

	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.	Código: E-DO-PI-FT-01
	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	Versión: 03
	Informe de Seguimiento SARLAFT/FPADM –SICOF - PTEP	Fecha: 2024/06/11
		Página 1 de 11

INFORME DE SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT/FPADM), SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF Y AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - PTEP

INTRODUCCIÓN

Los entes de control interno del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, Control Interno y Revisoría Fiscal, en cumplimiento a lo establecido en la Circular No 00009 del 21 de abril de 2016 y Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, presenta a los Honorables Miembros de la Junta Directiva de la Entidad, el documento denominado “informe de seguimiento al sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/FPADM), subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude – SICOF y al programa de transparencia y ética pública -PTEP”, correspondiente a la vigencia 2024.

La presentación anual del Informe vigencia 2024, se realiza teniendo en cuenta lo estipulado el numeral 6.3, literal S, de la Circular N° 00009 de 2016, la cual refiere «*dar por escrito en cuando al menos de forma anual por parte de la Revisoría Fiscal a la Junta Directiva o quien haga sus veces, al representante legal del cumplimiento o incumplimiento a las disposiciones contenidas en el SARLAFT*» así como, el numeral 5.1.9 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 donde menciona «*el auditor interno de la entidad debe evaluar semestralmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SARLAFT, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, debe informar los resultados de la evaluación al Oficial de Cumplimiento y a la Junta Directiva*».

El presente documento permite a los Honorables Miembros de la Junta Directiva, conocer el ejercicio de evaluación y seguimiento realizado por los entes de control interno de manera independiente y objetiva de aseguramiento, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

NORMATIVIDAD

Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”

Artículo 2 Objetivos del control interno: literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f). Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.

	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.	Código: E-DO-PI-FT-01
	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	Versión: 03
	Informe de Seguimiento SARLAFT/FPADM –SICOF - PTEP	Fecha: 2024/06/11
		Página 2 de 11

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

Decreto 648 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”

Art. 17. El Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, quedará así: Las Unidades u Oficinas de Control Interno desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, y relación con entes externos de control.

Circular No 00009 del 21 de abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Manual del subsistema para la administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude – A-GFIN-M-003.

1. OBJETIVO

Verificar y realizar seguimiento al cumplimiento de la implementación del sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/FPADM), subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude – SICOF y al programa de transparencia y ética pública – PTEP”, en el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, para la vigencia 2024.

2. ALCANCE

El presente informe corresponde al periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2024, verificando la implementación, seguimiento, control y monitoreo del SARLAFT/FPADM, SICOF y PTEP.

3. METODOLOGIA

Cada etapa del seguimiento (Análisis del proceso, evaluación del riesgo y evaluación de las actividades de control) se desarrollaron de la siguiente manera:

I. Revisión de la documentación vigente en la entidad.

II. Entrevistas con el oficial de cumplimiento.

	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.	Código: E-DO-PI-FT-01
	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	Versión: 03
	Informe de Seguimiento SARLAFT/FPADM –SICOF - PTEP	Fecha: 2024/06/11
		Página 3 de 11

III. Inspección de documentos relacionados.

IV. Solicitud de información adicional, requerida dentro del análisis realizado.

4. ANALISIS DEL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- La entidad cuenta con el Manual del Subsistema para la administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude, normalizado con el código A-GFIN-M-003. El cual se evidencia en el listado maestro de documentos en el siguiente link:
- La entidad cuenta con matriz de riesgos de corrupción.
Se evidencia publicación del mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2024, en la página web del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.
Los riesgos de corrupción que se identificaron en la matriz publicada en la página web corresponden a los siguientes procesos:

Proceso	Cantidad de riesgos por proceso
Atención de Hospitalización	4
Apoyo Terapéutico	2
Gestión de Calidad	2
Ambiente Físico	1
Apoyo diagnóstico	1
Atención al usuario	1
Atención Quirúrgica	1
Bienes y servicios	1
Consulta Externa	1
Gestión Comercial	1
Gestión de la información	1
TOTAL	16

Una vez verificada la matriz de riesgos de corrupción publicada en la página web, se evidencia que no se realizó actualización de la matriz en la sección de transparencia, teniendo en cuenta que los riesgos de la entidad se actualizaron en el mes de abril de 2024, incumpliendo de esta manera las generalidades acerca de los riesgos de corrupción establecidas en la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 6.

A continuación, se presenta relación de inventario de riesgos de fraude interno y externo por proceso, una vez realizada la actualización de riesgos en el mes de abril de 2024.

 Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.	Código: E-DO-PI-FT-01
	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	Versión: 03
	Informe de Seguimiento SARLAFT/FPADM –SICOF - PTEP	Fecha: 2024/06/11
		Página 4 de 11

Proceso	Subproceso	N° de Riesgos fraude interno	N° de Riesgos fraude externo
Atención en Hospitalización	Hospitalización General	4	1
Evaluación y Control de la Gestión	Control interno de gestión	1	1
Atención del servicio Farmacéutico	Atención del servicio Farmacéutico	1	1
Gestión de la Tecnología Biomédica	Gestión de la Tecnología Biomédica	1	2
Gestión Documental	Gestión Documental	1	2
Gestión Jurídica y contractual	Gestión Jurídica	1	0
	Contractual	3	0
Atención en Laboratorio Clínico	Laboratorio Clínico	2	1
Desarrollo Organizacional	Planeación Institucional	1	2
Atención inmediata	Referencia y Contrareferencia	2	1
	Urgencias	1	0
Gestión de talento humano	Gestión de talento humano	2	1
Gestión Financiera	Mercadeo	2	2
	Costos	0	0
	Presupuesto	0	0
	Facturación	0	0
	Cuentas médicas	1	2
	Tesorería	1	0
	Contabilidad	1	0
Gestión de recursos físicos	Mantenimiento	1	0
	Gestión ambiental	1	4
	Gestión de Bienes y Servicios	3	0
Atención en Imágenes diagnósticas	Atención en Imágenes diagnósticas	1	2
Atención al Usuario y su familia	Atención al Usuario y su familia	1	2
Atención Quirúrgica	Atención Quirúrgica	4	1
Gestión de Calidad	Mejoramiento Continuo de la Calidad	2	0
Atención ambulatoria	Consulta externa general	2	1
Comunicaciones y posicionamiento institucional	Comunicaciones y posicionamiento institucional	3	1
Gestión de la Información	Gestión de la Información	1	1
Atención Integral y prestación de servicios	Atención Terapéutica	2	1
	Epidemiología	0	2
	Programas con enfoque diferencial	0	1
TOTAL		46	32
Mapa de procesos anterior			
Traslado de Pacientes		0	1
IPS en Red		1	3
TOTAL		1	4

	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.	Código: E-DO-PI-FT-01
	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	Versión: 03
	Informe de Seguimiento SARLAFT/FPADM –SICOF - PTEP	Fecha: 2024/06/11
		Página 5 de 11

- El Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. cuenta con la Política Institucional y el sistema integrado de gestión del riesgo del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, conformado por subsistemas adscritos al mismo, Sistema de Administración del riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva “SARLAF - FPADM”, Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude “SICOF” y la gestión del riesgo clínico y asistencial”, aprobada por la junta directiva a través del acuerdo N°12 de fecha 06 de septiembre de 2024, en la cual se adopta el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y la Política Institucional de Administración del Riesgo en el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. y sus unidades básicas de Atención – UBA, con aplicación de los subsistemas de riesgos de:
 - ✓ Riesgos Operacional
 - ✓ Riesgos en Salud
 - ✓ Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF
 - ✓ Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo y Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva - (SARLAFT-FPADM)
 - ✓ Riesgo Actuarial
 - ✓ Riesgo de Crédito
 - ✓ Riesgo de Liquidez

La junta Directiva a través del acuerdo N° 12 de 2024, en su artículo 5. Designa al Subgerente Administrativo como oficial de cumplimiento, quien es el encargado del cumplimiento e implementación de los subsistemas de: Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude SICOF y para el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo y de la Financiación del Terrorismo y Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT-FPADM).

- Se evidencia en el Sistema de Gestión Integral – Almera, el programa de Gestión del Riesgo, con código E-DO-GR-PG-01, de fecha 05 de noviembre de 2024, en el cual se establecen los lineamientos para desarrollar la gestión del riesgo en el Hospital Regional de Sogamoso, marco de la Política institucional definida en este aspecto asegurando la debida gestión general del ciclo de riesgos, así como su monitoreo y seguimiento permanente.

Reportes del oficial de Cumplimiento

Se evidencia que el oficial de cumplimiento, presentó de manera mensual el reporte al UIAF - Reporte de Operaciones Intentadas y Operaciones Sospechosas donde reporta:

- ✓ Reporte procedimientos.
- ✓ Reporte proveedores.

 Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.	Código: E-DO-PI-FT-01
	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	Versión: 03
	Informe de Seguimiento SARLAFT/FPADM –SICOF - PTEP	Fecha: 2024/06/11
		Página 6 de 11

✓ Reporte operaciones sospechosas.

A continuación, se presenta las fechas de presentación de los reportes UIAF:

Fecha Límite Reporte	Fecha de Reporte	Criterios de Envío	Alertas para envío
10/01/2024	5/01/2024	OPORTUNO	ENTREGADO
10/02/2024	13/02/2024	EXTEMPORANEO	ENTREGADO
10/03/2024	3/03/2024	OPORTUNO	ENTREGADO
10/04/2024	1/04/2024	OPORTUNO	ENTREGADO
10/05/2024	9/05/2024	OPORTUNO	ENTREGADO
10/06/2024	6/06/2024	OPORTUNO	ENTREGADO
10/07/2024	8/07/2024	OPORTUNO	ENTREGADO
10/08/2024	9/08/2024	OPORTUNO	ENTREGADO
10/09/2024	10/09/2024	OPORTUNO	ENTREGADO
10/10/2024	7/10/2024	OPORTUNO	ENTREGADO
10/11/2024	7/11/2024	OPORTUNO	ENTREGADO
10/12/2024	6/12/2024	OPORTUNO	ENTREGADO

Se observa que en el primer trimestre de la vigencia 2024 se envió de manera extemporánea el informe del mes de febrero, trimestre que correspondía al oficial de cumplimiento (subgerencia administrativa vigencia 2020-2024 marzo) y para la vigencia 2024-2027 los envíos por parte del oficial de cumplimiento se realizaron de manera oportuna.

Informes entregados por el oficial de cumplimiento

En el mes de agosto de la vigencia 2024 el oficial de cumplimiento del hospital (Subgerencia administrativa y financiera), entregó informe del primer semestre dirigido a los honorables miembros de la Junta Directiva y copiado a la Revisoría Fiscal de la entidad, en cumplimiento a lo establecido en el manual de SARLAFT-FPADM vigente en la entidad.

Instrumento de Autodiagnóstico de la Superintendencia Nacional de Salud

Para la Evaluación del Código de Conducta y Buen Gobierno, Subsistemas de Administración de Riesgos y Programa de Transparencia y Ética Empresarial.

En 2023, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) solicitó el diligenciamiento de cuestionarios de autodiagnóstico del Sistema Integrado de gestión de Riesgos – SIGR, con el objetivo de evaluar el nivel de implementación del Código de Conducta y Buen Gobierno – CCBG, los subsistemas de administración de riesgos y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS de los grupos C1, C2 y D1. Los Entes de Control Interno de la Entidad evidencian que los cuestionarios fueron reportados por el oficial de cumplimiento.

El 20 de mayo de 2024 la SNS envió al Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. cuyo asunto es la socialización de resultados del autodiagnóstico del SIGR 2023, en la cual se indica lo siguiente: «Finalmente, se exhorta a las entidades a formular un plan de acción de mejora orientado a subsanar las debilidades que puedan tener y las acciones se ven reflejadas en el resultado de la próxima

 <p>Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.</p>	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.	Código: E-DO-PI-FT-01
	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	Versión: 03
	Informe de Seguimiento SARLAFT/FPADM –SICOF - PTEP	Fecha: 2024/06/11
		Página 7 de 11

evaluación. Para ello, se recomienda utilizar como referente las sugerencias que pueden encontrar en la sección V del tablero de Power BI y que están directamente relacionadas con el nivel de madurez obtenido por su entidad, tanto en la pestaña de resultados de los lineamientos generales, como en la de resultados de lineamientos específicos»

Resultados Lineamientos Generales

Recomendaciones

Entidad Vigilada: **E163O532X614 - R408P296S783**

Nivel de madurez

Medio

Nota: De acuerdo con las respuestas del autodiagnóstico, la entidad fue clasificada con un nivel de madurez (bajo, medio alto) en la implementación de los lineamientos normativos relacionados con la gestión de riesgos.

Nivel de Madurez Bajo (24 recomendaciones), Puntajes entre 0 - 40%

Nivel de Madurez Medio (15 recomendaciones), Puntajes >40% - 70%

Nivel de Madurez Alto (10 recomendaciones), Puntajes >70%

Nota: En línea con el nivel de implementación obtenido y el grado de madurez obtenido por la entidad se le sugiere revisar la implementación de las siguientes acciones:

Componente	Recomendaciones
Políticas de Gestión de Riesgos	Conservar las actas de aprobación y/o actualización de las políticas avaladas por el Máximo Órgano de Administración, Junta Directiva y/o quien haga sus veces en la entidad.
Ciclo General de Gestión de Riesgos	Construir Mapas de Riesgos (Mapas de Calor) que resulten pertinentes, los cuales deben ser actualizados periódicamente, permitiendo la fácil visualización a todo el equipo de trabajo (dueños de los procesos, área de riesgos, partes interesadas, entre otros). Estos mapas deben contener el riesgo inherente y residual
Estructura Organizacional	De acuerdo con el tamaño, complejidad y demás características particulares de la IPS, se debe tener en cuenta lo siguiente para el área de gestión de riesgos: a) Si la decisión es crear el área de gestión de riesgos, esta debe gozar de independencia sin sesgos de las áreas misionales de la entidad relacionadas con la prestación de servicios de salud (atención en servicios ambulatorios, atención en urgencias, atención hospitalaria y quirúrgica, entre otras) y de las áreas encargadas de las negociaciones (compras, tesorería, entre otros). b) Si la decisión es que la entidad ha otorgado funciones de gestión de riesgos en cada uno de los procesos (especialmente los más significativos y sensibles para el funcionamiento) a funcionarios de diferentes áreas de manera transversal dentro de la misma entidad. Los responsables de estas áreas deben pertenecer al segundo nivel jerárquico (depender directamente de la Gerencia y/o Dirección de la entidad) y contar con poder de decisión.
Procesos y Procedimientos para la Gestión de Riesgos	Diseñar e implementar los procesos y procedimientos para cada una de las etapas del ciclo general de gestión de riesgos y elementos de los diferentes subsistemas de administración de Riesgos.
Procesos y Procedimientos para la Gestión de Riesgos	Diseñar e implementar los procesos y procedimientos respecto a las acciones a seguir en caso de incumplimiento de los límites fijados y frente a autorizaciones especiales.
Infraestructura Tecnológica	Diseñar e implementar procesos automáticos y/o semiautomáticos que permitan realizar un control adecuado del cumplimiento de las políticas y límites establecidos.
Documentación para la Gestión de Riesgos	Documentar en los procesos y procedimientos las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas para cada uno de los funcionarios de los diferentes órganos de dirección, administración y control involucrados en la administración de los diversos riesgos.
Representante Legal	El Representante Legal conoce y discute los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.
Ciclo General de Gestión de Riesgos	Elaborar una matriz de riesgos apropiada, completa, pertinente y actualizada que contenga: contexto, objetivos y procesos afectados, riesgos identificados, causas generadoras del riesgo, fuentes de riesgo, efectos potenciales - impactos, eventos, posible interrelación con otros riesgos, riesgo inherente, amenazas, vulnerabilidades, controles, atributos de los controles, riesgo residual, planes de tratamiento, entre otros.

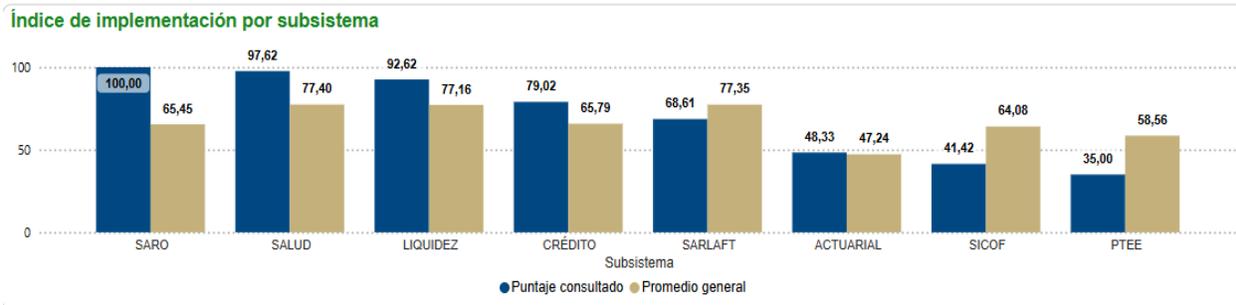
Componente	Recomendaciones
Ciclo General de Gestión de Riesgos	Establecer metodologías y/o técnicas para la identificación y medición de los riesgos que permita determinar la probabilidad de ocurrencia y el impacto del riesgo
Documentación para la Gestión de Riesgos	Formalizar la documentación del SIGR a través de manuales, formatos, registros, planillas, guías, entre otros que contengan las etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
Políticas de Gestión de Riesgos	Formular e implementar políticas claras para cada una de las etapas del ciclo general de gestión de riesgos y elementos de los subsistemas de riesgos.
Ciclo General de Gestión de Riesgos	Formular los indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos residuales y netos.
Ciclo General de Gestión de Riesgos	Implementar un sistema de alertas tempranas que facilite la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización (debe incluir la definición de los límites máximos de exposición o niveles aceptables de riesgo, la normatividad vigente y los criterios definidos en la política de gestión de riesgo)

 <p>Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.</p>	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.	Código: E-DO-PI-FT-01
	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	Versión: 03
	Informe de Seguimiento SARLAFT/FPADM –SICOF - PTEP	Fecha: 2024/06/11
		Página 8 de 11

Resultados Lineamientos Específicos

Resultado por subsistema

Entidad Vigilada: E163O532X614 - R408P296S783



NOTA: En esta gráfica se compara el índice de implementación obtenido (consultado) por la entidad seleccionada, versus el índice de implementación promedio general de las IPS de los grupos C1, C2 y D1 que dieron respuesta al cuestionario.

➤ Implementación del SARLAF según la Circulares Externas 09 de 2016 y 2021170000005-5 de 2021.

Teniendo en cuenta la Circular Externa 09 de 2016, numeral 5.1 el SARLAFT que implementen los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS debe comprender como mínimo las siguientes etapas:

1. Identificación del riesgo
2. Evaluación y medición
3. Controles
4. Seguimiento y Monitoreo

Una vez revisada la documentación los entes de Control Interno, no evidencian la implementación de una matriz de riesgos de SARLAFT en el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

Respecto a los elementos del SARLAFT mencionados en la Circular Externa 09 de 2016 se evidenció lo siguiente:

- **Políticas:** El Hospital Regional de Sogamoso E.S.E cuenta con la Política Institucional y el sistema integrado de gestión del riesgo del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, conformado por subsistemas adscritos al mismo, Sistema de Administración del riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva “SARLAF - FPADM”, Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude “SICOF” y la gestión del

	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.	Código: E-DO-PI-FT-01
	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	Versión: 03
	Informe de Seguimiento SARLAFT/FPADM –SICOF - PTEP	Fecha: 2024/06/11
		Página 9 de 11

riesgo clínico y asistencial”, aprobada por la junta directiva a través del acuerdo N°12 de fecha 06 de septiembre de 2024.

- **Comunicación de Políticas:** A través del seguimiento y evaluación de riesgos que realiza la Oficina Asesora de Control Interno, se evidenció que se deben desarrollar estrategias de divulgación y comunicación de la Política aprobada en el mes de septiembre de 2024 con todos los funcionarios de la entidad, con el fin de asegurar que sea entendida e implementada en todas las líneas de defensa de la entidad.
- **Procedimientos:** La entidad cuenta con el siguiente Manual y Procedimientos:
 - ✓ Manual de SARLAFT/FPADM con código A-GFIN-M-002.
 - ✓ MONTO MÁXIMO DE TRANSACCIONES EN EFECTIVO
 - ✓ CONOCIMIENTO DE EMPLEADOS PÚBLICOS
 - ✓ CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES Y PRESTADORES
 - ✓ CONOCIMIENTO DE LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA
 - ✓ CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y USUARIOS

Adicionalmente se evidencian los siguientes formatos:

- ✓ FORMATO SARLAFT PERSONA JURIDICA
- ✓ FORMATO SARLAFT PERSONA NATURAL

- **Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE**

Teniendo en cuenta la Circular Externa 53 – 5 de 2022 de la SUPERSALUD, la cual establece los lineamientos respecto al Programa de Transparencia y Ética Empresarial, los entes de Control Interno de la Entidad no evidencian la implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial. Este programa tiene como objetivo implementar herramientas para prevenir y sancionar actos de corrupción, promover una cultura de legalidad, corresponsabilidad, integridad y buen manejo de los recursos públicos.

Los principales componentes que conforman el PTEE incluyen:

- Debida diligencia
- Política para el otorgamiento y recepción de regalos e invitaciones.
- Política sobre remuneraciones y pago de comisiones a contratistas y empleados.
- Política sobre viáticos, gastos de alimentación, hospedaje y/o viaje.
- Política sobre donaciones.
- Política sobre procedimientos de archivo y conservación de documentos.
- Funciones de la Línea de Transparencia.
- Régimen Sancionatorio
- Auditoría y Control

 <p>Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.</p>	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.	Código: E-DO-PI-FT-01
	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	Versión: 03
	Informe de Seguimiento SARLAFT/FPADM –SICOF - PTEP	Fecha: 2024/06/11
		Página 10 de 11

- Capacitación y Comunicación
- Procedimientos

5. CONCLUSIONES

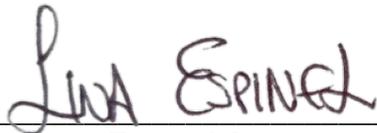
Los Entes de Control Interno de la Entidad en la actividad de revisión de manera independiente y objetiva, presenta las siguientes conclusiones:

1. La Entidad cuenta con procedimientos para la administración del riesgo de Lavado de activos y financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/FPADM) y el subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF).
2. La Entidad actualizó la Política Institucional y el subsistema integrado de gestión del riesgo en el mes de septiembre de 2024
3. No se observa la actualización y publicación de la matriz de riesgos de fraude interno y externo en la página web de la entidad.
4. Se evidencia programa de Gestión del Riesgo aprobado en el mes de noviembre de 2024, en el cual se establecen los lineamientos para desarrollar la gestión del riesgo en el Hospital Regional de Sogamoso.
5. Una vez revisado los soportes de envío a través de la Plataforma SIREL, se evidencia que en el mes de febrero de 2024 se presentó de manera extemporánea el reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF.
6. Teniendo en cuenta el instrumento de Autodiagnóstico de la Superintendencia Nacional de Salud, para la Evaluación del Código de Conducta y Buen Gobierno, Subsistemas de Administración de Riesgos y Programa de Transparencia y Ética Empresarial, se evidencia que el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, obtiene un nivel de madurez Medio.
7. Una vez revisada la documentación de la Entidad los entes de Control Interno, no evidencian la implementación de una matriz de riesgos de SARLAFT y SICOF en el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.
8. Respecto a los elementos del SARLAFT mencionados en la Circulares Externas 09 de 2016 y 20211700000005-5 de 2021 se evidenció que la entidad cuenta con Política, procedimientos y formatos.
9. Teniendo en cuenta la Circular Externa 53 – 5 de 2022 de la SUPERSALUD, la cual establece los lineamientos respecto al Programa de Transparencia y Ética Empresarial, los entes de Control Interno de la Entidad no evidencian la implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial en el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

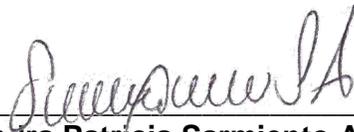
	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.	Código: E-DO-PI-FT-01
	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	Versión: 03
	Informe de Seguimiento SARLAFT/FPADM –SICOF - PTEP	Fecha: 2024/06/11
		Página 11 de 11

6. RECOMENDACIONES

1. Adelantar de manera prioritaria la elaboración de las políticas del SARLAFT/FPADM, para que sean presentadas a la Junta Directiva de la entidad para su posterior aprobación, con el fin de dar cumplimiento a las Circulares expedidas por la SUPERSALUD.
2. Los Entes de Control Interno de la Entidad recomiendan realizar la identificación de la Matriz de riesgos de SARLAF, SICOF y Subsistemas de Riesgos de la SUPERSALUD.
3. Se recomienda al oficial de cumplimiento la entrega del informe con destino a la junta directiva donde se observe las acciones realizadas por el mismo para el segundo semestre de la vigencia 2024, para dar cumplimiento a la aplicación del SARLAFT/FPADM y la aplicación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF.
4. Se recomienda mantener la presentación de manera oportuna de los reportes a la UIAF.
5. Se recomienda al oficial de cumplimiento de la entidad incluir en el plan de capacitaciones de la vigencia 2025 los temas relacionados con SARLAFT y SICOF enfocado a cumplir con las disposiciones emitidas en la materia.
6. Se recomienda establecer los lineamientos respecto al Programa de Transparencia y Ética Empresarial que aplican a la Entidad.



Lina María Espinel Aguirre
Asesora de Control Interno



Sandra Patricia Sarmiento Acevedo
Revisora Fiscal