo electrónico asignadas a otras personas, ni recibir mensajes en cuentas de otros. Si fuera necesario leer el correo de alguien más (mientras esta persona se encuentra fuera o ausente), el usuario ausente debe redireccionar el correo a otra cuenta de correo interno, quedando prohibido hacerlo a una dirección de correo electrónico externa a la Red de Salud del Centro E.S.E, a menos que cuente con la autorización del líder del proceso al que pertenece.

Los mensajes y la información contenida en los buzones de correo son propiedad de la Red de Salud del Centro E.S.E y cada usuario, como responsable de su buzón, debe mantener solamente los mensajes relacionados con el desarrollo de sus funciones. Los mensajes de correo electrónico deben ser manejados como una comunicación privada y directa entre emisor y receptor.

Los usuarios podrán enviar información reservada y/o confidencial exclusivamente a personas autorizadas y en el ejercicio estricto de sus funciones y atribuciones, a través del correo institucional que le proporcionó el Proceso de Gerencia de la Información.

La Red de Salud del Centro E.S.E, se reserva el derecho de acceder y revelar todos los mensajes enviados por este medio para cualquier propósito y revisar las comunicaciones vía correo electrónico de personal que ha comprometido la seguridad violando políticas de Seguridad Informática de la Red de Salud del Centro E.S.E o realizado acciones no autorizadas.



**ACUERDO No. 1.02.063-2023 DE 2023  
(DICIEMBRE 13 de 2023)**



Como la información del correo electrónico institucional de la Red de Salud del Centro E.S.E es privada, la única forma en la que puede ser revelada es mediante una orden judicial.

El usuario debe de utilizar el correo electrónico de la Red de Salud del Centro E.S.E, única y exclusivamente para los recursos que tenga asignados y las facultades que les hayan sido atribuidas para el desempeño de su empleo, cargo o comisión, quedando prohibido cualquier otro uso distinto. El tamaño de los buzones de correo es determinado por el Proceso de Gestión de la información y Tic de acuerdo con las necesidades de cada usuario.

La asignación de una cuenta de correo electrónico externo deberá solicitarse por escrito al Proceso de Gestión de la información y Tic, señalando los motivos por los que se desea el servicio. Esta solicitud deberá contar con el visto bueno del líder del proceso que le corresponda.

Queda prohibido falsear, esconder, suprimir o sustituir la identidad de un usuario de correo electrónico.

Expresamente No es permitido:

- Enviar cadenas de correo, mensajes con contenido religioso, político, racista, sexista, pornográfico, publicitario no corporativo o cualquier otro tipo de mensajes que atenten contra la dignidad y la productividad de las personas o el normal desempeño del servicio de correo electrónico en la Institución, mensajes mal intencionados que puedan afectar los sistemas internos o de terceros, mensajes que vayan en contra de las leyes, la moral y las buenas costumbres y mensajes que inciten a realizar prácticas ilícitas o promuevan actividades ilegales.
- Utilizar la dirección de correo electrónico de la Red de Salud del Centro E.S.E como punto de contacto en comunidades interactivas de contacto social, o cualquier otro sitio que no tenga que ver con las actividades laborales. Ni para realizar registros en plataformas externas.
- El envío de archivos que contengan extensiones ejecutables, en ninguna circunstancia.
- El envío de archivos de música y videos. En caso de requerir hacer un envío de este tipo de archivos deberá ser autorizado por el Proceso de Gestión de la información y Tic.

El envío de información corporativa debe ser realizado exclusivamente desde la cuenta de correo que la Red de Salud del Centro E.S.E proporciona. De igual

manera, las cuentas de correo personales no se deben emplear para uso institucional a no ser que se cuente con las respectivas autorizaciones del líder de proceso y visto bueno del líder de Proceso de Gestión de la información y Tic

El envío masivo de mensajes publicitarios corporativos deberá contar con la aprobación del Proceso de Gestión de la información y Tic.

Si un proceso debe, por alguna circunstancia, realizar envío de correo masivo, de manera frecuente, este debe ser enviado a través de una cuenta de correo electrónico a nombre del proceso respecto y/o servicio habilitado para tal fin y no a través de cuentas de correo electrónico asignadas a un usuario particular.

Toda información de la Red de Salud del Centro E.S.E generada con los diferentes programas computacionales (Ej. Servinte, Sinergy, Office, Open Office, Access, Wordpad, etc.), que requiera ser enviada fuera de la Entidad, y que por sus características de confidencialidad e integridad deba ser protegida, debe estar en formatos no editables, utilizando las características de seguridad que brindan las herramientas de Tecnología. La información puede ser enviada en el formato original bajo la responsabilidad del usuario y únicamente cuando el receptor requiera hacer modificaciones a dicha información.

Todos los mensajes enviados deben respetar el estándar de formato e imagen corporativa definido por la Red de Salud del Centro E.S.E y deben conservar en todos los casos el mensaje legal corporativo de confidencialidad.

#### **6.21. POLÍTICA DE USO ADECUADO DE INTERNET**

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. consciente de la importancia de Internet como una herramienta para el desempeño de labores, proporciona los recursos necesarios para asegurar su disponibilidad a los usuarios que así lo requieran para el desarrollo de sus actividades diarias en la entidad.

#### **6.22. POLÍTICA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE REQUISITOS DE SEGURIDAD**

LA RED DE SALUD CENTRO E.S.E. asegura que el software adquirido y desarrollado tanto al interior de la Empresa, como por terceras partes, cumpla con los requisitos de seguridad y calidad establecidos. Las áreas propietarias de sistemas de información, la oficina de Sistemas de Información, incluyen requisitos de seguridad en la definición de requerimientos y, posteriormente se aseguran de que estos se encuentren generados a cabalidad durante las pruebas realizadas sobre los desarrollos del software construido.





**ACUERDO No. 1.02.063-2023 DE 2023  
(DICIEMBRE 13 de 2023)**



## **POLÍTICA PARA EL REPORTE Y TRATAMIENTO DE INCIDENTES DE SEGURIDAD**

LA RED DE SALUD CENTRO E.S.E. promueve entre los funcionarios y contratistas el reporte de incidentes de seguridad digital en sus medios de procesamiento, medio de almacenamiento, la plataforma tecnológica, los sistemas de información y las personas.

De igual manera, asigna responsables para el tratamiento de los incidentes de seguridad digital, quienes tienen la responsabilidad de aislar, investigar y solucionar los incidentes reportados, tomando las medidas necesarias para evitar su reincidencia y escalando los incidentes de acuerdo con su criticidad..

El usuario que sospeche o tenga conocimiento de la ocurrencia de un incidente de seguridad informática deberá reportarlo al Proceso de Gestión de la información y Tic o al encargado de la comuna, lo antes posible, indicando claramente los datos por los cuales lo considera un incidente de seguridad informática.

Cuando exista la sospecha o el conocimiento de que información confidencial o reservada ha sido revelada, modificada, alterada o borrada sin la autorización de las unidades administrativas competentes, el usuario informático deberá notificar a su líder de proceso.

Cualquier incidente generado durante la utilización u operación de los activos de tecnología de información de la Red de Salud del Centro E.S.E, debe ser reportado al Proceso de Gestión de la información y Tic.

### **6.23. POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL**

LA RED DE SALUD CENTRO E.S.E. brinda el marco de gestión de riesgos de seguridad digital por medio del cual identifica, gestiona, trata y mitiga los riesgos de seguridad digital en sus procesos y actividades, alineándolo con los modelos, guías y buenas prácticas suministradas por el Gobierno Nacional.

Los lineamientos relacionados en esta política abarcan a todos los procesos de la entidad con el fin de garantizar un manejo sistemático y unificado que aplique de manera transversal.

Para facilitar los propósitos y requerimientos de administración de riesgos de seguridad digital, se mantiene una adecuada estructura organizacional, el modelo de operación por procesos, los roles y responsabilidades de cada uno de los funcionarios y contratistas de la entidad.

Será considerado como un ataque a la seguridad informática y una falta grave, cualquier actividad no autorizada por el Proceso de Gerencia de la Información en la cual los usuarios realicen la exploración de los recursos informáticos en la red de datos de la Red de Salud del Centro E.S.E, así como de las aplicaciones que sobre dicha red operan, con fines de detectar y mostrar una posible vulnerabilidad.

El Proceso de Gerencia de la Información se reserva el derecho de suspender o eliminar el acceso a cualquier equipo de cómputo a cualquier usuario, sin previo aviso al mismo, si el hacerlo es necesario para mantener la disponibilidad, seguridad e integridad de las operaciones para los demás usuarios de los recursos o de la Red de Salud del Centro E.S.E, o cuando se presuma alguna falta o violación a este reglamento u otros pertinentes que amerite este tipo de acciones para el proceso de investigación.

## 7. MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE

En el proceso de diseño de la matriz de riesgos de la entidad y a través de la aplicación de las etapas del ciclo de gestión de riesgos la entidad identificó los riesgos asociados a la corrupción, la opacidad y el fraude, con el objetivo de prevenir la comisión de actos ilícitos y situaciones de fraude, contribuyendo al fortalecimiento de una cultura de prevención y control al interior de la organización.

En ese marco se relacionan los riesgos institucionales que podrían traer como consecuencias la materialización de situaciones asociadas a la corrupción, la opacidad y/o el fraude (COF):

Proceso	Descripción del Riesgo
Direccionamiento	Posibilidad de pérdida reputacional por desconfianza de la comunidad debido a ocultamiento de información o información parcializada en la rendición de cuentas de la E.S.E.
	Posibilidad de Celebración indebida de contratos vinculando contratistas con inhabilidades o restricciones para establecer relaciones con el sector público, incumpliendo lo establecido en el Manual de Contratación y el SARLAFT.
Atención Ambulatoria Atención Intrahospitalaria	Posibilidad de pérdida reputacional por inadecuado diligenciamiento de registros (HCL-RIPS), incumplimiento a la adherencia a guías y protocolos de atención, omisión en el cumplimiento de deberes, responsabilidades, normas y funciones.

Proceso	Descripción del Riesgo
Gestión de Insumos	Posibilidad de pérdida reputacional por falencias en la gestión del almacén.
	Posibilidad de incurrir en sanciones por parte de entidades de control por realizar adquisición de bienes y servicios (órdenes de compra) sin el cumplimiento de requisitos para beneficio propio o de terceros.
	Posibilidad de pérdida reputacional por adquisición de bienes o servicios a empresas o personas vinculadas con actividades de LAFT o provenientes de contrabando.
Recepción y atención al usuario	Posibilidad de pérdida económica y reputacional por manejo indebido de dineros por parte del facturador al momento de la facturación de servicios asistenciales.
Gestión del talento humano	Posibilidad de pérdida reputacional por favorecimiento en la selección de talento humano sin cumplimiento de requisitos del perfil solicitado.
	Posibilidad de pérdida económica por una incorrecta liquidación de nómina y/o prestaciones sociales que conllevan a realizar pagos injustificados al personal de planta para favorecimiento propio o de terceros.

## 8. ACCIONES DE CONTROL PARA LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE

Con el objetivo de mitigar y controlar los riesgos, la entidad identifica y diseña en el mapa de riesgos, una serie de actividades de control tendientes a disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto de los riesgos identificados; de acuerdo con la metodología para la gestión de riesgos, la entidad realizará seguimiento y monitoreo a los riesgos que por su severidad considere prioritarios,

## 9. COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PTEE

Como medida adicional para gestionar los riesgos de corrupción, opacidad y fraude en la entidad, el presente programa está disponible en la intranet y en la página web de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E., para acceso de todos los funcionarios, contratistas, proveedores y demás partes interesadas.



**ACUERDO No. 1.02.063-2023 DE 2023  
(DICIEMBRE 13 de 2023)**



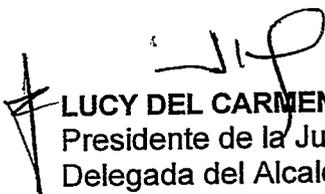
**10. BIBLIOGRAFIA.**

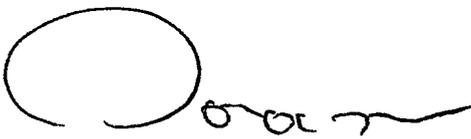
- Código de Integridad del Servicio, Valores del Servidor Público, Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Circular Externa número 000004 del 29 de junio del 2018.
- Circular Externa número 000003 del 24 de mayo del 2018.
- Circular Externa Numero 20211700000004-5 del 15 de septiembre de 2021
- Circular Externa Numero 20211700000005-5 del 17 de Septiembre de 2021
- Circular Externa Numero 2022151000000053-5 del 05 de Agosto de 2022

**ARTICULO SEGUNDO:** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su aprobación.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en Santiago de Cali, el día trece (13) del mes de DICIEMBRE de dos mil veintitrés (2.023).

  
**LUCY DEL CARMEN LUNA MIRANDA**  
Presidente de la Junta Directiva  
Delegada del Alcalde

  
**JORGE ENRIQUE TAMAYO NARANJO**  
Secretario Junta Directiva  
Gerente Red de Salud Centro E.S.E.

Preparó y Proyectó: José Javier Sandoval Prieto–Oficina Subgerencia Administrativa y financiera– Red de Salud del Centro ESE  
Revisión SSPD: Rosse Mary Cabal Franco – Abogada contratista SSPD

“POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL CODIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO CORPORATIVO, DE QUE TRATA LAS CIRCULARES EXTERNAS DE LA SUPERSALUD 20211700000004-5 DEL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2021, 20211700000005-5 DEL 17 DE SEPTIEMBRE DE 2021, Y 202215100000005-3 DEL 05 DE AGOSTO DE 2022 DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E., en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, en especial las conferidas en el Acuerdo No. 001 de septiembre 25 de 2003 de la Junta Directiva, y el numeral 11 del artículo 20 del Acuerdo 106 de 2003 del Honorable Concejo Municipal, y

### CONSIDERANDO

Que, la Red de Salud del Centro como Empresa Social del Estado del Distrito de Santiago de Cali, tiene categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden distrital, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, prestadora de servicios de salud del primer nivel de atención y en consecuencia hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que, la Superintendencia Nacional de Salud mediante Circular Externa No. 000009 del 21 de abril de 2.016, impartió a sus vigiladas instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y La Financiación del Terrorismo (SARLAFT).

Que, mediante la citada Circular Externa, la Superintendencia Nacional de Salud busca generar mecanismos de lucha contra el lavado de activos y contra la financiación del terrorismo, por lo que requiere implementar un sistema que evite el uso de activos que provienen de actividades delictivas o que sean utilizados para ocultar la procedencia de recursos ilícitos, por lo cual introduce criterios y parámetros a sus agentes vigilados.

Que, de conformidad con el artículo 10 de la Ley 526 de 1.999, las autoridades que ejercen funciones de inspección, vigilancia y control deben instruir a sus vigilados sobre las características, periodicidad y controles con relación a la información que se debe reportar a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF)

Que, la Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular Externa 00009 de Abril 21 de 2016 y Circular Externa 20211700000005-5 del 17 de septiembre del 2021 ha dado claras instrucciones de obligatorio cumplimiento para los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de que adopten políticas y medidas integrales de carácter institucional que se deben reflejar en Manuales y Procedimientos que permitan establecer e implementar un Sistema de Administración del Riesgos del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo “SARLAFT” y el Subsistema de Administración del Riesgo de

**ACUERDO No. 1.02.064.2023 DE 2023  
(Diciembre 13 de 2023)**



Corrupción, la Opacidad y el Fraude "SICOF".

Que, en las citadas circulares la Superintendencia Nacional de Salud fija expresas funciones a las Juntas Directivas de las vigiladas, las cuales son de obligatorio cumplimiento y por tanto deben ser adoptadas con el fin de realizar el seguimiento a las peticiones e informes que al respecto se profieran.

Que la Circular Externa 0004 de 2018, por 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.

Que la Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022, por la cual se imparten lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, y modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno.

Que, es necesario dar alcance a las previsiones de las circulares 20211700000004-5, 20211700000005-5 y 2022151000000053-5 del 15,17 de septiembre de 2021 y 05 de agosto de 2022, para aprobar el Código de Conducta y Gobierno Corporativo.

Que por lo anterior,

**ACUERDA**

**ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR Y ADOPTAR:** el Código de Conducta y Gobierno Corporativo en la Red de Salud del Centro ESE, que forma parte del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude "SICOF", el cual está definido de la siguiente manera:



## 1. OBJETIVO

Establecer el marco de referencia que determina y orienta las actuaciones de la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E., declarando los principios, valores, políticas, directrices, normas y procesos que rigen los comportamientos y actividades relacionadas con la dirección y administración de la institución, buscando garantizar la transparencia en la gestión.

## 2. ALCANCE

Este documento aplica para todo el personal de la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E., así como para los integrantes de su Junta Directiva.

## 3. MARCO NORMATIVO

La Circular Externa 007 de 2017 expedida por la Superintendencia Nacional de salud, establece la esencia del Código de Conducta y de Buen Gobierno, disponiendo la implementación voluntaria de las medidas, sin perjuicio de que algunas de estas medidas resulten de obligatorio cumplimiento para estar consagradas en la normatividad vigente. Estas medidas voluntarias, al ser implementadas por la entidad, deberán contar con vocación de permanencia y carácter vinculante para la entidad prestadora, contemplando no solo procedimientos sino acciones al momento de detectar algún tipo de vulneración a dichas prácticas. En este sentido, el Código de Conducta y de Buen Gobierno, se define como un conjunto de medidas concretas para las IPS, en materia de: (i) Máximo Órgano Social, (ii) Órganos de Administración, (iii) Órganos de Control, (iv) Grupos de Interés, (v) Revelación de Información y, (vi) Pautas de Conducta. Dicho lo anterior, las buenas prácticas de gobierno y de conducta se reconocen como instrumentos a ser aplicados para la mitigación de riesgos en las entidades de derecho público y privado que conforman el Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSS). La Circular Externa 003 de 2018 emite los lineamientos para la implementación y la ejecución de las prácticas de buen gobierno y de buena conducta empresarial y establece "La entidad deberá reportar ante esta Superintendencia la Implementación del Código de Conducta y de Buen Gobierno, mediante el Anexo Técnico GTO01 (sección 4. Anexo Técnico y Reporte de Información). Mediante Circular Externa 20211700000004-5 DE 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, se imparten instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones de las Circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018. Mediante Circular Externa No 2022151000000053-5 de 2022, se imparten los lineamientos respecto del programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejoras prácticas organizacionales-código de conducta y buen gobierno.

#### 4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

El Código de Conducta y de Buen Gobierno es el documento que compila los compromisos éticos de toda la organización respecto a la gestión íntegra, eficiente y transparente que, a manera de disposiciones voluntarias de auto-regulación, son promulgadas ante los grupos de interés, con el fin de generar confianza en los servidores públicos, los usuarios y sus familias.

Para efectos de la comprensión de los diferentes aspectos que se plantean en este documento, se establecen las siguientes definiciones de los términos y expresiones empleadas en el texto:

- **Conflicto de Interés:** situación en virtud de la cual una persona, en razón de su actividad, se encuentra en una posición en donde podría aprovechar para sí o para un tercero las decisiones que tome frente a distintas alternativas de conducta.
- **Grupos de Interés:** personas, grupos o entidades sobre las cuales el ente público tiene influencia, o son influenciadas por ella. Es sinónimo de "Públicos internos y externos", o "Clientes internos y externos", o "partes interesadas".
- **Misión:** definición del quehacer de la entidad. Está determinado en las normas que la regulan y se ajusta de acuerdo a las características de cada ente público.
- **Modelo Estándar de Control Interno -MECI-:** modelo establecido por el Estado para sus entidades mediante el Decreto No. 1599 de 2005. Proporciona una estructura para el control a la estrategia, a la gestión y a la evaluación, con el propósito de mejorar el desempeño institucional mediante el fortalecimiento del control y de los procesos de evaluación que deben llevar a cabo las Oficinas de Control Interno, Unidades de Auditoría Interna o quien haga sus veces.
- **Políticas:** directrices u orientaciones por las cuales la alta dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la actividad pública en un campo específico de su gestión, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y sus propósitos.
- **Principios:** Reflejan las principales normas o ideas fundamentales que rigen el comportamiento y la orientación de las personas en una organización.
- **Principios Éticos:** creencias básicas sobre la forma correcta como debemos relacionarnos con los otros y con el mundo, desde las cuales se erige el sistema de valores éticos al cual la persona o el grupo se adscriben.
- **Rendición de Cuentas:** deber legal y ético de todo funcionario o persona de responder e informar por la administración, el manejo y los rendimientos de fondos, bienes y/o recursos públicos asignados, y los respectivos resultados, en el cumplimiento del mandato que le ha sido conferido. De esta manera se constituye en un recurso de transparencia y responsabilidad para generar confianza y luchar contra la corrupción.
- **Riesgos:** posibilidad de ocurrencia de eventos tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales de una entidad pública, entorpeciendo el desarrollo normal de sus funciones.

*af*

ACUERDO No. 1.02.064.2023 DE 2023  
(Diciembre 13 de 2023)

- **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad:** Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, establecido por el Decreto 1011 de 2006.
- **Transparencia:** principio que subordina la gestión de las instituciones a las reglas que se han convenido y que expone la misma a la observación directa de los grupos de interés; implica, así mismo, el deber de rendir cuentas de la gestión encomendada.
- **Valores:** Son las doctrinas y principios que rigen nuestro comportamiento; como cualidades que posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana.
- **Valor Ético:** forma de ser y de actuar de las personas que son altamente deseables como atributos o cualidades propias y de los demás, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana. Los valores éticos se refieren a formas de ser o de actuar para llevar a la práctica los principios éticos.
- **Visión:** establece el deber ser de la entidad pública en un horizonte de tiempo, desarrolla la misión del ente e incluye el plan de gobierno de su dirigente, que luego se traduce en el plan de desarrollo de la entidad.

## 5. DE LA ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA ENTIDAD

### 5.1. Identificación y Naturaleza

La RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E., es una entidad pública de carácter descentralizado, adscrita al Distrito Especial de Santiago de Cali, creada mediante el Acuerdo No. 106 de 2003 y regida por la Constitución Política y por las leyes de la República de Colombia.

### 5.2. Compromiso con los objetivos, la Misión y la Visión de la Entidad

La Red de Salud y su Alta Dirección se comprometen a orientar todas sus actuaciones en el ejercicio de la función pública hacia el logro de los objetivos y el cumplimiento de la Misión y la Visión de la entidad, compromiso que deberán hacer extensivo a toda la organización.

#### 5.2.1. Misión

Prestar servicios de salud con calidad, considerando el perfil epidemiológico, contribuyendo a mantener sana y mejorar la calidad de vida de la población del municipio Santiago de Cali, garantizando la rentabilidad social, la sostenibilidad financiera y la responsabilidad social.

#### 5.2.2. Visión

Ser una institución reconocida a nivel nacional, acreditada con excelencia, generadora de experiencias positivas en el usuario y su familia, con una eficiente

operación de las unidades de gestión con énfasis en atención humanizada, innovación de servicios y responsabilidad social.

### 5.2.3. Objetivos y Funciones

El objeto de las Empresas Sociales del Estado creadas mediante el Acuerdo 106 de 2003, es la prestación de servicios de salud, como un servicio público de seguridad social en salud a cargo del Municipio, que contribuya al mantenimiento del estado de salud de la población en sus áreas de influencia; con capacidad para ofrecer servicios de promoción y mantenimiento de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación acorde con las necesidades determinadas en el perfil epidemiológico y con sujeción al Plan Sectorial de Salud, al Plan de Desarrollo Municipal y a los criterios operacionales señalados para el funcionamiento de la Red de Servicios del Departamento del Valle del Cauca, sin perjuicio de que pueda prestar otros servicios de salud que no afecten su objeto social y que contribuyan a su desarrollo y financiación.

En desarrollo y para el cumplimiento de su objeto, la Empresa Social del Estado, podrá celebrar todos los actos y contratos permitidos por la legislación colombiana, y que puedan ser ejecutados o desarrollados por personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, sean éstos de carácter civil, mercantil, administrativo o laboral. En cumplimiento de su función las Empresas Sociales del Estado deberán:

- Contribuir a mejorar el estado de salud de la población del Municipio de Santiago de Cali, fortaleciendo los hábitos de vida saludable, los factores protectores de la salud y la prevención de la enfermedad; mediante la prestación de servicios de promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, protección específica y detección precoz, de conformidad con las Políticas de Salud Pública del Municipio de Santiago de Cali.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población de la ciudad de Santiago de Cali, procurando reducir la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad, el dolor y la angustia evitables.
- Producir y prestar servicios de salud de calidad, de conformidad con las normas establecidas en la ley y acorde con las necesidades de salud identificadas en el perfil epidemiológico de la población del Municipio de Santiago de Cali.
- Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y sostenibilidad financiera de la Empresa Social.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.
- Desarrollar un sistema de costos que le permita determinar tarifas razonables para el usuario y competitivas en el mercado.
- Acoger las políticas de funcionamiento en red dictadas por el Departamento del Valle del Cauca y el Municipio de Santiago de Cali, con el fin de contribuir en su reorganización.

### 5.3. Código de Integridad

El Código de Integridad es una guía para encaminar las acciones de los servidores públicos de la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E, con el fin de fortalecer una cultura organizacional, orientada al servicio, la integridad, la transparencia y rechazo a la corrupción, mediante la apropiación de valores y generación de cambio comportamental en la prestación de servicios.

A raíz de diferentes recomendaciones, consultas, investigaciones y diálogos, la Función Pública formuló los tres elementos fundacionales del Código de Integridad:

- La construcción, aprobación e implementación de un Código tipo de conducta único para el sector público colombiano.
- La construcción de un sistema de formación e interiorización de los valores formulados en este Código.
- El establecimiento de un sistema de seguimiento y evaluación de la implementación del Código.

#### 5.3.1. Valores del servidor público

Los valores institucionales que inspiran y soportan la gestión de RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E y que están plasmados en nuestro Código de Integridad son:

- **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.
- **Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- **Diligencia:** Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.
- **Justicia:** Actuó con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.



#### 5.4. Órganos de Dirección, Administración y Control

La Red de Salud del Centro E.S.E. facilita el cumplimiento del direccionamiento y seguimiento a las iniciativas estratégicas; así como el seguimiento a la gestión a través de:

##### 5.4.1. Junta Directiva

Es el órgano con el más amplio mandato para dirigir la Entidad; asimismo es la instancia que asegura el control y la supervisión de la gerencia en la adopción de las determinaciones necesarias para cumplir sus fines esenciales. La Junta Directiva cuenta con un reglamento interno de funcionamiento donde se definen temas como: la convocatoria, la celebración quórum de liberatorio, las políticas de selección de los cargos que le competen al Máximo Órgano y los sistemas de votación, que le facilita a sus miembros la toma de decisiones informadas.

##### 5.4.2. Revisoría Fiscal

Su función es cerciorarse que las operaciones celebradas por la Entidad se ajusten a las prescripciones de los estatutos y a las decisiones de la Junta Directiva; notifica las irregularidades que ocurran en el funcionamiento de la Entidad y en el desarrollo de sus actividades, y colabora con las entidades gubernamentales que ejercen las funciones de inspección, vigilancia y control.

Es seleccionada por la Junta Directiva por un periodo de dos años.

##### 5.4.3. Oficina de Control Interno

Es la dependencia encargada de facilitar que la gestión administrativa de la entidad logre el cumplimiento de la misión y los objetivos propuestos de acuerdo con la normatividad y políticas del Estado. Como ente asesor, es la encargada de ejercer el seguimiento al cumplimiento del Código de Conducta y de Buen Gobierno y, en su rol de mejora de la cultura organizacional, promueve la prevención y manejo de los conflictos de interés dentro de la entidad.

##### 5.4.4. Comités

Se definen los siguientes comités para la gestión técnica, operativa y estratégica de la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

###### 5.4.4.1. Comité de Compras

Es el espacio donde se discute, analiza y decide sobre las compras de insumos, materiales y suministros que requieran adquirir, las cuales deben ser consignadas y aprobadas en el Plan Anual de Compras.

###### 5.4.4.2. Comité de Conciliación y Defensa Jurídica

Es un órgano consultor e instancia para promover las políticas y directrices encaminadas a prevenir el daño antijurídico, fijar posición y recomendar si es posible conciliar reclamaciones administrativas.



**ACUERDO No. 1.02.064.2023 DE 2023**  
**(Diciembre 13 de 2023)**

**5.4.4.3. Comité de Convivencia**

Es la instancia encargada de prevenir y corregir el acoso laboral en el marco de la relación del trabajo, así como la de generar una conciencia colectiva conviviente, que promueva el trabajo en condiciones dignas, humanas y justas, la armonía y el buen ambiente entre quienes comparten vida laboral en la Red de Salud del Centro ESE.

**5.4.4.4. Comité de Emergencias**

Es el responsable de coordinar a nivel estratégico la ejecución de las actividades que deban desarrollarse antes, durante y después de una emergencia, simulacro y/o contingencias y se estructura con el propósito de desarrollar las acciones de prevención y control ante situaciones que puedan poner en riesgo los equipos y las personas.

**5.4.4.5. Comité de Farmacia, Terapéutica**

Regula las actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico.

**5.4.4.6. Comité de Fármaco-vigilancia**

El comité de farmacovigilancia tendrá como objetivo coordinar, ejecutar y vigilar el cumplimiento de las actividades en materia de farmacovigilancia; fijar criterios y políticas dentro de la institución que permitan definir mecanismos para el registro, análisis e intervención de todas las actividades que involucran riesgos asociados al uso de medicamentos.

**5.4.4.7. Comité de Gestión Ambiental**

El Grupo administrativo de gestión sanitaria y ambiental, se constituye al interior de las instituciones Prestadoras de Salud, para el diseño y ejecución del Plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades, conformándolo por el personal de la institución, cuyos cargos están relacionados con el manejo de los residuos. Este será el gestor y coordinador del Plan y podrá ser apoyado por las empresas prestadoras del servicio público especial de aseo.

**5.4.4.8. Comité de Historias Clínicas**

Regula las actividades y/o procesos propios del uso, custodia y conservación de la historia clínica

**5.4.4.9. Comité de Infecciones**

Regula las actividades, procesos o procedimientos relacionados con el control de las infecciones intrahospitalarias, el cual tendrá carácter de asesor de la gerencia en la formulación de políticas y directrices para la prevención de infecciones intrahospitalarias.

#### 5.4.4.10. Comité de Vigilancia Epidemiológica

Regula las actividades, procesos o procedimientos relacionados con el seguimiento a eventos de interés en salud pública, el cual tendrá carácter de asesor de la gerencia en la formulación de políticas y directrices para el registro y seguimiento a eventos de interés en salud pública.

#### 5.4.4.11. Comité de Mortalidad /Estadísticas Vitales

Coordina la entrega, distribución y recolección de los Certificados de Nacido Vivo y de defunción, vela por el cumplimiento de las labores de crítica al diligenciamiento de los Certificados y mejorar la calidad, cobertura y oportunidad de la certificación tanto en nacimientos como en defunciones

Crear el Comité de Estadísticas Vitales o incorporar las funciones de estos a los comités de vigilancia Epidemiológica, donde así se considere conveniente.

#### 5.4.4.12. Comité de Reactivo-vigilancia

Es el conjunto de actividades que tiene por objeto la identificación y cualificación de efectos indeseados ocasionados por defectos en la calidad de los reactivos de diagnóstico in vitro, así como la identificación de los factores de riesgo o características que puedan estar relacionadas con estos.

#### 5.4.4.13. Comité de Seguridad del Paciente

El comité de seguridad del paciente tendrá como objeto contribuir con el desarrollo institucional en la gestión de los riesgos en la atención en salud encaminados a garantizar la seguridad de los pacientes.

#### 5.4.4.13 Comité de Tecno-vigilancia

El comité de Tecnovigilancia tendrá como objetivo fortalecer la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, operadores y todas aquellas personas que se vean implicadas directa o indirectamente en la utilización de dispositivos médicos.

#### 5.4.4.14 Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

El Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno de la Entidad se encarga de asegurar la evaluación en la implementación de la Dimensión 7 de Control Interno, las auditorías del control interno, asegurando una gestión orientada a procesos de mejoramiento continuo y el aseguramiento de su eficiencia, eficacia y efectividad, mediante el monitoreo estratégico de gestión y operativo, a través del Modelo Estándar de Control Interno. La Entidad regulará la conformación y funciones específicas del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno.

#### 5.4.4.15 Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Órgano interno de la ESE., encargado de realizar seguimiento a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, así como de revisar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y políticas de desarrollo administrativo

de la Entidad. Esta instancia realizará el seguimiento al cumplimiento de las directrices, políticas, valores y principios establecidos en el código.

#### **5.4.4.16 Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo**

Es el encargado de la promoción y vigilancia de las normas en temas de seguridad y salud en el trabajo dentro de las empresas públicas y privadas, que se constituye en un medio importante para promocionar la Salud laboral en todos los niveles de la institución, buscando generar acuerdos con las directivas y responsables del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo en función del logro de metas y objetivos concretos.

#### **5.4.4.17 Comité de Sostenibilidad Financiera**

El comité técnico de sostenibilidad financiera se constituye como la instancia que sirve de herramienta para la mejora continua y sostenibilidad de la calidad de la información financiera de manera que se genere información con las características fundamentales de relevancia y representación fiel y facilite de manera permanente la depuración y mejora de la calidad de la información financiera

### **POLÍTICAS RELACIONADAS CON LA CONDUCTA DE LOS FUNCIONARIOS**

#### **5.5. CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO - POLITICA GENERAL**

El responsable de Control Interno Disciplinario debe prevenir y corregir la violación de los deberes y sancionar la incursión en las prohibiciones de los servidores públicos conforme lo determinado por la Ley. Buscando garantizar y contribuyendo a la buena prestación de la administración pública, procurando asegurar "Que la función pública sea ejercida en beneficio de la comunidad y para la protección de los derechos y libertades de los asociados".

El responsable de Control Interno Disciplinario debe propender por el cumplimiento de una eficiente Administración y eficaz prestación del servicio, a través de la vigilancia y control de la conducta de los funcionarios en su desempeño frente al estado y los ciudadanos. Teniendo como base y fortaleza conceptual "que la función administrativa, que se encuentra al servicio de los intereses comunes, se cumpla con fundamento en los principios de imparcialidad, celeridad, transparencia, eficacia y moralidad" según lo ordena el artículo 209 de la Constitución Política.

#### **5.6. GESTION TALENTO HUMANO - POLÍTICA GENERAL**

El Equipo de Gestión del Talento Humano implementará acciones para el fortalecimiento del Talento Humano, mediante principios constitucionales de justicia, equidad, imparcialidad y transparencia en las diferentes actividades de

**ACUERDO No. 1.02.064.2023 DE 2023  
(Diciembre 13 de 2023)**



planificación, selección, inducción y reinducción, formación y capacitación, compensación, bienestar social, evaluación del desempeño y salud ocupacional.

### **5.6.1. POLÍTICA DE OPERACIÓN**

El responsable de Gestión del Talento Humano y la oficina de capacitación desarrollará el programa de inducción y/o re inducción, el cual incluirá entre otros conocimientos generales de la empresa y sus políticas, plataforma estratégica, código de ética, las normas de bioseguridad y salud ocupacional, con el fin de facilitar y fortalecer la integración del empleado a la cultura organizacional familiarizándolo con la estructura funcional de la empresa.

### **5.7. POLÍTICA DE REGALOS O INVITACIONES**

La Red de Salud del Centro E.S.E. establece como norma de comportamiento él no recibir ni aceptar ningún obsequio o regalo de proveedores de bienes o servicios, o de potenciales proveedores, en general terceros, que puedan generar algún tipo de compromiso o influencia en el desarrollo de la relación contractual.

Los regalos, invitaciones, patrocinios, asistencia a eventos, y cualquier otra tipología similar deberán hacerse a favor de La Red de Salud del Centro E.S.E., para que sea la entidad, cuando aplique, la que decida a qué funcionario se le otorgará dicho beneficio, conforme con la pertinencia y conveniencia que se evalúe. En aquellos eventos en que se presenten inquietudes, vacíos o dudas respecto a la aplicación de estas políticas, estos deberán ser puestos en conocimiento del Oficial de Riesgo del SICOF, para que evalúen en primera instancia la situación y posteriormente, si es del caso, sea escalado al Comité de Ética.

### **5.8. POLÍTICA DE CONFLICTOS DE INTERÉS**

Los conflictos de intereses son situaciones en las que existen intereses privados en los funcionarios, que les pueden impedir o le impiden actuar de forma objetiva e independiente en el ejercicio de sus funciones. Estos intereses pueden ser de tipo económico, profesional, de relacionamiento, laboral, entre otros. Pueden ser propios, o de sus parientes, amigos, socios, u otros terceros con un vínculo estrecho.

Los funcionarios, contratistas, proveedores y demás partes interesadas de la Red de Salud del Centro E.S.E.:

- Deberán velar por la protección de los intereses de la entidad cuando se encuentren en el ejercicio de sus funciones. En sus comportamientos

**ACUERDO No. 1.02.064.2023 DE 2023  
(Diciembre 13 de 2023).**

deberán primar estos intereses por sobre los intereses privados que puedan tener.

- Cuando se encuentren en una situación de conflicto de intereses, deberán declarar el conflicto.
- Se abstendrán de actuar o decidir cuándo se encuentren en una situación de conflicto de intereses. Deberán aguardar a que se tomen las medidas frente a la función que se desempeña en la entidad.
- Se deberán declarar las situaciones de conflicto de intereses, incluso cuando el funcionario o contratista haya actuado o tomado una decisión existiendo previamente el conflicto.
- Se deberán declarar las situaciones de conflicto de intereses incluso cuando se tenga duda que efectivamente se está inmerso en una. En estos casos, también se podrá solicitar orientación al Oficial de Cumplimiento del SICOF, planteándole la situación y la correspondiente duda.
- Cuando se tenga sospecha de que un funcionario de la entidad se encuentra inmerso en una situación de conflicto de intereses, se deberá denunciar este hecho a través de los canales de denuncia dispuestos.

### **5.9. POLÍTICA DE USO DEL CORREO ELECTRÓNICO**

La RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E. teniendo en cuenta la importancia del correo electrónico como herramienta para facilitar la comunicación entre funcionarios y terceras partes, proporciona un servicio idóneo y seguro para la ejecución de las actividades que requieran el uso del correo electrónico, respetando siempre los principios de confidencialidad, integridad, disponibilidad, autenticidad y privacidad de quienes realizan las comunicaciones a través de este medio.

### **5.10. POLÍTICA DE USO ADECUADO DE INTERNET**

La RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E. consciente de la importancia de Internet como una herramienta para el desempeño de labores, proporciona los recursos necesarios para asegurar su disponibilidad a los usuarios que así lo requieran para el desarrollo de sus actividades diarias en la entidad.

6 DE LA INTERACCIÓN CON GRUPOS DE INTERÉS

6.4 Grupos de interés

Hace referencia a entidades, grupos o personas con quienes La Red de Salud del Centro E.S.E. tiene contacto y establece una relación de mutuo beneficio en cumplimiento de su objeto social. La Entidad, reconoce entre otros y como sus principales grupos de interés los siguientes:

- **Proveedores:** quienes prestan un servicio a La Red de Salud del Centro E.S.E. o de quienes se reciben bienes, servicios, información y/o insumos. La Red de Salud del Centro E.S.E. orienta todo su esfuerzo y capacidad a satisfacer las expectativas de sus clientes, es por ello que cultiva relaciones equitativas que garantizan seriedad y seguridad en el cumplimiento de obligaciones recíprocas. Para la contratación y selección de proveedores, La Red de Salud del Centro E.S.E. adopta los principios definidos en las normas y leyes vigentes, como también en su Estatuto y Manual de Contratación vigentes, por esto la contratación se realiza en un ámbito de libre competencia, con criterios de eficiencia y eficacia, orientada por los principios de buena fe, calidad, igualdad, moralidad, transparencia, economía, equidad, responsabilidad, imparcialidad, celeridad y autonomía de la voluntad.
- **Cliente Interno:** Hace referencia a todos los integrantes del capital humano que tienen la responsabilidad desde sus lugares de trabajo, de cumplir una labor de apoyo asistencial y/o administrativo, logrando la plena satisfacción del usuario y su familia.
- **Cliente Externo:** Se refiere al usuario y a su familia a quienes va dirigido todo el esfuerzo de los servidores y colaboradores. La Red de Salud del Centro E.S.E. cuenta con el Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU – a través del cual los usuarios, sus familias y la comunidad pueden presentar sus quejas, reclamos y sugerencias. Cualquier persona del capital humano de la Institución puede y debe recibir y atender las quejas de usuarios que lo requieran.
- **Empresas Administradoras de Planes de Beneficio:** El Gerente y su grupo directivo se comprometen a mantener buenas relaciones con todas las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB –, acogiéndose a los principios éticos y a la transparencia en estas relaciones.
- **Instituciones Educativas y Promotoras de Investigación en Salud:** La docencia y la investigación se establecen como vocación de servicio La Red de Salud del Centro E.S.E., el cual se compromete en participar en la formación del talento humano en salud y en el desarrollo de investigación para la gestión del conocimiento que aporte en sus prácticas clínicas y administrativas y apoye el nuevo conocimiento para mejorar la salud de toda la población.



**ACUERDO No. 1.02.064.2023 DE 2023**  
(Diciembre 13 de 2023)

- **Otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:** Colaborar armónicamente para la realización de sus fines y mantener relaciones cordiales y transparentes, apoyando la gestión en red para mejorar la oportunidad en la atención y generando espacios de referenciación que permitan el desarrollo de los prestadores del sistema de salud.
- **Comunidad:** La Red de Salud del Centro E.S.E. respeta su entorno y su comunidad, y trabaja de la mano con ellas en pro de objetivos comunes.
- **Asociación de Usuarios:** Dando cumplimiento a la normatividad vigente y en busca de la mejor relación con sus usuarios y sus familias, La Red de Salud del Centro E.S.E. apoya la conformación y funcionamiento de las Asociaciones de Usuarios. El objetivo de las Asociaciones de Usuarios es agrupar a los usuarios actuales y potenciales de La Red de Salud del Centro E.S.E. que pertenecen al régimen contributivo, subsidiado, población pobre y vulnerable y/o particulares. Con la constitución de la asociación de usuarios se busca garantizar a todos los usuarios el derecho a la participación en salud. Así mismo, procurará la capacitación de sus integrantes en temas relacionados con la salud, y se presentará como un apoyo para la entidad poniendo en conocimiento de la comunidad, los deberes y derechos de los usuarios.

**Entes y órganos de Control y Vigilancia:** El Gerente y su equipo directivo mantienen relaciones armónicas con los entes y órganos de control y evaluación, suministra toda la información que legalmente requieran de forma oportuna, completa y veraz para que puedan ejecutar eficazmente su labor de auditoría y evaluación. La Red de Salud del Centro E.S.E. tiene el compromiso de implementar las acciones de mejoramiento institucional que estas entidades recomienden y revisar de manera periódica sus procesos para ejecutar las acciones correctivas y preventivas a las que hubiere lugar.

#### 6.4.4 Rendición de cuentas

#### 6.4.5 Frente al Público

Se dará información sobre la gestión integral adelantada por La Red de Salud del Centro E.S.E., el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos mediante un informe de gestión que es presentado a la comunidad y publicado en la página de la web de la entidad.

#### 6.4.6 Frente a las Autoridades Locales

La Junta Directiva de La Red de Salud del Centro E.S.E. definirá canales de comunicación con la Gerencia de la entidad, para atender las relaciones con la Secretaría de Salud sobre temas tales como: coordinación de actividades de salud pública, acceso de los usuarios a los servicios de salud y calidad de estos, sistema de atención al usuario, entre otros.



**ACUERDO No. 1.02.064.2023 DE 2023**  
(Diciembre 13 de 2023)



**6.4.7 Frente a la comunidad científica y médica**

La Red de Salud del Centro E.S.E. mantiene comunicación y suministra información dirigida a expertos en medicina, salud pública y epidemiología con miras a realizar una rendición de cuentas académica.

**6.4.8 Frente a la Superintendencia Nacional de Salud**

La Red de Salud del Centro E.S.E. aporta oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud la información detallada para que ésta pueda supervisar la integridad y rigor de las metodologías de gestión del riesgo en salud y financiero, el sistema de atención al usuario y el sistema de control interno. Asimismo, la institución cumple a cabalidad con todas las instrucciones emitidas por esta Superintendencia.

**6.4.9 Transparencia en la Contratación de Personal**

La Red de Salud del Centro E.S.E. cuenta con un manual de funciones aprobado por la Junta Directiva, que especifica los criterios que aplica y perfiles que tiene en cuenta para seleccionar y vincular personal.

**6.4.10 Transparencia en la Política de Compras**

La Red de Salud del Centro E.S.E. tiene una política de compras, que incluye los criterios y procedimientos, así como las áreas responsables para la adquisición de bienes y servicios necesarios para la operación y sus respectivas atribuciones. Para las categorías de bienes y servicios y las cuantías que la entidad define, hay pluralidad de oferentes y comparación de ofertas con criterios predefinidos.

**7 DE LA ADMINISTRACIÓN DEL CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO**

El Jefe de Oficina de la Gestión del Talento Humano, en cumplimiento del Manual de Funciones de la Red de Salud del Centro E.S.E., donde se establece como propósito principal de su cargo: Dirigir, coordinar, adoptar y mantener las políticas, procesos y procedimientos en materia de gestión humana en concordancia con los valores y objetivos de la empresa.

Atendiendo a lo anterior, el Jefe de Oficina de Talento Humano velará porque se dé cumplimiento a las disposiciones establecidas en el Código de Conducta y de Buen Gobierno. Para esta labor se apoyará en el área de Planeación para administrar el Modelo Estándar de Control Interno, el área de Calidad para liderar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y el responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) de la entidad. Acorde con los procesos establecidos este grupo institucional debe asesorar y orientar la implementación, mantenimiento y mejoramiento de herramientas que fortalezcan la gestión de la entidad.



**ACUERDO No. 1.02.064.2023 DE 2023**  
**(Diciembre 13 de 2023)**



La Oficina de Control Interno, en su rol de "Evaluación y seguimiento a la gestión institucional" deberá velar por el cumplimiento de los principios, valores, políticas, directrices, normas y procesos que rigen los comportamientos y actividades relacionadas con la dirección y administración de la institución para garantizar la transparencia en la gestión.

**8 DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DEL CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO**

La RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E mide su gestión y desempeño a través de las siguientes herramientas:

- Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS: evalúa la percepción de los usuarios frente a la prestación del servicio y expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos en la red de salud.
- Indicadores de gestión: con los cuales los procesos administrativos y asistenciales de la red de salud miden su desempeño y la contribución al cumplimiento de los objetivos institucionales.

**9 DE LA ADOPCIÓN, VIGENCIA, DIVULGACIÓN Y REFORMA**

El Código de Conducta y de Buen Gobierno entrará en vigencia a partir de su aprobación y adopción mediante acto administrativo suscrito por el Gerente de la entidad, como responsable de administrar las políticas y estrategias que garanticen el cumplimiento de los objetivos de la Red de Salud del Centro E.S.E., enmarcada en la normatividad vigente.

Este documento se divulgará a los servidores públicos, colaboradores y grupos de interés de la Entidad, a través de los medios de comunicaciones digitales e impresos con que cuenta la entidad.

El Código de Conducta y de Buen Gobierno podrá ser reformado por decisión del Gerente de la Red de Salud del Centro E.S.E., o por sugerencia del grupo asesor o dependencias encargadas de su administración. El Gerente de la Red de Salud del Centro E.S.E. informará a los grupos de interés, a través de medios de comunicación masivos, los cambios introducidos en el mencionado código.



**ACUERDO No. 1.02.064.2023 DE 2023  
(Diciembre 13 de 2023)**



**ARTICULO SEGUNDO:** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su aprobación.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en Santiago de Cali, a los trece (13) días del mes de Diciembre de dos mil veintitrés (2.023).

**LUCY DEL CARMEN LUNA MIRANDA**  
Presidente de la Junta Directiva  
Delegada del Alcalde

**JORGE ENRIQUE TAMAYO N.**  
Secretario Junta Directiva  
Gerente Red de Salud del Centro  
E.S.E.

Preparó y Proyectó: Niller Lady Alzate Agudelo – Jefe de Oficina Talento Humano  
Revisión Ese Centro: Marcela Calderón Gutierrez – Jefe de Oficina Asesora Jurídica  
Revisión SSPD: Rosse Mary Cabal Franco – Abogada contratista SSPD