

CAPACITACIÓN SARLAFT /FPADM

“SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA”

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL
**María
Inmaculada**
E.S.E.


CAQUETÁ

CUMPLIMIENTO NORMATIVO

ACTUACIÓN

- Establecimiento de mecanismos precisos para **detectar actividades sospechosas**, supervisados por la **oficial de cumplimiento** designado.
- Circular 00009 de 2016 y la 202111700000005-5 de 2021.

CUMPLIMIENTO

- **Asegura la integridad** del hospital y **previene riesgos legales**, fortaleciendo la confianza de la comunidad en la gestión de recursos públicos
- Prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo en el sector salud.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

- **Formación continua** del personal en normativas **SARLAFT**, elevando la conciencia sobre las implicaciones legales y éticas del incumplimiento
- Transparencia institucional y debida diligencia.



Diagonal 20 # 7-29 Florencia - Caquetá



608 -4366464



www.hmi.gov.co



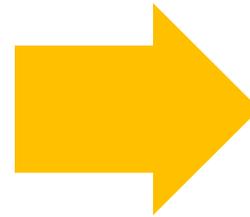
ventanillaunica@hmi.gov.co

CUMPLIMIENTO NORMATIVO

Circular Externa 009 de 2016 de la
Superintendencia Nacional de Salud

Circular Externa 20211700000005-5 de
2021 de la Superintendencia Nacional
de Salud

SARLAFT



FPADM

SARLAFT/FPADM

**SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS DE LA FINANCIACIÓN DEL
TERRORISMO Y LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA**

 Diagonal 20 # 7-29 Florencia - Caquetá



608 -4366464



www.hmi.gov.co



ventanillaunica@hmi.gov.co

MANUAL DE SARLAFT

COPIA NO CONTROLADA

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Código: DE-M-02
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA SARLAFT/FPADM	Versión: 003 Aprobado: 2025-02-04


Listado de documentos públicos

Portal / Documentos

- Portal
- INF. INSTITUCIONAL
- RESOLUCIONES INSTITUCIONALES
- DOCUMENTOS EXTERNOS
- FICHAS DE MEDICAMENTOS
- GUÍAS RÁPIDAS
- FOLLETOS INSTITUCIONALES
- SISTEMA GESTION DOCUMENTAL
- RIESGOS DE PROCESOS
- Documentos
- Indicadores
- Planes de Accion

Documentos públicos

Documento	Tipo	F. Vigencia	Estado
[DE-M-02] MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA SARLAFT/FPADM - V3	Manual	2025-02-04	Vigente



MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL REISGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE TERRORISMO, FINANCIACIÓN Y PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASICA Y COF – SARLAFT/FPADM-COF

(Aprobado: Mediante Acuerdo No. 002 del 10-01-2025)

▼ Diagonal 20 # 7-29 Florencia - Caquetá



608 -4366464



www.hmi.gov.co



ventanillaunica@hmi.gov.co

OBJETIVO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MANUAL

COPIA NO CONTROLADA		
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Código: DE-M-02 Versión: 003
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA SARLAFT/FPADM	Aprobado: 2025-02-04



MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL REISGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE TERRORISMO, FINANCIACIÓN Y PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASICA Y COF – SARLAFT/FPADM-COF
 (Aprobado: Mediante Acuerdo No. 002 del 10-01-2025)

PREVENIR

Con el objetivo de:

DETECTAR

INFORMAR

Prevención del uso indebido de la entidad en actividades delictivas, como lavado de activos, financiación del terrorismo y de armas de destrucción masiva, mediante controles que eviten su utilización para adquirir, ocultar, administrar o legalizar bienes ilícitos (SARLAFT/FPADM)

AMBITO DE APLICACIÓN

DIRIGIDO Y ES DE OBLIGATORIO
CUMPLIMIENTO PARA

Miembros de
Junta Directiva

Empleados

Gerente

Colaboradores

Subgerentes

Contratistas

Proveedores



📍 Diagonal 20 # 7-29 Florencia - Caquetá

☎ 608 -4366464

🌐 www.hmi.gov.co

✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

ASPECTOS GENERALES SOBRE SARLAFT/FPADM



LAVADO DE ACTIVOS

- El lavado de activos es una figura que busca darle apariencia de legalidad a unos bienes o dineros cuyo origen es ilegal



FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

- Es un acto para proporcionar apoyo financiero a terroristas u organizaciones terroristas



FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA

- Todo acto que provea fondos o utilice servicios financieros, en todo o en una parte, para la fabricación, adquisición, posesión, desarrollo, exportación, trasiego de material, fraccionamiento, transporte, transferencia, deposito o uso de armas nucleares, químicas o biológicas, sus medios de lanzamiento y otros materiales relacionados



Diagonal 20 # 7-29 Florencia - Caquetá



608 -4366464

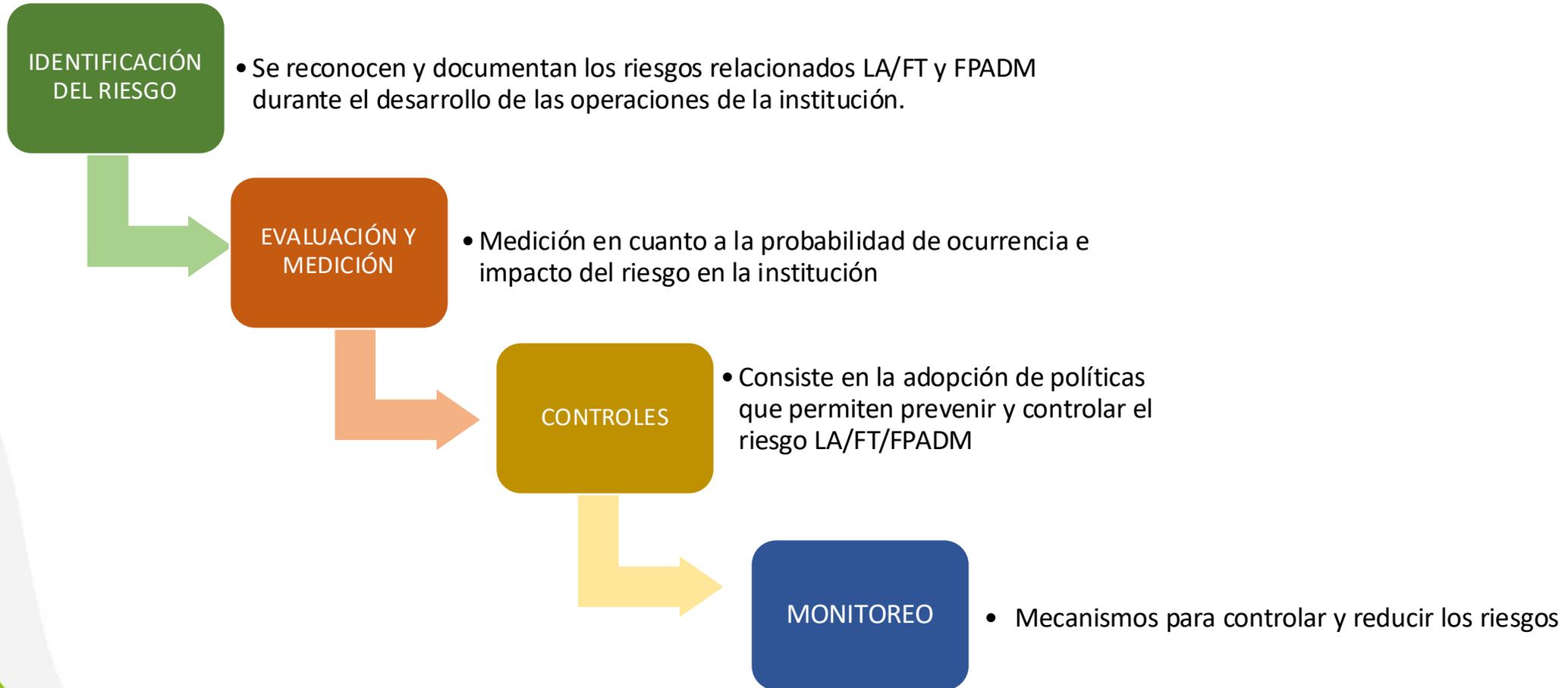


www.hmi.gov.co



ventanillaunica@hmi.gov.co

ETAPAS DE SARLAFT/FPADM

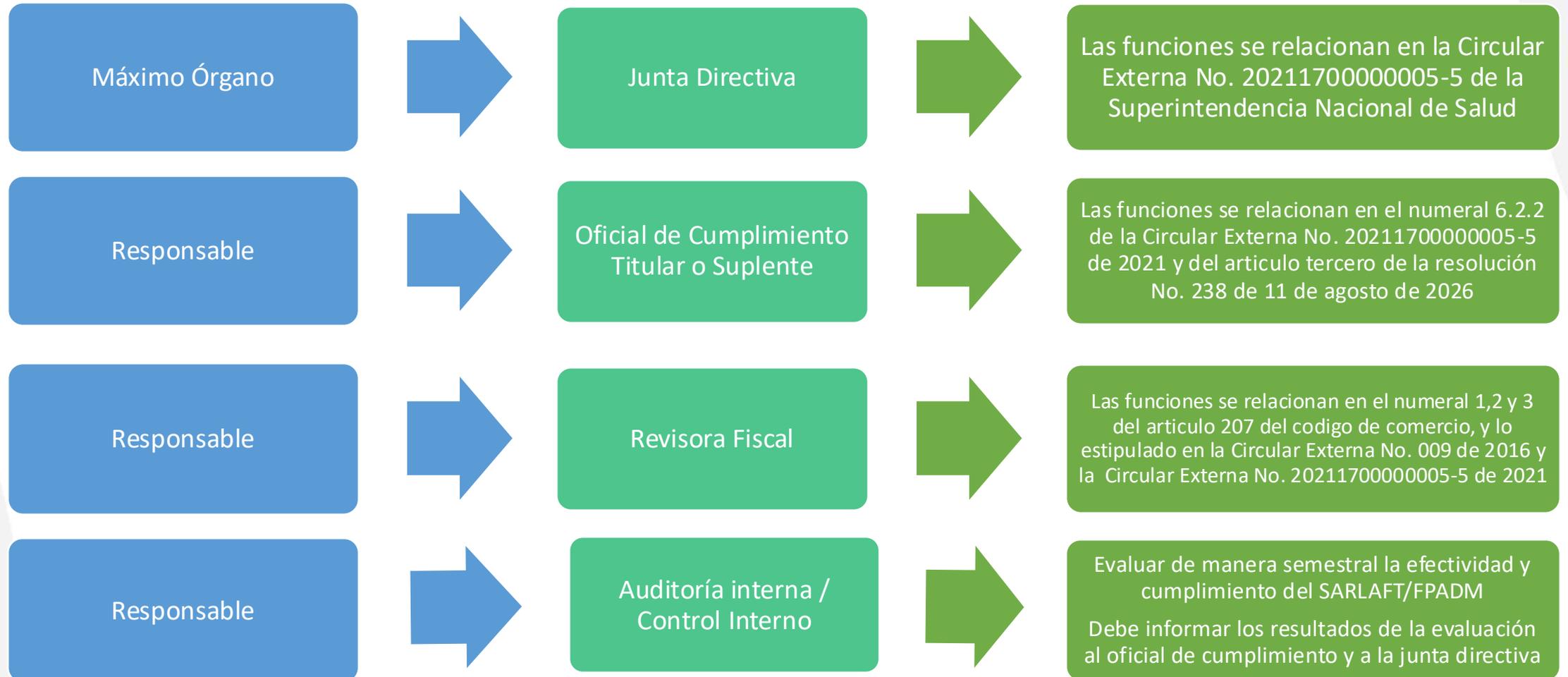


Son los lineamientos, orientaciones o aspectos que fundamentan la administración, prevención y el control de riesgo de lavado de activos, la financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (LA/FT/FPADM) en la E.S.E Hospital Departamental María Inmaculada



- Señalar los lineamientos que debe adoptar la entidad frente a los factores de riesgo y los riesgos asociados de LA/FT/FPADM
- Garantizar la reserva de la información reportada conforme lo establecido en el artículo 105 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero - EOSF
- Establecer los procedimientos aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de los elementos y las etapas del SARLAFT

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



La E.S.E Hospital Departamental María Inmaculada cuenta con herramientas tecnológicas que apoyan la prevención y el control de riesgo relacionado con el lavado de activos, financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.



CAPACITACIONES

El oficial de cumplimiento, diseñará y coordinará los programas de capacitación para los miembros de la Junta Directiva, funcionarios, colaboradores, agremiados y contratistas.

Se socializarán los temas relacionados con la prevención y control del riesgo de lavado de activos, la financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva SARLAFT/FPADM, informando sobre sus obligaciones y responsabilidades, como identificar las operaciones intentadas, inusuales o sospechosas, las señales de alerta y como reportarlas al oficial de cumplimiento.



📍 Diagonal 20 # 7-29 Florencia - Caquera

☎ 608 -4366464

🌐 www.hmi.gov.co

✉ ventanillaunica@hmi.gov.co

El Hospital cuenta con formatos establecidos para que todas las operaciones sean debidamente documentadas y sirvan de respaldo probatorio para cualquier investigación que puedan adelantar las autoridades competentes.

FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	CÓDIGO	DE-F-28
	FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA	VERSION	001
		VIGENCIA	2024-12-13

+	Ciudad	Fecha DD MM AAAA
DATOS MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA		
Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombres:
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Número:	Lugar y fecha de expedición:	
País y ciudad de nacimiento:		Fecha de nacimiento:
Nacionalidad:	Dirección Domicilio:	
Ciudad/Municipio/Departamento:	Teléfono/Celular:	
Actividad Económica: Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro? <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	Empresa donde labora:	
Teléfono:	Cargo:	Antigüedad en el cargo:
PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE		
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO		
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO		
¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público general? SI NO		
Si alguna de las preguntas anteriores es afirmada por favor especifique		
¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla las características anteriores? SI NO		
Si su respuesta es SI, por favor especifique nombre completo:		
DECLARACION ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIONES		
DECLARACION ORIGEN DE FONDOS: declaro que la actividad, profesión u oficio de donde obtengo mis recursos son lícitos, no provienen de actividades ilícitas.		
La información suministrada en este formato es veraz y verificable conforme los procedimientos que para tal fin establezca el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE.		
AUTORIZACIONES: autorizo de manera previa, expresa e informada a el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE y/o a terceros contratados por esta o quien la represente, para: Realizar las consultas y controles establecidos en los términos de su política de prevención de lavado de activos y financiación al terrorismo para verificar las fuentes que considere necesarias, la información suministrada en el presente documento, tales como los listados de la OFAC(Office of Foreign Assets Control), ONU(Naciones Unidas) y demás que se reglamenten. Efectuar los reportes a las autoridades competentes en materia de lavado de activos y financiación al terrorismo financiación y proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción opacidad y fraude (LAFTIADM-COF), que considere necesarios realizar de conformidad con su manual y procedimientos de prevención y/o administración del riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo.		

	Asesor Oficina de Planeación	Profesional de Calidad	Profesional Especializado Gestión de Calidad
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR, CONTRATISTA Y CLIENTE SARLAFT/FPADM/COF

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	CÓDIGO	DE-F-27
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR, CONTRATISTA Y CLIENTE SARLAFT/FPADM-COF	VERSION	001
		VIGENCIA	2024-12-16

+	Ciudad	Fecha DD MM AAAA
DATOS PERSONA JURIDICA		
Razón Social: _____ NIT: _____		
Representante Legal: Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres: _____		
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Número:	Lugar y fecha de expedición:	
País y ciudad de nacimiento:		Fecha de nacimiento:
Nacionalidad:	Dirección Domicilio:	
Ciudad/Municipio/Departamento:	Teléfono/Celular:	
DATOS PERSONA NATURAL		
Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombres: _____		
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Número:	Lugar y fecha de expedición:	
País y ciudad de nacimiento:		Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
Dirección Domicilio:		Ciudad/Municipio/Departamento:
Teléfono/Celular:	Actividad Económica: Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro? <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
INFORMACION ADICIONAL PROVEEDOR/CLIENTE		
Datos oficina principal: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____ Fax: _____		
Datos sucursal o agencia: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____ Fax: _____		
Tipo de empresa: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		
Actividad Económica: _____		
Breve descripción del objeto social: _____		
Ingreso mensual: _____	Egreso mensual: _____	Activos: _____
Otros ingresos: _____	Gastos de sostenimiento: _____	Pasivos: _____
Total ingresos: _____	Total egresos: _____	
Responsable de IVA <input type="checkbox"/> No responsable de IVA <input type="checkbox"/> Gran Contribuyente <input type="checkbox"/> Autoretenedor SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Realiza operaciones en moneda extranjera: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique: _____		
DECLARACION ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIONES		
DECLARACION ORIGEN DE FONDOS: declaro que la actividad, profesión u oficio de la empresa es lícita en tanto obedece al desarrollo de su objeto social, ejercido bajo los parámetros legales vigentes en Colombia y de igual forma sus recursos son lícitos, no provienen de actividades ilícitas.		
La información suministrada en este formato es veraz y verificable y la empresa se compromete a confirmar la información y a actualizarla anualmente conforme los procedimientos que para tal fin establezca el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE.		
Los recursos provenientes de este contrato no serán destinados para el lavado de activos, financiamiento del terrorismo, financiación y proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción opacidad y fraude (LAFTIADM-COF). Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen escritas.		
Declaro así mismo, que los activos que conforman mi patrimonio, así como el patrimonio de mis accionistas, representantes legales principales, sucesores y/o administradores (en los casos que aplique), no provienen directa o		

	Asesor Oficina de Planeación	Profesional de Calidad	Profesional Especializado Gestión de Calidad
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO USUARIO PARTICULAR Y PEP

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	CÓDIGO	DE-F-26
	FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO USUARIO PARTICULAR Y PEP	VERSION	001
		VIGENCIA	2024-12-13

+	Ciudad	Fecha DD MM AAAA
DATOS USUARIO		
Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombres: _____		
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Número:	Lugar y fecha de expedición:	
País y ciudad de nacimiento:		Fecha de Nacimiento: _____
Nacionalidad:	Dirección domicilio: _____	
Ciudad/Municipio:	Departamento:	Teléfono/Celular:
Actividad económica: Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro? <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Empresa donde labora:	Teléfono:	
Cargo:	Antigüedad: en el Cargo:	
PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE		
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO		
¿Por su cargo a actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO		
¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público general? SI NO		
Si alguna de las preguntas anteriores es afirmada por favor especifique:		
¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla las características anteriores? SI NO		
Si su respuesta es SI, por favor especifique nombre completo:		
DECLARACION ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIONES		
DECLARACION ORIGEN DE FONDOS: declaro que la actividad, profesión u oficio de donde obtengo mis recursos son lícitos, no provienen de actividades ilícitas.		
La información suministrada en este formato es veraz verificable conforme los procedimientos que para tal fin establezca el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE.		
AUTORIZACIONES: autorizo de manera previa, expresa e informada a el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE y/o a terceros contratados por esta o quien la represente, para: Realizar las consultas y controles establecidos en los términos de su política de prevención de lavado de activos y financiación al terrorismo para verificar las fuentes que considere necesarias, la información suministrada en el presente documento, tales como los listados de la OFAC(Office of Foreign Assets Control), ONU(Naciones Unidas) y demás que se reglamenten. Efectuar los reportes a las autoridades competentes en materia de lavado de activos y financiación al terrorismo financiación y proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción opacidad y fraude (LAFTIADM-COF), que considere necesarios realizar de conformidad con su manual y procedimientos de prevención y/o administración del riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo.		
Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo al HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE el tratamiento de mis datos personales, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la información que la Institución ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.hmi.gov.co la cual declaro conocer y por ello estar informado de las finalidades de dicho tratamiento al estar en ella consignada.		

	Asesor Oficina de Planeación	Profesional de Calidad	Profesional Especializado Gestión de Calidad
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

INFORMES A LA UIAF Y SU IMPACTO

01

Compromiso Institucional

Los informes a la UIAF refuerzan la transparencia y la legalidad en las operaciones financieras.

02

Análisis de Riesgos

Los informes ayudan a la UIAF a analizar riesgos y detectar áreas críticas que requieren atención.

03

Mejora Continua

La retroalimentación de la UIAF mejora procesos y capacitación al personal en el cumplimiento.

Reportes realizados de manera mensual:

- Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS).
- Procedimientos
- Proveedores



Diagonal 20 # 7-29 Florencia - Caquetá



608 -4366464



www.hmi.gov.co



ventanillaunica@hmi.gov.co

CONCLUSIONES

1

Mejora continua en procesos de prevención de riesgos
Fortalecer plan de formación continuo en SARLAFT

2

Alineación normatividad y el compromiso con la
transparencia

3

Uso de herramientas digitales para mejorar la
gestión de SARLAFT



Diagonal 20 # 7-29 Florencia - Caquetá



608 -4366464



www.hmi.gov.co



ventanillaunica@hmi.gov.co

GRACIAS

 Diagonal 20 # 7-29 Florencia - Caquetá



608 -4366464



www.hmi.gov.co



ventanillaunica@hmi.gov.co