



MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE



Elaboro:

Oficina Asesora de Planeación y
Calidad

Reviso:

Oficina asesora de Planeación y
Calidad

Aprobó:

Comité de Gestión y Desempeño



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 2 de 81

TABLA DE CONTENIDO


1. OBJETIVOS	5
1.1 Objetivo general	5
1.1.2 Objetivos específicos	5
2. ALCANCE	5
3. CAMPO DE APLICACIÓN	6
4. RESPONSABILIDADES	6
5. ACTUALIZACION	6
6. DEFINICIONES (SI APLICA).....	6
7. GENERALIDADES	12
8. CONTENIDO GENERAL	13
8.1 ANTECEDENTES	13
8.2 INTRODUCCION	13
8.3 LINEAMIENTO GENERALES.....	14
8.4 ETAPAS DEL SICOF	16
8.4.1 Identificación de Riesgos	16
8.4.2 Evaluación y Medición de Riesgos.....	17
8.4.3 Selección de Estrategias para el tratamiento y control de riesgos:	18
8.4.4 Seguimiento y monitoreo	19
8.5 POLITICAS DE GESTION DEL RIESGO	20
8.6 DOCUMENTACION.....	23
8.7 MARCO ORGANIZACIONAL	24
8.7.1 Estructura general	24
8.7.2 Roles y Responsabilidades	25
8.8 ELEMENTOS DEL SICOF	30
8.8.1 POLITICAS.....	31

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 3 de 81

8.8.2 PROCEDIMIENTOS:	32
8.8.2.1 Debida Diligencia	33
8.8.2.2 Consulta de listas restrictivas	36
8.8.2.3 Conocimiento de Personas Expuestas Públicamente	37
8.8.2.3.1 Procedimiento de Identificación PEP	38
8.8.2.4 Procedimiento de Conocimiento del Mercado	39
8.8.2.5 Identificación De Operaciones Inusuales	40
8.8.2.5.1 Procedimiento y mecanismos de detección Operaciones Sospechosas	40
8.8.2.5.2 Reporte de ROS Positivo	42
8.8.3 MECANISMOS.....	43
8.8.3.1 Política de Tratamiento de Datos	43
8.8.3.2 Línea Ética	45
8.8.3.3 Ruta de denuncia	46
8.8.3.4 Indicadores SICOF	49
8.8.3.5 Matriz de Riesgos.....	49
8.8.3.6 Informes de gestión del SICOF	50
8.8.3.7 Conflicto De interés	50
8.8.3.7.1 Declare conflicto de interés	52
8.8.4 INSTRUMENTOS	53
8.8.4.1 Instrumentos de Medición	53
8.8.4.2 Área Jurídica	58
8.8.4.3 Gestión del Talento Humano	58
8.8.4.4 Colaboradores	58
8.8.4.5 Proveedores	60
8.8.5 IDENTIFICACION DE RIESGOS	62
8.8.5.1 Identificación de áreas de factores de Riesgos	65
8.8.5.2 Clasificación de Riesgos	67
8.8.5.3 Valoración del riesgo	68
8.8.5.3.1 Análisis del riesgo	69


Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 4 de 81

8.8.5.4 Evaluación del riesgo	72
8.8.5.5 Valoración de controles	72
8.8.5.6 Seguimiento y monitoreo de riesgos COF.....	74
8.8.6 DIVULGACION.....	75
8.8.6.1 Despliegue.....	75
8.8.7 CAPACITACIONES.....	76
8.8.8 SANCIONES.....	77
9. ANEXO (SI APLICA)	78
10. CONTROL DE CAMBIOS.....	81

COPIA CONTROLADA

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
---	--	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 5 de 81

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo general

Definir los criterios y procedimientos para detectar y prevenir actos de corrupción, opacidad y fraude en el E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz

1.1.2 Objetivos específicos

- Formular estrategias en la identificación de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude
- Identificación de áreas y procesos vulnerables frente a los riesgos de corrupción, opacidad y fraude
- Examinar y mitigar causales que aumenten la incidencia de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude en todos los procesos del hospital
- Fortalecer la cultura de transparencia mediante la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude.


2. ALCANCE

Según la superintendencia de sociedades todas las entidades prestadoras de salud deben implementar o ajustar a su sistema integrado de gestión de riesgos el subsistema de Administración de Riesgos de corrupción, la opacidad y el fraude (SICOF).

En este manual se fijan políticas, roles, responsabilidades, procedimiento y metodologías en base a los riesgos identificados en el entorno tanto interno y externos del E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz teniendo en cuenta todos sus procesos desarrollados, teniendo en cuenta la Circular externa No. 20211700000005-5 del 21 de septiembre de 2021 emitida por la supersalud.

El manual deberá orientar la actuación de todos los funcionarios, quienes deben comprometerse explícitamente con su cumplimiento, por lo cual deberán certificar su conocimiento.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 6 de 81

3. CAMPO DE APLICACIÓN

Todos los procesos tanto internos como externos, que hagan parte del E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz

4. RESPONSABILIDADES

Oficial de cumplimiento asignado al cargo de Asesora de Planeación y Calidad, suplente del oficial de cumplimiento al cargo de Líder de Gestión del Talento Humano, Como también es responsabilidad del cumplimiento del subsistema SICOF a todos los líderes de procesos internos y externos en el Hospital

5. ACTUALIZACION

Cada dos años según la circular externa expedida por Supersalud

6. DEFINICIONES (SI APLICA)


Supervisión basada en riesgos: Los principales beneficios del modelo de Supervisión Basada en Riesgos para los usuarios del sistema de salud son:

- Mejora los resultados en salud, teniendo en cuenta su enfoque preventivo.
- Aumenta la satisfacción de los usuarios del sistema de salud.
- Mejora la confianza de la población en el sistema de salud

SICOF: es el conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para cumplir los siguientes objetivos:

- Realizar una adecuada gestión de los riesgos.
- Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de las entidades para evitar situaciones de corrupción, opacidad y fraude.

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 7 de 81

- Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de corrupción, opacidad y fraudes tanto al interior como al exterior de las organizaciones

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS: Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.

ANÁLISIS DEL RIESGO: Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del riesgo.

CANAL ANTICORRUPCIÓN: Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de fraude, opacidad o corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.

CIBERCRIMEN: Actividades ilícitas que se llevan a cabo para robar, alterar, manipular, enajenar o destruir información o activos (como dinero, valores o bienes desmaterializados) de compañías, valiéndose de herramientas informáticas y tecnológicas7 .

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

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 8 de 81

incompatibles, ninguno de los cuales puede ser privilegiado en atención a sus obligaciones legales o contractuales¹⁰.

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

CONTRAPARTE(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.

CONFLICTO DE INTERESES: Situación en virtud de la cual una persona (funcionario, contratista o tercero vinculado a la Fiduciaria y sus negocios administrados), debido a su actividad se enfrenta a distintas alternativas de conducta con relación a intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede privilegiar en atención a sus obligaciones legales o contractuales

CONTROL DE RIESGOS: Parte de la administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos para minimizar los riesgos adversos. **CORRUPCIÓN:** Obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información.


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

CORRUPCIÓN PÚBLICA: Cuando en el acto de Corrupción intervienen funcionarios públicos y/o la acción reprochable recaiga sobre recursos públicos¹⁴

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

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 9 de 81

sumas de dinero.

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

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

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


FAVORITISMO: Preferencia dada al “favor” sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante.

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

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

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

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 10 de 81

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.

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

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo. Implica la identificación de las fuentes de riesgo, los eventos, sus causas y consecuencias potenciales.

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

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

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


NIVEL DE RIESGO: Magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos expresada en probabilidad e impacto o consecuencias.

OPACIDAD: Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública

POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO: Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.

RIESGO: Cualquier evento, amenaza, acto u omisión que en algún momento

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
		VERSION: 1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	FECHA: ENE 2023
		PAGINA 11 de 81

pueda comprometer el logro de los objetivos de la entidad

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


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

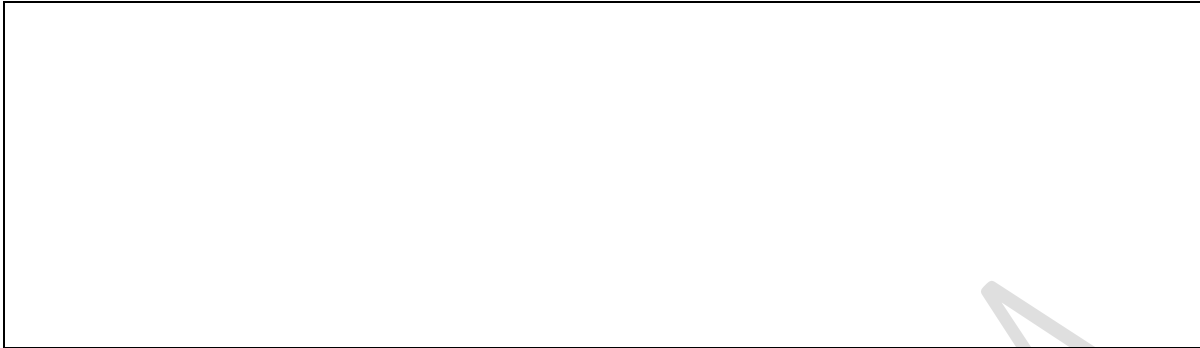
SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE – SICOF: Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:

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

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

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 12 de 81



7. GENERALIDADES

Talento humano

Oficial de cumplimiento SICOF: Asesor oficina de Planeación y Calidad


Suplente SICOF: Líder de Gestión del Talento Humano

Notas aclaratorias del proceso:

Todos los líderes del proceso están encargados de la ejecución y seguimiento de los procesos para la correcta ejecución del subsistema de administración de riesgos de corrupción, la opacidad y fraude SICOF, en el E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Así mismo los colaboradores que hacen parte de la institución brindaran apoyo en la ejecución del subsistema y prevención de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 13 de 81

8. CONTENIDO GENERAL

8.1 ANTECEDENTES

El artículo 36 de la Ley 1122 de 2007 establece el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud. Dentro de la función de inspección, según el artículo 35 de la misma Ley, se encuentran las acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del precitado sistema, que implican la solicitud, confirmación y análisis puntual de la información financiera, técnica científica, administrativa y económica que se requiera de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, entre las que se encuentran, según el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos.


Por su lado, el numeral 2 del artículo 7 del Decreto 1080 de 2021, establece como función de la Superintendencia Nacional de Salud la de: “Emitir instrucciones a los sujetos vigilados sobre el cumplimiento de las disposiciones normativas que regulan su actividad, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación.”.

Teniendo en cuenta la importancia de evitar cualquier acto de Corrupción, Opacidad o Fraude al interior de las organizaciones vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, se ha provisto un robusto marco legal y técnico tanto Nacional como Internacional tendiente a evitar la concreción de tales conductas, en el que se encuentran normas, estándares y lineamientos, entre los que se encuentran:

8.2 INTRODUCCION

La Superintendencia Nacional de Salud, a través de la circular externa No. 20211700000005-5 del 17 de Septiembre 2021 genera directrices propias para la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude- SICOE, dado que, en virtud de las disposiciones

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 14 de 81

constitucionales y legales vigentes, la vigilancia del cumplimiento de políticas públicas en la materia le corresponde a dicha Superintendencia.

En el presente manual se empieza por poner de presente contenido del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, SICOF. Se Destacan medidas orientadas para evitar que se generen alertas sobres los tres riegos planteados en el subsistema.

El E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz ejecuta actividades basadas en su operatividad teniendo en cuenta niveles éticos y de integridad, adaptan a los reglamentos establecidos por los diferentes organismos de control y vigilancia por eso es que a través de este manual del Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y Fraude SICOF, se adopta un marco general con medidas y controles que permitan orientar el accionar administrativo y la gestión permanente en los procesos buscando la mitigación de los riegos de corrupción, opacidad y fraude.

De esta manera el E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz dando cumplimiento a la circular expedida por Supersalud mencionada anteriormente, se cumple con el presente manual del Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y Fraude SICOF

8.3 LINEAMIENTO GENERALES

Las entidades deben desarrollar y mantener una estructura organizacional apropiada para la administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de acuerdo con su tamaño, estructura, actividad económica y demás características particulares. Para el efecto, se establece y preserva estándares que permitan contar con personal idóneo para la administración de los riesgos. De igual forma, queda claramente asignadas las responsabilidades de las diferentes personas y áreas involucradas en los respectivos procesos y procedimientos, se establecen reglas internas dirigidas a prevenir y sancionar conflictos de interés, a controlar el uso y a asegurar la reserva de la información.

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

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

1. Riesgos en salud
2. Riesgo operacional
3. Riesgo Actuarial
4. Riesgos de crédito
5. Riesgo de liquidez
6. Riesgo de mercado de capitales
7. Riesgo de grupo
8. Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo

Los riesgos mencionados podríamos definirlos de la siguiente manera según las entidades de salud:

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

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


Riesgo Actuarial: Se refiere al riesgo que puede ser inexacto o incorrecto con los supuestos aplicados por los actuarios en los modelos utilizados para fijar el precio de pólizas de seguro particulares. Los posibles supuestos incluyen la frecuencia de las pérdidas, la gravedad de las pérdidas y la correlación de las pérdidas entre los contratos. El riesgo actuarial también se conoce como «riesgo de seguro»

Riesgo de crédito: Es el riesgo de incumplimiento de una deuda que puede surgir de un deudor que no realiza los pagos requeridos.

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

Riesgo de mercado de capitales: ocurre cuando hay probabilidad de que la entidad tenga resultados negativos en su cartera de acciones. Puede ser riesgo específico, es decir, que afecta a un número reducido de activos de la organización, o sistemático o no diversificable, que afecta a todos los activos en mayor o menor medida.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 16 de 81

Riesgo de grupo: se pueden usar para describir a las personas que comparten rasgos o comportamientos que afectan su probabilidad de padecer de una enfermedad.

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

8.4 ETAPAS DEL SICOF

Los vigilados que en la cual se implementen el subsistema de administración de riesgos de corrupción, opacidad y fraude deben comprender las siguientes etapas en el cual el hospital implementa:


8.4.1 Identificación de Riesgos

Consiste en reconocer, explorar exhaustivamente y documentar todos los riesgos internos y externos que podrían afectar tanto los objetivos de la entidad como la salud de los usuarios a su cargo, en los casos que aplica, identificando sus causas, efectos potenciales y la posible interrelación entre los diferentes tipos de riesgos, para lo cual se recomienda la utilización de normas técnicas nacionales o internacionales.

Para esta identificación se podrán seleccionar metodologías y técnicas que se consideren más adecuadas, dentro de las que se encuentran estudios científicos, encuestas, entrevistas estructuradas con expertos, talleres, lluvia de ideas, técnicas de escenarios, entre otros.

El hospital Universitario Erasmo Meoz implementa las siguientes metodologías para la identificación de los riesgos:

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 17 de 81

- Identificar, inventariar, relacionar y documentar la totalidad de los procesos.
- Revisar, evaluar y analizar el contexto interno y externo que permita identificar a los stakeholders, factores de riesgo, riesgos asociados, entre otros.
- Establecer metodologías de identificación, que sean aplicables a los procesos, con el fin de determinar los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude
- Identificar los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos, con base en las metodologías establecidas en desarrollo del literal anterior.
- La etapa de identificación deberá realizarse previamente a la implementación o modificación de cualquier proceso

8.4.2 Evaluación y Medición de Riesgos


Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. También se deberá considerar el análisis de los riesgos inherentes y residuales, y su participación en el riesgo neto global. Se entenderá por valoración del riesgo, la medida cualitativa o cuantitativa de su probabilidad de ocurrencia y su posible impacto.

Para la medición y evaluación de cada uno de los riesgos el Hospital adjuntara la información necesaria, completa y de calidad para generar los mejores resultados en la institución.

En el proceso de medición de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, las entidades deberán desarrollar, como mínimo, los siguientes pasos

- Establecer la metodología de medición individual y consolidada susceptible de aplicarse a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude identificados. La metodología deberá ser aplicable tanto a la probabilidad de ocurrencia como al impacto.
- Aplicar la metodología establecida en desarrollo del literal anterior de la presente Circular para lograr una medición de la probabilidad de ocurrencia y del impacto de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude en la

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 18 de 81

totalidad de los procesos de la entidad, conforme la clasificación de internos y externos de los mismos.

- Determinar el perfil de riesgo inherente de la entidad.

8.4.3 Selección de Estrategias para el tratamiento y control de riesgos:

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


Para todas las acciones que van a determinar riesgos, se tiene responsables, plazos, formas de ejecución y reportes de avances, los cuales deben corresponder a la complejidad de la operación de la entidad. Asimismo, deberán estar aprobadas por la instancia del Gobierno Organizacional que corresponda.

Las entidades deben tomar medidas para controlar los riesgos inherentes a que se ven expuestas con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto en caso de que se materialicen.

La empresa ejecuta lo siguiente:

- Las entidades deben tomar medidas para controlar los riesgos inherentes a que se ven expuestas con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto en caso de que se materialicen.
- De acuerdo con la metodología establecida en desarrollo del literal anterior de la presente Circular, implementar las medidas de control sobre cada uno de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude
- Estar en capacidad de determinar el perfil de riesgo residual de la entidad.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 19 de 81

8.4.4 Seguimiento y monitoreo


Una vez establecidos los posibles mecanismos o un conjunto de estos, para la mitigación y control de los riesgos que se han identificado como relevantes para la entidad y después de realizar un análisis de causa y efecto para determinar los puntos más críticos a intervenir con mayor prelación.

Con el fin de realizar el respectivo seguimiento y monitoreo permanente y continuo de la evolución de los perfiles de riesgo y la exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de cada uno de los riesgos identificados, la entidad debe desarrollar un sistema de alertas tempranas que facilite la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización. Lo anterior, con una periodicidad acorde con los eventos y factores de riesgo identificados como potenciales, así como con la frecuencia y naturaleza de estos.

El hospital realizara un monitoreo periódico , por lo tanto cumplirá según la circular expuesta:

- Desarrollar un proceso de seguimiento efectivo, que facilite la rápida detección y corrección de las deficiencias en el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF. Dicho seguimiento debe tener una periodicidad acorde con los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude potenciales y ocurridos tanto en la entidad como en el sector salud. En cualquier caso, el seguimiento debe realizarse con una periodicidad mínima de un año.
- Establecer indicadores descriptivos y/o prospectivos que evidencien los potenciales Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- Asegurar que los controles estén funcionando en forma oportuna, efectiva y eficiente.
- Generar un reporte interno de manera periódica (mínimo semestralmente) con la gestión de los riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude que contenga el perfil de riesgo inherente y residual de la entidad de acuerdo a las políticas establecidas y aprobadas, el cual debe estar a disposición de las autoridades competentes.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 20 de 81

8.5 POLITICAS DE GESTION DEL RIESGO

Teniendo en cuenta las indicaciones por parte de la SuperSalud El Hospital Universitario Erasmo Meoz crea la Resolución 002045 del 12 de Septiembre de 2022 *‘Por medio del cual adopta la política del subsistema de administración de riesgos de corrupción, la opacidad y fraude’*

Teniendo en cuenta esto la empresa social del estado Hospital Universitario Erasmo Meoz dedicada a la prestación de servicios de salud de alta y mediana complejidad consciente de sus procesos institucionales y de acuerdo a los requisitos legales, se compromete al cumplimiento del Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y Fraude con el fin de prevenir y gestionar posibles eventos de este tipo que se presenten al interior de la entidad por parte de todos los implicados tanto interna como externa en los procesos de la entidad. La alta dirección proporcionara la información y recursos necesarios para la implementación de las medidas preventivas, de control y corrección en los sistemas de administración de riesgos de corrupción opacidad y fraude.


Política de Gestión del Riesgo:

La política de gestión del riesgos de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, se encuentra definida dentro de la resolución 000181 del 29 de enero de 2021 cita lo siguiente: La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, acorde con el direccionamiento estratégico y la Gestión por procesos, se compromete a identificar, analizar, controlar y gestionar los riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud, seguridad de la información y riesgos por corrupción, promoviendo la gestión efectiva de los recursos, proporcionando una seguridad que permita fortalecer el logro de los objetivos institucionales.

La institución de adapta; Conforme a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 del Estatuto Anticorrupción, cada entidad del orden nacional, departamental y municipal debe elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, que contempla, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano forma parte de la política

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 21 de 81


de transparencia, participación y servicio al ciudadano del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que articula el quehacer de las entidades, mediante los lineamientos de cinco políticas de desarrollo administrativo y el monitoreo y evaluación de los avances en gestión institucional y sectorial

En la E.S.E H.U.E.M lo ético no es una opción, es un compromiso necesario. El buen gobierno busca a diario la adopción de los elementos que cumplen los requisitos normativos, enriqueciéndolo con aquellos que trascienden lo puramente legal, hacia la creación de la cultura del **Buen Gobierno y la adopción** de los medios y herramientas que garanticen su Cumplimiento. Es por tanto fundamental que el Código de Buen Gobierno esté acompañado de un modelo de seguimiento, monitoreo, evaluación y control. El Código de Buen Gobierno se sitúa en el horizonte de dar alcance a través de las buenas prácticas del gobierno corporativo en las entidades públicas, al Decreto Presidencial No. 3622 de 2005 sobre políticas de desarrollo del Sistema Administrativo, en donde se postula que “el Desarrollo Administrativo es un proceso de mejoramiento permanente y planeado para la buena gestión y uso de los recursos y del talento humano en los organismos y entidades de la Administración Pública”.

En tal sentido, nuestro **Sistema de Gobierno Organizacional** comprende: además el Código de **Integridad y Buen Gobierno** (i) el Acuerdo 001 de 1996 Estatuto interno de la ESE HUEM. Por el cual se adopta el Estatuto de la Empresa Social del Estado Hospital Erasmo Meoz, del Departamento Norte de Santander.; (ii) el Reglamento de la Junta Directiva y sus miembros, el cual regula las normas y funciones de la Junta así como los derechos y deberes en el desempeño de sus cometidos; y el (iii) Reglamento de cada uno de los Comités de apoyo a la Junta Directiva; (los “Reglamentos Internos”), así como (iv) las Políticas Internas de la entidad (las “Políticas”); y (v) los Manuales que se desarrollen para la implementación de los diferentes procesos de la E.S.E H.U.E.M (los “Manuales”).

Política del Sistema de Control Interno: La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz cuenta con el comité institucional de coordinación del sistema de control interno quien realiza seguimiento a los procesos institucionales y evidencia las auditorias ejecutadas a planes y programas institucionales en cumplimiento al marco normativo. A su vez la entidad a través de su mapa de procesos cuenta con el proceso de Evaluación de Control Interno de gestión con una caracterización descrita y un conjunto de procedimientos y actividades enmarcadas en el ciclo

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
		VERSION: 1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	FECHA: ENE 2023
		PAGINA 22 de 81

PHVA (planear, hacer, verificar, actuar), velando por su cumplimiento por parte de todos los servidores públicos, para que se desarrollen estrategias gerenciales que conduzcan a una administración eficiente, eficaz, imparcial, íntegra y transparente, por medio de la autorregulación, la autogestión, el autocontrol y el mejoramiento continuo para el cumplimiento de los fines del Estado y propiciando el control estratégico, el control de gestión y el control de evaluación.


Así mismo a través de ésta política declara sus criterios y marco de actuación respecto al control interno, como parte de los mecanismos de direccionamiento y control que facilitan la búsqueda de unidad de propósito y dirección.

Transparencia y confidencialidad de la información: Transparencia Financiera y Contable: En concordancia con el informe de la Revisoría Fiscal como los estados financieros auditados y el informe de gestión tienen la consideración de información pública, por lo cual se permite el acceso a la misma no sólo en la entidad, sino a su vez a través de la Superintendencia Nacional de Salud. Se establece y se garantiza a favor de las minorías la posibilidad de inspección sobre los documentos que soportan la información financiera y contable de la entidad. Este derecho se extiende a los documentos que deben presentar la Junta Directiva y el representante legal, así como a los libros y demás comprobantes exigidos por la ley.

Política en el manejo de contrapartes:

- La ESE no realiza ninguna operación comercial o contrato si un potencial proveedor, cliente, o funcionario aparece registrado en las listas emitidas por la organización de Naciones Unidas (Lista ONU) y si un cliente o proveedor activo es registrado en dicha lista la organización deberá realizar las actividades necesarias para terminar la relación comercial y no podrá realizar ninguna nueva operación con él.
- Los directivos de la administración deben garantizar la disposición del talento humano y los recursos físicos que permitan el conocimiento de los proveedores que se realiza a través de los análisis jurídicos, técnicos y financieros que se realizan en conformidad con el Estatuto y Manual de Contratación.
- Se realizará la divulgación y socialización de las políticas sobre corrupción, opacidad y fraude a todos los funcionarios. Adicionalmente se dará capacitación, inducción y acceso a las herramientas de control a aquellos funcionarios responsables de los procesos de vinculación de terceros

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 23 de 81

- Todos los funcionarios del ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ, están en la obligación de cumplir las políticas, procesos y procedimientos aplicables en el desarrollo, implementación y seguimiento del Sistema de Gestión de Riesgo de LA/FT, orientando sus acciones a la mitigación de los riesgos e identificación de operaciones inusuales, estando obligados a reportar a las áreas de cumplimiento acerca de cualquier situación u operación inusual o sospechosa de la cual tengan conocimiento directa o indirectamente.

Adicionalmente la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz cuenta con el código de integridad expuesto anteriormente donde podemos encontrar el documento con el siguiente código *TH-CO-001 CODIGO DE INTEGRIDAD DE LA ESE HUEM.*


8.6 DOCUMENTACION

Las etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos deben quedar plasmados en documentos y registros, garantizando la integridad, oportunidad, trazabilidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida. Los procesos y procedimientos mencionados se deben adoptar y plasmar mediante documentos controlados, en los cuales deben quedar claramente definidas 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.

En el E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz se tienen en cuenta las indicaciones expuestas para la creación y gestión de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, es por esto que se articulara, creara y se hará seguimiento de la documentación seleccionada para una correcta administración de estos riesgos:

- ✓ Las políticas para la administración de cada uno de los riesgos
- ✓ Las metodologías y procedimientos para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos identificados. A su vez, el establecimiento de los niveles de aceptación y límites de exposición.
- ✓ La estructura organizacional que garantice el desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos y que, a su vez, fortalezca el

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 24 de 81

Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.

- ✓ Los roles y responsabilidades de quienes participan en la gestión de los diversos riesgos identificados, especialmente los prioritarios
- ✓ Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas y objetivos de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- ✓ Roles, responsabilidades y acciones de los órganos de control interno frente a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- ✓ Las estrategias de capacitación y divulgación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

Asimismo, la entidad debe mantener en todo momento y a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud, la documentación e información, que se trata en la presente Circular

8.7 MARCO ORGANIZACIONAL

8.7.1 Estructura general

Sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que se encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, para el diseño y adopción de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, se deben establecer como mínimo las siguientes actividades a cargo de los órganos de dirección, administración y el revisor fiscal de las entidades dentro de sus Códigos de Conducta y Buen Gobierno:



OFICIAL DE CUMPLIMIENTO: en aceptación por parte de la junta directiva teniendo en cuenta la Resolución del 12 de septiembre de 2022 se Asignó como el

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

cargo de quien será el oficial de cumplimiento, así mismo al suplente de este subsistema de la siguiente manera:

- Oficial : Cargo – Asesor oficina de Planeación y Calidad
- Suplente: Cargo – Líder de Gestión y Desarrollo del Talento Humano




8.7.2 Roles y Responsabilidades

En el E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz asigna funciones respecto a la ejecución de sus labores dentro de la institución relacionadas con las distintas etapas y elementos del Subsistema de Administración de Riesgo de Corrupción, la opacidad y el Fraude, garantizando de igual manera el cumplimiento de los requisitos emitidos por la superintendencia de Salud en la circular externa 20211700000004-5 DE 2021 y modificadorio en la circular externa 20211700000005-5 DE 2021.

Junta directiva u Órgano que haga sus veces:

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, debe


Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 26 de 81

contemplar como mínimo las siguientes funciones a cargo de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces:

- 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
- 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.
- Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude 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 o persona encargada por la entidad 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 o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, sobre la gestión del mismo en la entidad 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 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.
- 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

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 27 de 81

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.

Representante legal o quien haga sus funciones:

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, son funciones mínimas del Representante Legal:

- Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva
- Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos u Órgano equivalente, en los casos que aplique, y mantener informada a la Junta Directiva
- Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.
- . Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de Riesgos u Órgano equivalente sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la entidad y los controles realizados, además de los informes presentados por la Revisoría Fiscal. Lo anterior debe plasmarse en un informe a la Junta Directiva o, quien haga sus veces, y hacer énfasis cuando se presenten situaciones anormales como mínimo en algún riesgo prioritario o existan graves incumplimientos a las políticas, procesos y procedimientos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno
- Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tengan relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la entidad tanto interna como externamente, para identificar y controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.
- Informar de manera oportuna mediante Oficio a la Superintendencia

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 28 de 81

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


Oficial de cumplimiento o Suplente:

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 oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, debe cumplir como mínimo con las siguientes condiciones:

- 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
- 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 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 esta Circular
- 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 y Fraude medidos
- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la presente Circular.


Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
		VERSION: 1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	FECHA: ENE 2023
		PAGINA 29 de 81

- Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- Desarrollar los programas de capacitación de la entidad 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.
- 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.
- 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.
- Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
- Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
- Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por el máximo órgano social, 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.

En general, el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, es el responsable de dirigir la implementación de los

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 30 de 81

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 o persona encargada por la entidad 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.

ORGANISMOS DE CONTROL

Las entidades deben establecer instancias responsables de efectuar una evaluación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF. Dichas instancias informarán, de forma oportuna, los resultados a los órganos competentes.


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

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

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

8.8 ELEMENTOS DEL SICOF

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 31 de 81

Para el cumplimiento de los principios y objetivos indicados anteriormente, como entidad vigilada se consolida una estructura para implementar el Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, donde considera los siguientes elementos:

8.8.1 POLITICAS: Mencionadas anteriormente en el punto 8.5 de este manual, donde la política del Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, se toman medidas necesarias con el fin de mitigar estas ocurrencias, buscando permanentemente implementar estrategias y controles adecuados para su identificación y corrección.


Teniendo en cuenta lo anterior La E.S.E. Hospital universitario Erasmo Meoz establece y promueve dentro de la institución una cultura direccionada a fortalecer la transparencia en toda actuación como lo establece el código de integridad y buena conducta.

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 combatir los riesgos tratados en este manual.

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.

- **Aprobación de las políticas:** *Por parte del máximo órgano social o mandato legal que haga sus veces.* La junta directiva quien haga sus veces será la encargada de la aprobación de estas políticas dadas a conocer previamente.
- **Constancia de las políticas:** La aprobación de las políticas del SICOF debe quedar debidamente documentada mediante acta y ésta debe quedar a disposición de la SNS, y se incluirán en las actividades de la institución
- **Comunicación de políticas:** Las políticas y procedimientos adoptados para la implementación del SICOF serán comunicadas a la totalidad de empleados, socios, directivos, administradores y cualquier otra persona que tenga vinculación con la entidad, con el fin de asegurar que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización. Mediante despliegues virtuales por correo institucional que permitan llegar a

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 32 de 81

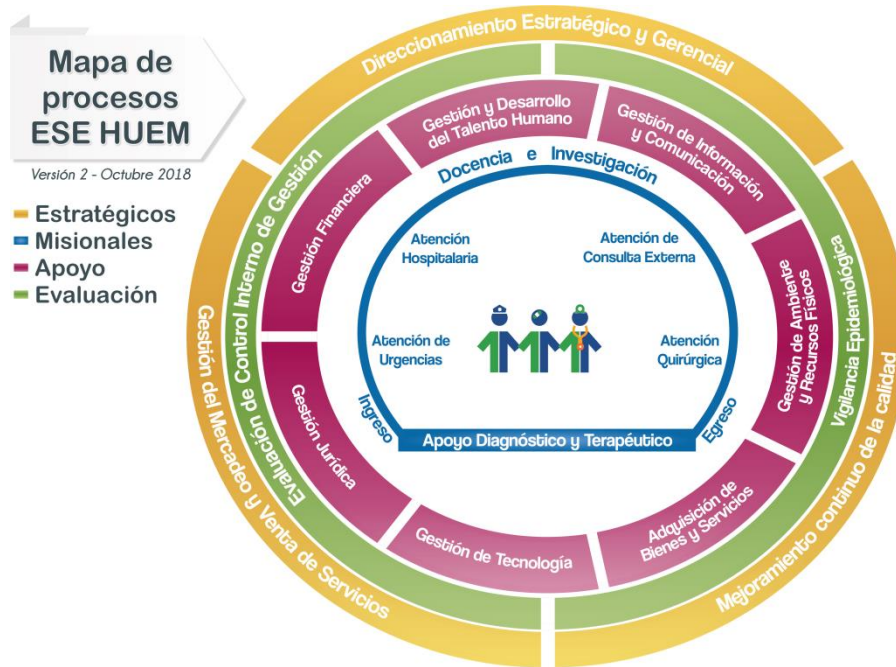
cada uno de los involucrados con la institución

8.8.2 PROCEDIMIENTOS: 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 E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz implementara los siguientes procedimientos:

- Instrumentación en las diferentes etapas del SICOF
 - Manual de prevención de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude
 - Medidas para evitar el incumplimiento del SICOF
 - Código de integridad y buena conducta
 - Políticas de gestión de riesgo
 - Eje de gestión de riesgo
- **Metodologías** 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 riesgos y serán registrados en la plataforma tecnológica que la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, ha habilitado para este fin.

MAPA DE PROCESOS

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---




8.8.2.1 Debida Diligencia

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz implementara el Formato de Conocimiento FORMULARIO DE CONOCIMIENTO CONTRAPARTE FUNCIONARIOS para los trabajadores que sean contratados para ejercer funciones dentro del hospital, así mismo se implementara FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SARLAFT Y SICOF. Esto con el fin de que las involucrados laboralmente y que vayan hacer parte de la institución estén en pleno conocimiento de las medidas utilizadas por el hospital para conocer a las partes que harán parte del mismo.

Para el correcto diligenciamiento la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz donde facilitara tramitar el formato BS-IN-001 INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FROMATO DE DEBIDA DILIGENCIA. Donde Toda persona natural o jurídica que se vincule contractualmente con la ESE HUEM que debe diligenciar el Formato de la debida diligencia Sarlaft – Sicof

Toda persona natural o jurídica que se vincule contractualmente con la ESE

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 34 de 81

Hospital Universitario Erasmo Meoz deberá diligenciar y adjuntar el Formato BS-FO-068 FORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA con el fin de verificar los datos allí consignados.

Todos los servidores públicos de la ESE HUEM deberán presentar el formato de debida diligencia SICOF una vez al año, con el fin de verificar los datos allí consignados y realizar la revisión en las listas vinculantes de corrupción, opacidad y fraude en ONU y OFAC.


A continuación se dan a conocer las actividades a seguir para realizar la debida diligencia sobre el conocimiento de las contrapartes:

- Clientes Entidades del sector salud que contratan los servicios y/o productos de la ESE para que la misma haga parte de la red de servicios
 1. Validar la información contenida en el Formato BS-FO-063 FORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA y su coherencia con la documentación aportada.
 2. Cruzar la información de identificación de la persona natural o jurídica y del representante legal (si aplica) en la lista del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y dejar soporte físico o digital del resultado obtenido.
 3. La verificación de la información financiera de la contraparte estará a cargo del área financiera, quienes deben dar el visto bueno al formulario.

Como política de monitoreo la información relacionada con este tipo de clientes deberá ser actualizada por lo menos una vez al año

- Clientes que solicitan los servicios de salud en calidad de particulares:
 1. Los clientes que soliciten servicios particulares que hagan pagos de valor igual o superior a cinco millones de pesos en efectivo, o la sumatoria de pagos en pesos durante el mes sea igual o superior a veinticinco millones de pesos, se les debe solicitar el diligenciamiento el formato de vinculación de clientes.
 2. Cruzar la información de identificación de la persona natural o jurídica y del representante legal (si aplica) en la lista del Consejo de Seguridad

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
		VERSION: 1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	FECHA: ENE 2023
		PAGINA 35 de 81

de las Naciones Unidas y dejar soporte físico o digital del resultado obtenido.

➤ Aliados Estratégicos:

1. Validar la información contenida en el Formato BS-FO-063 FORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA y su coherencia con la documentación aportada.
2. Cruzar la información de identificación de la persona natural o jurídica y del representante legal (si aplica) en la lista del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y dejar soporte físico o digital del resultado obtenido.

Como política de monitoreo la información relacionada con el conocimiento de Aliados Estratégicos deberá ser actualizada por lo menos una vez al año o con la evaluación de proveedores que se realizar en La ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ.


➤ Funcionarios (Servidores Públicos), Prestatarios de Servicios (contratistas) y Agremiados Participes:

Este conocimiento se realiza a través de las políticas claras sobre selección, vinculación, contratación y mantenimiento de información de toda su población laboral, quienes en el desempeño de sus funciones, labores o actividades, deben cumplir estrictamente con lo estipulado en las normas legales que regulan a las Empresas Sociales del Estado en todos sus aspectos técnicos, asistenciales, laborales, administrativos, financieros y físicos. Aunado a estas políticas se realizará el cruce de información de identificación de la persona natural en la lista del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y dejar soporte físico o digital del resultado obtenido

En el momento en que se realice los estudios previos de cada una de las dependencias se debe verificar las listas internacionales Clinton o OFAC y lista ONU, verificar instructivo de consulta de listas internacionales.

Dentro del proceso de facturación se incluirá el diligenciamiento del BS-FO-063 FORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA en el momento en que se genere una operación en efectivo superior a cinco millones de pesos o que dentro del mes

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 36 de 81

realice operaciones cuya sumatoria sea igual o superior a veinticinco millones de pesos. La persona que atiende la ventanilla de la caja principal, solicita el diligenciamiento del formulario y verifica las listas internacionales OFAC o Clinton y lista ONU, en cualquiera de estas dos situaciones.

En caso de encontrar un resultado positivo de vinculación con listas internacionales el encargado de realizar los estudios previos, o el cajero principal debe informar de forma inmediata al oficial de cumplimiento quien tomara las acciones a seguir, esta información debe ser documentada y entregada en forma escrita en el momento en que sea detectada.

El área financiera debe validar la información financiera consignada dentro del Formato BS-FO-063 FORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA, dando un visto bueno al mismo, e informar cualquier situación inusual o señal de alerta que se presente en el caso de no detectar ninguna de estas señales de alerta se debe informar por escrito que se han realizado las actividades dentro de la normalidad por lo menos cada seis meses.


Para la consulta de las listas internacionales ONU y OFAC se cuenta con un instructivo, que se utilizará dentro del proceso de debida diligencia.

8.8.2.2 Consulta de listas restrictivas

Antes de entablar una relación comercial o jurídica con cualquier eventual Contraparte, se deberá consultar la información básica de identificación, de actividad financiera, de reputación y de antecedentes. Este procedimiento de consulta se hará en los mismos términos, por los mismos responsables y con las mismas herramientas tecnológicas que se utilizan para hacer los procesos de debida diligencia.

La responsabilidad de las consultas en las listas ha sido definida teniendo en cuenta las áreas que tienen bajo sus atribuciones y funciones el establecimiento de relaciones comerciales y/o contractuales con terceros. Esta revisión se debe hacer antes de iniciar cualquier relación comercial o contractual y de manera periódica para mantener los archivos actualizados. Es deber de los empleados responsables verificar a los terceros y Partes de Interés en general, en las listas e informar las coincidencias detectadas en las bases de datos al Oficial de

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 37 de 81

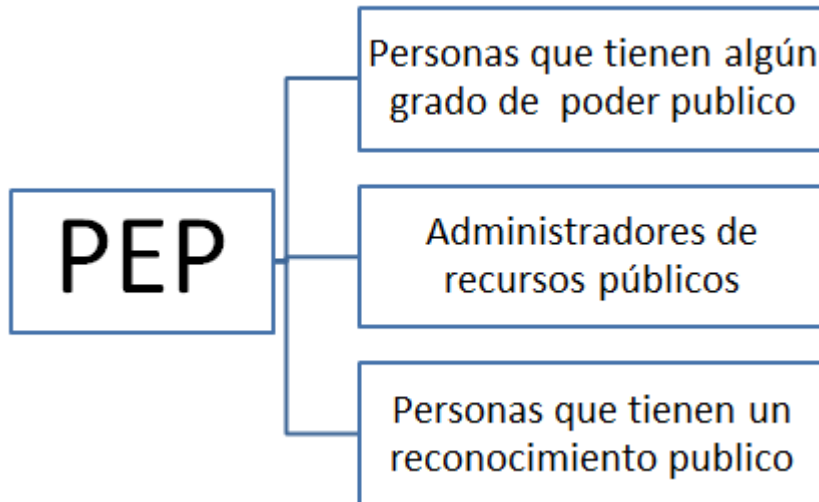
Cumplimiento, quien evaluará cada caso en concreto

La E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz verificara en las listas de restricción OFAC y ONU y demás entidades pertinentes. Donde el hospital dispondrá de un instructivo que permite la muestra de cómo es el procesos para la correcta verificación de las listas mediante el siguiente instructivo PE-IN-001 INSTRUCTIVOS CONSULTAS EN LISTAS OFAC O CLINTON Y LISTA ONU

Así mismo se hará la respectiva verificación mediante los organismos nacionales que controlan y sancionan.

8.8.2.3 Conocimiento de Personas Expuestas Públicamente


La calidad de Persona Públicamente Expuesta en “ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ” la tendrán las personas naturales cuya ocupación o cargo, encaje dentro de los siguientes escenarios:



Para la identificación de las Personas Públicamente Expuestas se tendrá en cuenta las siguientes definiciones:

- A. Detenta algún grado de poder: Se incluye dentro de esta categoría a personas que tengan nivel de influencia sobre decisiones y/o estrategias políticas que impacten en la sociedad. Estas personas pueden estar o no

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 38 de 81

relacionadas directa o indirectamente con el sector público. Por ejemplo, gobernadores, alcaldes, diplomáticos, ministros, notarios, directores de gremios, líderes sociales o religiosos con influencia política, líderes sindicales, entre otros.

B. Administra o maneja recursos públicos: Se incluyen dentro de esta categoría personas que directa o indirectamente tengan bajo su responsabilidad la administración de recursos de origen público. Por ejemplo, directores de entidades públicas, contratistas del estado, gobernadores, alcaldes, tesoreros, entre otros.

C. Goza de reconocimiento público: Se considera que una persona goza de reconocimiento público, cuando a nivel nacional e internacional es fácilmente identificado y asociado a un perfil económico y social. Se encuentran cantantes, actores, deportistas, locutores, importantes empresarios, entre otros.


Se asimilan a las personas públicamente expuestas, el cónyuge y las personas con las que se mantenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado, así como las sociedades en las que la persona públicamente expuesta mantenga vínculos patrimoniales.

8.8.2.3.1 Procedimiento de Identificación PEP

Cuando el funcionario que revisa el Formato BS-FO-063 FORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA identifique que en razón de su ocupación u actividad económica el cliente o usuario en caja dentro del escenario PEP, es decir, si tiene reconocimiento público, si tiene cierto grado de poder o administra recursos públicos, se debe consultar al representante legal o el Oficial de Cumplimiento de “ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ” para establecer cualquier relación contractual.

Las operaciones realizadas con PEP's deberán ser informadas al Oficial de Cumplimiento a través del reporte interno de transacciones inusuales, para que este funcionario lleve un control acorde como lo exige la normatividad pueda desarrollar gestiones de monitoreo sobre los clientes y usuarios que tengan esta

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 39 de 81

calidad.

Los clientes y usuarios identificados como PEP serán calificados con perfil de riesgo alto para efectos del monitoreo y administración de la relación comercial. El Oficial de Cumplimiento, hará un seguimiento más exigente o con una periodicidad menor sobre los clientes y usuarios que encajen dentro del escenario PEP, de tal forma que se facilite la oportuna detección y el reporte de operaciones inusuales y sospechosas en caso de ser necesario.

Los procesos para el conocimiento de esta clase de terceros será realizada de la misma forma como se estableció en los actividades anteriores, pero la negociación o contratación será aprobada por una instancia superior a la habitual.

Si una negociación no requiere la presencia física de las partes, es indispensable que la empresa adopte las medidas necesarias para la plena identificación de la persona natural o jurídica con quién realizará la transacción.

Los procesos de conocimiento por otros entes económicos públicos o privados, no eximen de la responsabilidad que tienen la ESE de utilizar sus propios procesos o herramientas para realizar la debida diligencia de conocimiento.


8.8.2.4 Procedimiento de Conocimiento del Mercado

Conocimiento del mercado e identificación de las situaciones que puedan generar a la entidad el riesgo de COF y demás riesgos en las operaciones, negocios o contratos que realizan.

1. Cuando el Hospital incursione en nuevos mercados u ofrezca nuevos servicios, el representante legal deberá evaluar el riesgo de COF y demás riesgos que ello implica, dejando constancia de este análisis.

2. Deben revisarse todas las operaciones, negocios y contratos que realiza la empresa a Contratar, con el propósito de identificar las situaciones que puedan generarle riesgo de COF. Esta identificación implica evaluar las fuentes de riesgo, es decir contrapartes, productos, canales de distribución y jurisdicción territorial.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 40 de 81

3. Como resultado del análisis del contexto sufrir el ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ, se determinan los factores o fuentes del riesgo de COF que deben ser objeto de administración y control:

- Las contrapartes (socios, accionistas, colaboradores, asociados, clientes, personas naturales o jurídicas con las que se realizan operaciones de Tesorería, proveedores)
- Los productos
- Los canales de distribución
- Las áreas geográficas o jurisdicciones

Una vez identificadas las situaciones que puedan generarle riesgo de COF, según las fuentes de riesgo, se debe elaborar una relación y dejar documentado el análisis de cada una, con el fin de implementar los controles necesarios y facilitar su seguimiento.

8.8.2.5 Identificación De Operaciones Inusuales

Para detectar operaciones inusuales o sospechosas es necesario conocer el día a día del negocio, así como a sus clientes, aliados estratégicos y funcionarios a fin de identificar lo que no se ajusta a circunstancias del giro ordinario de las ESE. Por ello es deber de todos los funcionarios de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ y de los demás grupo de interés, dar a conocer al Oficial de Cumplimiento o al Gerente General cualquier situación inusual, intentada o sospechosa.

Las situaciones notificadas deberán ser evaluadas por el Oficial de Cumplimiento a fin de determinar si será objeto de reporte ante la UIAF u otras autoridades, los soportes de estos análisis deben conservarse bajo medidas de confidencialidad

8.8.2.5.1 Procedimiento y mecanismos de detección Operaciones Sospechosas

Se debe considerar que las operaciones sospechosas se identifican porque NO


Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

presenta un comportamiento determinado como un giro ordinario del negocio del cliente o del usuario, considerando la operación por su número o frecuencia, cantidades transadas o características particulares, exceden los parámetros de normalidad establecidos para los segmentos de mercado o sobre el cual existen serias dudas o indicios en cuanto a la naturaleza y procedencia de los recursos. Igualmente, por su origen, destino o que por su ubicación razonablemente conduzca a prever que puede estar vinculada con actividades delictivas.

El procedimiento para la determinación y reporte de operaciones sospechosas, comprende el desarrollo de las siguientes actividades:

Cód.	Actividad	Descripción	Responsable
P1	Análisis de la Operación	Luego de recibir el reporte interno de operaciones de verificar las operaciones determinadas como inusuales, se procederá en primera instancia a verificar la documentación soporte entregada por el cliente o el usuario en el proceso de vinculación (si es del caso), en otros eventos y cuando la operación corresponda a una tentativa de vinculación en la cual se rechazó la prestación del servicio, se debe identificar y aclarar las razones que motivaron esta decisión para corroborar o desvirtuar la existencia de la operación sospechosa .	Oficial de Cumplimiento
S2	Discusión	El Oficial de Cumplimiento, previo estudio de lo razonable del análisis y las características de las operaciones inusuales que le han sido reportadas, procede a informar al gerente propietario para poder establecer si la operación bajo análisis debe ser o no reportada como sospechosa. Basado en la socialización y aporte de soportes se determinara hacer el reporte o simplemente determinar conforme a la debida diligencia que se trataba de una conducta usual o normal.	Oficial de Cumplimiento
S3	Decisión	Luego de practicados los tramites anteriores y de no haber encontrado una justificación y explicación clara a la operación inusual, se procederá a calificar la transacción como Sospechosa	Oficial de Cumplimiento

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 42 de 81

S4	Reporte ROS	<p>Calificada la operación como sospechosa, se deberá hacer el reporte en el menor tiempo posible.</p> <p>Acto seguido, deberá seguir el trámite de reporte, a través del Sistema de Reporte en línea o SIREL donde se realiza el Reporte de operaciones sospechosas en Línea ROS, Cuando se realice el reporte debe archivar el archivo generado en constancia del respectivo envío a la UIAF.</p>	Oficial de Cumplimiento
S5	Registrar en el archivo las operaciones calificadas como Sospechosas	<p>Las operaciones calificadas como Sospechosas, junto con las razones por la cual se fue considerada la operación como sospechosa deben ser almacenadas junto con los documentos soportes de la misma, con el fin de efectuar su consulta cuando sea necesario.</p> <p>En el evento en que el Oficial de Cumplimiento no encuentre razones para reportar la operación como ROS, debe dejar constancia de tal situación en el mismo archivo, conservando igualmente los soportes del análisis en el área respectiva.</p>	Oficial de Cumplimiento


Estos procedimientos de identificación de detección de operaciones sospechosas se utiliza de la misma manera en el sistema articulado para los riesgos de SARLAFT-SICOF

8.8.2.5.2 Reporte de ROS Positivo

Para el reporte de un ROS POSITIVO, no se requiere que “ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ”, tenga certeza de que se trata de una actividad ilícita, así como tampoco deben identificar el tipo penal o que los recursos que maneja provienen de actividades ilícitas.

Aunque el ROS no constituye una denuncia penal, se tiene el deber de colaboración con la administración de justicia para efectuar a través del Oficial de Cumplimiento un reporte oportuno y claro, de forma que su contenido favorezca la evaluación que efectúa la Unidad de Información y Análisis Financiero -UIAF- y, de esta manera, su divulgación a las autoridades que la UIAF considere pertinentes.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 43 de 81

Es deber de “ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ” y del funcionario encargado de efectuar el ROS, guardar absoluta reserva de los documentos o información de las personas sobre las cuales se hayan detectado y reportado operaciones sospechosas. Estando estos soportes solo a disposición de las autoridades en el momento en que sean solicitados

8.8.3 MECANISMOS

En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz como parte de la implementación del Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude desarrolla mecanismo de identificación, medición, control y monitoreo:


8.8.3.1 Política de Tratamiento de Datos

Teniendo en cuenta Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012 donde nos dice *‘Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada’* la política interna de manejo de la información implementada por la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ y las demás normas concordantes, a través de las cuales se establecen disposiciones generales en materia de hábeas data y se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales

Para el correcto tratamiento de datos se pone a disposición el formato por parte del proceso Gestión de Información y Comunicación IC-FO-017 FORMATO DE AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, con esto el hospital mantiene un adecuado uso de la información personal de las contrapartes que se van a vincular.

El hospital Universitario Erasmo Meoz posee una plataforma tecnológica en el cual se puede evidenciar la ruta para la verificación de los procedimientos del tratamiento de datos como se muestra a continuación:

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 44 de 81


Página Web Externa – Servicios al ciudadano- Tratamiento de Datos

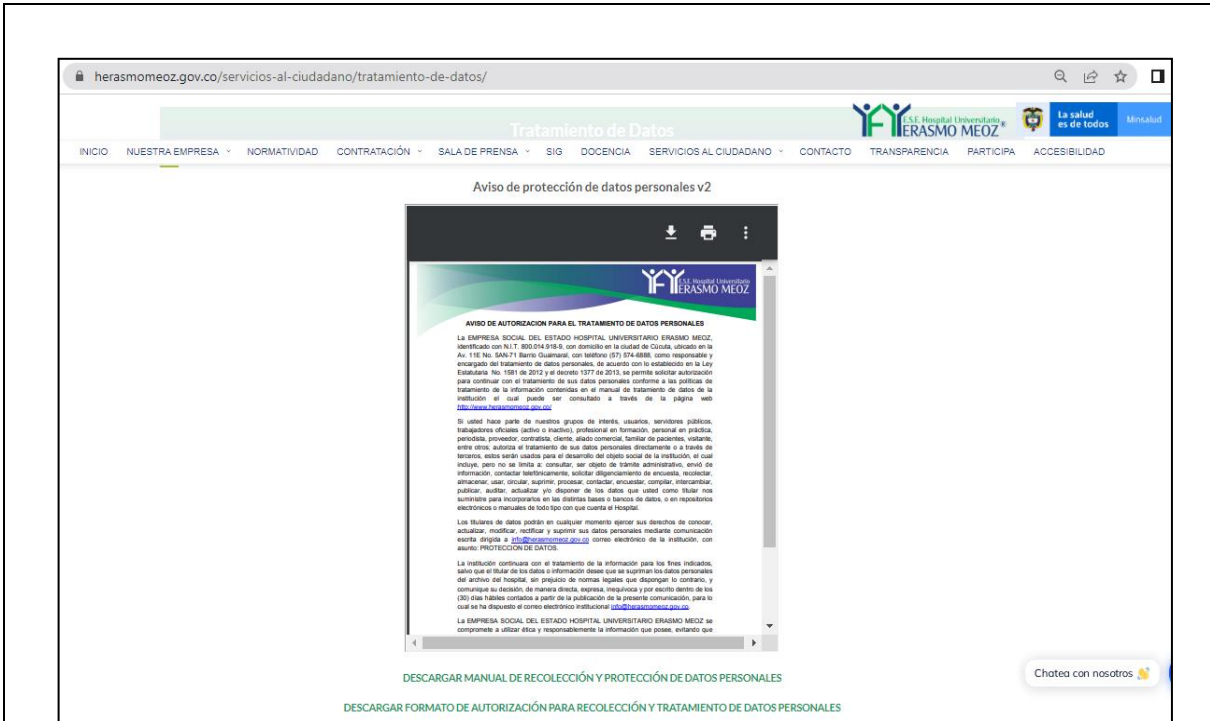
Link: <https://herasmomeoz.gov.co/servicios-al-ciudadano/tratamiento-de-datos/>

Podemos encontrar: Aviso de Protección de Datos personales y los documentos :
MANUAL DE RECOLECCION DE DATOS PERSONALES Y FORMATO DE
AUTORIZACION PARA LA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES

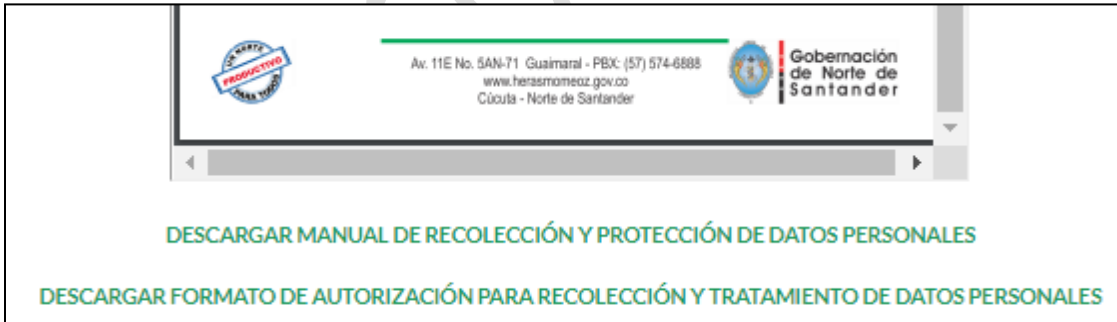
COPIA CONTROLADA

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
---	--	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 45 de 81




En la parte inferior se pueden descargar los documentos para el publico



8.8.3.2 Línea Ética

En este punto la línea ética es un proceso para prevenir, disuadir y detectar conductas irregulares en cualquiera de los procesos del Hospital Universitario Erasmo Meoz donde se prestar servicios y se realizan diferentes actividades administrativas teniendo en cuenta los riesgos del subsistema corrupción, opacidad y fraude.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 46 de 81

Es el medio por el cual la E.S.E hospital Universitario Erasmo Meoz establece la ruta de denuncia para los colaboradores y las personas externas al hospital y las personas externas a la misma puedan informar a la organización conductas irregulares evidenciadas en el ejercicio de las actividades propias del objeto social de la empresa, como también diferentes anomalías en los procesos de atención, administrativos y todos los que hacen parte del desarrollo. Las situaciones propias de la denuncia serán motivo de investigación cuando vayan en contra de los principios, deberes y valores relacionados con la ética corporativa que deben ser observados por los empleados de la organización o por las personas que presten servicios para la misma. Teniendo en cuenta los riesgos que se tratan en este manual, corrupción, opacidad y fraude.


8.8.3.3 Ruta de denuncia

- ❖ Ingresa a la página web externa <https://herasmomeoz.gov.co>
- ❖ Servicios del ciudadano



- Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 47 de 81



- En la parte inferior se encontrara el acceso al siguiente paso y adicionalmente pueden verificar **Link del procedimiento de gestión de PQRSD**

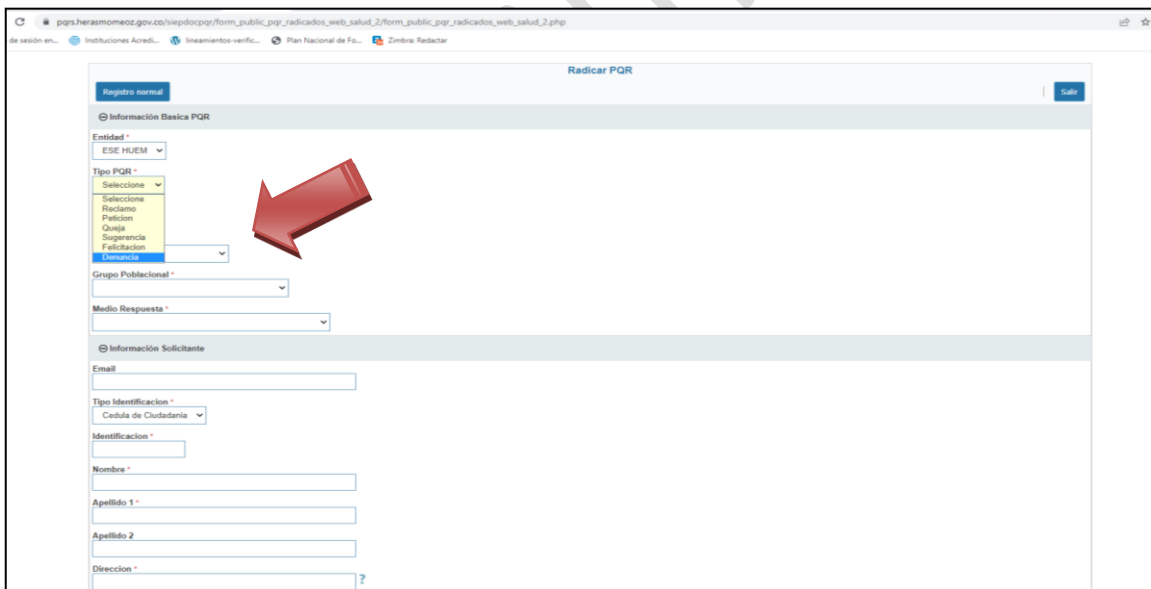


- Formato de solicitud

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño




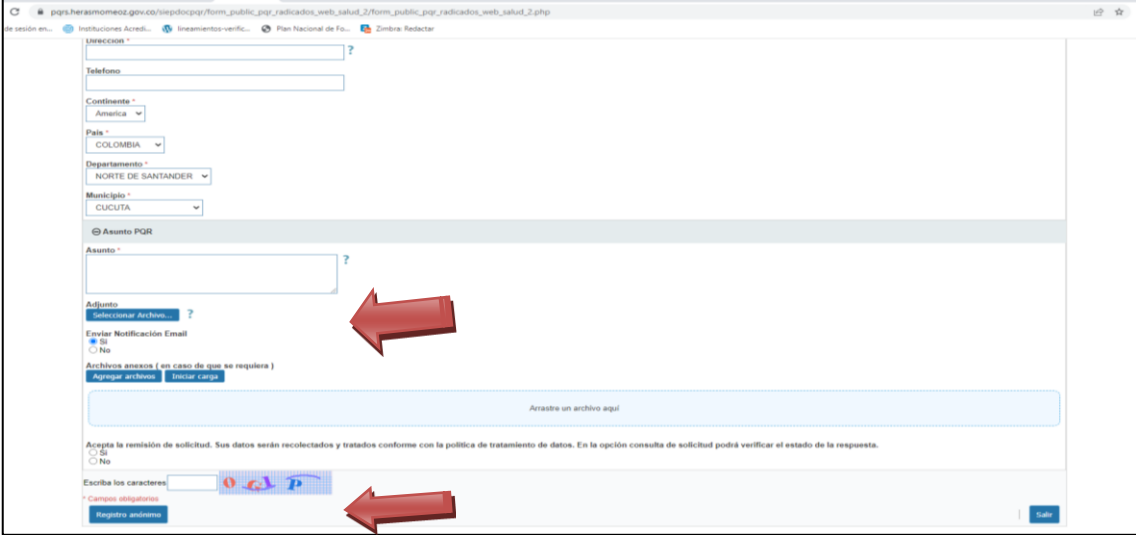
- Tipo de PQR: Denuncia. A continuación llenar los datos del formulario



- Luego de llenar los datos del formulario, en la parte inferior del mismo se adjuntan los anexos de la denuncia y se realiza el registro anónimo

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 49 de 81



Adicionalmente los canales de comunicación que presta el hospital son : línea telefónica, email y formulario en la página web externa

8.8.3.4 Indicadores SICOF


Los índices creados deben ser cualitativos y/o cuantitativos con un valor técnico para la correcta y oportuna detección en las actividades y procesos del hospital.

Se implementaran indicadores de ejecución que tiene como finalidad informar, controlar, evaluar y ayuda a la toma de decisiones alineado a la estrategia de la institución.

8.8.3.5 Matriz de Riesgos

En esta matriz podemos identificar los riesgos a controlar y mitigar, estableciendo controles alineados estratégicamente a la institución. Se cuenta con mecanismos que permitan el oportuno manejo de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 50 de 81

Dentro de los mecanismo que se implementan para la identificación, control y monitoreo de los riesgos

- Matriz de Riesgos SICOF
- Mapa de riesgos de Corrupción
- Planes de acción de gestión del riesgo
- Mapa de riesgos institucional

8.8.3.6 Informes de gestión del SICOF

Por parte del 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.

Se presenta un informe de periodicidad previamente establecido a la junta directiva y representante legal sobre el avance y aspectos relevantes del subsistema incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.


Reportes Externos

La Oficial de Cumplimiento en ro de desarrollar reportes efectivos del cumplimiento del SICOF se harán reportes eternos positivos por corrupción y fraude, por medio de la plataforma PACOS, A la fecha, agrupa información de contratación, sanciones, reportes y noticias sobre posibles hechos de corrupción y un canal seguro para la denuncia ciudadana

8.8.3.7 Conflicto De interés

En Colombia, el concepto conflicto de intereses se encuentra definido en el artículo 40 del Código Único Disciplinario –Ley 734 de 2002– y el artículo 11 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo –Ley 1437 de 2011–, los cuales señalan que el conflicto surge “cuando el interés general propio de la función pública entra en conflicto con el interés particular y

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 51 de 81

directo del servidor público”. No obstante, existen otras definiciones complementarias a este enfoque legal que amplían el marco de referencia y que son útiles para orientar la identificación del conflicto de intereses y su declaración como mecanismo de gestión preventivo del comportamiento de los servidores públicos.

En este sentido la OCDE (2017)¹ define el conflicto de intereses como “un conflicto entre las obligaciones públicas y los intereses privados de un servidor público, en el que el servidor público tiene intereses privados que podrían influir indebidamente en la actuación de sus funciones y sus responsabilidades oficiales”. Por su parte, para la organización Transparencia por Colombia “el conflicto de intereses surge cuando un servidor público tiene un interés privado que podría influir, o en efecto influye, en el desempeño imparcial y objetivo de sus funciones oficiales, porque le resulta particularmente conveniente a él, o a su familia, o a sus socios cercanos” (Transparencia por Colombia, 2014).

Adicionalmente, se han clasificado tres tipos de conflictos, según la guía de identificación, declaración de conflicto de interés por la función pública:

- **Real:** cuando el servidor ya se encuentra en una situación en la que debe tomar una decisión, pero, en el marco de esta, existe un interés particular que podría influir en sus obligaciones como servidor público. Por ello, se puede decir que este tipo de conflicto son riesgos actuales.
- **Potencial:** cuando el servidor tiene un interés particular que podría influir en sus obligaciones como servidor público, pero aún no se encuentra en aquella situación en la que debe tomar una decisión. No obstante, esta situación podría producirse en el futuro.
- **Aparente:** cuando el servidor público no tiene un interés privado, pero alguien podría llegar a concluir, aunque sea de manera tentativa, que sí lo tiene. Una forma práctica de identificar si existe un conflicto de intereses aparente es porque el servidor puede ofrecer toda la información necesaria para demostrar que dicho conflicto no es ni real ni potencial.

¿Cómo identifico un conflicto de intereses?

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

Con base en las definiciones anteriormente descritas, que nos proporciona la guía, la siguiente tabla clasifica los tipos de conflicto de intereses:

	Real	Potencial	Aparente
Interés particular	Tengo un interés particular que podría influir en mis obligaciones como servidor público		No tengo interés particular que pueda influir en mis obligaciones como servidor público
Decisión profesional del servidor público	Ya estoy en una situación en la que tengo que tomar la decisión	Aún no estoy en la situación en la que tengo que tomar la decisión, pero esta podría producirse en el futuro	Ya estoy en la situación de tomar una decisión y alguien podría razonablemente pensar que tengo un interés que podría influir


Fuente: adaptado de la Oficina Antifraude de Cataluña, 2018. Disponible en: <https://www.antifrau.cat/es/14-la-corrupcio/830-cuando-un-conflicto-de-interes-es-real-y-potencial.html>

Adicional mente la Guía para la identificación y declaración del conflicto de intereses en el sector público colombiano – versión 2, dada por la función pública, nos detalla la manera de identificación en la podemos basarnos para una correcta identificación de las características y tipos de conflictos de interés para actuar y responder de la manera correcta.

8.8.3.7.1 Declare conflicto de interés

Sin importar si el conflicto de intereses identificado es real, potencial o aparente, el servidor deberá declararse impedido o informar que se encuentra en esa situación. Para el caso específico de las situaciones descritas en la normativa colombiana (tabla Guía para la identificación y declaración del conflicto de intereses en el sector público colombiano)el servidor deberá declararse impedido, siguiendo el procedimiento establecido para tal fin:

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 53 de 81

- Enviar dentro de los tres (3) días siguientes al conocimiento de la situación un escrito a su superior, donde relate los hechos e informe su deseo de declararse impedido. En caso de no tener superior, a la cabeza del respectivo sector administrativo4.
- Dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de recibido el escrito en mención, la autoridad competente deberá decidir si acepta o no el impedimento. En caso de que lo acepte, deberá, además, determinar el servidor quien se encargará de asumir la regulación, gestión, control o decisión de la situación que dio pie al conflicto de intereses.

Ahora bien, teniendo en cuenta las características del conflicto de intereses antes descritos, pueden presentarse situaciones adicionales a las descritas en las leyes y que también se constituyen en conflicto. Por ello, y como una buena práctica preventiva, este manual invita a declarar esas otras situaciones mediante los formatos adaptados para tal fin que podemos encontrar a continuación en la siguiente referencia expuesta por la Función Pública:

Al momento de presentarse una situación real o aparente de conflicto de interés, podemos encontrar los formatos en:

Guía para la identificación y declaración del conflicto de intereses en el sector público colombiano Versión 2, Pág. 43.

<https://www.funcionpublica.gov.co/documents/36031014/36151539/Guia-identificacion-declaracion-conflicto-intereses-sector-publico-colombiano.pdf/81207879-d5de-bec7-6a7e-8ac1882448c2?t=1572381672818>

8.8.4 INSTRUMENTOS


- ✓ CONTROL DE RIESGOS

8.8.4.1 Instrumentos de Medición

SEÑALES DE ALERTA


- Operaciones por montos levemente inferiores al tope de reporte individual o acumulado del reporte de transacciones en efectivo.

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 54 de 81

- Proveedores o clientes con altos movimientos financieros, no acordes con su perfil económico.
- Proveedores que operan en zonas de alto riesgo y en las cuales no presta sus servicios regularmente.
- Importaciones de productos que pueden ser utilizados por organizaciones criminales para su funcionamiento (equipos de telecomunicaciones, generadores, motores, montacargas, embarcaciones, entre otros) desde países reconocidos abiertamente como cooperantes de grupos terroristas.
- Constitución de sociedades que realizan compra de materias primas que también sirven como insumos para la producción de sustancias psicoactivas.
- Apropiación de recursos destinados a población vulnerable.
- Sobrecosto en la adquisición de ayudas humanitarias
- Esquemas de facturación fraudulentos (por ejemplo, facturación de productos que nunca se recibieron o entregaron)
- El precio de producto es inferior a otros del mercado. Precios artificialmente bajos sin explicación aparente.
- Los distribuidores del producto no están certificados para tal fin o usualmente comercian con otro tipo de productos.
- Tesorería: Ingresos a cuentas de HUEM provenientes de recaudos por parte de Clientes (persona Natural o Jurídica) que han tenido vínculos con actividades ilícitas como el contrabando, LAFT, corrupción, entre otros
- Vinculación / Cartera / Compras: Vinculación de terceros (clientes, proveedores, distribuidores, empleados) que han sido relacionados con actividades ilícitas.
- Utilización de terceros que tengan subcontratistas vinculados con actividades ilícitas.
- Tesorería: Por medio de pago a proveedores, donaciones, subvenciones o patrocinios se provea fondos, y el beneficiario final utilice, en todo o en parte, dichos fondos para la fabricación, adquisición, posesión, desarrollo, exportación, movimiento de material, fraccionamiento, transporte, transferencia, deposito o uso dual de armas.
- Que un funcionario del Hospital (empleado, directivo, administrador , contratista o asesor), de, ofrezca o prometa a un servidor público extranjero, de manera directa o indirecta: (i) sumas de dinero, (ii) objetos de valor pecuniario o (iii) cualquier beneficio o utilidad a cambio de que dicho servidor público realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con sus funciones y en relación con un negocio o transacción para beneficio del


Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 55 de 81

Hospital.

- Operaciones de efectivo por fuera de los parámetros de normalidad establecidos por el Hospital.
- Ventas masivas por fuera de los parámetros de normalidad establecidos por el Hospital
- Transacciones con Activos Virtuales
- Personas naturales o jurídicas que no estén plenamente identificadas
- Asociados o empleados con antecedentes judiciales de LA/FT/FPADM O SICOF
- Suplantación de proveedores
- Nuevos proveedores que hayan sido aceptados o vinculados sin verificar previamente el origen de los recursos que aportan.
- Contrapartes que se nieguen a entregar información o que no presenten su información incompleta.
- Que la contraparte tenga antecedentes vinculados a los delitos fuentes de LA/FT/FPADM, corrupción, opacidad o fraude; o que se encuentren en las listas restrictivas.
- Operaciones en efectivo que no tengan justificación.
- Donaciones.
- operaciones financieras a través de entidades no supervisadas por las Superintendencia Financiera de Colombia.
- Que entre el grupo de clientes o proveedores tengan los mismos datos de contacto.
- Transacciones con países catalogados como no cooperantes de acuerdo con el GAFI.
- Producto o transacción procedente de un país con sanciones de la OFAC
- País de donde procede la transacción es señalado como de especial preocupación por el FinCEN.
- Operaciones que procedan de los centros financieros extraterritoriales OFC (Offshore Financial Center)
- Depósitos de efectivo en cuentas bancarias personales o de empresas a partir de fuentes sin explicar
- Documentación injustificada sobre, o no correspondan con, el origen o el propietario
- Cantidad, valor o divisa no concordante con las circunstancias del portador
- Transporte oculto de efectivo
- Riesgo claro de seguridad en el método de transporte
- Facturación o ventas en efectivo no esperables en el sector económico

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 56 de 81

- Gran aumento de facturación o ventas en efectivo procedentes de clientes no identificables
- Préstamos del extranjero recibidos en efectivo y en moneda local.
- Personas naturales o jurídicas que no estén plenamente identificadas
- Asociados o empleados con antecedentes judiciales de LA/FT/FPADM O SICOF
- Nuevos asociados que hayan sido aceptados o vinculados sin verificar previamente el origen de los recursos que aportan.
- Alto volumen en efectivo sin justificación aparente
- Bienes muebles o inmuebles a precios considerablemente distintos a los normales del mercado
- Donaciones que no tengan un beneficiario final aparente, que no se conozca su origen o que éste se encuentre domiciliado en país o una jurisdicción de alto riesgo
- Operaciones, negocios o contratos relevantes que no consten por escrito
- Operaciones con subcontratistas que no han sido identificados.
- Operaciones comerciales o negocios con las personas incluidas en las Listas Vinculantes.
- Operaciones celebradas con Contrapartes domiciliadas o ubicadas en Áreas Geográficas designadas por GAFI como no cooperantes.
- Operaciones con Productos provenientes de actividades ilegales (incluyendo, entre otros, el contrabando)
- Operaciones con Productos que no han sido debidamente nacionalizados
- Operaciones con Productos de venta restringida que no cuenten con las debidas autorizaciones o licencias.
- Operaciones que no se condicen con la capacidad económica ni el perfil del cliente Clientes que realizan transacciones de elevado monto y no declaran un empleo remunerado o actividad acorde que justifique los montos involucrados
- Depósitos en efectivo por montos relevantes y con alta frecuencia
- Cliente que realiza operaciones a nombre de terceras personas

MATRIZ DE RIESGOS SICOF

Como entidad vigilada el hospital cuenta con la matriz de riesgos para el subsistema de administración de riesgos de corrupción, la opacidad y el fraude una herramienta de análisis de riesgos que sirve para evaluar la probabilidad y la

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 57 de 81

gravedad del riesgo durante el proceso de planificación.

Para la aplicación e implementación se contemplan características que se consideren necesario incorporar, en general: riesgos identificados, mediciones de probabilidad e impacto, controles que mitigan los riesgos identificados considerando variables para la medición efectiva e indicadores de seguimiento.

FORMATOS DE DEBIDA DILIGENCIA:

Podemos decir que es una herramienta de análisis de riesgos que sirve para evaluar la probabilidad y la gravedad del riesgo durante el proceso de planificación del proyecto o de las actividades que se van a ejecutar por parte de la contraparte, sea tanto colaborador o proveedor, igualmente toda los implicados con actividades del hospital.

Se puede evidenciar el documento con la siguiente referencia *BS-FO-068 FORMATO DE DEBIDA DILIGENCIA*, Como también los formatos y formularios puestos en este manual en el punto 8.8.1 Políticas – Debida Diligencia

LISTA DE CHEQUEO:

Es una herramienta de evaluación en forma de tabla, en la que se incluye una serie de aspectos cuyo logro se espera alcanzar y permite indicar si se cumplieron o no. Con este diligenciamiento podemos verificar y tener un control de la documentación expuesta por las contrapartes para su correcta ejecución.

El hospital hace un chequeo de los formatos y formularios requeridos para el desarrollo del SICOE se tendrán en cuenta:


Colaboradores

- Formato lista de chequeo Debida Diligencia colaboradores
- Monitoreo Colaborador

Proveedores

- Formato lista de chequeo Debida Diligencia proveedores

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 58 de 81

- Formato seguimiento proveedor

8.8.4.2 Área Jurídica

En este punto la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz Establece mecanismos adecuados para garantizar la oportunidad en la denuncia a los organismo que haya lugar en el término establecido,

El hospital establece una ruta de recepción, sea tanto interna como externa, donde se recibe por medio del proceso de CESGOD y se analiza en el proceso de SIAU y se toma las medidas pertinentes si es el caso de la institución o se lleva a las entidades pertinentes.


8.8.4.3 Gestión del Talento Humano

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

- Apoyar al Oficial de Cumplimiento en las actividades logísticas para implementar los programas de capacitación, difusión y campañas relacionadas con el Manual del Subsistema de Administración de Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude SICOF.
- Gestionar la aplicación de las sanciones laborales a que haya lugar de manera oportuna por incumplimiento de esta Política por parte de los colaboradores y conforme al régimen sancionatorio definido en el Reglamento Interno de Trabajo y a las disposiciones del Comité de Ética y Conducta.
- Propender por adelantar acciones que prevengan la realización de actos de corrupción en lo referente al reclutamiento y selección del talento humano para la Organización.
- Monitoreo al cumplimiento de acciones referentes al SICOF

8.8.4.4 Colaboradores

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 59 de 81


Todos los colaboradores de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz de todos los líderes de procesos y alta dirección cumplirán con lineamientos generales siendo responsables de:

- Acatar los lineamientos y mecanismos definidos en la Política Anticorrupción y todo lo estipulado en el presente Manual.
- Actuar en todo momento bajo los principios de ética y transparencia, previniendo, detectando y denunciando todas las acciones fraudulentas, corruptas o deshonestas que presencien o de las que tengan conocimiento a través de la línea ética dispuesto para tal efecto por la entidad.
- Cooperar con las investigaciones desarrolladas por el hospital en materia de fraude y corrupción preservando la confidencialidad y reserva de la información.
- Completar efectivamente los programas de formación elaborados por la Organización, orientados a la gestión de los riesgos de fraude y/o corrupción, y al reporte de denuncias.
- Cumplir las disposiciones internas respecto de la gestión de los riesgos de fraude y/o corrupción, el Código de Conducta y Buen Gobierno Corporativo de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz.
- Identificar los riesgos de Opacidad, Fraude y/o Corrupción e implementar los controles a que haya lugar; así como garantizar su efectividad y aplicación.

Teniendo en cuenta el seguimiento y monitoreo a los colaboradores, se tienen en cuenta ítems generales para cumplir con efectividad su desarrollo y chequeo:

- Presentó algún reporte en el cruce de listas restrictivas
- Se omiten reiteradamente los actos preventivos o de debida diligencia a los que están obligados.
- Sin justificación razonable, guardan relación con la naturaleza de su función, efectúan personalmente, en su nombre o a través de sus cuentas, transacciones u operaciones de los clientes.
- Estilo de vida que no corresponde a su nivel de ingresos en la compañía. Empleados que tienen estilo de vida o realizan transacciones financieras y de inversión que no corresponden con el monto de sus ingresos (laborales)

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 60 de 81

u otros conocidos) sin una justificación clara y razonable.

- Se evitan ciertos controles internos o de aprobación, establecidos para determinadas transacciones, productos o servicios financieros.
- Frecuencia en el trámite de operaciones con excepciones para un determinado cliente.
- Se omite la verificación de identidad de una persona o no se verifican sus datos con los registros suministrados en los formatos o base de datos de la entidad, según tengan asignada estas funciones.
- Cambien constantemente sus datos (dirección, teléfono, ocupación)

Siempre ha que tener en cuenta que *‘Si alguna de las respuestas a estas preguntas lo lleva a pensar que puede está vinculado con una actividad LA/FT/PADM o COF por favor absténgase de realizar esta interacción y reporte de inmediato a su Oficial de Cumplimiento Respectivo’*

8.8.4.5 Proveedores

Las oficinas de contratación y suministros deben garantizar la implementación de políticas y procedimientos que permitan controlar la contratación de proveedores y monitorear la calidad de sus entregables, entre estos controles se pueden tener en cuenta:

- Seguimiento al cumplimiento de las políticas de contratación
- Exigir la documentación de proponentes para los casos que sea viable
- Promover la selección objetiva a través de la definición de criterios de evaluación
- Controles de vinculación de acuerdo con los lineamientos establecidos en los manuales SARLAFT Y SICOF
- Establecimiento de acuerdos de confidencialidad y cumplimiento de otros requisitos relacionados con la administración de la seguridad de la información.
- Valorar la gestión realizada por el proveedor (evaluación periódica y reevaluación).

Teniendo en cuenta el seguimiento y monitoreo a los colaboradores, se tienen en cuenta ítems generales para cumplir con efectividad su desarrollo y chequeo:

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

- Se encuentren reportadas en listas restrictivas o en noticias, la persona jurídica, el representante legal o sus asociados
- Desisten de la oferta cuando se le solicita la información de conocimiento de proveedores
- Los productos que el proveedor está ofreciendo no aplican para la actividad comercial registrada en el certificado de existencia y representación legal de la empresa.
- Tienen una actividad económica que no corresponde con las operaciones que realiza o que no se pueda verificar
- Ofrecen bienes o servicios con precios notablemente inferior a los del mercado
- Ofrecen dadas o prebendas a empleados encargados de la selección de proveedores
- Radican facturas por montos inferiores a los establecidos en la orden de compra o el contrato
- Solicitan transferencias por pagos de facturas a cuentas de otro beneficiario
- Solicita pagos a cuentas internacionales, siendo la empresa prestadora del servicio nacional.
- Solicitan fraccionamiento de pagos en forma diferente al establecido en la creación, o contrato acordado
- Realizan operaciones sin dejar constancia documental
- Utilizan intermediarios para realizar operaciones
- Solicitan continuamente cambio de cuentas bancarias a donde se giran los pagos
- Cambian constantemente sus datos (dirección, teléfono, ocupación)
- Realizan operaciones comerciales en lugares poco usuales o que sean considerados zonas de alto riesgo o rojas
- Se niegan a entregar información completa, o presentan incoherencia en los soportes físicos, etc.
- El proveedor o algún o de sus representantes, ofrece pago de dinero, dadas o amenazas para lograr ser vinculados sin el cumplimiento de los requisitos y procedimientos internos establecidos por el Hospital
- El proveedor o alguno de sus representantes contacta a funcionarios del Hospital a través del pago de dinero, dadas o amenazas, con el fin de hacerlo participe en actividades ilícitas que se puedan materializar dentro del Hospital.
- Compañías cuyos estados financieros reflejan resultados muy diferentes comparados con otras compañías del mismo sector con actividades

Elaboro:


Oficina Asesora de Planeación y Calidad

Reviso:

Oficina asesora de Planeación y Calidad

Aprobó:

Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 62 de 81

económicas similares.

- Compañía que presenta ingresos no operacionales superiores a los ingresos operacionales.
- Compañía con directivos que no se ajustan a los perfiles de los cargos que desempeñan.
- Empresas que se abstienen de proporcionar información completa, como actividad principal, referencias, nombre de directores, estados financieros.

Siempre hay que tener en cuenta que *‘Si alguna de las respuestas a estas preguntas lo lleva a pensar que puede está vinculado con una actividad LA/FT/PADM o COF por favor absténgase de realizar esta interacción y reporte de inmediato a su Oficial de Cumplimiento Respectivo’*

8.8.5 IDENTIFICACION DE RIESGOS


Para la identificación de riesgos se sigue la metodología para la administración de riesgos expuesta por la Función Pública en su última actualización donde se siguen elementos metodológicos que permiten una correcta identificación y valoración del riesgo.

Como resultado del análisis del contexto, se determinan los factores o fuentes del riesgo de corrupción, opacidad y fraude que debe ser objeto de administración y control.

Para el proceso de identificación de los riesgos se segmentaran según las fuentes principales de riesgo como lo son la contraparte, canal de distribución, jurisdicción, y mercado realizando una caracterización y segmentación de cada una de ellas para poder evaluar los riesgos COF y establecer los controles que son implementados en cada uno de los procesos, a continuación la definición de los terceros con los cuales la ESE establece las fuentes de riesgo:

Contrapartes: se definen como todos los terceros con los que se establece una relación comercial o contractual, entre ellos, clientes, servidores públicos, contratistas, agremiados partícipes, aliados estratégicos, funcionarios, clientes, proveedores. Para la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ, las contrapartes serán las siguientes:

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 63 de 81

Clientes: están conformados por las Entidades del sector salud que contratan los servicios y/o productos de la ESE para que la misma haga parte de la red de servicios y por terceros que solicitan los servicios de salud en calidad de particular.

Proveedores: son los Aliados Estratégicos y demás personas naturales o jurídicas que suministran a la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ insumos, equipos y realizan la prestación de servicios médicos.

Funcionarios (Servidores Públicos), Prestatarios de Servicios (contratistas) y Agremiados Participes: grupo de personas que desempeñan funciones, labores o actividades establecidas que le permiten a la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ prestar sus servicios y desarrollar su misión; estos pueden estar contratados de manera directa o a través de contratos de prestación de servicios o contratos sindicales con personas jurídicas

Beneficios:

Considerando que la gestión del riesgo es un proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal con el propósito de proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos, los principales beneficios para la entidad son los siguientes:

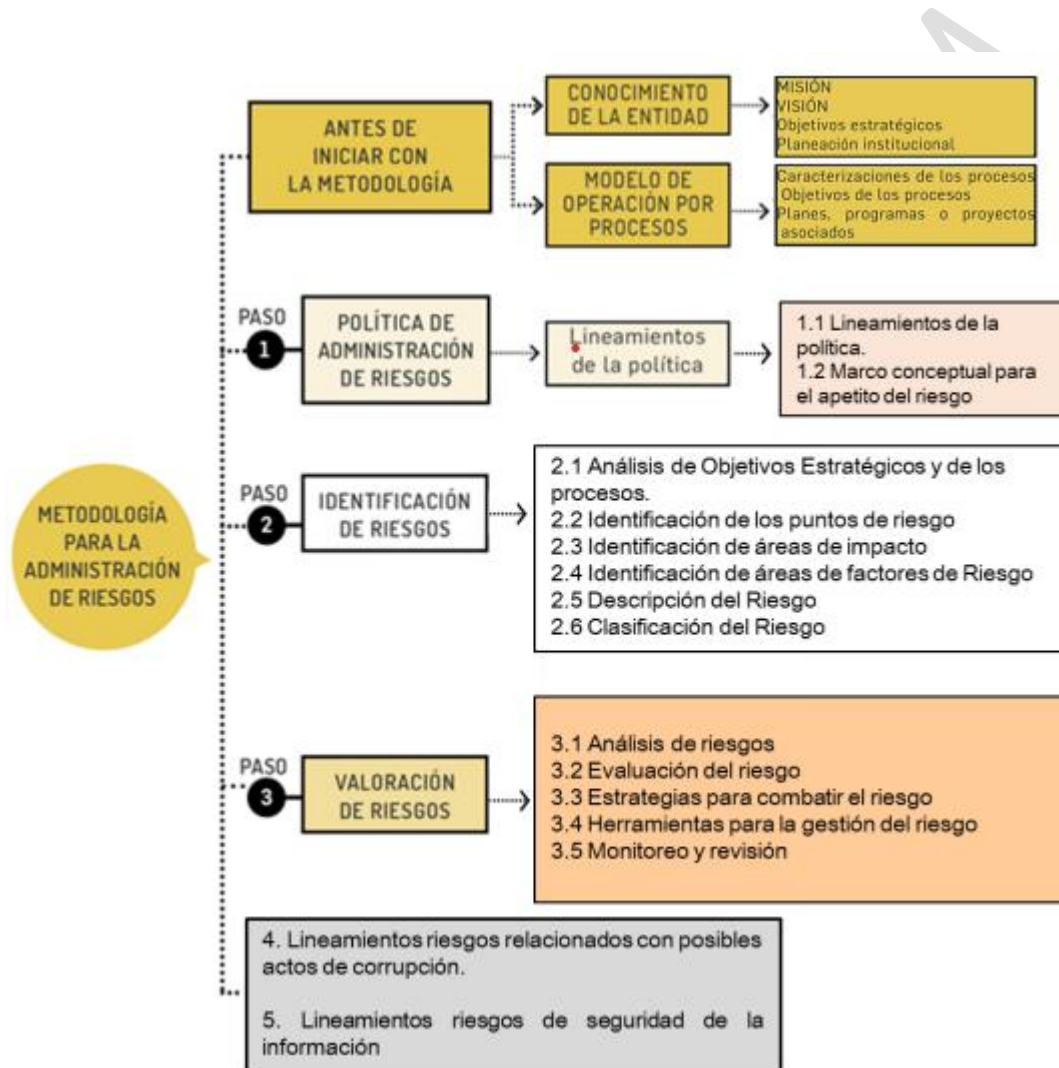
- Apoyo en la toma de decisiones
- Garantizar la operación normal de la organización
- Minimizar la probabilidad e impacto de los riesgos
- Mejoramiento en la calidad de procesos y sus servidores (calidad va de la mano con riesgos)
- Fortalecimiento de la cultura de control de la organización
- Incrementa la capacidad de la entidad para alcanzar sus objetivos
- Dota a la entidad de herramientas y controles para hacer una administración más eficaz y eficiente

Metodología

La metodología para la administración del riesgo requiere de un análisis inicial relacionado con el estado actual de la estructura de riesgos y su gestión en la entidad, además del conocimiento de esta desde un punto de vista estratégico de

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

la aplicación de los tres (3) pasos básicos para su desarrollo y , finalmente, de la definición e implantación de estrategias de comunicación transversales a toda la entidad para que su efectividad pueda ser evidenciada. A continuación se puede observar la estructura completa con sus desarrollos básicos:



Fuente: Elaborado y actualizado por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño
















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

8.8.5.1 Identificación de áreas de factores de Riesgos

Son las fuentes generadoras de riesgos. A continuación se muestra un listado general que puede tener la entidad

COPIA CONTROLADA

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

Factor	Definición		Descripción
Procesos	Eventos relacionados con errores en las actividades que deben realizar los servidores de la organización.		Falta de procedimientos
			Errores de grabación, autorización
			Errores en cálculos para pagos internos y externos
			Falta de capacitación, temas relacionados con el personal
Talento humano	Incluye seguridad y salud en el trabajo. Se analiza posible dolo e intención frente a la corrupción.		Hurto activos
			Posibles comportamientos no éticos de los empleados
			Fraude interno (corrupción, soborno)
Tecnología	Eventos relacionados con la infraestructura tecnológica de la entidad.		Daño de equipos
			Caída de aplicaciones
			Caída de redes
			Errores en programas
Infraestructura	Eventos relacionados con la infraestructura física de la entidad.		Derrumbes
			Incendios
			Inundaciones
			Daños a activos fijos

Elaboro:




Oficina Asesora de Planeación y Calidad

Reviso:

Oficina asesora de Planeación y Calidad

Aprobó:

Comité de Gestión y Desempeño

Factor	Definición		Descripción
Evento externo	Situaciones externas que afectan la entidad.		Suplantación de identidad
			Asalto a la oficina
			Atentados, vandalismo, orden público


Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo de la Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020

Los factores que se relacionaron e toman como guía, ya que dependiendo del área en que se desenvuelven los colaboradores se pueden tomar otros tipos de riesgos.

8.8.5.2 Clasificación de Riesgos

Podemos clasificar los riesgos en las siguientes categorías:

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 68 de 81

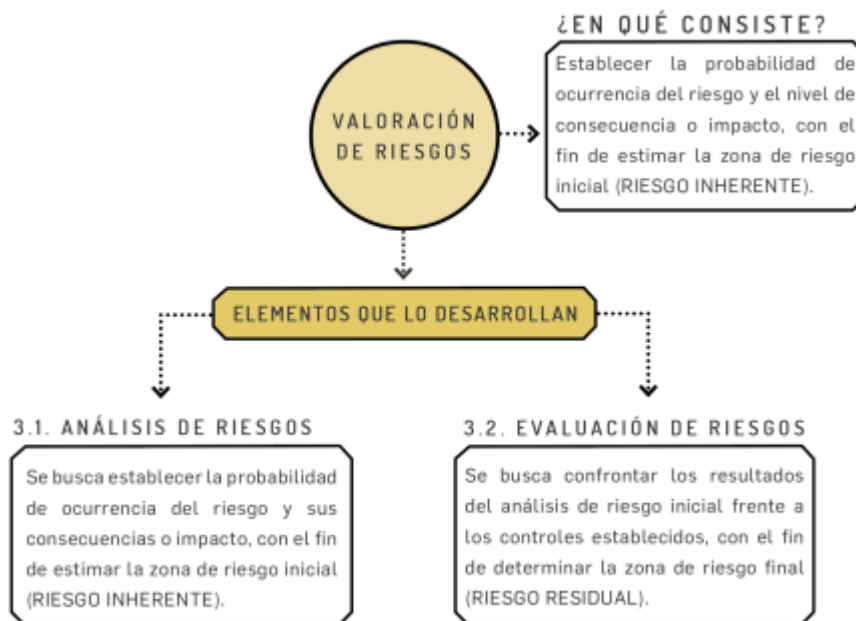
Ejecución y administración de procesos	Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos.
Fraude externo	Pérdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la organización (no participa personal de la entidad).
Fraude interno	Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones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

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

8.8.5.3 Valoración del riesgo

En la siguiente grafica podemos analizar la estructura para el desarrollo de la valoración del riesgo según la guía de administración de riesgos de la función pública:

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---



Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública 20158

8.8.5.3.1 Análisis del riesgo

En este punto se busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto.

Determinar la probabilidad: se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo.

Para efectos de este análisis, la probabilidad de ocurrencia estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. De este modo, la probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año. Bajo este esquema, la subjetividad que usualmente afecta este tipo de análisis se elimina, ya que se puede determinar con claridad la frecuencia con la que se lleva a cabo una actividad, en vez de

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

considerar los posibles eventos que pudiesen haberse dado en el pasado, ya que bajo esta óptica, si nunca se han presentado eventos, todos los riesgos tendrán la tendencia a quedar ubicados en niveles bajos, situación que no es real frente a la gestión de las entidades públicas colombianas.

La exposición al riesgo estará asociada al proceso o actividad que se esté analizando, es decir, al número de veces que se pasa por el punto de 39 riesgo en el periodo de 1 año, en la tabla 4 se establecen los criterios para definir el nivel de probabilidad.

Criterios para definir el nivel de probabilidad

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

Determinar el impacto:

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

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

del servicio, todos estos temas se agrupan en impacto económico y reputacional en la versión 2020.

Cuando se presenten ambos impactos para un riesgo, tanto económico como reputacional, con diferentes niveles se debe tomar el nivel más alto, así por ejemplo: para un riesgo identificado se define un impacto económico en nivel Frecuencia de la Actividad Probabilidad Muy Baja La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año 20% Baja La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año 40% Media La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año 60% Alta La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año 80% Muy Alta La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año 100% 40 insignificante e impacto reputacional en nivel moderado, se tomará el más alto, en este caso sería el nivel moderado.

Bajo este esquema se facilita el análisis para el líder del proceso, dado que se puede considerar información objetiva para su establecimiento, eliminando la subjetividad que usualmente puede darse en este tipo de análisis

Criterios para definir el nivel de impacto

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

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

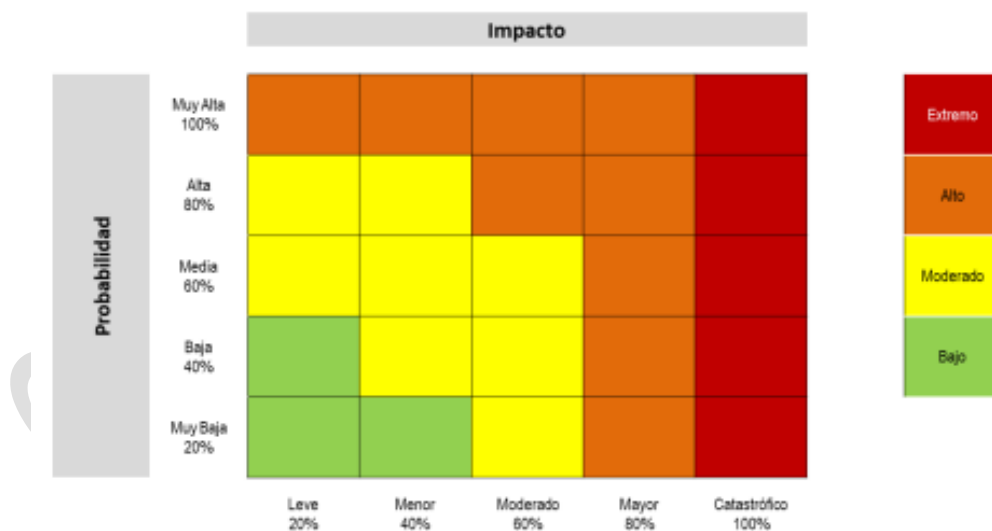
Líder del proceso, como conocedor de su quehacer, define cuántas veces desarrolla la actividad, esto para el nivel de probabilidad, y es a través de la tabla establecida que se ubica en el nivel correspondiente, dicha situación se repite para el impacto, ya que no se trata de un análisis subjetivo.

8.8.5.4 Evaluación del riesgo

A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE).

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


Matriz de Calor (Niveles de severidad del riesgo)



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020

8.8.5.5 Valoración de controles

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 73 de 81

En primer lugar, conceptualmente un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Para la valoración de controles se debe tener en cuenta:

- La identificación de controles se debe realizar a cada riesgo a través de las entrevistas con los líderes de procesos o servidores expertos en su quehacer. En este caso sí aplica el criterio experto
- Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.

Estructura para la descripción del control:

Se puede plantear la siguiente estructura para su valoración según la Guía de la función posible sobre administración de riesgos:

Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.

Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.

Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control

Tipología de controles:

A través del ciclo de los procesos es posible establecer cuándo se activa un control y, por lo tanto, establecer su tipología con mayor precisión.

Acorde con lo anterior, tenemos las siguientes tipologías de controles:

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

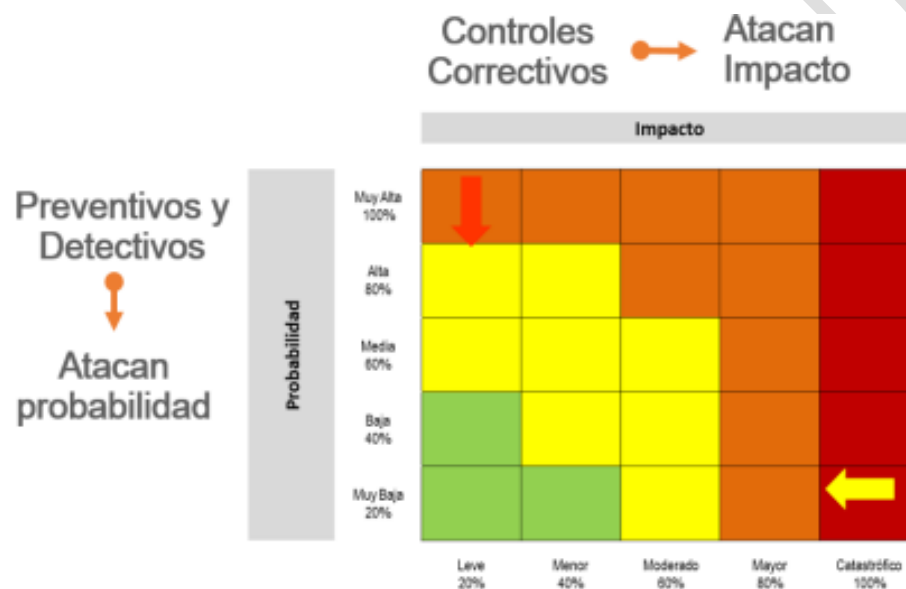
Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

que se materializa el riesgo. Estos controles tienen costos implícitos.

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

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

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



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.


8.8.5.6 Seguimiento y monitoreo de riesgos COF

En esta etapa de la administración del riesgo, ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ desarrollará un procedimiento frecuente y responsable que le permita identificar variaciones relevantes en relación a las calificaciones de los riesgos del COF existentes en la Matriz de riesgo, así como de los factores de riesgo.

Procedimiento para el monitoreo

El monitoreo se hará en tres niveles:

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 75 de 81

- A. Oficial de Cumplimiento: monitoreo continuo de la eficacia de los controles.
- B. Responsable del proceso: monitoreo periódico de los sistemas y las actividades del proceso para asegurar de que no han aparecido nuevos riesgos y que las estrategias de tratamiento siguen siendo eficaces y apropiadas.
- C. Áreas de control: revisión y evaluación esporádicas, según las funciones asignadas.

En esta etapa el monitoreo debe permitir comparar la evaluación del riesgo inherente con el riesgo residual de cada factor de riesgo y de los riesgos asociados.

8.8.6 DIVULGACION

Las políticas y procedimientos que hacen parte del Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude deben ser comunicados claramente a todos los niveles y procesos del E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz con el propósito que las conozcan, entiendan y sean conscientes de su importancia. Adicionalmente, se debe involucrar a las partes externas interesadas (clientes, entes regulatorios, etc.) cuando se considere necesario.


8.8.6.1 Despliegue

Colaboradores: Adicionalmente el Hospital realiza eventualmente sea necesario el despliegue del SICOF donde imparten indicaciones sobre el desarrollo del subsistema, así mismo se comparte información donde los colaboradores, tanto líderes de procesos como la alta gerencia mediante la plataforma tecnológica del correo institucional, permitiendo tener un alcance completo en el desarrollo del despliegue.

Proveedores y terceros: Mediante la página web externa

Entidades de control (interna y externa): Mediante la matriz de riesgos, informes del oficial de cumplimiento

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 76 de 81

8.8.7 CAPACITACIONES

La E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz diseñara programara y coordinara planes de capacitación sobre el Subsistema de Administración de riesgos de Corrupción, la opacidad y el Fraude.

Tales programas deben, cuando menos cumplir con las siguientes condiciones:

- a) Periodicidad Anual
- b) Ser impartidos durante el proceso de inducción de los nuevos funcionarios
- c) Ser impartidos a los terceros siempre que exista una relación contractual con éstos y desempeñen funciones de la entidad..
- d) Todas las contrapartes (Proveedores de bienes y servicios, Clientes, socios, colaboradores y demás terceros vinculados) deben recibir, por lo menos una vez al año, capacitación sobre las políticas, procedimientos, herramientas y controles adoptados en el presente Manual SICOF.
- e) Cuando se realice alguna actualización al Manual SICOF, esta debe ser comunicada a todos los colaboradores.
- f) La capacitación sobre SICOF, se dicta a las contrapartes (Proveedores de bienes y servicios, Clientes, socios, empleados y demás terceros vinculados), anualmente durante el proceso de reinducción y al momento de iniciar actividad contractual durante el proceso de inducción.


Gestión y desarrollo del talento Humano:

- Controlar que la capacitación sobre los temas del SICOF, que se imparta a las contrapartes respectivas, y se lleven los controles sobre los resultados, con el fin de detectar falencias en el conocimiento de éstos e implementar las capacitaciones de refuerzo.
- Realizar el cronograma anual de capacitaciones sobre SICOF a las contrapartes (Proveedores de bienes y servicios, Clientes, socios, empleados y demás terceros vinculados)
- El alcance de la capacitación se debe impartir a todos los colaboradores y proveedores

Coordinadores de procesos y demás Colaboradores

- Identificar y calificar los riesgos propios de su proceso, identificando la causa que los origina y las consecuencias de los mismos

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 77 de 81

- Implementar los controles que considere necesario para mitigar los riesgos validando el costo/beneficio de la implementación. El costo de un control no debe ser superior al del riesgo.
- Informar a la auditoría interna sobre posibles situaciones de corrupción, opacidad y fraude.
- Apoyar la implementación del Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude en todas las áreas.


8.8.8 SANCIONES

La E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz nos dice que el desconocimiento, inaplicación, omisión o incumplimiento de lo previsto en el presente Manual del Subsistema de Administración de Riesgo SICOF y de las disposiciones en materia de prevención y control, puede generar consecuencias de tipo penal, administrativo, personal e institucional, disciplinario y/o laboral entre otras.

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


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

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 78 de 81


9. ANEXO (SI APLICA)


ANEXO 1. FORMATO DE DEBIDA DILIGENCIA

	ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	CODIGO: AB-FO-BS-063
	FORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA	VERSION: 1
		FECHA: JUN 2017
		PAGINA 1 de 3

ESTE FORMULARIO DEBE SER DILIGENCIADO EN SU TOTALIDAD		
<p>Es requisito indispensable para la firma y legalización de cualquier relación contractual con la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ, el completo y correcto diligenciamiento de este formato conforme a lo establecido en la Circular Externa 009 de Abril 21 de 2016 de la Súper Intendencia Nacional de Salud y demás Normativos Vigentes.</p>		
INFORMACION GENERAL		
TIPO DE VINCULO CON LA ENTIDAD		
EMPLEADO <input type="checkbox"/>	CLIENTE <input type="checkbox"/>	PROVEEDOR DE BIENES Y SERVICIOS <input type="checkbox"/>
CREACION <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACION <input type="checkbox"/>	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DD/MM/AA
NOMBRE O RAZON SOCIAL		
IDENTIFICACION PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/> JURIDICA <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No.		
DIRECCION	DEPARTAMENTO	CIUDAD
E MAIL PARA NOTIFICACIONES <input type="checkbox"/>	CELULAR <input type="checkbox"/>	TELEFONO
TIPO DE EMPRESA PUBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> SIN ANIMO DE LUCRO <input type="checkbox"/>		
OTRA <input type="checkbox"/>	CUAL	ACTIVIDAD ECONOMICA CODIGO CIU
PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL		
NOMBRES Y APELLIDOS		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD P.P <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> No.		FECHA DE EXPECION DD/MM/AA
LUGAR DE EXPEDICION		
MANEJA RECURSOS PÚBLICOS Y/O POSEE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO Y/O GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
ES USTED SERVIDOR PUBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
CAPACIDAD FINANCIERA		SMLMV
REQUIERE PERMISO O AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MONTO		

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina asesora de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 79 de 81

	ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	CODIGO: AB-FO-BS-063
	FORMATO DE LA DEBIDA DILIGENCIA	VERSION: 1
		FECHA: JUN 2017
		PAGINA 2 de 3

INFORMACIÓN FINANCIERA (SOLO PARA CONTRATACIÓN MÍNIMA Y DIRECTA)

MENSUALES DE ACTIVIDAD ECONÓMICA (PESOS) <input type="checkbox"/>	EGRESOS MENSUALES (PESOS) <input type="checkbox"/>
CONCEPTO POR OTROS INGRESOS <input type="checkbox"/>	OTROS INGRESOS (PESOS) <input type="checkbox"/>

SI POSEE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES BIENES SEÑALE CON UNA X

CASA PROPIA VEHICULO FINCA EMPRESA OTROS BIENES RAICES CUALES

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR Y/O CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?
SI NO ¿CUAL?

REFERENCIAS BANCARIAS

ENTIDAD BANCARIA	SUCURSAL - CIUDAD	ANTIGÜEDAD

REFERENCIAS Y/O VÍNCULOS COMERCIALES Y CONTRACTUALES


SECTOR	ENTIDAD O EMPRESA	CIUDAD	TELEFONO
PUBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
PUBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
PUBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINACIÓN DE FONDOS

Declaro de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, manifiesto:

- La persona natural y representantes legales no participan ni han participado en el pasado en actividades ilegales tales como financiación del terrorismo, corrupción, tráfico de emigrantes, trata de personas, extorsión, enriquecimiento ilícito, secuestro extorsivo, rebelión, tráfico de armas, delitos contra el sistema financiero o la administración pública, trato ilegal de drogas o sustancias toxicas, estupefacientes o psicotrópicas.
- Los recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.
- Los recursos obtenidos de la relación comercial con la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM) no serán usados en ninguna actividad ilícita en las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- Todas las actividades serán encaminadas a asegurar que los socios, administradores, clientes, proveedores, empleados, etc., y los recursos de estos, no se encuentren relacionados o provengan, de actividades ilícitas, particularmente de lavado de activos o financiación del terrorismo.

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO PE-MA-004
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2023
		PAGINA 81 de 81

10. CONTROL DE CAMBIOS				
VERSION	FECHA	PAGINA	APROBÓ	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
1	26 de Enero de 2023	1-81	Comité de Gestión y Desempeño	Versión Original

COPIA CONTROLADA

Elaboro: Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Reviso: Oficina asesora de Planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
--	---	---