

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

INFORME DE CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL - SARLAFT/FPADM

Periodo evaluado: 01 de abril al 30 de junio de 2025

1.	OBJETIVO GENERAL	4
1.2.	OBJETIVOS ESPECIFICO	4
2.	ALCANCE	5
2.1	ÁREAS EVALUADAS.....	5
2.2	PROCEDIMIENTOS VERIFICADOS	5
2.3	ALCANCE TEMPORAL	6
2.4	LIMITACIONES	6
3.	METODOLOGÍA DE VERIFICACIÓN	6
3.1	DISEÑO METODOLÓGICO	7
3.2	TÉCNICAS APLICADAS	8
3.3	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	8
3.4	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	9
4.	MATRIZ DE RIESGOS Y CONTROLES EVALUADOS	9
5.	RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN	22
5.1	Área de Talento Humano	22
5.2	Área de Contratación	22
5.3	Área de Almacén	23
5.4	Área de Tesorería	23
6.	RESULTADOS DE CONSULTAS REALIZADAS AÑO 2025.....	29
7.	REPORTES A LA UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANALISIS FINANCIERO – UIAF 37	
8.	RESULTADO DE CAPACITACIONES	43
9.	CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES	46

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

INFORMACIÓN GENERAL

El presente informe tiene como propósito documentar de manera detallada, precisa y exhaustiva los resultados obtenidos durante el proceso de verificación de la aplicación de los procedimientos establecidos en el Manual SARLAFT/FPADM del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., correspondiente al primer trimestre de la vigencia 2025. Este ejercicio de verificación responde al cumplimiento riguroso de la normativa colombiana vigente en materia de prevención del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), así como a la necesidad institucional de reforzar permanentemente los mecanismos internos de control y gestión del riesgo. La implementación efectiva del SARLAFT es crucial para salvaguardar la integridad financiera y operativa del hospital, asegurando la protección de los recursos públicos asignados y la confianza de las partes interesadas.

El proceso de verificación contempló una revisión minuciosa de los procedimientos específicos establecidos en el manual institucional, incluyendo la evaluación de políticas internas, procesos administrativos, operativos y financieros, así como la correcta aplicación de las metodologías definidas para la identificación, medición, control y monitoreo continuo de los riesgos asociados. También se analizó el cumplimiento de las funciones y responsabilidades asignadas a cada una de las áreas involucradas en el sistema SARLAFT, verificando que se ejecuten de acuerdo con los lineamientos establecidos.

Asimismo, este informe presenta detalladamente los hallazgos derivados del proceso de revisión y análisis realizados bajo estrictos estándares exigidos, alineados con las mejores prácticas internacionales en materia de prevención y control de riesgos asociados al lavado de activos y financiación del terrorismo.

Finalmente, el documento tiene como objetivo asegurar la adecuada trazabilidad y transparencia del proceso de verificación, facilitando futuras auditorías internas y externas, así como los procesos continuos de control y mejora en la gestión institucional, proporcionando una base sólida para la toma de decisiones informadas por parte de la alta dirección del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)			

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE	VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM	VIGENCIA	2025

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de lo establecido en la Circular 00009 del 21 de abril de 2016 y la Circular Externa No. 212111700000005-5 del 17 de septiembre de 2021, emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud, la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada presenta el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) exige una revisión continua y sistemática para verificar la correcta implementación de los procedimientos diseñados para mitigar los riesgos asociados a estas actividades ilícitas.

En cumplimiento de esta responsabilidad normativa y legal, se realizó una revisión exhaustiva correspondiente al segundo trimestre del año, enfocada específicamente en las áreas críticas identificadas por su nivel de exposición al riesgo: Talento Humano, Contratación, Almacén y Tesorería. Este informe presenta de manera detallada los resultados obtenidos en esta verificación, resaltando tanto las fortalezas como las oportunidades de mejora identificadas en cada área. Este ejercicio de control tiene como propósito fundamental fortalecer los mecanismos institucionales de prevención, detección y respuesta frente al lavado de activos y financiación del terrorismo, asegurando así una gestión eficiente, transparente y sostenible dentro del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. De igual forma, conforme a los lineamientos establecidos en el numeral 4.1 de la Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021, relacionado con los "Grupos de Clasificación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)", y específicamente en el literal B sobre los criterios de clasificación, se determinan tres niveles institucionales: C1, C2 y D1. En este contexto, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. ha sido clasificado en el nivel C2.

La gestión efectiva del riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo es esencial para garantizar la integridad institucional y salvaguardar los recursos públicos. Por ello, el Oficial de Cumplimiento efectuó esta verificación trimestral aplicando estrictamente los lineamientos establecidos en el Manual SARLAFT y alineándose con la normatividad vigente. El análisis realizado permitió identificar desviaciones, clasificarlas según su impacto potencial que contribuyan a robustecer el sistema. Estas verificaciones tienen como objetivo principal corregir las debilidades detectadas y optimizar la capacidad institucional para prevenir y enfrentar cualquier riesgo relacionado con actividades ilícitas. La implementación del SARLAFT implica no solo cumplir obligaciones legales, sino también promover una cultura organizacional basada en la transparencia, el cumplimiento y la mejora continua. En este sentido, el Hospital Departamental María Inmaculada mantiene una política activa de evaluaciones periódicas en áreas estratégicas, lo que le permite identificar oportunamente posibles vulnerabilidades, implementar medidas correctivas efectivas y fortalecer permanentemente su sistema de control interno.

El presente informe, además de documentar exhaustivamente la verificación trimestral realizada, constituye una herramienta clave para fortalecer la cultura institucional en materia de prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo. Asimismo, facilita la trazabilidad de los procesos auditados, apoya el seguimiento continuo de las acciones correctivas y asegura una respuesta ágil y eficiente frente a las

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

recomendaciones surgidas de auditorías internas y externas. Finalmente, cabe destacar que cumplir con el SARLAFT es una decisión estratégica que contribuye significativamente a la sostenibilidad y reputación institucional, reforzando la confianza de la ciudadanía y los entes de control hacia el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

1. OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer el resultado de la evaluación integral, detallada y sistemática del nivel de cumplimiento, la implementación efectiva y la eficiencia operativa de los procedimientos establecidos en el Manual SARLAFT del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., correspondientes al segundo trimestre de la vigencia 2025, en las áreas estratégicas de Talento Humano, Contratación, Almacén y Tesorería, identificadas como zonas de alta exposición al riesgo.

Esta evaluación tiene como finalidad detectar desviaciones respecto a los lineamientos normativos e institucionales, identificar riesgos potenciales y oportunidades de mejora, y formular acciones correctivas y de fortalecimiento que contribuyan a optimizar la gestión del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT). Asimismo, busca garantizar la eficacia de los controles establecidos, reforzar los mecanismos internos de prevención y asegurar la trazabilidad del proceso, en cumplimiento de los principios de transparencia, legalidad, integridad institucional y sostenibilidad operativa.

Adicionalmente, este ejercicio pretende consolidar una cultura organizacional basada en el cumplimiento normativo y la gestión proactiva del riesgo, fortaleciendo la capacidad institucional para prevenir, mitigar y responder de manera oportuna y efectiva a los eventos asociados al Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICO

- Verificar la ejecución efectiva de los controles establecidos en el Manual SARLAFT dentro de las áreas críticas de riesgo de la institución.
- Identificar incumplimientos, debilidades o desviaciones en la aplicación de los procedimientos de debida diligencia, monitoreo y actualización de información.
- Evaluar la adherencia de los procedimientos aplicados al Manual SARLAFT y a la normatividad vigente, verificando su alineación con las políticas internas.
- Analizar el nivel de cumplimiento y la efectividad de los controles implementados, así como su capacidad para mitigar los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT).
- Detectar y clasificar los riesgos residuales asociados a deficiencias, omisiones o desviaciones en la ejecución de los procedimientos establecidos.
- Formular recomendaciones técnicas y planes de acción correctivos específicos, medibles, con responsables y plazos definidos para subsanar los hallazgos identificados.
- Asegurar la trazabilidad documental de las acciones implementadas y generar evidencia de la gestión del riesgo LA/FT en las áreas evaluadas.

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)			

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

- Fomentar la mejora continua y el fortalecimiento de la cultura organizacional en materia de prevención del riesgo de LA/FT.

2. ALCANCE

El alcance del presente informe comprende la verificación del cumplimiento de los procedimientos del Sistema de Administración del Riesgo (SARLAFT) en las áreas de Talento Humano, Contratación, Almacén y Tesorería del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., durante el periodo comprendido entre el 01-03-2025 al 30-06-2025. La evaluación incluyó el análisis de procedimientos clave como la debida diligencia, la actualización de listas restrictivas, la conservación documental, el reporte de operaciones inusuales y el monitoreo de riesgos. No se presentaron limitaciones que afectaran el desarrollo de las actividades, garantizando así una revisión integral y representativa del funcionamiento institucional en materia de gestión del riesgo.

2.1 ÁREAS EVALUADAS

La verificación realizada en el marco del seguimiento al cumplimiento de los procedimientos del Sistema de Administración del Riesgo (SARLAFT) comprendió las siguientes áreas funcionales del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.:

- **TALENTO HUMANO:** Se evaluaron los procesos de selección, contratación, actualización y desvinculación del personal, así como la validación de información de terceros relacionados.
- **CONTRATACIÓN:** Se verificaron los procedimientos de adquisición de bienes y servicios, haciendo especial énfasis en la validación de antecedentes de contratistas, proveedores y oferentes.
- **ALMACÉN:** Se analizaron los procesos de gestión de compras, recepción de bienes y servicios, y el relacionamiento con proveedores logísticos.
- **TESORERÍA:** Se evaluaron los procesos de pagos, desembolsos y transferencias financieras, con el fin de determinar la aplicación de controles frente a riesgos asociados a operaciones financieras con terceros.

2.2 PROCEDIMIENTOS VERIFICADOS

Durante el proceso de verificación se abordaron los siguientes procedimientos estratégicos en materia de gestión del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo:

- **APLICACIÓN DE LA DEBIDA DILIGENCIA:** Evaluación de la implementación de medidas diferenciadas de acuerdo con el perfil de riesgo de los terceros.

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

- **ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE LISTAS RESTRICTIVAS:** Revisión del cumplimiento en la actualización y validación frente a listas nacionales e internacionales de personas o entidades con restricciones legales.
- **CONSERVACIÓN DE EVIDENCIAS DOCUMENTALES:** Análisis del cumplimiento de los lineamientos establecidos para la retención, archivo y disponibilidad de soportes que evidencien la aplicación del SARLAFT.
- **IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE OPERACIONES INUSUALES:** Verificación de la implementación de mecanismos para detectar comportamientos atípicos, alertas tempranas y su correspondiente reporte.
- **MONITOREO TRANSACCIONAL Y REVISIÓN DE RIESGOS RECURRENTES:** Evaluación de la trazabilidad de operaciones, con énfasis en patrones de comportamiento de contratistas, proveedores o colaboradores que representen riesgo.

2.3 ALCANCE TEMPORAL

El presente ejercicio de verificación abarcó las actividades ejecutadas entre el **1 de abril y el 30 de junio de 2025**, correspondientes al periodo evaluado del segundo trimestre de la vigencia actual.

2.4 LIMITACIONES

Durante el desarrollo de las actividades de verificación no se presentaron restricciones logísticas, operativas o de acceso a la información, personal o documentación. La disposición institucional facilitó el cumplimiento íntegro del proceso evaluativo, permitiendo una revisión objetiva y completa de los aspectos considerados.

3. METODOLOGÍA DE VERIFICACIÓN

La metodología empleada para verificar la implementación del SARLAFT en las áreas de Talento Humano, Contratación, Almacén y Tesorería se estructuró en cuatro fases: planeación, ejecución, análisis y reporte. Este enfoque integral, de carácter mixto (cuantitativo y cualitativo), garantizó una evaluación objetiva, sistemática y reproducible. Entre las técnicas aplicadas destacaron la revisión documental exhaustiva de registros y soportes del sistema, entrevistas estructuradas a responsables de proceso, muestreo selectivo de casos representativos y observación directa de procedimientos críticos. Estas acciones se complementaron con el contraste normativo frente a la legislación vigente.

Se utilizaron instrumentos de verificación checklists de cumplimiento, verificación de sistemas de información y tablas de clasificación de riesgos, lo que permitió sistematizar y evidenciar los hallazgos de forma clara y sustentada.

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)			

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

Los criterios de evaluación se centraron en la conformidad normativa, la efectividad de los controles, la aplicación práctica de los procedimientos y la oportunidad en la actualización de la información. Esta metodología permitió identificar brechas, validar buenas prácticas y formular recomendaciones específicas para fortalecer la gestión del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo en la institución.

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Se aplicó una metodología basada en la triangulación de evidencias, cruzando información documental, entrevistas y observación directa. La revisión documental permitió analizar matrices de riesgos, manuales institucionales, reportes de seguimiento y registros de alertas, proporcionando un panorama detallado sobre el diseño y ejecución de los sistemas. Las entrevistas con responsables institucionales revelaron el nivel de apropiación de los sistemas por parte del talento humano, así como los principales retos operativos en su aplicación.

Este enfoque permitió evaluar tanto la conformidad documental como la efectividad operativa de los controles establecidos, integrando distintas fuentes de información y herramientas de análisis. La verificación cruzada permitió contrastar lo reportado en los documentos con lo realmente implementado en la operación diaria. Gracias a este enfoque, fue posible identificar tanto debilidades estructurales como la falta de trazabilidad en el seguimiento de los procesos en materia de SARLAFT – SICOF - PTEE, entre ellas la existencia de una estrategia interna de capacitación continua en ética pública y la actualización periódica de las matrices de riesgo del SARLAFT – SICOF - PTEE.

Con el propósito de asegurar un proceso de auditoría riguroso, representativo y alineado con los estándares técnicos institucionales, se aplicó el formato MC-F-104 “Definición del Tamaño Muestral”, diseñado para calcular de manera precisa la cantidad mínima de registros requeridos para un análisis confiable.

El cálculo se fundamentó en una metodología estadística probabilística, empleando los siguientes parámetros:

- Nivel de confianza: 90% (valor $Z = 1.65$)
- Error muestral permitido: 3%
- Proporción de éxito esperada (P): 0.5
- Proporción de fracaso (Q): 0.5

Estos valores permiten obtener una muestra equilibrada y adecuada al universo de información disponible, maximizando la objetividad del análisis.

La metodología se organizó en cuatro fases fundamentales:

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

- **Fase I: Planeación:** Se identificaron las áreas críticas a evaluar (Talento Humano, Contratación, Almacén, Tesorería), se definieron los instrumentos de verificación y se estructuró el cronograma de visitas y entrevistas.
- **Fase II: Ejecución:** Se aplicaron técnicas específicas de verificación en campo, incluyendo revisión documental, entrevistas estructuradas, observación directa y muestreo selectivo.
- **Fase III: Análisis de Evidencias:** Se consolidó la información obtenida, se evaluó la efectividad de los controles implementados y se analizaron los riesgos residuales.
- **Fase IV: Reporte y Recomendaciones:** Se estructuró el informe de verificación, se sistematizaron los hallazgos por área evaluada y se formularon recomendaciones específicas.

3.2 TÉCNICAS APLICADAS

Las técnicas de verificación aplicadas se orientaron a recolectar información válida y suficiente que permitiera sustentar los hallazgos de manera objetiva:

- **Revisión Documental Exhaustiva:** Se analizaron los registros de debida diligencia, listas restrictivas, formatos de vinculación de terceros, soportes de monitoreo, informes de operaciones inusuales, procedimientos internos y demás evidencias documentales relacionadas con el SARLAFT.
- **Entrevistas Estructuradas:** Se realizaron entrevistas con los responsables de cada área evaluada, bajo guías previamente diseñadas con base en los lineamientos del SARLAFT.
- **Muestreo Selectivo Dirigido:** Se seleccionaron casos representativos expedientes de contratación para verificar de forma focalizada la aplicación de controles en situaciones reales. El muestreo permitió obtener resultados confiables optimizando el uso de recursos y enfocándose en los puntos más críticos.
- **Observación Directa:** Se realizaron visitas in situ para observar procedimientos administrativos y operativos relevantes como vinculación de terceros, archivo de soportes, diligenciamiento de formatos.
- **Contraste Normativo:** Se compararon los procedimientos implementados con la normatividad vigente.

3.3 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para la aplicación de la metodología se emplearon instrumentos estructurados y adaptados a las particularidades del SARLAFT:

- **Matriz de Verificación SARLAFT:** Sistematiza los criterios normativos y los compara con la evidencia recopilada en cada área.

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

- **Checklist de Cumplimiento Interno:** Utilizado para verificar el grado de aplicación de los procedimientos establecidos en el manual institucional.
- **Formulario de Entrevistas:** Guía prediseñada para estandarizar la obtención de información cualitativa durante las entrevistas.
- **Matriz de Clasificación de Riesgos:** Herramienta para valorar la efectividad de los controles existentes y priorizar acciones de mejora.

3.4 CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Los hallazgos se evaluaron con base en los siguientes criterios:

- **Conformidad Normativa y Documental:** Existencia, integridad, trazabilidad y actualización de los documentos exigidos por el SARLAFT.
- **Efectividad de los Controles:** Grado de cumplimiento de los controles establecidos frente a las actividades susceptibles de riesgo.
- **Aplicación Práctica:** Evidencia observable de la implementación de los procedimientos más allá del cumplimiento formal.
- **Actualización y Oportunidad:** Revisión periódica de listas restrictivas, renovación de documentación y mantenimiento del sistema vigente.

4. MATRIZ DE RIESGOS Y CONTROLES EVALUADOS

En el marco del enfoque preventivo, proactivo y de mejora continua, la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada ha avanzado en la consolidación de un sistema de gestión integral del riesgo, sustentado en la articulación operativa de los subsistemas **SARLAFT/FPADM, SICOE y PTEE**. Esta integración permite no solo cumplir con las obligaciones normativas establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud, la UIAF y el marco legal vigente, sino también fortalecer los mecanismos institucionales de transparencia, integridad y control.

Durante la vigencia 2025, se identificaron riesgos estructurales y operativos asociados a los procesos misionales y de apoyo, entre los sistemas de reporte ético y las matrices de riesgos. Estas situaciones fueron clasificadas en términos de su impacto y probabilidad, generando alertas tempranas para la toma de decisiones preventivas.

Frente a estos riesgos, la entidad ha fortalecido sus controles mediante la implementación de instrumentos estandarizados, la sistematización progresiva en plataformas como DARUMA y la adopción de planes de acción correctivos orientados a mitigar vulnerabilidades asociadas a LAFT, corrupción y fraude institucional. La existencia de un canal ético activo, la formación continua en valores públicos y en el seguimiento el comité de gestión y desempeño institucional que contribuyen a cerrar brechas entre la norma y la práctica.

De este modo, el Hospital reafirma su compromiso con la transparencia, la debida diligencia, y la consolidación de una cultura organizacional basada en la prevención, en

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

línea con los principios de gestión del riesgo establecidos por las mejores prácticas nacionales e internacionales.

RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESO				
PROCESO - SUBPROCESO	SUBSISTEMA	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
PLANEACIÓN	Programa de transparencia y ética empresarial (PTEE)	Desbalance en el modelo de negociación con la EAPB que afecte el equilibrio financiero o estabilidad económica de la institución.	Ejecución y administración de procesos	Cada vez que se legalice un contrato deberán aplicar el formato lista de chequeo DE-F-14
	Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	Ser utilizados como instrumento para camuflar actividades provenientes de LA/FT	Fraude interno	El oficial de cumplimiento verifica de manera trimestral la aplicación de procedimiento del manual SARLAFT en las oficinas de riesgo de la institución: Talento Humano, Contratación, Almacén y Tesorería, para corroborar que los procedimientos se estén utilizando conforme a lo establecido, dejando constancia de lo encontrado, en informe semestral de seguimiento a SARLAFT y estableciendo planes de mejora frente a las desviaciones encontradas
TALENTO HUMANO	Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	Posibilidad de vincular por medio de convenio (universidades e instituciones) personal con antecedentes de sarlaft y cualquier otra actividad ilícita	Reputacional y Económico	Aseguramiento de la debida diligencia en las cláusulas de los convenio incluir que el 100% cumplan con SARLAFT Diseñar o implementar convenios con universidades o instituciones que contengan el criterio de SARLAFT
	Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	Posibilidad de vincular colaboradores con antecedentes de sarlaft y cualquier otra actividad ilícita.	Reputacional y Económico	El Auxiliar/Técnico Administrativo de TH verifica en los listados restrictivos o vinculantes de actividades de LA/FT, cada que exista la necesidad de perfeccionar un contrato, que las personas y/o proveedores sujetos de contratación no aparezcan relacionados en estos. Si aparecen vinculados se procede a detener el proceso. La directora de TH confronta la información contenida en los formatos recolectados en el marco del SARLAFT, de cada cliente/proveedor, contra otra información comercial y financiera que repose en los expedientes contractuales, para detectar información sospechosa. La constancia de esta revisión se evidencia en la firma del formato Formulario de Conocimiento del proveedor, contratista, cliente. Anexo 1
	Programa de transparencia y ética empresarial (PTEE)	Posibilidad de realizar el pago de nómina, prestaciones sociales y seguridad social con errores o incumpliendo los requisitos y términos de ley	Ejecución y administración de procesos	Actualización del módulo de nómina en el software (Dinámica gerencial) Asignación de un funcionario encargado del relevo generacional (capacitado) La directora de talento humano realiza mensualmente la revisión de inclusión de novedades y liquidación previa a nómina y prenomina.
EQUIPOS BIOMEDICOS	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	Apoderamiento indebido del personal sobre los equipos y accesorios biomédicos de los servicios	Económico	Los profesionales del área de biomédica verifican semanalmente tanto el inventario de equipos biomédicos como el funcionamiento de los mismos para corroborar existencia y funcionamiento de los mismos en los servicios. Cuando detectan la falta de uno de ellos, reportan al área de recursos físicos y este a su vez, al área de control interno, para su respectivo seguimiento. La evidencia dejada de la actuación anterior son los registros de las revisiones realizadas en los formatos Rondas de seguridad, control y verificación de equipos biomédicos. Los profesionales de biomédica realizan seguimiento a los movimientos de equipos cada que hay un traslado de estos hacia el área de mantenimiento de biomédica, para tener un control de los equipos en este proceso registrando las salidas y entradas al área en el formato único para movimientos de activos fijos. Cuando no encuentra un equipo de los que se tenga el registro de entrada, reporta al área de activos

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESO				
PROCESO - SUBPROCESO	SUBSISTEMA	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
				fijos. El registro del anterior control son los formatos mencionados.
ALMACEN	Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	Cumplir de forma deficiente los procedimientos para la prevención de LA/FT	Ejecución y Administración de procesos	El Profesional jefe de almacén verifica en los listados restrictivos o vinculantes de actividades de LA/FT, cada que exista la necesidad de perfeccionar una orden de compra, que las personas y/o proveedores sujetos de compra no aparezcan relacionados en estos. Si aparecen vinculados se procede a detener el proceso. El jefe de almacén confronta la información contenida en los formatos recolectados en el marco del SARLAFT, de cada cliente/proveedor, contra otra información comercial y financiera que repose en los expedientes contractuales, para detectar información sospechosa. La constancia de esta revisión se evidencia en la firma del formato Formulario de Conocimiento del proveedor, contratista, cliente. Anexo 1
ACTIVOS FIJOS	Programa de transparencia y ética empresarial (PTEE)	No tener el inventario real de los activos fijos	Ejecución y Administración de procesos	El servicio de activo fijos realizará de manera mensual inventario de activos de los servicios programados según cronograma, si no se encuentra los equipos asignados a cada servicio se deberá ajustar si han sido trasladados o en caso de pérdida informar al ordenador del gasto. La evidencia será, acta de inventario realizado, informe enviado al ordenador del gasto cuando se requiera
TESORERIA	Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	Posibilidad de sanciones por la entrada de recursos sospechosos (LA/FT) recaudados en efectivo por parte de los usuarios, por concepto de servicios de salud	Fallas Tecnológicas	El jefe de tesorería verifica la existencia de transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE (\$ 5.000.000) y las realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes, que en su conjunto iguale o supere la cuantía de veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) M/CTE y/o su equivalente en otras monedas. Soporte de la anterior verificación se soportan con las certificaciones expedidas por el área para la oficina de planeación.
CARTERA	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	No coincidir la información de la cartera institucional con los valores de las Empresas Responsables de Pago. (ERP)	Ejecución y Administración de procesos	El técnico de cartera realiza trimestralmente las conciliaciones con las entidades responsables de pago para verificar el estado de la cartera real y fijar los acuerdos sobre la facturación a pagar, dejando compromisos o tareas para solucionar en los siguientes días. Constancia de esta actividad son las actas firmadas por las partes.
CONTABILIDAD	Programa de transparencia y ética empresarial (PTEE)	Liquidación incorrecta de las retenciones y deducciones tributarias en las cuentas por pagar	Ejecución y Administración de procesos	El profesional de contabilidad verifica en cada cuenta la liquidación de la retención y deducciones tributarias para detectar errores en la liquidación, devolviendo al área de origen de la cuenta en caso de detectar los errores y registrando en el módulo de entrega de cuentas por pagar los hallazgos encontrados.
FACTURACIÓN	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	Posibilidad de generación de glosas o disminución de ingresos por Facturar los servicios erróneamente	Económico	El Profesional de facturación, socializa con el equipo de facturación, la información actualizada por el asesor de planeación, cada vez que se presenten las novedades en el portafolio de servicios, en la contratación y parametrización de servicios. A través los correos emitidos de planeación y las comunicaciones internas que incluyen listados de recibido de la información impartida Los auxiliares administrativos designados como facturadores revisores de cuentas revisan, realizan y corrigen la factura de los servicios prestados, de manera diaria; cuando encuentran inconsistencias retroalimentan y capacitan a los facturadores responsables para realizar las correcciones antes de producir la factura definitiva. Relación en excel con

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESO

PROCESO - SUBPROCESO	SUBSISTEMA	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
				los errores encontrados para realizar las correcciones pertinentes. El profesional de facturación verifica mensualmente las facturas que se encuentran sin cerrar para corroborar o gestionar el cierre de las mismas. Cuando no cumplen los requisitos de cierre requiere al facturador estar a paz y salvo con los hallazgos informados antes de la presentación de su cuenta de cobro(contratistas). El registro dejado por el anterior control es el excel de las facturas pendientes de cierre con las observaciones encontradas.
SISTEMAS	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	Que se pierda información de los procesos administrativos	Económico	Los técnicos de sistemas verifican con cada evento reportado(correctivo) o programado (preventivo) el funcionamiento del equipo y sus componentes, corroborando en el sistema de información Digital los activos fijos y su vida útil, esto nos ayuda a la toma de decisiones para emprender trámite en dar de baja a un equipo de cómputo por obsolescencia o daños presentados. Soportes: El registro del control o hallazgo se realiza mediante la plataforma GLPI(ticket)" Los Técnicos de sistemas realizan en cada requerimiento atendido a las áreas administrativas y asistenciales la socialización de las políticas de seguridad de la información recalando la salvaguarda de la información en la nube OneDrive y carpetas direccionadas desde el servidor. El Profesional y jefe del área de Sistemas realiza la supervisión del mantenimiento al DataCenter y verificación capacidad de almacenamiento. Reportado a través de la plataforma de ticket o mesa de ayuda el informe digital o físico entregado por el profesional que realiza dicha labor. Estos informes serán presentados a la dirección de la institución con el ánimo de informar o solicitar recursos. Soportes: Informe anual de supervisión
GESTION DOCUMENTAL	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	Manipulación de los expedientes por parte de los involucrados en el proceso.	Ejecución y Administración de procesos	Acta donde certifique la cantidad de solicitudes realizadas, motivo y dependencia o ente que realiza la solicitud.
CONTRATACION	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	Que se incumplan los requisitos precontractuales	Ejecución y Administración de procesos	La Profesional Universitario del área de contratación cada que se presenta una necesidad de contratación, a través del personal de apoyo verifican los requisitos habilitantes antes de la elaboración del contrato para corroborar el cumplimiento de los mismo, mediante lista de chequeo establecida en el formato GJ-F-14 Formato verificación Requisitos Contractuales, Cuando no se cumple lo establecido, la documentación es devuelta a la oficina de su competencia.
	Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	Que se cumpla de forma deficiente los procedimientos para la prevención de LA/FT	Ejecución y Administración de procesos	La Profesional Universitario del área de contratación a través del personal de apoyo verifican semestralmente en la plataforma TUSDATOS.CO los listados restrictivos o vinculantes de actividades de LA/FT, (en la medida que exista la necesidad de perfeccionar un contrato), Si se evidencia hallazgos negativos relacionados con los listados en mención se procede a detener el proceso. Cotejar la información contenida en los formatos recolectados en el marco del SARLAFT, de cada cliente/proveedor, contra otra información comercial y financiera que repose en los expedientes contractuales, para detectar información sospechosa. La constancia de esta revisión se evidencia en la firma del formato Formulario de Conocimiento del proveedor, contratista, cliente. Anexo 1



Profesional de calidad

Profesional de calidad

Profesional especializado
(Gestión de calidad)

Elaboró

Revisó

Aprobó

Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)

RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESO				
PROCESO - SUBPROCESO	SUBSISTEMA	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
	Programa de transparencia y ética empresarial (PTEE)	Posibilidad de sanciones fiscales, disciplinarios, penales y civiles debido al no reporte oportuno de rendición de contratos en las plataformas destinadas por los entes de control y seguimiento.	Usuarios, productos y prácticas, organizacionales	El profesional universitario de contratación, conforme a los plazos dados por los entes de control realiza el seguimiento de la publicación de los procesos contractuales.
CONTROL INTERNO	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	Que los informes de auditoría no sean objetivos	Reputacional y Económico	El auditor líder revisa el informe preliminar de auditoría con el líder de proceso auditado de acuerdo al plan de la auditoría, para realizar los ajustes al informe a que haya lugar dejando evidencia de la revisión realizada mediante acta de socialización y revisión de informe.
				El asesor de control interno realiza ajustes al proceso de auditoría de acuerdo a los resultados de la evaluación realizada por los líderes de los procesos auditados, dejando como evidencia la evaluación realizada en el formato GCI-F-07 frente a futuras auditorías

ACTUALIZACION DE RIESGOS 2025

En cumplimiento del proceso de fortalecimiento del Sistema de Gestión de Riesgos Institucional y en desarrollo de las disposiciones establecidas en el instructivo MC-F-91, durante el segundo trimestre del año 2025 se llevó a cabo una evaluación técnica integral de la matriz de riesgos institucional, con énfasis en los subsistemas SARLAFT, SICOF y PTEE. Esta actividad fue liderada por la Oficina Asesora de Planeación y la Oficial de Cumplimiento, y se desarrolló con base en los lineamientos técnicos, normativos y operativos vigentes.

La actualización se fundamentó en un ejercicio metodológico de cinco etapas: revisión estructurada de cada riesgo, valoración técnica de su formulación, análisis de coherencia causa-control, verificación de evidencias documentales y formulación de recomendaciones de mejora. A partir de esta revisión se identificaron avances en la apropiación del modelo, así como aspectos críticos que requerían ajuste para garantizar la eficacia del sistema.

En particular, se destacan los siguientes logros y acciones derivadas de la actualización:

1. Identificación y registro de nuevos riesgos en los subsistemas SARLAFT, SICOF y PTEE, los cuales fueron detectados entre los meses de marzo y abril de 2025, y socializados con los líderes de proceso en mayo del mismo año. Estos riesgos fueron incorporados formalmente a la matriz institucional para su seguimiento a partir del segundo trimestre.
2. Mejoras en la calidad metodológica, especialmente en la redacción de riesgos como eventos futuros, la especificidad de las causas y la diferenciación de las consecuencias por tipo de impacto. Se corrigieron casos críticos donde los riesgos estaban mal formulados o duplicados, y se eliminaron registros sin estructuración mínima.

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

- Ajuste de los controles institucionales, asegurando su correspondencia con las causas formuladas, la definición de responsables, frecuencia de ejecución y mecanismos de verificación. Se evitó el uso de expresiones vagas como "seguimiento" o "revisión", fortaleciendo su trazabilidad.
- Fortalecimiento de la evidencia documental, mediante la codificación de soportes, normalización de formatos y articulación con los sistemas institucionales de archivo. Se incorporaron recomendaciones para consolidar un repositorio digital que garantice la validez y auditabilidad de los controles aplicados.
- Incorporación de hoja de seguimiento al riesgo, como nueva sección técnica del formato MC-F-91, la cual permitirá documentar la verificación periódica del riesgo, la evolución de su tratamiento y el comportamiento observado, facilitando así la toma de decisiones basada en evidencia.
- Articulación con la planeación estratégica institucional, permitiendo una lectura integral del contexto y una alineación efectiva de los riesgos con los objetivos misionales, de control y de transparencia del hospital.

Este proceso fue consolidado formalmente en el acta No. 034 del 14 de mayo de 2025 y elevado mediante memorando No. 101-109 del 12 de junio, en el que se solicitó la publicación oficial de la matriz actualizada, su validación por parte del Comité Institucional y su posterior aprobación por la Junta Directiva, en cumplimiento de las disposiciones legales aplicables.

La actualización de los riesgos SARLAFT, SICOF y PTEE no solo responde a una obligación normativa, sino que constituye una acción estratégica para consolidar una cultura de gestión basada en la prevención, la mejora continua y la rendición de cuentas, posicionando al Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. como una entidad comprometida con la integridad, la eficiencia y la confianza pública.

RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESO			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
PLANEACIÓN	Posibilidad de que se suscriban contratos para la prestación de servicios de salud sin cumplir con los requisitos mínimos exigidos en el Decreto 441 de 2022, comprometiendo la legalidad, calidad y trazabilidad de los procesos contractuales, como consecuencia de omisiones en la revisión documental o desconocimiento de los lineamientos normativos aplicables, debido a deficiencias en la articulación entre las áreas técnica, jurídica y administrativa, falta de capacitación en la norma y ausencia de controles previos estandarizados.	Programa de transparencia y ética empresarial(PTEE)	La Oficina Asesora de Planeación realiza mesas técnicas de revisión de los contratos antes de su suscripción y aplica la lista de chequeo establecida en la Resolución 441 de 2022, con el propósito de verificar la completitud de los requisitos y asegurar que cada expediente contractual cuente con dicha lista debidamente diligenciada como evidencia del cumplimiento normativo.
	Posibilidad de que la entidad, a través de sus procesos operativos, contractuales, financieros o asistenciales, sea utilizada	Riesgo de lavado de activos y financiación	El Oficial de Cumplimiento realiza trimestralmente la verificación de la implementación de los
	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)			

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESO			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
	como vehículo para ocultar, legitimar o facilitar operaciones relacionadas con el Lavado de Activos y/o la Financiación del Terrorismo (LA/FT), comprometiendo su integridad institucional, como consecuencia de fallas en los controles de debida diligencia, monitoreo y análisis de operaciones, debido a una implementación deficiente del SARLAFT, debilidades en la cultura de cumplimiento y falta de articulación entre las áreas responsables de prevenir estos riesgos.	de terrorismo (SARLAFT)	procedimientos definidos en el Manual SARLAFT en las áreas de Talento Humano, Contratación, Almacén y Tesorería, con el fin de asegurar su correcta aplicación y dejar constancia de los resultados obtenidos a través del informe trimestral de seguimiento al sistema.SARLAFT y estableciendo planes de mejora ante las desviaciones encontradas.
TALENTO HUMANO	Posibilidad de que se presenten actos de tráfico de influencias dentro de la E.S.E., afectando la imparcialidad en la toma de decisiones administrativas, asistenciales o contractuales, como consecuencia de presiones internas o externas ejercidas por personas con poder o relaciones jerárquicas para favorecer intereses particulares, debido a la falta de controles efectivos contra conflictos de interés, ausencia de mecanismos de denuncia seguros y deficiencias en la cultura organizacional en materia de ética, integridad y transparencia.	Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	El área de Talento Humano socializa periódicamente el Código de Integridad a través de los diferentes medios de difusión institucional, con el fin de promover los valores éticos que orientan el comportamiento de los servidores públicos y fortalecer la cultura de integridad en la entidad.
	Posibilidad de que funcionarios o colaboradores de la entidad reciban incentivos, beneficios o dádivas por parte de proveedores, lo cual puede generar conflictos de interés, comprometer la imparcialidad en los procesos de adquisición y contratación, afectar la transparencia institucional y favorecer decisiones que no respondan al interés general, como consecuencia de la influencia indebida de intereses particulares en los procesos contractuales, debido a la ausencia de controles efectivos sobre conflictos de interés, falta de cultura ética organizacional y deficiencias en los mecanismos de denuncia y prevención de prácticas corruptas.	Programa de transparencia y ética empresarial (PTEE)	El área de Talento Humano, Contratación y Almacén diligencian la declaración de conflicto de intereses y declaración de bienes y rentas de manera previa al inicio de los procesos contractuales, con el fin de garantizar la transparencia, prevenir situaciones que comprometan la imparcialidad en la toma de decisiones y asegurar el cumplimiento de los principios de la función pública. conflictos que puedan afectar la objetividad en el ejercicio de sus funciones y fortalecer la transparencia en la gestión pública.
	Posibilidad de que se utilice de forma indebida la información confidencial de la E.S.E. o se manipulen datos institucionales con fines personales o para beneficiar a terceros, lo cual puede comprometer la veracidad de la información, la transparencia en la gestión y la confianza de los actores internos y externos, como consecuencia de la apropiación no autorizada o distorsión de datos estratégicos, debido a la falta de controles eficaces sobre el acceso y uso de la información, ausencia	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	El área de Talento Humano realiza capacitaciones semestrales al personal responsable sobre la custodia y manejo adecuado de la información, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los principios de confidencialidad, integridad y seguridad de los datos institucionales

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESO			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
	de protocolos de confidencialidad y posibles incentivos o presiones externas que afectan la integridad de los funcionarios. Posibilidad de que funcionarios o colaboradores de la entidad reciban incentivos, beneficios o dádivas por parte de proveedores, lo cual puede generar conflictos de interés, comprometer la imparcialidad en los procesos de adquisición y contratación, afectar la transparencia institucional y favorecer decisiones que no respondan al interés general, como consecuencia de la influencia indebida de intereses particulares en los procesos contractuales, debido a la ausencia de controles efectivos sobre conflictos de interés, falta de cultura ética organizacional y deficiencias en los mecanismos de denuncia y prevención de prácticas corruptas.		
		Programa de transparencia y ética empresarial (PTEE)	El área de Talento Humano, Contratación y Almacén diligencian la declaración de conflicto de intereses y declaración de bienes y rentas de manera previa al inicio de los procesos contractuales, con el fin de garantizar la transparencia, prevenir situaciones que comprometan la imparcialidad en la toma de decisiones y asegurar el cumplimiento de los principios de la función pública. conflictos que puedan afectar la objetividad en el ejercicio de sus funciones y fortalecer la transparencia en la gestión pública.
EQUIPOS BIOMEDICOS	Posibilidad de apoderamiento indebido o pérdida de equipos y accesorios biomédicos por parte del personal y/o usuarios, debido a deficiencias en los mecanismos de control sobre los activos fijos. La pérdida o ausencia de los mismos afecta la continuidad y calidad de la atención en los servicios de salud.	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	Los profesionales del área de Biomédica realizan semanalmente la verificación del inventario y funcionamiento de los equipos biomédicos en los distintos servicios asistenciales, con el fin de corroborar su existencia y operatividad. En caso de detectar la ausencia o falla de algún equipo, se realiza el reporte inmediato al área de Recursos Físicos, la cual a su vez informa a Control Interno para su seguimiento. Esta actividad queda documentada en el formato RF-F-91: Rondas de Seguridad y de Control y Verificación de Equipos Biomédicos.
ALMACEN	Posibilidad que la entidad sea objeto de sanciones legales, pérdida de credibilidad institucional o utilización como canal para operaciones de lavado de activos y financiación del terrorismo, como consecuencia de un cumplimiento deficiente de los procedimientos establecidos para su prevención, debido a falencias en la implementación efectiva del SARLAFT, escaso monitoreo por parte de los responsables del sistema y limitada apropiación del riesgo por parte del personal vinculado a los procesos críticos	Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	El profesional jefe de Almacén verifica, antes de perfeccionar cada orden de compra, que las personas naturales o jurídicas involucradas no se encuentren relacionadas en listas restrictivas o vinculantes asociadas al riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT), con el fin de prevenir vínculos con actores ilícitos. En caso de detectar coincidencias, se suspende de inmediato el proceso de compra y se reporta a las instancias correspondientes para su análisis.
	Posibles irregularidades en los procesos de adquisición de bienes o servicios con proveedores, lo cual puede generar sobre costos, deficiencias en la calidad de los productos adquiridos, conflictos de interés y afectación a los principios de	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	Las áreas de almacén y Contratación implementan y fortalecen las medidas de control en los procesos de adquisición de bienes y servicios, con el fin de garantizar la legalidad,
	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)			

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESO			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
	transparencia, equidad y libre competencia, como consecuencia de decisiones contractuales inadecuadas, direccionamiento indebido o falta de controles efectivos en la etapa precontractual, debido a deficiencias en la planeación, evaluación, seguimiento y supervisión de los procesos de contratación, así como debilidad en la gestión de riesgos asociados a los proveedores		transparencia y eficiencia en la gestión contractual, así como prevenir riesgos de corrupción y desviaciones presupuestales. La evidencia de este control se soporta en las listas de chequeo utilizadas, los informes de revisión precontractual y los registros documentales de los expedientes contractuales debidamente conformados.
ACTIVOS FIJOS	Posibilidad de que se presenten hurtos y/o faltantes de activos muebles y/o bienes evidenciados en el levantamiento y actualización de los inventarios por parte de las áreas y/o por parte del personal vinculado a la E.S.E., lo que puede ocasionar afectación en el área contable y deteriorar la confianza en los mecanismos internos de control, como consecuencia de la apropiación indebida de bienes institucionales.	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	El área de Activos Fijos realiza actualización, revisión de los activos fijos que están a cargo de los responsables de las diferentes áreas y/o servicios. Este se debe hacer cada vez que se cambie el RESPONSABLE con el fin de verificar la existencia física versus el sistema de Dinámica gerencial.
TESORERIA	Posibilidad que la entidad sea objeto de sanciones legales, fiscales o reputacionales, por el ingreso de recursos presuntamente vinculados con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo, como consecuencia del recaudo en efectivo por parte de usuarios por concepto de servicios de salud, sin la debida validación del origen de los fondos, debido a deficiencias en la aplicación de los procedimientos de debida diligencia, ausencia de controles específicos para operaciones en efectivo y una implementación parcial del SARLAFT en los procesos de recaudo institucional.	Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	El jefe de Tesorería verifica la existencia de transacciones en efectivo realizadas por una misma persona natural o jurídica, que en un solo día sean iguales o superiores a cinco millones de pesos (\$5.000.000) M/CTE, o que en su conjunto mensual igualen o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) M/CTE o su equivalente en otras monedas, con el fin de detectar operaciones inusuales que puedan representar riesgo de lavado de activos. El soporte de esta verificación se evidencia mediante las certificaciones expedidas por el área para la Oficina Asesora de Planeación.
	Posibles deficiencias o irregularidades en la legalización de cajas menores, lo que podría derivar en la falta de soporte adecuado para los gastos, mal uso de los recursos, incumplimiento de la normativa financiera y afectar la transparencia y la rendición de cuentas institucional.	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	El área de Tesorería realiza el arqueo de la caja menor de forma mensual, con el fin de verificar la disponibilidad física de los recursos, la correcta ejecución y legalidad de los gastos menores, así como la coherencia entre los registros contables, los comprobantes de pago y los soportes documentales. Esta actividad permite detectar posibles inconsistencias, garantizar la transparencia en el manejo de fondos y fortalecer los controles financieros internos del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E
CARTERA	Posibilidad de que se presenten inconsistencias contables y financieras	Riesgo de corrupción opacidad y fraude	El técnico de Cartera realiza trimestralmente conciliaciones con

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESO			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
	que afecten la recuperación efectiva de ingresos por prestación de servicios de salud, como consecuencia de la no coincidencia entre la información de cartera institucional y los valores reportados por las Empresas Responsables de Pago (ERP), debido a deficiencias en los procesos de conciliación, seguimiento y validación de cartera, así como a la falta de articulación entre las áreas administrativas, financieras y de facturación.	(SICOF)	las entidades responsables de pago, con el fin de verificar el estado real de la cartera, acordar los valores a pagar por concepto de facturación y establecer compromisos para resolver novedades detectadas. La constancia de esta actividad queda registrada en las actas firmadas por las partes intervinientes.
CONTABILIDAD	Posibilidad de que se generen sanciones fiscales, reprocesos contables o pagos indebidos, que afecten la gestión financiera de la entidad, como consecuencia de la liquidación incorrecta de las retenciones y deducciones tributarias aplicadas en las cuentas por pagar, debido a errores en la interpretación normativa, fallas en los sistemas de liquidación automática y deficiencias en la validación previa al giro por parte del personal encargado	Programa de transparencia y ética empresarial (PTEE)	El profesional del área de Contabilidad verifica, en cada cuenta por pagar, la correcta liquidación de las retenciones y deducciones tributarias, con el fin de detectar posibles errores. En caso de inconsistencias, la cuenta es devuelta al área de origen para su corrección y los hallazgos se registran en el módulo de entrega de cuentas por pagar como evidencia del control realizado.
FACTURACION	Posibilidad de que se generen glosas, devoluciones o disminución de ingresos para la entidad, afectando la sostenibilidad financiera y la oportunidad en el recaudo, como consecuencia de errores en la facturación de los servicios de salud prestados, debido a fallas en el diligenciamiento de registros, omisiones en la validación de soportes y debilidades en los procesos de revisión y control previo al envío de las facturas a las Empresas Responsables de Pago (ERP)	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	El Profesional de facturación, socializa con el equipo de facturación, la información actualizada por el asesor de planeación, cada vez que se presenten las novedades en el portafolio de servicios, en la contratación y parametrización de servicios. A través de los correos emitidos de planeación y las comunicaciones internas que incluyen listados de recibido de la información impartida
SISTEMAS	Posibilidad de accesos no autorizados, manipulación indebida o adulteración de datos en los sistemas de información institucionales, lo que puede comprometer la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información crítica, como consecuencia de la existencia de vulnerabilidades técnicas y operativas en las plataformas tecnológicas, debido a la falta de controles robustos de seguridad informática, ausencia de monitoreo continuo y deficiencias en la gestión de usuarios, actualizaciones y respaldo de la información.	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	El área de Sistemas, en coordinación con la Dirección de Talento Humano, realiza rondas o inspecciones periódicas en los sitios de trabajo, con el fin de informar y sensibilizar a los funcionarios de la ESE sobre las consecuencias del manejo inadecuado de la información confidencial, promoviendo el cumplimiento de las políticas institucionales de seguridad de la información y fortaleciendo la cultura de protección de datos.
	Posibles ataques cibernéticos que modifiquen o eliminen la información almacenada, lo que podría afectar la integridad, disponibilidad y confidencialidad de los datos,	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	El área de Sistemas realiza el monitoreo y seguimiento permanente al sistema de defensa de la información mediante la gestión de perfiles de acceso
	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESO			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
	interrumpir los servicios, generar pérdida de información crítica y afectar la continuidad operativa de la entidad.		asignados a cada responsable, y la actualización periódica de contraseñas, con el fin de prevenir accesos no autorizados, garantizar la integridad de los datos y dar cumplimiento a las políticas institucionales de seguridad de la información
GESTION DOCUMENTAL	Posibilidad de que se produzca la alteración, pérdida o distorsión de la información contenida en los expedientes institucionales, comprometiendo la integridad, legalidad y trazabilidad de los procesos administrativos, contractuales o asistenciales, como consecuencia de la manipulación indebida de los documentos por parte de actores directamente involucrados en los trámites o decisiones, debido a la ausencia de controles efectivos sobre el acceso, custodia y modificación de expedientes, así como a la falta de mecanismos formales de trazabilidad, control documental y auditoría periódica	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	El área de Archivo y Gestión Documental implementa protocolos de acceso controlado a los expedientes institucionales, con el fin de garantizar que solo el personal autorizado pueda consultar, custodiar o modificar los documentos, preservando así su integridad y confidencialidad.
	Posibilidad de que se manipulen historias clínicas con fines personales o indebidos, afectando la veracidad de los registros médicos, la trazabilidad asistencial y la confianza en los procesos institucionales, como consecuencia de la alteración intencional de la información clínica para encubrir errores, negligencias o facilitar trámites irregulares, debido a debilidades en los controles de acceso, edición y auditoría de historias clínicas, así como a la falta de cultura ética y protocolos rigurosos de seguridad de la información en salud	Programa de transparencia y ética empresarial (PTEE)	El área de Gestión Documental, en coordinación con el área de Calidad o Auditoría, realiza la digitalización y auditoría periódica de las historias clínicas, con el fin de garantizar la integridad, trazabilidad y confidencialidad de la información del paciente, así como el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de gestión documental y seguridad del dato clínico
CONTRATACION	Posibilidad de que se adelanten procesos contractuales sin el cumplimiento pleno de los requisitos establecidos en la etapa precontractual, lo cual puede generar nulidades, sanciones o retrasos en la ejecución contractual, como consecuencia de omisiones, errores o actuaciones inadecuadas en la fase de planeación y estructuración de los procesos, debido a debilidades en el conocimiento normativo, ausencia de controles previos efectivos y deficiente articulación entre las áreas técnicas, jurídicas y financieras responsables del proceso	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	El profesional universitario del área de Contratación, con apoyo del personal designado, verifica el cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y financieros exigidos cada vez que se presenta una necesidad de contratación, utilizando la lista de chequeo establecida en el Formato GJ-F-14 'Verificación de Requisitos Contractuales', con el fin de garantizar la vinculación de oferentes que cumplan con los estándares de calidad, confiabilidad y legalidad requeridos por el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. En caso de incumplimiento, la documentación es devuelta a la dependencia

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESO			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
			correspondiente para su respectivo ajuste antes de la elaboración del contrato.
	Posibilidad de que se vinculen colaboradores con antecedentes relacionados con el lavado de activos, financiación del terrorismo u otras actividades ilícitas, lo cual podría comprometer la integridad institucional, aumentar la exposición al riesgo legal y afectar la credibilidad de la entidad, como consecuencia de fallas en los procesos de selección, validación y seguimiento del personal vinculado, debido a la ausencia o aplicación deficiente de controles de conocimiento del colaborador, cruces con bases restrictivas y verificación de antecedentes judiciales, disciplinarios o financieros.	Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	El profesional universitario del área de Contratación, con apoyo del personal designado, verifica que el 100% de los contratos suscritos incluyan cláusulas de debida diligencia alineadas con los lineamientos del SARLAFT, con el fin de prevenir riesgos asociados al Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo, y asegurar el cumplimiento del marco normativo vigente, la integridad contractual y la protección institucional frente a operaciones ilícitas.
	Posibilidad de que la entidad se vea expuesta a riesgos legales, financieros y reputacionales, al ser utilizada como medio para operaciones relacionadas con el lavado de activos y la financiación del terrorismo, como consecuencia del cumplimiento deficiente de los procedimientos establecidos para su prevención, debido a debilidades en la implementación del SARLAFT, la falta de seguimiento y control por parte de los responsables, y la baja apropiación del riesgo por parte del personal involucrado	Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	El profesional universitario del área de Contratación, con apoyo del personal designado, verifica durante la etapa precontractual y antes del perfeccionamiento de cada contrato, que las personas naturales o jurídicas involucradas no se encuentren relacionadas en listas restrictivas o vinculantes asociadas al riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT). Esta verificación se realiza a través de la plataforma TUSDATOS.CO o mediante las herramientas adoptadas por la entidad, con el fin de identificar posibles alertas y mitigar riesgos legales e institucionales. En caso de hallar coincidencias negativas, se procede a la suspensión inmediata del proceso contractual y se informa a las instancias competentes para su análisis y gestión del riesgo
	Posibilidad de que la entidad enfrente sanciones fiscales, disciplinarias, penales o civiles por parte de organismos de control, al no cumplir con los deberes legales de transparencia y rendición de cuentas, como consecuencia del no reporte oportuno de la información contractual en las plataformas designadas para tal fin, debido a debilidades en el control de tiempos, falta de seguimiento al cumplimiento normativo y deficiente articulación entre las áreas responsables del registro contractual	Programa de transparencia y ética empresarial (PTEE)	El profesional universitario del área de Contratación, con apoyo del personal designado realiza el seguimiento a la publicación de los procesos contractuales, conforme a los plazos establecidos por los entes de control, con el fin de garantizar el cumplimiento de los requerimientos normativos en materia de publicidad y transparencia contractual

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESO			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
	Posibilidad de que se presenten deficiencias en los procesos contractuales de la E.S.E., generando incumplimientos, sobrecostos y retrasos en la ejecución, lo cual impacta negativamente la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios prestados, como consecuencia de fallas en la planeación, estructuración y seguimiento de los contratos, debido a debilidades en la capacidad técnica y operativa, falta de articulación entre las áreas involucradas y ausencia de controles efectivos a lo largo del ciclo contractual.	Programa de transparencia y ética empresarial (PTEE)	El profesional universitario del área de Contratación realiza una jornada trimestral de sensibilización dirigida al personal involucrado en los procesos contractuales, con el fin de promover los principios de transparencia, ética y responsabilidad en la contratación estatal. Esta actividad busca fortalecer la cultura de integridad institucional, prevenir prácticas indebidas y fomentar el cumplimiento de las normas y buenas prácticas que rigen la gestión contractual en el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.
	Posibilidad de que los informes de auditoría interna carezcan de objetividad, imparcialidad y rigor técnico, lo que puede comprometer la confiabilidad de sus resultados y limitar la toma de decisiones correctivas, como consecuencia de la influencia de intereses particulares, conflictos de interés o presión institucional sobre los auditores, debido a la inexistencia de garantías de independencia funcional, falta de controles sobre la integridad del proceso auditor y debilidades en la aplicación de estándares técnicos y éticos de auditoría.	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	El auditor líder revisa el informe preliminar de auditoría con el líder de proceso auditado de acuerdo al plan de la auditoría, para realizar los ajustes al informe a que haya lugar dejando evidencia de la revisión realizada mediante acta de socialización y revisión de informe.
CONTROL INTERNO	Posibilidad de que los informes de auditoría interna carezcan de objetividad, imparcialidad y rigor técnico, lo que puede comprometer la confiabilidad de sus resultados y limitar la toma de decisiones correctivas, como consecuencia de la influencia de intereses particulares, conflictos de interés o presión institucional sobre los auditores, debido a la inexistencia de garantías de independencia funcional, falta de controles sobre la integridad del proceso auditor y debilidades en la aplicación de estándares técnicos y éticos de auditoría.	Riesgo de corrupción opacidad y fraude (SICOF)	El auditor líder revisa el informe preliminar de auditoría con el líder de proceso auditado de acuerdo al plan de la auditoría, para realizar los ajustes al informe a que haya lugar dejando evidencia de la revisión realizada mediante acta de socialización y revisión de informe.
			El asesor de control interno realiza ajustes al proceso de auditoría de acuerdo a los resultados de la evaluación realizada por los líderes de los procesos auditados, dejando como evidencia la evaluación realizada en el formato GCI-F-07 frente a futuras auditorías
			El asesor de Control Interno elabora un informe semestral de seguimiento al SARLAFT, con el fin de evaluar la eficacia de los controles implementados, identificar desviaciones en su aplicación y establecer planes de mejora orientados a fortalecer la gestión del riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. La evidencia de esta actividad

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESO			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL
			corresponde al informe consolidado y los planes de acción derivados del mismo

5. RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN

5.1 Área de Talento Humano

El área de talento humano fue priorizada por su relación con procesos de selección, vinculación, evaluación, y salida de personal. En la auditoría se identificó que, el área diligencia el formato DE-F-26 FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO USUARIO PARTICULAR Y PEP versión 1, si bien se están aplicando validaciones en listas restrictivas (como lo establece el SARLAFT), no es entendible porque utilizan este formato para la vinculación del personal de servidores públicos, si bien existe evidencia del uso consistente del formato los riesgos asociados, uso de terceros o conflictos de interés. Asimismo, la apropiación de los formatos por parte del personal del área es limitada como lo es el con el formato DE-F-27 FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR, CONTRATISTA Y CLIENTE SARLAFT/FPADM-COF versión 1, situación que puede afectar la eficacia de los controles preventivos, especialmente en contextos de contratación por prestación de servicios o encargos excepcionales. Se recomienda reforzar la articulación con el Oficial de Cumplimiento y realizar ejercicios de capacitación focalizados. Se pudo evidenciar que el formato DE-F-28 FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA versión 1, este formato lo tiene a cargo la gerencia que a la fecha no se tiene diligenciado.

5.2 Área de Contratación

Esta área fue objeto de análisis debido a su alto nivel de exposición a riesgos de lavado de activos, opacidad, conflictos de interés y fraude. Se evidenció que los procesos contractuales cuentan con controles iniciales relacionados con el diligenciamiento del formato DE-F-27 FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR, CONTRATISTA Y CLIENTE SARLAFT/FPADM-COF versión 1 y el formato GJ-F-34 FORMATO DECLARACIÓN SOBRE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTOS DE INTERÉS EN LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN de igual manera se enfatizó sobre la importancia de la verificación en listas restrictivas y vinculantes, aplicación de requisitos habilitantes y evaluación de oferentes, en concordancia con lo exigido por el SARLAFT - SICOF. No obstante, se identificó que no existe un mecanismo formal de retroalimentación entre el área de contratación y el Oficial de Cumplimiento, lo que genera un vacío en la gestión de alertas o hallazgos de riesgo que surgen durante las etapas precontractual y contractual. Adicionalmente, el uso del formato está siendo diligenciado parcialmente en la muestra seleccionada y requiere que se le preste más atención en la etapa precontractual.

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)			

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL María Inmaculada E.S.E.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

5.3 Área de Almacén

Esta área presenta riesgos asociados al manejo de compra y manejo de inventarios, se evidenció que los procesos contractuales cuentan con controles iniciales relacionados con el diligenciamiento del formato DE-F-27 FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR, CONTRATISTA Y CLIENTE SARLAFT/FPADM-COF, de igual manera se enfatizó sobre la importancia de la verificación en listas restrictivas y vinculantes, en concordancia con lo exigido por el SARLAFT – SICOF.

5.4 Área de Tesorería

Esta área representa una zona crítica de riesgo tanto operativo como financiero. Durante la auditoría se verificó la existencia de controles orientados a la revisión de boletines diarios, así como a la trazabilidad de pagos, procesos de conciliación, autorizaciones y la detección de operaciones inusuales. No obstante, se evidenció la ausencia de indicadores específicos asociados a los sistemas SARLAFT y SICOF, lo cual limita la capacidad de realizar una evaluación preventiva de posibles anomalías o riesgos emergentes.

Se recomienda incorporar de manera integral los riesgos identificados por los sistemas SARLAFT – SICOF en esta área, así como capacitar al personal en la identificación temprana y el reporte oportuno de señales de alerta relacionadas con el riesgo financiero y operativo. De la misma manera se realizó la revisión de las operaciones en efectivo y se verificaron los boletines diarios, en este mismo contexto se evidencio que para hacerle seguimiento a las transacciones en efectivo falta un formato para registrar las operaciones en efectiva superiores al tope establecido en el manual de SARLAFT.

Fecha	Periodo	Asunto	Verificación
07-05-2025	Abril	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Boletines diarios
07-06-2025	Mayo	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Boletines diarios
02-07-2025	Junio	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Boletines diarios

En el Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM), aprobado por el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. en el año 2025, constituye el documento rector que orienta metodológicamente la gestión de riesgos asociados a actividades ilícitas y comportamientos contrarios a la transparencia institucional.

Este instrumento fue elaborado en concordancia con lo establecido en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual establece lineamientos obligatorios para la prevención, detección y reporte de operaciones

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

sospechosas, así como con los estándares del GAFI y la normativa nacional sobre control interno y ética pública.

Durante el proceso auditor, se evidenció que el manual presenta una estructura técnica clara, dividida en componentes estratégicos, metodológicos y operativos. Incluye los cuatro pilares del sistema (identificación, medición, control y monitoreo), lineamientos para la segmentación por factores de riesgo (cliente, producto, canal y jurisdicción), definición de roles y responsabilidades (Junta Directiva, Gerente, Oficial de Cumplimiento, Líderes de proceso), así como protocolos de reporte a la UIAF y al ente de inspección y vigilancia.

Además, el manual establece los formatos codificados MC-F-91, los cuales permiten documentar de manera estandarizada la identificación de riesgos, evaluación de controles, planes de tratamiento, seguimiento de alertas. También incorpora la trazabilidad en la plataforma DARUMA, lo que garantiza mayor transparencia y consulta en tiempo real.

No obstante, la auditoría identificó algunas brechas en su implementación operativa, tales como:

- Uso parcial de los formatos definidos, especialmente en áreas operativas.
- Falta de coherencia en la descripción del riesgo y causas para determinar el riesgo inherente y residual.
- Debilidad en la trazabilidad del seguimiento a alertas y en la retroalimentación institucional.
- Limitada apropiación del manual por parte de líderes de proceso que no han sido capacitados en su totalidad.

El manual cumple con los requerimientos técnicos y se constituye en una herramienta fundamental para la prevención del riesgo, pero requiere un esfuerzo adicional de difusión, formación y monitoreo, con el fin de consolidar su apropiación práctica y garantizar que su aplicación tenga un impacto real en la reducción de vulnerabilidades institucionales.

DE-F-26 - FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO USUARIO PARTICULAR Y PEP - V1

El formato DE-F-26, adoptado por el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. como parte del componente operativo del SARLAFT/FPADM, constituye una herramienta fundamental para la aplicación del principio de conocimiento del usuario en cumplimiento de los estándares establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud y el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI).

Este formato está diseñado para recopilar información clave sobre los usuarios particulares vinculados a la institución incluidos aquellos con condición de Persona Expuesta Políticamente (PEP), permitiendo caracterizarlos con base en variables como: datos de identificación, tipo de relación con la entidad, origen de los recursos, actividades

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)			

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

económicas, vínculos familiares o empresariales, y antecedentes judiciales o disciplinarios.

Durante la auditoría, se verificó que el formato DE-F-26 se encuentra incluido en el repositorio institucional y vinculado al Manual SARLAFT, pero presenta limitaciones en su implementación práctica, entre ellas:

- El diligenciamiento del formato no es sistemático en todos los procesos de vinculación del personal.
- No existen criterios definidos para la validación cruzada de la información registrada, lo que podría comprometer su fiabilidad como insumo para la segmentación del riesgo.
- El campo de verificación de condición PEP es diligenciado sin un soporte de consulta oficial en listas públicas, y en algunos casos se omite completamente.
- La integración del formato con el proceso de análisis de riesgo institucional no está garantizada, ya que no hay evidencia de que los datos recolectados en SARLAFT.

A pesar de estas debilidades, el formato representa una buena práctica documental, ya que permite fortalecer la trazabilidad en la relación con usuarios particulares, así como anticipar señales de alerta en el marco de la prevención del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo.

De acuerdo a lo anterior es pertinente precisar lo siguiente:

- Aplicar el formato DE-F-26 como requisito obligatorio en todos los procesos que tengan relación con el mismo.
- Establecer mecanismos de validación en fuentes oficiales (listas restrictivas, bases de datos públicas).
- Capacitar al personal responsable en el diligenciamiento adecuado del formato y en el manejo reservado de la información.
- Integrar el análisis de estos datos en la matriz institucional de riesgo, asegurando que los perfiles de usuario contribuyan a una mejor segmentación y control del riesgo.

DE-F-27 FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR, CONTRATISTA Y CLIENTE SARLAFT/FPADM-COF - V1

El formato DE-F-27 constituye una herramienta clave del componente preventivo del sistema SARLAFT/FPADM-COF, orientado a fortalecer el principio de debida diligencia en la relación con terceros, incluyendo proveedores, contratistas y clientes institucionales. Este instrumento se enmarca en las exigencias de la Circular Externa 20211700000005-5 de la Superintendencia Nacional de Salud, que obliga a las entidades a implementar mecanismos formales y verificables de conocimiento de contrapartes para prevenir el riesgo de vinculación con actores involucrados en actividades de lavado de activos, corrupción, financiamiento del terrorismo o conflictos de interés.

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

El formato, en su versión institucional, contempla campos estratégicos como la identificación del proveedor o contratista, actividad económica principal, origen de recursos, y referencias legales, comerciales y tributarias. También incluye declaraciones juramentadas sobre el no involucramiento en actividades ilícitas.

Durante la auditoría, se constató que este formato ha sido adoptado normativamente como parte del Manual SARLAFT aprobado en 2025; sin embargo, su uso no es aún sistemático ni homogéneo en todos los procesos contractuales, lo cual representa un riesgo relevante en la operación institucional. En particular, se observaron los siguientes hallazgos:

- En la muestra auditada de 477 contratos correspondientes al primer semestre de 2025, se evidenció que 403 contratos (84%) presentaban el Formato DE-F-27 incompleto, únicamente 21 contratos (4%) contaban con el formato completamente diligenciado. Por otra parte, 46 contratos (9,6%) no incluían el formato en el expediente. Asimismo, en varios casos se identificaron inconsistencias como la ausencia de la firma del representante legal o la falta de validación en listas restrictivas, lo cual representa un incumplimiento de los lineamientos establecidos para el conocimiento de proveedores y contratistas en el marco del sistema SARLAFT/FPADM.
- No se identificó un protocolo formal para el cruce obligatorio con bases públicas o listas vinculantes, como lo exige la normatividad. Esto pone en riesgo la eficacia del sistema frente a la detección de proveedores vinculados a actividades delictivas.
- Todos los procesos de contratación deben tener el uso del DE-F-27, a pesar de que estos también deben estar sujetos al principio de conocimiento del tercero.

A pesar de estas deficiencias, el DE-F-27 representa un avance importante en la formalización del sistema, ya que permite consolidar perfiles de riesgo asociados a los actores externos que interactúan con la entidad. Su valor estratégico radica en su capacidad para alimentar el modelo de segmentación y en servir como insumo para activar alertas tempranas.

De acuerdo a lo anterior es pertinente precisar lo siguiente:

- Establecer como requisito obligatorio la aplicación del DE-F-27 en toda vinculación contractual, sin excepción por tipo de modalidad.
- Incluir una etapa de validación documental y cruce en listas restrictivas y de antecedentes, con reporte al Oficial de Cumplimiento.
- Sensibilizar a las áreas de contratación y supervisores de contratos sobre la importancia estratégica de este formato en la mitigación del riesgo institucional.

DE-F-28 FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA V1

El formato DE-F-28 fue diseñado por el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. como una herramienta de control y trazabilidad, con el fin de documentar el perfil de

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

riesgo de los miembros de Junta Directiva, conforme a las exigencias del SARLAFT/FPADM y en alineación con los estándares de la ISO 9001:2015 y la Circular Externa 20211700000005-5 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Este formato recoge información personal, laboral y patrimonial relevante, incluyendo condición de Persona Expuesta Políticamente (PEP), vínculos familiares o de poder público, así como una declaración de origen de fondos y autorizaciones para el tratamiento de datos y verificación en listas restrictivas internacionales (OFAC, ONU, etc.).

Durante la auditoría, se identificó como hallazgo crítico que el formato DE-F-28 no ha sido diligenciado por los miembros de Junta Directiva, incumpléndose así con los lineamientos establecidos en el Manual SARLAFT aprobado en 2025. Esta omisión representa una vulnerabilidad importante en el sistema, ya que impide realizar un análisis adecuado del perfil de riesgo de los máximos órganos de dirección y control de la entidad.

La ausencia del DE-F-28 impacta negativamente en al menos tres frentes:

1. Debilidad en el principio de conocimiento del tercero, al no contar con la información mínima requerida para evaluar riesgos asociados a los directivos institucionales.
2. Limitaciones en la trazabilidad y transparencia, frente a auditorías externas o requerimientos de la UIAF, en caso de que se requiera demostrar la gestión preventiva del riesgo.
3. Desarticulación del sistema SARLAFT/FPADM, ya que se rompe la coherencia entre los procedimientos documentados y la operación real, afectando la eficacia global del modelo de control.

El diligenciamiento del DE-F-28 no solo representa un requisito normativo, sino una señal institucional de compromiso con la integridad, la transparencia y el control del riesgo en los niveles directivos más altos de la E.S.E.

De acuerdo a lo anterior es pertinente precisar lo siguiente:

- Solicitar con carácter prioritario el diligenciamiento y archivo del formato DE-F-28 a todos los miembros actuales de la Junta Directiva, incluyendo Gerencia, con verificación del Oficial de Cumplimiento.
- Integrar el formato a la plataforma DARUMA para garantizar trazabilidad y acceso seguro.
- Incluir este requisito como parte del proceso anual de renovación del Comité de Dirección y de la Declaración de Bienes y Rentas.
- Establecer un procedimiento sancionatorio o de advertencia interna en caso de incumplimiento reiterado.

De acuerdo a las novedades encontradas es importante relacionar las listas restrictivas y vinculantes para su respectiva verificación:

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM	CÓDIGO	DE-F-29
		VERSIÓN	001
		VIGENCIA	2025

LISTA VINCULANTES	
Department of State list of Foreign Terrorist Organizations FTO	EU Consolidated list of sanctions terrorism
EU Consolidated list of sanctions	UN Security council list

LISTA RESTRICTIVAS	
Lista Panama Papers	UK HM Treasury sanctions list
The Arms Export Control Act (AECA)	OFAC Non-SDN Iranian Sanctions Act (NS-ISA) List
World Bank Listing of Ineligible Firms and Individuals	Office of Foreign Assets Control OFAC
Comité de Sanciones del Grupo BID	Lista OSFI Canada
Consolidated Canadian Autonomous Sanctions List	OFAC Non-SDN Palestinian Legislative Council (NS-PLC) list
EEUU Denied Persons List BIS	OFAC Sectoral Sanctions Identifications (SSI) List
EEUU Entity List BIS	EEUU Unverified List BIS
Foreign Corrupt Practices Act List EEUU	Office of Foreign Assets Control OFAC
List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions (CAPTA List)	OFAC Non-SDN consolidated sanctions list
OFAC Foreign Sanctions Evaders (FSE) List	OFAC Non-SDN Menu-Based Sanctions List (NS-MBS List)

Durante el II trimestre de la vigencia 2025, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. ha consolidado avances importantes en la implementación y fortalecimiento de los sistemas de administración del riesgo: SARLAFT/FPADM, SICOE y PTEE, en concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, así como con las normas que integran el marco legal anticorrupción vigente. La auditoría interna desarrollada durante este período permitió evaluar no solo el cumplimiento normativo y documental de los sistemas, sino su efectividad operativa como mecanismos de prevención, detección y gestión de riesgos institucionales.

El análisis técnico evidenció una estructura formal: manuales actualizados, matrices de riesgo vigentes, formatos codificados, procedimientos establecidos, comités operativos y plataformas tecnológicas como DARUMA que soportan la trazabilidad de los controles establecidos. Sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora en aspectos clave como la apropiación práctica de los sistemas por parte del talento humano, la retroalimentación interinstitucional con el Oficial de Cumplimiento, la articulación funcional entre subsistemas y la trazabilidad de las acciones preventivas frente a señales de alerta. Estas debilidades limitan el potencial del sistema como herramienta preventiva real y efectiva.

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)			

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL María Inmaculada E.S.E.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

En este contexto, se destaca como una de las principales acciones del período la elaboración e implementación de la Guía para la Recepción, Análisis, Trámite y Resolución de Denuncias, la cual establece un marco técnico y procedimental para la gestión de reportes relacionados con presuntas irregularidades, actos de corrupción, lavado de activos, financiación del terrorismo, conflictos de interés, fraude, entre otras conductas de riesgo. Esta guía no solo estandariza la atención de denuncias, sino que fortalece el principio de legalidad, garantiza la confidencialidad del denunciante, asegura el respeto al debido proceso y promueve la toma de decisiones institucionales basadas en evidencia y responsabilidad.

De manera complementaria, fue habilitado un canal digital institucional de denuncia que brinda acceso directo y seguro a la ciudadanía, usuarios, colaboradores y demás grupos de interés para reportar posibles hechos irregulares de forma confidencial, segura y trazable. Este canal se encuentra disponible en el siguiente enlace: <https://rutadenuncia.hmi.gov.co>.

La articulación entre esta ruta y los sistemas SARLAFT, SICOF y PTEE permite fortalecer la capacidad institucional de respuesta frente a riesgos, fomenta la cultura de integridad y transparencia, y reafirma el compromiso del Hospital con la legalidad, la vigilancia activa, la protección de los recursos públicos y el control social; aunque el hospital ha cumplido parcialmente con las etapas normativas y estructurales exigidas para la implementación de los sistemas de administración del riesgo, resulta fundamental continuar avanzando en su apropiación operativa, fortalecimiento intersistémico y sostenibilidad en el tiempo, garantizando que estos no solo cumplan un rol formal, sino que se consoliden como pilares reales del control institucional y la buena gobernanza.

6. RESULTADOS DE CONSULTAS REALIZADAS AÑO 2025

Durante el II trimestre año 2025, se realizaron consulta y seguimiento a través de la plataforma Tusdatos.co, con el propósito de verificar antecedentes y posibles alertas sobre personas, empresas y representantes legales. Este proceso de monitoreo continuo se desarrolló desde el 1 de abril hasta el 30 de junio de 2025, permitiendo la identificación de diversos hallazgos dentro de las bases de datos consultadas.

En total, se llevaron a cabo 743 consultas realizadas por los usuarios del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., estas consultas permitieron reforzar los mecanismos de debida diligencia y control de riesgos, alineándose con los requerimientos normativos del Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM).

DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS CON HALLAZGOS:

Durante el periodo de monitoreo, se realizaron un total de 743 consultas, dentro de las cuales 390 presentaron hallazgos clasificados en niveles alto, medio o bajo. Esta

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

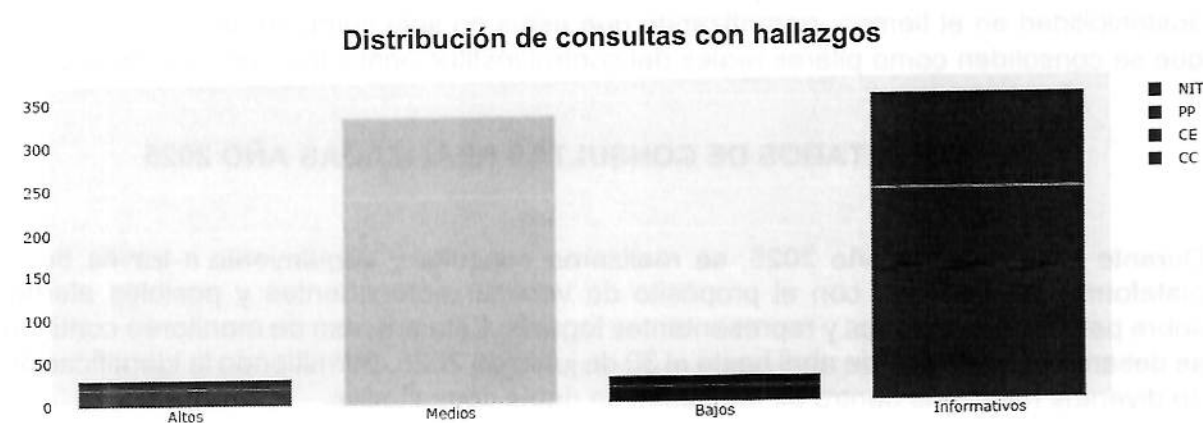
información ha sido fundamental para fortalecer los procesos de prevención y detección de posibles riesgos, garantizando que la institución cuente con herramientas eficaces para la toma de decisiones informadas, la mitigación de riesgos financieros y reputacionales, y el cumplimiento de los estándares regulatorios vigentes.

A lo largo del II trimestre del 2025, se llevó a cabo la consulta y el seguimiento en la plataforma Tusdatos.co, donde se registran reportes sobre personas, empresas y representantes legales. Durante el monitoreo continuo de listas, realizado entre el 1 de marzo y el 30 de junio de 2025, se identificaron diversos hallazgos.

DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS CON HALLAZGOS: En el periodo de tiempo se realizaron 764 consultas dentro de las cuales se encontraron 516 con hallazgos altos, medios o bajos distribuidos de la siguiente manera:

	Altos	Medios	Bajos	Informativos	Sin	Total
CC	19	238	18	244	0	519
NIT	11	92	11	107	0	221
CE	0	1	0	0	0	1
PPT	0	0	0	2	0	2
Total	30	331	29	353	0	743

A continuación, se presenta una gráfica con la información anterior:



Fuente: Estadística Tusdatos.co

DISTRIBUCIÓN DE LOS HALLAZGOS SEGÚN NIVEL: En total se encontraron 4.489 hallazgos, sin incluir los informativos, distribuidos de la siguiente forma:

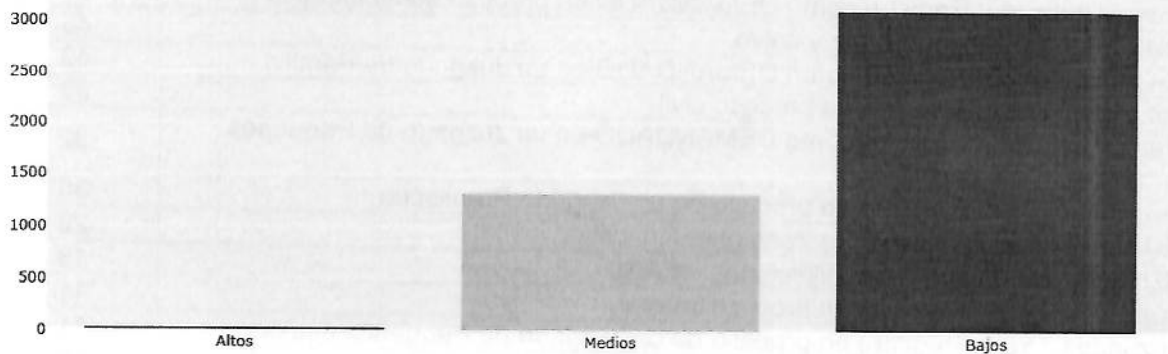
Altos	Medios	Bajos
39	1329	3121

A continuación, se presenta una gráfica con la información anterior:

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE	VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM	VIGENCIA	2025

Distribución de hallazgos por criticidad



Fuente: Estadística Tusdatos.co

A continuación, se listan los hallazgos según su nivel:

ALTOS: 39

HALLZGO	CANTIDAD
No se pudo determinar la validez del documento	14
Registraduría: El titular aparece como fallecido	6
Policía Nacional: Posibles antecedentes judiciales	4
Rama Unificada: Registra delito fuente que podría materializar Lavado de activos y/o Financiación del terrorismo (LAFT): TRAFICO DE DROGAS TOXICAS, ESTUPEFACIENTES O SUSTANCIAS SICOTROPICAS. Estudiar evidencia	3
Rama Unificada: Registra delito fuente que podría materializar Lavado de activos y/o Financiación del terrorismo (LAFT): EXTORSION. Estudiar evidencia	2
Rama JEPMS: Registra en Cali (Contra la familia)	1
Rama Unificada: Registra delito fuente que podría materializar Lavado de activos y/o Financiación del terrorismo (LAFT): TRAFICO DE ARMAS. Estudiar evidencia	1
Rama JEPMS: Registra en Cali	1
Registraduría: Estado del documento: CANCELADA POR MUERTE	1
RUAF: El titular aparece como difunto	1
Rama JEPMS: Registra en Florencia (Contra la Salud Publica)	1
Rama JEPMS: Registra delito fuente que podría materializar Lavado de activos y/o Financiación del terrorismo (LAFT): TRAFICO DE DROGAS TOXICAS, ESTUPEFACIENTES O SUSTANCIAS SICOTROPICAS. Estudiar evidencia	1
Delitos JEPMS: Tráfico de estupefacientes (Contra la Salud Publica)	1
Rama Unificada: Registra delito fuente que podría materializar Lavado de activos y/o Financiación del terrorismo (LAFT): REBELIÓN. Estudiar evidencia	1
Banco Mundial: Registra como empresa o individuo no elegible	1

MEDIOS: 1.329

HALLZGO	CANTIDAD
Rama Unificada: Registra como DEMANDADO en proceso civil	458
Rama Unificada: Registra como DEMANDADO en proceso laboral	323
Rama Unificada: Registra como DEMANDADO en proceso penal	89

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

HALLZGO	CANTIDAD
Garantías Mobiliarias: Registra en la fuente	62
Rama Unificada: Registra como DEMANDADO en proceso administrativo	47
RUNT: No se encuentra paz y salvo.	46
Rama Unificada: Registra como DEMANDADO en un Juzgado de Familia	43
Juzgados TYBA: Registra en proceso civil	33
Rama Unificada: Registra como DEMANDADO en un Juzgado de Pequeñas causas	32
Juzgados TYBA: Registra en proceso de un Juzgado Promiscuo	30
RUAF: Estado de afiliación a Pensiones: Inactivo	29
RUAF: No se encontraron afiliaciones en ARL	13
Juzgados TYBA: Registra en proceso laboral	11
Juzgados TYBA: Registra en proceso de un Juzgado de Pequeñas causas	11
RUAF: Estado de afiliación a Pensiones: Activo no cotizante	10
Juzgados TYBA: Registra en proceso familia	9
Juzgados TYBA: Registra en proceso penal	9
Rama Unificada: Registra como DEMANDADO en un Juzgado Promiscuo	9
Rama Unificada: Registra como DEMANDADO en un proceso no identificado (Estudiar evidencia)	8
Juzgados TYBA: Registra en proceso administrativo	8
Contratación Pública (SECOP): Grandes contratistas del estado en Colombia	8
RUAF: Estado de afiliación a Pensiones: Activo	7
RUAF: No se encontraron afiliaciones en Pensiones	6
PEPS Nacionales: Funcionarios partidos políticos y candidatos no elegidos	5
PEPS Nacionales: Candidatos a elecciones	5
RUAF: Estado de afiliación a Pensiones: Retirado	2
Juzgados TYBA: Registra en la Rama Judicial TYBA	2
RUAF: No se encontraron afiliaciones en Salud	2
RNMC: Infractor código de policía	2
RUAF: Afiliación a salud: Retirado	2
PEPS Nacionales (denominación): Funcionarios partidos políticos y candidatos no elegidos (Busqueda por Nombre)	1
Delitos JEPMS: Inasistencia alimentaria (Contra la familia)	1
Delitos JEPMS: Inasistencia alimentaria	1
PEPS Nacionales: Relacionados a PEPS Colombia	1
PEPS Nacionales: Estructura de Gobierno	1
RUAF: Afiliación a salud: Protección Laboral C	1
RUAF: Afiliación a salud: Suspensión por mora.	1
SIMIT: Tiene más de 10 millones en multas de tránsito.	1

BAJOS: 3.121

Hallazgo	Cantidad
Rama Unificada: Registra como demandante en proceso civil	642
Noticias Reputacionales	487
Rama Unificada: Registra como demandante en proceso administrativo	482
SISBEN: Registra en la fuente	252

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)			

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

Hallazgo	Cantidad
Redes Sociales	165
Rama Unificada: Registra como demandante en proceso laboral	125
Rama Unificada: Registra como demandante en un proceso no identificado (Estudiar evidencia)	122
Rama Unificada: Registra como demandante en un Juzgado de Familia	93
SECOF 2: Registra en la fuente	82
Rama Unificada: Registra como demandante en proceso penal	75
Procuraduría: No registra en el SIRI	67
RUAF: Estado de afiliación a salud: Contributivo	66
SIMIT: Tiene multas de tránsito.	64
RUAF: No se encontraron afiliaciones en Cesantías	62
RUAF: Tipo de afiliación a salud: COTIZANTE	62
RUAF: No se encontraron afiliaciones en Caja de compensación	62
Rama Unificada: Registra como demandante en un Juzgado de Pequeñas causas	61
Contaduría: Aparece en el Boletín de Deudores Morosos del Estado	37
SIGEP: Tiene hoja de vida en la fuente	23
Libreta Militar: Situación militar no definida.	23
Rama Unificada: Registra como demandante en un Juzgado Promiscuo	19
SIMUR: Presenta multas de tránsito en Bogotá	14
RUAF: Estado de afiliación a salud: Subsidiado	13
RUAF: Tipo de afiliación a salud: CABEZA DE FAMILIA	13
RUAF: Tipo de afiliación a salud: BENEFICIARIO	4
Contaduría: Ha incumplido acuerdos de pago	2
SIMIT: Tiene acuerdos de pago	2
Empresa Notable	2

INFORMATIVOS: 2.946

Hallazgo	Cantidad
RUT: Inscrito en Registro Único Tributario	547
RUNT: No cuenta con licencias activas	392
El Portal Anticorrupción de Colombia (PACO): Registra en la fuente	374
ReTHUS: Registra en la fuente	348
SENA: Registra en la fuente	293
RUNT: Cuenta con licencia de motos	236
RUNT: Cuenta con licencia de automóviles	231
Libreta Militar: Titular posee libreta militar: Reservista-2da Clase	88
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 1 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	75
Cuenta con bases de datos registradas en el RNBD	40

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

Hallazgo	Cantidad
Rama Unificada: El nombre consultado puede tener uno o más procesos privados, detalles no disponibles.	38
COPNIA: Aparece en la fuente	31
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 2 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	26
Libreta Militar: Titular posee libreta militar: Reservista-1ra Clase	25
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 3 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	22
COLPSIC: Registra en la fuente	20
RUNT: No cuenta con licencia de conducción de automóvil activa.	16
Presenta procesos radicados ante la SIC	15
SIMUR: Vehículo presenta multas de tránsito en Bogotá	14
RUNT: Cuenta con licencia de camiones	12
Rama Abogados: Registra en la fuente	10
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 4 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	7
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 10 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	7
CPAE: Registra en la fuente	6
JCC: Registra en la fuente	6
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 8 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	6
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 22 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	5
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 32 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	5
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 5 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	5
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 29 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	3
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 16 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 7 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 6 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 139 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 51 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 142 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
CONALTEL: Registra en la fuente	1
CONSEJOPRO: Registra en la fuente	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 15 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

Hallazgo	Cantidad
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 343 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 52 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 39 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 79 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 101 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 77 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 9 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 33 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 13 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 691 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 11 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 55 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 14 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 809 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 59 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 57 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 53 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 126 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 448 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 806 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 24 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 173 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 31 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

Hallazgo	Cantidad
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 190 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 34 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 100 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 27 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado en la fuente de información registra en 35 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1

DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS:

Nivel	Nombre	Descripción
Alto	No cuenta con EPS activa	El documento consultado no registra EPS activa en la BDUA (Base Datos Única de Afiliados del Sistema General de Seguridad Social)
Alto	No afiliado a EPS	El documento consultado no se encuentra registrada en la BDUA (Base Datos Única de Afiliados del Sistema General de Seguridad Social)
Alto	No se pudo determinar la validez del documento	Al comprobar el número de documento proporcionado no se pudo identificar su validez frente a más de 4 fuentes de información.
Alto	Contaduría	El documento consultado registra en la base de datos CHIP (Consolidador de Hacienda e Información Financiera Pública)
Alto	Multas de tránsito	El documento consultado presenta multas de tránsito a nivel nacional por más de dos millones de pesos.
Alto	PEPS	El documento consultado registra en nuestra base de datos interna de PEPS/LAFT (Personas expuestas políticamente / Lavado de activos y financiación del terrorismo)
Alto	Policía	El documento consultado presenta novedad en la base de datos de antecedentes judiciales de la Policía. En este sistema se pueden obtener dos tipos de respuestas. Negativa: "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES", Positiva: "ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL" o Si no arroja ninguna leyenda.
Alto	RAMA Judicial	El documento consultado registra procesos en JEPMS (Juzgados de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad).
Alto	Cedula Baja por trashumancia	trashumancia electoral es la acción de inscribir la cédula para votar en un lugar distinto a aquél en el que se reside y constituye un delito contemplado en el Código Penal Colombiano bajo el nombre de fraude en inscripción de cédulas.
Medio	Su estado de afiliación a la EPS es cabeza de familia	El documento consultado presenta novedad en la BDUA (Base Datos Única de Afiliados del Sistema General de Seguridad Social), la cual indica que tiene personas a cargo.
Medio	Su estado de afiliación a la EPS es beneficiario o Adicional	El documento consultado presenta novedad en la BDUA (Base Datos Única de Afiliados del Sistema General de Seguridad Social), la cual indica que no cuenta con afiliación personal, sino que depende de un tercero.

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

Nivel	Nombre	Descripción
Medio	Multas de tránsito	El documento consultado presenta multas de tránsito a nivel nacional por más de un millón de pesos y menos de dos millones de pesos.
Bajo	Sisbén	El documento consultado registra en el SISBEN. El Sisbén se utiliza para identificar de manera rápida y objetiva a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad para focalizar la inversión social y garantizar que esta sea asignada a quienes más lo necesitan.
Bajo	No registra en SIRI (Procuraduría)	El documento consultado no registra dentro de la base de datos SIRI (Sistema de Información de Registro de Sanciones y Causas de Inhabilidad).
Bajo	Multas de tránsito	El documento consultado presenta multas de tránsito a nivel nacional por menos de un millón de pesos.
Bajo	SECOP	El documento registra en la base de datos SECOP (Sistema Electrónico de Contratación Pública), dentro de la cual se encuentran los datos de procesos de contratación con el estado registrados en Colombia compra eficiente.

NOTA: La información del reporte generado es el resultado de la obtención de datos públicos en su origen. La calidad del dato es atribuible a la fuente y no a tusdatos.co.

7. REPORTES A LA UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANALISIS FINANCIERO – UIAF

Durante el II trimestre del 2025, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., a través de la Oficina Asesora de Planeación y el Oficial de Cumplimiento, dio cumplimiento a la obligación de remitir los reportes exigidos por la Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF, conforme a lo establecido en el Régimen de Autocontrol y Gestión del Riesgo del Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM).

Los reportes fueron enviados dentro de los plazos estipulados y mediante el canal oficial dispuesto por la UIAF, garantizando la integridad, confidencialidad y trazabilidad de la información reportada, lo cual se realizó a través del Sistema de Reporte en línea SIREL y corresponde a:

1. Reporte de Operaciones Sospechosas – ROS
2. Reporte Objetivo de Procedimientos.
3. Reporte Objetivo de Proveedores.

• REPORTE DE OPERACIONES SOSPECHOSAS – ROS:

El ROS o Reporte de Operaciones Sospechosas es la comunicación mediante la cual los sujetos obligados reportan cualquier hecho u operación, con independencia de su cuantía, se refieren a operaciones, hechos o situaciones que posiblemente están relacionadas con el lavado de activos o la financiación del terrorismo. No se requiere la certeza de tales situaciones para efectuar el reporte correspondiente.

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

El ROS no constituye denuncia penal y es absolutamente reservado conforme a la ley. Quien lo realice se encuentra amparado por la exoneración de responsabilidad consagrada por la ley.

- REPORTE OBJETIVO DE PROCEDIMIENTOS:**

Corresponde a las transacciones en efectivo (> a \$5 millones) individuales y múltiples relacionadas con procedimientos médicos.

- REPORTE OBJETIVO DE PROVEEDORES:**

Es el reporte de transacciones en efectivo (> a \$5 millones) individuales y múltiples relacionadas con pago a proveedores.

Para cada uno de los reportes anteriores La UIAF, emite un certificado digital con su respectiva radicación de estos en formato pdf. Los reportes se realizaron mensualmente durante la vigencia 2025, a continuación, se detallan estos con su respectivo ítem: Periodo del reporte, fecha, número de radicación y tipo de reporte:

REPORTES REALIZADOS A LA UNIDAD DE ANALISIS FINANCIERO – UIAF DEL 01 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO 2025				
PERIODO DEL REPORTE	REPORTE	FECHA DE REPORTE	Nº RADICACIÓN	TIPO DE REPORTE
01-04-2025 a 30-04-2025	Operaciones Sospechosas	8/06/2025	2914035	Ausencia
	Proveedores (CE009)	8/06/2025	2914037	Ausencia
	Procedimientos (CE009)	8/06/2025	2914036	Ausencia
01-05-2025 a 31-05-2025	Operaciones Sospechosas	8/06/2025	2933663	Ausencia
	Proveedores (CE009)	8/06/2025	2933665	Ausencia
	Procedimientos (CE009)	8/06/2025	2933664	Ausencia
01-06-2025 a 30-06-2025	Operaciones Sospechosas	2/07/2025	2953632	Ausencia
	Proveedores (CE009)	2/07/2025	2953634	Ausencia
	Procedimientos (CE009)	2/07/2025	2953633	Ausencia

Fecha	Periodo	Asunto	Verificación
07-05-2025	Abril	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Certificado y Boletines diarios

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)			

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

07-06-2025	Mayo	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Certificado y Boletines diarios
02-07-2025	Junio	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Certificado y Boletines diarios

ANEXO No. 1 CERTIFICADO DE REPORTES A LA UIAF
(Información de Análisis Financiero)
REPORTES MES ABRIL 2025

Certificado

Reporte generado el 8 may. de 2025 5:40:03p. m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Operaciones Sospechosas" fue Exitoso

No. Radicación:	2914035
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	En Linea
Fecha de radicación:	8/05/2025 5:39:58 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 4 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 4 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1748215
Estado:	Exitoso

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

Certificado

Reporte generado el 8 may. de 2025 5:42:56p. m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Proveedores (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación: 2914037
 Entidad: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
 Medio de entrega de la información: Cargue en línea
 Fecha de radicación: 8/05/2025 5:42:53 p. m.
 Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 4 - 2025
 Fecha final a la que corresponde el reporte: 30 - 4 - 2025
 No. de registros involucrados en el reporte: 0
 Tipo de reporte: Ausencia
 Código de la entrega: 71722
 Estado: Exitoso

Certificado

Reporte generado el 8 may. de 2025 5:41:54p. m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Procedimientos (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación: 2914036
 Entidad: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
 Medio de entrega de la información: Cargue en línea
 Fecha de radicación: 8/05/2025 5:41:47 p. m.
 Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 4 - 2025
 Fecha final a la que corresponde el reporte: 30 - 4 - 2025
 No. de registros involucrados en el reporte: 0
 Tipo de reporte: Ausencia
 Código de la entrega: 71862
 Estado: Exitoso

REPORTE MES MAYO 2025

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)			

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL María Inmaculada E.S.E.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

Certificado

Reporte generado el 8 jun. de 2025 11:32:20p. m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Operaciones Sospechosas" fue Exitoso

No. Radicación: 2933663
Entidad: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información: En Línea
Fecha de radicación: 8/06/2025 11:32:11 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 5 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte: 31 - 5 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte: 0
Tipo de reporte: Ausencia
Código de la entrega: 1756258
Estado: Exitoso

Certificado

Reporte generado el 8 jun. de 2025 11:34:46p. m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Proveedores (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación: 2933665
Entidad: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información: Cargue en línea
Fecha de radicación: 8/06/2025 11:34:40 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 5 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte: 31 - 5 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte: 0
Tipo de reporte: Ausencia
Código de la entrega: 72334
Estado: Exitoso

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

Certificado

Reporte generado el 8 jun. de 2025 11:33:35p. m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Procedimientos (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación: 2933664
 Entidad: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
 Medio de entrega de la información: Cargue en línea
 Fecha de radicación: 8/06/2025 11:33:31 p. m.
 Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 5 - 2025
 Fecha final a la que corresponde el reporte: 31 - 5 - 2025
 No. de registros involucrados en el reporte: 0
 Tipo de reporte: Ausencia
 Código de la entrega: 72461
 Estado: Exitoso

REPORTES MES JUNIO 2025

Certificado

Reporte generado el 2 jul. de 2025 11:13:09p. m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Operaciones Sospechosas" fue Exitoso

No. Radicación: 2953632
 Entidad: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
 Medio de entrega de la información: En Línea
 Fecha de radicación: 2/07/2025 11:13:03 p. m.
 Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 6 - 2025
 Fecha final a la que corresponde el reporte: 30 - 6 - 2025
 No. de registros involucrados en el reporte: 0
 Tipo de reporte: Ausencia
 Código de la entrega: 1765017
 Estado: Exitoso

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL María Inmaculada E.S.E.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

Certificado

Reporte generado el 2 jul. de 2025 11:14:31p. m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Proveedores (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación: 2953634
Entidad: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información: Cargue en línea
Fecha de radicación: 2/07/2025 11:14:27 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 6 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte: 30 - 6 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte: 0
Tipo de reporte: Ausencia
Código de la entrega: 72824
Estado: Exitoso

Certificado

Reporte generado el 2 jul. de 2025 11:13:51p. m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Procedimientos (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación: 2953633
Entidad: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información: Cargue en línea
Fecha de radicación: 2/07/2025 11:13:47 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 6 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte: 30 - 6 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte: 0
Tipo de reporte: Ausencia
Código de la entrega: 72964
Estado: Exitoso

8. RESULTADO DE CAPACITACIONES

Durante el II Trimestre de la vigencia 2025, y teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Procesos y Procedimientos del SARLAFT/FPADM, se dio cumplimiento al cronograma de capacitaciones el cual fue direccionado a empleados, colaboradores, agremiados partícipes, contratistas, de la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada, de acuerdo con la siguiente relación:

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

FECHA	ACTA NO.	OBJETIVO	RESPONSABLES
16 al 18 de junio 2025	43	Fortalecer el conocimiento institucional sobre la normativa, estructura y mecanismos de aplicación del SARLAFT y del PTEE, con el fin de promover una cultura de integridad, legalidad y prevención de riesgos asociados al lavado de activos, financiación del terrorismo, corrupción y conflictos de interés	Talento Humano, Almacén, Contratación, Tesorería, Contabilidad, Cartera, Jurídica, Sistemas, Facturación

Esta actividad se desarrolló de manera presencial y descentralizada, mediante visitas a cada oficina, lo que permitió una atención directa y focalizada. Participaron 59 funcionarios y contratistas, distribuidos en las siguientes áreas:

- **Gestión Jurídica (3 asistentes):** área crítica en validación normativa de contratos y procesos sancionatorios.
- **Talento Humano (6 asistentes):** responsables de la gestión documental, verificación de antecedentes, y procesos disciplinarios; fundamentales en el marco del PTEE.
- **Cartera (5 asistentes) y Tesorería General (3 asistentes):** encargadas del recaudo y pagos, con alto impacto en la trazabilidad y legalidad financiera.
- **Contabilidad y Costos (8 asistentes):** garantes de la veracidad y transparencia de la información financiera institucional.
- **Sistemas Informáticos (11 asistentes):** claves en la protección de datos y el gobierno digital, pilares del Estado Abierto.
- **Facturación (9 asistentes):** con exposición directa a riesgos financieros y operativos.
- **Contratación (4 asistentes):** actores determinantes en la gestión contractual, el acceso a la información y la prevención de conflictos de interés.
- **Almacén General (16 asistentes):** responsables del control de inventarios, bienes institucionales y procesos logísticos con proveedores.

Durante las sesiones, se socializaron las normativas vigentes, funciones del Oficial de Cumplimiento, formatos obligatorios de conocimiento (proveedor, cliente, usuario), y se distribuyeron folletos impresos con los contenidos clave del SARLAFT y el PTEE. La metodología promovió la participación activa, resolución de dudas, y aplicación práctica de los conceptos tratados. Se detalla el contenido de la capacitación mediante folleto informativo distribuido:

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)			

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025



Manual de SARLAFT

Objetivo del manual

PREVENIR
DETECTAR
INFORMAR

Etapas de SARLAFT/FPADM

Identificación de riesgos
Evaluación y medición
Monitoreo

Estructura organizacional

Máximo Órgano → **Junta Directiva**

Responsable → **Oficial de cumplimiento PTEE o suplente**

Responsable → **Revisora Fiscal**

Responsable → **Autoría Interna/Control Interno**

Documentación

- 1. ACUERDO DE COLABORACIÓN (SARLAFT/FPADM) MENSAJE DE BUENA GUÍA
- 2. FIRMAS Y DECISIONES DEL COMITÉ DE CONTROL INTERNO Y FUERA DEL COMITÉ DE CONTROL INTERNO
- 3. FIRMAS Y DECISIONES DEL COMITÉ DE CONTROL INTERNO Y FUERA DEL COMITÉ DE CONTROL INTERNO

Informes SARLAFT

1. Informe de la Junta Directiva de la corporación
2. Informe de seguimiento a medidas de cumplimiento
3. Informe de cumplimiento a la ley
4. Informe de cumplimiento a la ley

Reportes VIAP

- 1. Registro de reportes de cumplimiento (PTEE)
- 2. Reportes de cumplimiento
- 3. Reportes de cumplimiento

Sistema de administración del riesgo de lavado de activos de la financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva - SARLAFT

Actualización de los procedimientos de monitoreo interno para el cumplimiento de las obligaciones de reporte de lavado de activos y financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva.

Comunicación de los resultados de la evaluación de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva.

Reportes de cumplimiento de los procedimientos de monitoreo interno.

Cumplimiento Normativo

Reporte de cumplimiento de los procedimientos de monitoreo interno.

Reporte de cumplimiento de los procedimientos de monitoreo interno.

Reporte de cumplimiento de los procedimientos de monitoreo interno.

Marco Normativo

- Ley 2424 de 2012 (Ley de Transparencia)**
- 1. Modifica el artículo 19 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo para la transparencia en el acceso a la información pública y la gestión de los recursos de la administración pública.
 - 2. Decreto 1122 de 2014 (Decreto de Transparencia) que regula la implementación de la Ley 2424 de 2012.
 - 3. Ley 1712 de 2014 (Ley de Transparencia) que establece la implementación de la Ley 2424 de 2012.
 - 4. Resolución No. 002109 del 27 de noviembre de 2014, la cual establece el PTEE en el Hospital Departamental María Inmaculada.

CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO

El Código de Conducta y Buen Gobierno es un instrumento que establece las normas de conducta que deben seguir los servidores públicos en el ejercicio de sus funciones.

Valores Institucionales

- Honestidad
- Justicia
- Compromiso
- Diligencia
- Respeto

HDMI

Principales lineamientos del Código de Conducta y Buen Gobierno

- 1. Actuar con integridad y honestidad.
- 2. Evitar conflictos de intereses.
- 3. Evitar el uso indebido de recursos.
- 4. Evitar el uso indebido de información.
- 5. Evitar el uso indebido de poder.
- 6. Evitar el uso indebido de influencia.
- 7. Evitar el uso indebido de autoridad.
- 8. Evitar el uso indebido de fuerza.
- 9. Evitar el uso indebido de violencia.
- 10. Evitar el uso indebido de intimidación.

¿Qué se espera de ti como colaborador?

- 1. Actuar con integridad y honestidad.
- 2. Evitar conflictos de intereses.
- 3. Evitar el uso indebido de recursos.
- 4. Evitar el uso indebido de información.
- 5. Evitar el uso indebido de poder.
- 6. Evitar el uso indebido de influencia.
- 7. Evitar el uso indebido de autoridad.
- 8. Evitar el uso indebido de fuerza.
- 9. Evitar el uso indebido de violencia.
- 10. Evitar el uso indebido de intimidación.

¿La transparencia comienza por cada uno de nosotros!

¿Tienes dudas o quieres reportar un hecho irregular en materia de corrupción?

Reporta tu denuncia aquí

Hospital Departamental María Inmaculada

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL

PTEE

- 1. ¿Qué es el PTEE? El Plan de Transparencia y Ética Empresarial es un instrumento que establece las normas de conducta que deben seguir los servidores públicos en el ejercicio de sus funciones.
- 2. Permite prevenir y mitigar riesgos de integridad pública. El PTEE es un instrumento que establece las normas de conducta que deben seguir los servidores públicos en el ejercicio de sus funciones.
- 3. Es la obligación de cada uno de los servidores públicos de actuar con integridad y honestidad.

La evaluación de conocimientos, aplicada mediante formularios digitales (Microsoft Forms), reflejó un alto nivel de comprensión. La totalidad de los participantes identificó correctamente las estructuras de gobernanza del PTEE, los principios institucionales y las medidas ante riesgos LA/FT. La satisfacción general fue calificada con un promedio de 4.8 sobre 5, y el 96,8% de los asistentes expresó una satisfacción “alta” o “muy alta”, consolidando el impacto positivo de la capacitación en el fortalecimiento de la cultura institucional.

La relación del personal capacitado durante el primer semestre de 2025 fue debidamente registrada en el Formato MC-F-03 - Registro de Asistencia, el cual fue adjuntado a cada acta como soporte documental. Adicionalmente, se utilizaron herramientas tecnológicas como Microsoft Forms para aplicar las evaluaciones de conocimientos y satisfacción, en

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE		VERSIÓN	001
	CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VIGENCIA	2025

línea con el principio de eficiencia administrativa y cultura de cero papel.

Este conjunto de acciones permitió contar con evidencia clara y trazable de la participación de funcionarios pertenecientes a los diferentes niveles y áreas estratégicas de la E.S.E., incluyendo cargos como jefes de oficina, profesionales universitarios y técnicos administrativos. Esta diversidad de perfiles garantiza la transversalidad del conocimiento, asegurando que los sistemas SARLAFT, SICOE y PTEE no sean responsabilidad exclusiva de una unidad, sino un compromiso institucional.

La participación activa de las oficinas más expuestas a riesgos de corrupción, financieros, éticos y operativos evidencia el compromiso del hospital con la construcción de una cultura de integridad, legalidad y transparencia. Estos espacios de formación son fundamentales para consolidar prácticas de prevención, reporte y mejora continua, como exige la Superintendencia Nacional de Salud.

9. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES

Para consolidar la efectividad del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM), se recomienda fortalecer de manera integral la apropiación institucional del sistema, a través de estrategias sostenidas de formación, monitoreo y articulación interáreas. Es prioritario garantizar la aplicación uniforme de los lineamientos establecidos en el Manual SARLAFT, la estandarización del uso de los formatos requeridos y la retroalimentación oportuna entre los responsables operativos y el Oficial de Cumplimiento, con el fin de prevenir riesgos, mitigar brechas de control y consolidar una cultura organizacional basada en la legalidad, la transparencia y la gestión proactiva del riesgo.

- 1. Fortalecimiento progresivo del sistema:** El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. ha demostrado avances significativos en la implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM), evidenciando un compromiso institucional con la cultura de la prevención y el cumplimiento normativo. La integración de los subsistemas SARLAFT, SICOE y PTEE refuerza una visión estratégica e integral de la gestión del riesgo.
- 2. Persistencia de debilidades operativas:** Pese a los avances, se identificaron brechas relevantes en la aplicación de los procedimientos definidos, especialmente en la sistematización del diligenciamiento de los formatos DE-F-26, DE-F-27 y DE-F-28. Estas deficiencias afectan la trazabilidad de la información, la detección oportuna de alertas y el fortalecimiento del principio de debida diligencia frente a terceros.
- 3. Áreas con mayor exposición y necesidad de intervención:** Las áreas de Talento Humano, Contratación y Tesorería presentan mayor nivel de riesgo por

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		CÓDIGO	DE-F-29
	FORMATO PRESENTACIÓN DE INFORMES DE CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

su naturaleza operativa. En estos procesos, se evidenció un uso parcial de los instrumentos de control y una baja articulación con la Oficina de Cumplimiento, lo cual limita la capacidad preventiva del sistema ante riesgos financieros, reputacionales y operativos.

4. **Actualización y depuración de la matriz de riesgos:** La evaluación técnica de la matriz institucional permitió la identificación de riesgos emergentes, la depuración de eventos mal formulados y el fortalecimiento de controles internos. Esta acción favorece la gestión proactiva del riesgo, al permitir decisiones fundamentadas en evidencia y alineadas con la planeación institucional.
5. **Falta de apropiación por parte de líderes de proceso:** Se detecta una apropiación desigual del Manual SARLAFT y sus instrumentos por parte de los líderes de proceso, lo cual compromete la efectividad del sistema. Esta situación demanda estrategias específicas de formación, acompañamiento y monitoreo continuo para garantizar una aplicación homogénea y efectiva.
6. **Oportunidades de mejora en los mecanismos de seguimiento y retroalimentación:** Se requiere fortalecer la trazabilidad de las alertas generadas, establecer canales de comunicación eficientes entre las áreas responsables y el Oficial de Cumplimiento, así como consolidar el seguimiento de planes de acción derivados de hallazgos recurrentes.
7. **Compromiso institucional y sostenibilidad del sistema:** El Hospital ha establecido mecanismos estructurales que demuestran una voluntad institucional para el fortalecimiento del SARLAFT, incluyendo actualizaciones normativas, auditorías periódicas, integración con plataformas como DARUMA y formalización de documentos clave. No obstante, se requiere consolidar una cultura de cumplimiento sostenida, basada en la responsabilidad individual y colectiva frente a la gestión del riesgo.


PAOLA ANDREA ROZO ESCOBAR
 Oficial de Cumplimiento

Proyecto: Javier Rincón Muñoz, Contratista Oficina de Planeación 

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		