

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

INFORME DE CUMPLIMIENTO ANUAL SARLAFT / FPDAM - SICOF

VIGENCIA 2025
01-01-2025 al 31-12-2025

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA
INMACULADA E.S.E
FLORENCIA – CAQUETÁ**

	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

INFORME DE CUMPLIMIENTO ANUAL - SARLAFT/FPADM

Periodo evaluado: 01 de enero al 31 de diciembre de 2025

1.	OBJETIVOS DEL INFORME	4
1.1.	OBJETIVO GENERAL	4
1.2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
2.	CONTEXTO IMPLEMENTACIÓN DEL SARLAFT /FPADM – SICOF	5
3.	OPERATIVIDAD DEL SARLAFT/FPADM – SICOF	7
5.	RESULTADOS DE CONSULTAS REALIZADAS AÑO 2025.....	31
6.	RESULTADO DE CAPACITACIONES.....	44
6.1.	RELACIÓN DE PERSONAL CAPACITADO – PLATAFORMA.....	44
6.2.	CAPACITACIONES PRESENCIALES	45
7.	REPORTES A LA UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANALISIS FINANCIERO – UIAF 63	

	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

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/FPADM) y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), y 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 semestre 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, Financiación del Terrorismo, Corrupción, opacidad y fraude es esencial para garantizar la integridad institucional y salvaguardar los recursos públicos. Por ello, el Oficial de Cumplimiento efectuó esta verificación semestral aplicando estrictamente los lineamientos establecidos en el Manual SARLAFT/FPADM 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/FPADM y SICOF 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

	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

acciones correctivas y asegura una respuesta ágil y eficiente frente a las recomendaciones surgidas de auditorías internas y externas. Finalmente, cabe destacar que cumplir con el SARLAFT/FPADM y SICOE 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. OBJETIVOS DEL INFORME

Se establece el marco orientador del informe anual, definiendo con precisión los objetivos generales y específicos que sustentan la evaluación técnica del SARLAFT/FPADM – SICOE. Su inclusión permite comprender el propósito estratégico del documento: valorar la eficacia operativa, el grado de implementación y el cumplimiento normativo de los sistemas de administración del riesgo, en las áreas de mayor exposición institucional. A través de estos objetivos, se direccionan los esfuerzos hacia la mejora continua, el fortalecimiento del control interno y la consolidación de una cultura organizacional basada en la legalidad, la transparencia y la prevención del riesgo.

1.1. 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/FPADM del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., correspondientes a 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/FPADM) y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOE). 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.

	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

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 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/FPADM 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, financiación del terrorismo (LA/FT), corrupción, opacidad y fraude (COF).
- 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 y COF en las áreas evaluadas.
- Fomentar la mejora continua y el fortalecimiento de la cultura organizacional en materia de prevención del riesgo de LA/FT y COF.

2. CONTEXTO IMPLEMENTACIÓN DEL SARLAFT /FPADM – SICOF

El Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. ha avanzado de manera estructurada y progresiva en la implementación de los sistemas de administración del riesgo SARLAFT/FPADM, SICOF, como parte de su compromiso institucional con la legalidad, la transparencia y la lucha contra la corrupción. Este proceso ha estado alineado con lo establecido en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, y ha sido formalizado mediante la actualización del MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA SARLAFT/FPADM, en el año 2025.

El manual constituye la base técnica y normativa para el diseño, desarrollo y seguimiento de estos sistemas, incorporando una metodología estructurada de identificación, valoración, control y monitoreo de riesgos, con enfoque diferencial según el subsistema. El documento incluye definiciones, roles institucionales, metodologías de segmentación, señales de alerta, mecanismos de reporte, y establece además los instrumentos operativos necesarios para su implementación, los cuales han sido formalmente codificados y controlados a través de DARUMA.

	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

Durante la vigencia 2025, se consolidaron los siguientes hitos relevantes de implementación y fortalecimiento del SARLAFT/FPADM – SICOE:

- **Presentación y aprobación del Manual SARLAFT/FPDAM:** Mediante Acuerdo No. 002 del 10 de enero de 2025 se presentó ante la Junta Directiva el manual con todos los lineamientos para la implementación y cumplimiento del sistema en el HDMI.
- **Codificación y homologación de formatos:** Se estandarizaron los instrumentos técnicos para la caracterización de riesgos, evaluación de controles para el seguimiento garantizando trazabilidad documental y alineación con el sistema de gestión institucional.
- **Ajustes institucionales validados en el control de cambios:** Durante la actualización del manual en 2025 se incorporaron cambios relevantes como: la inclusión de los conceptos de debida diligencia, la definición de señales de alerta adicionales, la modificación de la estructura del plan de tratamiento del riesgo, y la actualización de los roles y funciones de los actores responsables, de acuerdo con la evolución normativa y las necesidades del entorno institucional. Estos cambios quedaron debidamente registrados en el “Control de Cambios” del manual, evidenciando un proceso de mejora continua y adaptación técnica.
- **Ejecución de capacitaciones trimestrales,** dirigidas a diversas áreas de la entidad, priorizando aquellas con mayor nivel de exposición al riesgo, con el objetivo de fortalecer la apropiación institucional de los sistemas, mejorar la comprensión de las obligaciones normativas y promover una cultura organizacional basada en la prevención, el cumplimiento y la ética pública.
- **Activación del canal institucional de denuncias SICOE,** como mecanismo formal, confidencial y accesible para la recepción de reportes relacionados con presuntos actos de corrupción, opacidad, fraude, lavado de activos, financiación del terrorismo, conflictos de interés y demás actos ilícitos. Este canal fortalece el componente de detección temprana, el control social y la participación ciudadana, en concordancia con los principios de transparencia y rendición de cuentas.
- **Fortalecimiento de la interoperabilidad con plataformas tecnológicas, mediante la articulación de los sistemas con Daruma y la página web institucional,** lo que ha permitido mejorar la trazabilidad documental, la gestión de evidencias, la divulgación de información relevante y el acceso a los mecanismos de reporte y denuncia.
- **Realización de dos auditorías interna integrales** a los sistemas SARLAFT/FPADM y SICOE, orientada a evaluar el grado de implementación, la efectividad de los controles, la coherencia entre lo documentado y lo ejecutado, y la articulación interáreas. Este ejercicio permitió identificar fortalezas, brechas operativas y oportunidades de mejora, constituyéndose en una herramienta estratégica para la toma de decisiones de la Alta Dirección.
- **Apoyo técnico en la actualización y mejora de la redacción de los riesgos** asociados a los sistemas SARLAFT, SICOE y al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), con el fin de lograr una formulación más clara, coherente y alineada con los factores de riesgo, las causas, consecuencias y controles definidos, fortaleciendo así la calidad de la matriz institucional 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

riesgos.

- **Creación del Módulo de Educación Continua del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.**, concebido como una estrategia institucional para el desarrollo de capacitaciones virtuales permanentes en SARLAFT y SICOE. Este módulo busca garantizar la sostenibilidad del proceso formativo, ampliar la cobertura, facilitar el acceso al conocimiento, generar evidencia trazable de participación y consolidar una cultura de aprendizaje continuo en materia de prevención del riesgo.

Estos hitos reflejan un avance significativo en la consolidación del modelo institucional de gestión del riesgo, evidenciando un tránsito progresivo desde una implementación normativa hacia una apropiación operativa y cultural de los sistemas SARLAFT/FPADM y SICOE, en coherencia con los principios de mejora continua, control interno efectivo y buen gobierno.

3. OPERATIVIDAD DEL SARLAFT/FPADM – SICOE

La operatividad de los sistemas SARLAFT/FPADM - SICOE en el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. constituye un componente esencial del modelo de gestión del riesgo institucional, orientado a mitigar amenazas asociadas al lavado de activos, financiación del terrorismo, corrupción, opacidad, fraude y comportamientos antiéticos.

El SARLAFT/FPADM ha sido implementado con un enfoque metodológico ajustado a las directrices de la Superintendencia Nacional de Salud, el cual se encuentra documentado en el Manual Institucional aprobado mediante acuerdo No. 002 del 10-01-2025. Se evidenció que el sistema cuenta con los componentes mínimos requeridos: segmentación por factores de riesgo (cliente, producto, canal y jurisdicción), metodología de medición, matrices de riesgo, plan de tratamiento y señales de alerta.

Durante la auditoría se revisaron los formatos codificados DE-F-26, DE-F-27, DE-F-28 y al MC-F-91, cargados en DARUMA, los cuales reflejan una aplicación de los controles definidos. Aunque las segmentaciones y actualizaciones han sido realizadas periódicamente, se observó que la evaluación del riesgo residual carece de diferenciación clara respecto al riesgo inherente, y en algunos casos, los responsables designados para los controles no están realizando seguimiento documentado de su cumplimiento.

En cuanto al componente de monitoreo, se verificó la existencia de reportes dirigidos a la UIAF y la participación activa del Oficial de Cumplimiento, sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora en la sistematización del seguimiento a señales de alerta y en la creación de indicadores que evalúan la eficacia del sistema.

Durante la vigencia del 2025, en cumplimiento de las disposiciones establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud y en concordancia con el compromiso institucional de promover una gestión pública íntegra, transparente y eficiente, el Hospital

	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

Departamental María Inmaculada E.S.E. adelantó dos auditorías internas integrales a los sistemas de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT/FPADM), el Subsistema de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

Como resultado del proceso auditor realizado durante el primer semestre de 2025, se evidenció que el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. presenta avances significativos en la formalización, documentación e implementación de los sistemas SARLAFT/FPADM, SICOF y PTEE, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud y la normativa anticorrupción vigente.

Desde el punto de vista estructural, los sistemas evaluados se encuentran diseñados y operativos, contando con manuales actualizados, formatos codificados, plataformas habilitadas, segmentaciones de riesgo vigentes y mecanismos de control definidos, lo cual constituye una base institucional sólida para la gestión del riesgo y el cumplimiento normativo.

No obstante, el análisis permitió identificar debilidades de carácter estructural y operativo que afectan la efectividad real de los sistemas, principalmente en su función preventiva, de detección y respuesta frente a eventos de riesgo. Entre los aspectos críticos se destacan:

- Limitada apropiación de los sistemas por parte del talento humano, especialmente en la comprensión y aplicación operativa del SARLAFT y SICOF.
- Debilidades en la estructura de la matriz de riesgos, lo cual impacta la correcta identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos institucionales.
- Desarticulación parcial entre los sistemas, evidenciada en la baja interoperabilidad entre PTEE y SICOF y en la insuficiente retroalimentación desde las áreas operativas hacia el Oficial de Cumplimiento.

Adicionalmente, se identificaron buenas prácticas institucionales que constituyen oportunidades de fortalecimiento, tales como la actualización periódica de matrices de riesgo, la implementación de la ruta de denuncias, la estrategia anual de capacitación y el uso de la plataforma DARUMA para el registro de evaluaciones de riesgo.

Durante el primer semestre de la vigencia evaluada, las áreas auditadas fueron Contratación, Tesorería, Almacén y Talento Humano, en las cuales se realizó la verificación del cumplimiento normativo, la revisión de procedimientos, controles internos y soportes documentales asociados a cada proceso.

La auditoría establece que el Hospital ha cumplido con las fases normativas y estructurales de implementación de los sistemas evaluados; sin embargo, resulta prioritario avanzar hacia el fortalecimiento de la apropiación institucional, la trazabilidad

	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

documental y la articulación funcional, con el fin de consolidar estos sistemas como herramientas efectivas de gestión preventiva del riesgo y no únicamente como mecanismos de cumplimiento formal.

OFICINA DE CONTRATACIÓN



TESORERÍA GENERAL



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

ALMACEN GENERAL



Como resultado de la auditoría realizada durante el segundo semestre de 2025, se concluye que el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. presenta un avance significativo y sostenido en la implementación de los sistemas SARLAFT/FPADM evidenciando cumplimiento normativo, estructura operativa definida y funcionamiento general adecuado. Los sistemas cuentan con manuales actualizados, herramientas operativas habilitadas, segmentaciones de riesgo vigentes y mecanismos de control que soportan la gestión institucional del riesgo.

OFICINA DE CONTRATACIÓN



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

ALMACÉN GENERAL



Si bien se identificaron algunas oportunidades de mejora de carácter puntual, principalmente relacionadas con la capacitación del personal de nuevo ingreso y con errores operativos aislados en el manejo documental, estas no afectan la operatividad ni la efectividad general de los sistemas y son fácilmente subsanables. En comparación con el primer semestre de 2025, los hallazgos evidencian una reducción significativa, lo que refleja el acatamiento de las recomendaciones formuladas, el impacto positivo de las capacitaciones y una mayor apropiación institucional.

Se destacan buenas prácticas como la actualización periódica de matrices de riesgo, la implementación de la ruta de denuncia, el uso de plataformas tecnológicas para el registro y seguimiento, y el fortalecimiento de la estrategia de capacitación. En conclusión, el hospital ha cumplido las fases normativas y estructurales de los sistemas evaluados y avanza hacia su consolidación, siendo necesario continuar fortaleciendo su apropiación, trazabilidad y articulación funcional para maximizar su efectividad preventiva.

4. INFORME CONOCIMIENTO DEL CLIENTE/PROVEEDOR/USUARIO

Este apartado aborda el principio de debida diligencia en la identificación y caracterización de actores clave para la operación institucional: usuarios, proveedores, contratistas y miembros de junta directiva. A través de la revisión del diligenciamiento de los formatos DE-F-26, DE-F-27 y DE-F-28, se evidencian los niveles de cumplimiento, las debilidades detectadas en áreas críticas como Talento Humano, Contratación, Almacén, Gerencia, Tesorería y demás áreas. Al igual que las recomendaciones orientadas a fortalecer la trazabilidad, el control documental y la prevención de riesgos de vinculación con terceros no confiables. Este capítulo constituye una pieza clave del sistema, al permitir anticipar amenazas y garantizar el cumplimiento de estándares nacionales e internacionales en materia de prevención de lavado de activos, financiación del terrorismo y COF.

	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

Durante el 2025, se realizó la revisión del diligenciamiento, uso y trazabilidad de los formatos institucionales DE-F-26, DE-F-27 y DE-F-28, así como la verificación de su aplicación en áreas críticas como Talento Humano, Contratación, Almacén, Tesorería, Gerencia y demás dependencias con interacción directa con terceros.

Este análisis permitió identificar niveles de avance, debilidades persistentes y oportunidades de mejora relacionadas con el control documental, la consistencia de la información, la verificación en listas restrictivas y la integración efectiva de estos insumos en la gestión institucional del riesgo. El fortalecimiento de este componente resulta clave para anticipar amenazas, prevenir la vinculación con terceros no confiables y garantizar el cumplimiento de los estándares exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud y los organismos de control.

- **Oficina de Talento Humano**

Durante la vigencia se evidenció un cambio sustancial en el uso del formato DE-F-26 – Formato Único de Conocimiento Usuario Particular y PEP. En el primer semestre, dicho formato se utilizaba principalmente para la vinculación de servidores públicos, sin abarcar de manera integral el alcance para el cual fue diseñado, lo que limitaba su efectividad como herramienta de debida diligencia.

Como resultado de las recomendaciones emitidas en la auditoría del primer semestre y en cumplimiento de la Ley 2013 de 2019, el Hospital implementó el “*Aplicativo por la Integridad Pública*” de Función Pública para la vinculación de servidores públicos, fortaleciendo así los principios de transparencia, declaración de conflictos de interés y publicidad de la información.

En este contexto, se estableció que para la vigencia 2026 se adoptará un formato DE-F-26 actualizado, con una estructura coherente con su denominación y finalidad, controles reforzados de verificación y alineación plena con los lineamientos del SARLAFT/FPADM y SICOE.

- **Gerencia**

Durante la auditoría realizada en primer semestre, se pudo evidenciar que el formato DE-F-28 FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA versión 1, a cargo de gerencia no se tenía diligenciado para cada uno de los miembros de la Junta Directiva. En relación al hallazgo, durante el II semestre se evidenció el cumplimiento efectivo del diligenciamiento del formato DE-F-28 – FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA, situación que representaba una debilidad.

Se constató que el formato fue exigido, diligenciado en su totalidad y archivado, encontrándose actualmente resguardado por el Oficial de Cumplimiento en la Oficina Asesora de Planeación para Contratación, garantizando la custodia, confidencialidad y trazabilidad de la información.

- **Oficina de Contratación**

Durante el primer semestre de 2025, la Oficina de Contratación fue objeto de especial

	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

análisis en el marco del SARLAFT y SICOF, debido a su alto nivel de exposición a riesgos asociados al lavado de activos, la opacidad, los conflictos de interés y el fraude. En este periodo se evidenció la existencia de controles iniciales, principalmente a través del diligenciamiento del formato DE-F-27 – FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR, CONTRATISTA Y CLIENTE SARLAFT/FPADM-COF. No obstante, se identificaron debilidades relacionadas con el diligenciamiento parcial de los formatos, errores de forma y la ausencia de un mecanismo formal de retroalimentación entre la Oficina de Contratación y el Oficial de Cumplimiento, lo que limitaba la gestión oportuna de alertas y hallazgos de riesgo en las etapas precontractual y contractual.

Para el segundo semestre de 2025, se evidenció una mejora significativa en la gestión del riesgo, como resultado de la implementación de las recomendaciones formuladas en la auditoría del primer semestre. En este periodo, el formato DE-F-27 presentó un uso más riguroso, completo y coherente, corrigiendo omisiones en campos obligatorios y fortaleciendo la verificación en listas restrictivas y vinculantes. Asimismo, se fortaleció la articulación con el Oficial de Cumplimiento, permitiendo una gestión más preventiva y alineada con los lineamientos del SARLAFT y SICOF.

Finalmente, con miras a la vigencia 2026, se proyecta la actualización del formato DE-F-27, incorporando lineamientos más claros, controles adicionales y ajustes derivados del ejercicio auditor, con el objetivo de continuar fortaleciendo la debida diligencia contractual y consolidar una gestión del riesgo más robusta y sostenible en el tiempo.

- **Almacén General**

En el Área de Almacén se evidenció igualmente una mejora en el uso y gerenciamiento del formato DE-F-27, en concordancia con los lineamientos impartidos por el Oficial de Cumplimiento y las recomendaciones de auditoría del primer semestre.

Durante el segundo semestre se observó una mayor apropiación de los controles asociados al conocimiento del proveedor, verificación en listas restrictivas y trazabilidad documental, lo que contribuye a mitigar riesgos asociados a compras, recepción de bienes e inventarios.

- **Tesorería General**

Esta área representa una zona crítica de riesgo tanto operativo como financiero. Durante la auditoría del primer semestre de la vigencia se verificó la existencia de controles relacionados con la revisión de boletines diarios, la trazabilidad de pagos, los procesos de conciliación, las autorizaciones y la identificación de operaciones inusuales, lo cual evidencia un nivel básico de control y seguimiento sobre las transacciones financieras.

No obstante, se identificó la ausencia de indicadores específicos asociados a los sistemas SARLAFT/FPADM y SICOF, lo que limita la capacidad para realizar una

	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

evaluación preventiva y sistemática de riesgos emergentes, especialmente en lo relacionado con el manejo de operaciones en efectivo y la identificación temprana de posibles señales de alerta.

En atención a esta observación, se evidenció que la entidad se encuentra en proceso de desarrollo e implementación de mecanismos de control y verificación a través de la Plataforma Dinámica Gerencial, orientados a fortalecer el monitoreo, la trazabilidad y el registro de las operaciones financieras, incluyendo la creación de un sistema de seguimiento de transacciones en efectivo que superen los topes establecidos en el Manual SARLAFT/FPADM, lo cual permitirá consolidar un sistema más robusto y alineado con la normatividad vigente.

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)

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

Durante el proceso de verificación, 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, de los procesos de auditoría realizados se identificaron algunas brechas en su implementación operativa, tales como:

- Uso parcial de los formatos definidos, especialmente en áreas operativas.

	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

- 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.

En atención a estos hallazgos y como parte del enfoque de mejora continua, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. tiene previsto actualizar el Manual SARLAFT/FPADM para la vigencia 2026, con el propósito de fortalecer la coherencia interna del documento, robustecer los lineamientos metodológicos y operativos, y garantizar una alineación plena con la normatividad vigente, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas de Función Pública, así como con los demás lineamientos y obligaciones aplicables al sector salud.

Esta actualización contemplará el fortalecimiento del enfoque basado en riesgos, la estandarización de criterios para la identificación y valoración del riesgo, la mejora de los mecanismos de monitoreo y reporte, y la articulación efectiva con el Sistema de Control Interno, el SICOF y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), con el fin de consolidar un sistema más robusto, coherente y funcional.

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 lineamientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) y la normativa nacional vigente.

Este formato fue diseñado inicialmente para recopilar información relevante de usuarios particulares, incluyendo la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEP), permitiendo su caracterización a partir de variables como datos de identificación, tipo de vinculación con la entidad, origen de los recursos, actividades económicas, vínculos familiares o empresariales, y antecedentes judiciales, disciplinarios o fiscales.

Durante el primer semestre, se evidenció que el uso del formato DE-F-26 no abarcaba de manera integral el propósito para el cual fue concebido, limitándose principalmente a algunos procesos de vinculación y sin una aplicación homogénea. No obstante, para el segundo semestre de 2025, se evidenció un ajuste relevante en su utilización, toda vez que la entidad implementó el diligenciamiento de la información correspondiente a los servidores públicos a través del aplicativo por la Integridad Pública de Función

	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

Pública, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 2013 de 2019, fortaleciendo así el principio de transparencia y publicidad de la información.

Este cambio permitió mitigar debilidades asociadas al diligenciamiento manual del formato y mejorar la trazabilidad de la información relacionada con conflictos de interés y declaración de bienes y rentas. En este contexto, el formato DE-F-26 dejó de utilizarse para ciertos procesos, migrando hacia mecanismos tecnológicos oficiales que fortalecen el control institucional.

Para la vigencia 2026, la entidad tiene previsto implementar un formato DE-F-26 actualizado, con una estructura coherente con su denominación y finalidad, incorporando campos específicos y mecanismos de validación orientados a la identificación del cliente particular, garantizando consistencia normativa, claridad operativa y una adecuada integración con el sistema SARLAFT/FPADM.

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

El formato DE-F-27 constituye una herramienta fundamental del componente preventivo del sistema SARLAFT/FPADM-COF, orientada a fortalecer el principio de debida diligencia en la relación con terceros, incluyendo proveedores, contratistas y clientes institucionales. Su implementación se enmarca en lo dispuesto por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual exige a las entidades la adopción de mecanismos formales, verificables y documentados para el conocimiento de contrapartes, con el fin de prevenir riesgos asociados al lavado de activos, financiación del terrorismo, corrupción, fraude y conflictos de interés.

El formato contempla información estratégica como la identificación del tercero, actividad económica, origen de recursos, referencias legales, comerciales y tributarias, así como declaraciones juramentadas sobre la no vinculación con actividades ilícitas y la autorización para la consulta en listas vinculantes y restrictivas. Durante el primer semestre de 2025, si bien el formato fue adoptado normativamente como parte del Manual SARLAFT/FPADM aprobado en la vigencia, se evidenciaron debilidades relevantes en su aplicación práctica. En la muestra auditada de 477 contratos, se identificó que 403 contratos (84%) presentaban el formato incompleto, solo 21 contratos (4%) lo tenían completamente diligenciado y 46 contratos (9,6%) no contaban con el formato en el expediente. Asimismo, se evidenciaron inconsistencias como la ausencia de firmas y la falta de validación en listas restrictivas, además de la inexistencia de un protocolo formal para el cruce obligatorio con bases públicas y listas vinculantes, lo cual limitaba la efectividad del control.

	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

Como resultado de los hallazgos y recomendaciones formuladas en el primer semestre, durante el segundo semestre de 2025 se evidenció una mejora progresiva en el uso y control del formato DE-F-27. En la auditoría del segundo semestre se evaluó una muestra de 341 contratos de la Oficina de Contratación y 89 órdenes de compra de Almacén General, identificándose principalmente debilidades de forma y consistencia documental. En la Oficina de Contratación, el 12,3% de los procesos presentaron diligenciamiento incompleto y el 7,9% incumplió lineamientos de archivo; adicionalmente, se identificaron oportunidades de mejora en la trazabilidad de las consultas en listas vinculantes y restrictivas. En Almacén General, los hallazgos fueron puntuales y de menor impacto, evidenciando un mayor nivel de control frente al semestre anterior.

En términos generales, los resultados del segundo semestre reflejan un fortalecimiento en la aplicación del DE-F-27, con una mayor apropiación por parte de las áreas responsables, mejoras en el diligenciamiento del formato y un control más riguroso de los soportes asociados, especialmente en lo relacionado con la verificación en listas restrictivas. Estos avances confirman que el formato se consolida como un insumo estratégico para la gestión del riesgo y la activación de alertas tempranas dentro del sistema SARLAFT/FPADM-COF.

Finalmente, para la vigencia 2026, se tiene prevista la actualización del formato DE-F-27, incorporando ajustes orientados a fortalecer su claridad, coherencia, controles internos y alineación con los lineamientos del SARLAFT/FPADM, SICOF y la normatividad vigente, con el objetivo de continuar robusteciendo la debida diligencia en la vinculación y gestión de terceros.

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, trazabilidad y gestión del riesgo, orientada a documentar el perfil de los miembros de la Junta Directiva, conforme a los lineamientos del SARLAFT/FPADM, la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 y los principios de transparencia y buen gobierno.

Durante el primer semestre de 2025, se identificaron debilidades en el diligenciamiento completo de este formato por parte de los miembros de Junta Directiva. No obstante, para el segundo semestre, se evidenció la subsanación del hallazgo, toda vez que el diligenciamiento del DE-F-28 fue exigido de manera obligatoria, encontrándose actualmente debidamente diligenciado, archivado y resguardado por el Oficial de Cumplimiento en la Oficina Asesora de Planeación, como parte del fortalecimiento del control institucional.

	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

Este avance permite consolidar el principio de conocimiento del tercero en los niveles directivos más altos de la entidad, fortalecer la trazabilidad documental y garantizar coherencia entre los procedimientos documentados y la operación real del sistema.

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

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 semestre 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, 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 verificación 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

	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 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.

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/FPADM, SICOF 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.

SEGUIMIENTO A LAS POLÍTICAS SARLAFT – SICOF

Políticas Generales de SARLAFT- SICOF

- **Política del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos SIGR**

El seguimiento a esta política se realiza a través de la Matriz de Riesgos Institucionales, administrada por la Oficina de Gestión de Calidad, así como mediante los informes trimestrales de gestión de riesgos elaborados por el Oficial de Cumplimiento, quien efectúa verificaciones periódicas sobre la matriz priorizada SARLAFT–SICOF–PTEE,

	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

evaluando la efectividad de los controles, el avance de los planes de acción y la trazabilidad de los riesgos asociados a corrupción, opacidad y fraude.

La verificación del cumplimiento de esta política para el período evaluado se soporta en los informes correspondientes al tercer y cuarto trimestre, en los cuales el Oficial de Cumplimiento realizó la revisión y seguimiento de los riesgos SARLAFT–SICOF–PTEE, presentando los resultados y hallazgos a Gerencia y a la Oficina de Gestión de Calidad, garantizando la articulación institucional y la toma de decisiones informada.

- **Política de Gestión Documental**

El seguimiento a esta política se realiza a través del cumplimiento del Programa de Gestión Documental [TI-F-13], liderado por la Oficina de Gestión Documental, mediante el cual se verifica la adecuada organización, custodia, resguardo y protección del archivo central y de los archivos de gestión, garantizando la integridad, disponibilidad y trazabilidad de la información institucional.

Adicionalmente, el seguimiento se articula con la gestión de riesgos institucionales, en tanto los riesgos asociados a la pérdida, alteración, acceso no autorizado o uso indebido de la información documental son identificados y evaluados en la matriz de riesgos del proceso, cuyos soportes y evidencias son remitidos y verificados dentro del informe trimestral de riesgos SARLAFT–SICOF–PTEE, permitiendo evidenciar el control y mitigación de riesgos de opacidad documental y posibles prácticas irregulares.

- **Política de capacitación**

El seguimiento a la Política de Capacitación se realiza a través del presente informe semestral de cumplimiento, en el cual se consolidan y socializan las actividades desarrolladas en materia de formación y sensibilización relacionadas con los sistemas SARLAFT, SICOF y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE). De manera complementaria, la entidad presenta anualmente el informe de capacitaciones, correspondiente en este caso a la vigencia 2025, como evidencia del fortalecimiento continuo de las competencias del talento humano.

Durante el 2025, se realizaron cuatro capacitaciones en materia de SARLAFT, SICOF y PTEE, las cuales fueron debidamente socializadas y soportadas mediante las Actas No. 023, 043, 062 y 075.

Políticas SARLAFT

- **Política SARLAFT**

La Política SARLAFT cuenta con lineamientos claros y alineados con la normativa vigente para la gestión de conflictos de interés, la mitigación de los riesgos de LA/FT/FPADM y la protección de la información, en cumplimiento del artículo 105 del EOSF.

	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

Se evidencia el compromiso institucional de priorizar el cumplimiento normativo sobre objetivos comerciales, asignando responsabilidades definidas a los órganos de administración, control, Oficial de Cumplimiento y funcionarios.

La política incorpora controles reforzados para la vinculación y monitoreo de contrapartes de mayor riesgo y dispone de procedimientos formalizados para la implementación de las etapas y elementos del SARLAFT, apoyados en herramientas tecnológicas.

El seguimiento a la aplicación y efectividad de esta política se realiza a través de los informes trimestrales, semestrales y el presente informe elaborado por la entidad, el cual permite evaluar su cumplimiento, identificar oportunidades de mejora y adoptar acciones correctivas.

- **Política Sobre Publicación en Listas Restrictivas.**

El seguimiento a esta política se realiza en verificar el cumplimiento efectivo de la Política sobre Publicación y Consulta en Listas Restrictivas, asegurando que ningún tercero, proveedor, contratista, colaborador o aliado estratégico del Hospital se encuentre incluido en listas nacionales o internacionales asociadas a LA/FT/FPADM.

- Validación de proveedores, contratistas, empleados y aliados en listas restrictivas nacionales e internacionales (ONU, OFAC, UIAF, Policía Nacional, Fiscalía). Esta verificación se realiza cada mes, las evidencias son los reportes de la plataforma de la UIAF.
- Revisión de cambios, actualizaciones o nuevas inclusiones en listas restrictivas de los vinculados, se realiza permanente.
- Aplicación de acciones preventivas o correctivas conforme a la política (suspensión, no vinculación, terminación contractual).
- Sensibilización al personal sobre la política y el uso de listas restrictivas.

- **Política de Conocimiento de Personas Expuestas Políticamente (PEP).**

Del seguimiento realizado a la política de identificación y gestión de Personas Expuestas Políticamente (PEP) en el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., se evidencia que la institución cuenta con un procedimiento formalmente establecido para la identificación de PEP, basado en el mecanismo de autodeclaración mediante el formato DE-F-26 – Formato Único de Conocimiento Usuario Particular y PEP, aplicado al momento de la vinculación.

Asimismo, se observa que la política contempla controles adicionales para los casos en que se establezca una relación contractual con una Persona Expuesta Políticamente, tales como la autorización del Representante Legal, la notificación a la Junta Directiva y la aplicación de un proceso de Debida Diligencia Ampliada, lo cual es consistente con un enfoque basado en riesgo.

	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

No obstante, la efectividad del control depende del correcto diligenciamiento del formato, la verificación periódica de la información suministrada y el seguimiento continuo a las relaciones contractuales vigentes, aspectos que requieren mantenerse de forma sistemática para fortalecer la mitigación del riesgo de LA/FT/FPADM.

- **Política de Conocimiento de Contraparte: cliente, proveedor, usuario**

El Hospital Departamental María Inmaculada, tiene definidos mecanismos formales para el conocimiento de contrapartes, alineados con el SARLAFT, que cubren las etapas de selección, vinculación, permanencia y cese de las relaciones, así como el monitoreo de operaciones.

La política se operacionaliza mediante formatos: DE-F-27 para clientes, proveedores y contratistas; DE-F-26 para usuarios particulares, PEP y cuando las operaciones en efectivo superan los \$5 millones; y DE-F-28 para miembros de Junta Directiva, aplicado al ingreso y actualizado anualmente, complementado con la Declaración de Bienes y Rentas del DAFP.

El seguimiento evidencia que los procedimientos permiten la identificación, verificación y actualización de la información, contribuyendo a la mitigación del riesgo de LA/FT/FPADM; no obstante, su efectividad depende del cumplimiento oportuno, la trazabilidad documental y el control periódico por parte de las áreas responsables.

- **Política de Manejo de Efectivo**

El Hospital aplica una política restrictiva frente al uso de efectivo, limitándolo únicamente a excepciones reglamentadas como cajas menores, devoluciones de excedentes dentro de los topes establecidos y avances previamente autorizados por la Gerencia.

El Oficial de Cumplimiento realiza revisión mensual de los pagos en efectivo con el fin de identificar recurrencia, montos inusuales y operaciones atípicas, fortaleciendo el control y monitoreo del riesgo LA/FT/FPADM.

La política define umbrales claros para el reporte interno de operaciones en efectivo y depósitos múltiples, permitiendo el análisis oportuno y, de ser necesario, el reporte a la UIAF.

En general, se evidencia cumplimiento de la política y la existencia de controles adecuados para mitigar el riesgo asociado al manejo de efectivo.

- **Política de Proveedores, Contratistas**

El Hospital Departamental María Inmaculada. aplica controles en los procesos de contratación orientados a verificar la legalidad del origen de los bienes y servicios adquiridos, así como el cumplimiento de los requisitos de nacionalización, licencias y autorizaciones cuando aplica.

	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

En los casos en que se identifican alertas relacionadas con el origen de los recursos del proveedor, se exige declaración del representante legal como mecanismo de mitigación del riesgo LA/FT/FPADM.

Adicionalmente, se realiza verificación del país de origen de equipos e insumos médicos importados, priorizando aquellos provenientes de jurisdicciones clasificadas como de mayor riesgo según el Índice de Basilea.

Las áreas de Almacén General y Contratación efectúan análisis comparativos de precios frente al mercado cuando se presentan ofertas significativamente inferiores, con el fin de identificar posibles operaciones inusuales y fortalecer el control preventivo.

- **Políticas SICOF**

Las políticas institucionales que se presentan a continuación se encuentran enmarcadas dentro del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), en la medida en que constituyen instrumentos transversales de control, prevención y mitigación de conductas que puedan afectar la transparencia, la integridad y la correcta gestión de los recursos públicos. Estas políticas contribuyen de manera directa a la prevención de riesgos asociados a la corrupción, la opacidad administrativa y documental, el fraude y los conflictos de interés. Su inclusión en este apartado obedece a que su aplicación, seguimiento y monitoreo fortalecen el objetivo del SICOF y permiten evidenciar el compromiso institucional con una gestión íntegra, transparente y responsable. Se presentan las políticas a continuación:

Políticas Institucionales:

Política de Riesgo SICOF

El cumplimiento y seguimiento de la presente política se verifica en el marco del presente informe, en atención a que su alcance corresponde directamente a la evaluación del grado de implementación y cumplimiento del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF) y del SARLAFT/FPADM. En este sentido, el informe consolida el análisis de la gestión de riesgos, la aplicación de controles, la identificación de debilidades y las acciones de mejora asociadas a la prevención de la corrupción, la opacidad y el fraude durante el período evaluado, constituyéndose en el principal mecanismo de verificación del cumplimiento de esta política.

Política de Transparencia, Integridad y Lucha contra la Corrupción

El seguimiento y verificación del cumplimiento de esta política, durante el período evaluado, se realizó a través de diversas acciones institucionales orientadas al fortalecimiento de la integridad, la ética y la transparencia.

	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

- Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE): Se llevaron a cabo tres seguimientos cuatrimestrales, correspondientes a los periodos enero-abril, mayo-agosto y septiembre-diciembre, los cuales permitieron consolidar un nivel de avance del 89% del programa para la vigencia 2025.
- Código de Conducta y Buen Gobierno: Se ejecutaron dos jornadas de capacitación en materia de SARLAFT, SICOF, PTEE y Código de Conducta y Buen Gobierno, socializadas mediante acta 062 y acta 075, dirigidas al fortalecimiento de la cultura ética y de cumplimiento en la entidad.
- Comité de Conducta y Buen Gobierno: Se realizaron tres sesiones del comité, socializadas mediante acta No. 3 del 15-06-2025, Acta No. 4 del 24-11-2025 y acta No. 5 del 30-12-2025, en las cuales se analizaron aspectos relacionados con el comportamiento ético institucional, la promoción de buenas prácticas, la prevención de conductas indebidas y la identificación de oportunidades de mejora, contribuyendo al fortalecimiento de una gestión íntegra, ética y transparente en el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Política de Seguridad de la Información, lineamientos de uso y manejo

El seguimiento a la Política de Seguridad de la Información se realiza a través del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, cuyos avances y controles son monitoreados mediante indicadores de desempeño que permiten evaluar la efectividad de la gestión, la atención de incidentes y la protección de la información institucional. Dichos indicadores son reportados y evidenciados en la plataforma DARUMA, garantizando la trazabilidad, el control y la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información. Los indicadores son:

- Porcentaje de incidentes con el sistema de información resueltos en 24 horas.
- Tasa de accesos no autorizados a la página web institucional.
- Porcentaje de efectividad de solicitudes por medio de tickets
- Porcentaje de efectividad de solicitudes por medio de tickets
- Porcentaje Avance en la implementación del SGSI (Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información)
- Obsolescencia de equipos de cómputo (PC, impresoras, escanner)

Política Tratamiento protección de datos de los Titulares HDMI

El seguimiento a esta política se articula con el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF), en tanto el adecuado tratamiento de los datos personales y la protección de la información sensible constituyen controles clave para la prevención de riesgos de opacidad documental, uso indebido de la información y posibles conductas fraudulentas.

La verificación de su cumplimiento se soporta en el informe de la matriz de riesgos del área de Sistemas, donde se realiza seguimiento al manejo de las bases de datos institucionales, la seguridad de la información y la aplicación de buenas prácticas en el tratamiento de los datos de los pacientes, incluyendo la recomendación del cambio periódico de contraseñas en los sistemas que contienen información sensible. Dicho

	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

informe es igualmente verificado por el Oficial de Cumplimiento como insumo para el informe trimestral de gestión de riesgos SARLAFT–SICOF–PTEE, lo que permite evidenciar la trazabilidad y el control efectuado sobre esta política.

Políticas generales:

- La entidad orienta su gestión bajo un enfoque de integridad institucional, fomentando la responsabilidad, la ética y la legalidad en todas las actuaciones, con el fin de prevenir cualquier conducta que pueda afectar la confianza pública y la correcta administración de los recursos. Se reconoce que la transparencia, la rendición de cuentas y el apego a la normativa vigente son pilares fundamentales para garantizar un servicio oportuno y de calidad a la ciudadanía.
- Se promueve la corresponsabilidad de todos los colaboradores en la identificación, prevención y mitigación de riesgos asociados a la corrupción, la opacidad y el fraude, impulsando la participación activa en la construcción de un entorno laboral seguro, confiable y orientado al cumplimiento de los objetivos institucionales.
- La gestión administrativa y operativa se desarrolla con criterios de eficiencia, economía y efectividad, asegurando que las decisiones se fundamenten en información veraz y verificable, que permita optimizar el uso de los recursos y alcanzar resultados que beneficien de manera directa a la comunidad atendida por la entidad.
- Se establece como principio rector la mejora continua de los procesos y servicios, fortaleciendo las capacidades institucionales y adaptándose a los cambios normativos, tecnológicos y sociales, de manera que se mantenga un alto estándar de calidad, integridad y sostenibilidad en la gestión pública.

Las políticas generales se mantienen en los términos definidos institucionalmente y su seguimiento se realiza de manera transversal mediante auditorías internas, informes de gestión, seguimiento a riesgos SICOF–SARLAFT–PTEE, y la evaluación continua del cumplimiento normativo y de los principios de integridad, eficiencia y mejora continua en los procesos administrativos y operativos de la entidad.

Políticas específicas:

Política de transparencia y acceso a la información

El seguimiento se efectúa a través de los informes trimestrales elaborados por el Webmaster, en los cuales se verifica la actualización, administración y monitoreo del portal web institucional y del módulo de transparencia, como mecanismo clave para prevenir la opacidad y garantizar el acceso a la información pública.

Política de Conflictos de Intereses

El cumplimiento de esta política se verifica mediante el informe de auditoría interna del primer y segundo semestre de 2025 realizada por el Oficial de Cumplimiento a los procesos de Contratación y Talento humano, evaluando la correcta declaración,

	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

registro y gestión de los conflictos de interés, como medida preventiva frente a riesgos de corrupción y fraude.

Política de Control Interno

El cumplimiento de esta política se verifica mediante los informes de auditoría interna del primer y segundo semestre de 2025 realizados por el Oficial de Cumplimiento, garantizando la mejora continua del sistema de control interno y la mitigación de riesgos críticos.

Política de Compras y adquisiciones

El cumplimiento de esta política se verifica mediante los informes de auditoría interna del primer y segundo semestre de 2025 realizados por el Oficial de Cumplimiento, evaluando la planeación, publicación y ejecución de los contratos, así como el cumplimiento de los principios de transparencia, legalidad y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Política de denuncias

El seguimiento a la Política de Denuncias se realiza de manera continua mediante el monitoreo permanente del Canal de Denuncias SICOF, dispuesto para la recepción de denuncias relacionadas con presuntos actos de corrupción, opacidad, fraude u otras irregularidades. Para el presente periodo no se registraron denuncias a través de dicho canal; no obstante, se mantiene la vigilancia constante de su funcionamiento y la socialización periódica de su gestión ante el Comité de Conducta y Buen Gobierno, como parte del compromiso institucional con la transparencia, la prevención y el fortalecimiento de la cultura de integridad.

	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

INDICADORES DE EFICACIA

		MEJORAMIENTO CONTINUO												CÓDIGO	MC-F-58
		FORMATO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												VERSIÓN	002
														VIGENCIA	2023/09/20
PROCESO:		DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO - Vigencia 2025													
ACTIVIDAD	SEGUIMIENTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SARLAFT (Actividades de cumplimiento)	PROGRAMADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100	1. Reporte de Operaciones Sospechosas (ROS). 2. Reporte CED09_Reporte Proveedores 3. Reporte CED09_Reporte Procedimientos. 4. Reporte de Ausencia de Transacciones Individuales y múltiples en Efectivo.
	EJECUTADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Informes SARLAFT-SICOF	PROGRAMADO		1	1			1			1			1	100	Cronograma de informes: 1. Informe ante la Junta Directiva de la vigencia anterior. 2. Informe de seguimiento y monitoreo trimestral 3. Informe Semestral a la gerencia. 4. Informe SARLAFT a 31 Dic
	EJECUTADO		1	1			1			1			1		
Auditoría SARLAFT	PROGRAMADO							1					1	100	Realizar auditoría a los procesos referente a SARLAFT - SICOF
	EJECUTADO							1					1		
Capacitaciones SARLAFT-SICOF	PROGRAMADO			1			1			1			1	100	Capacitación todo el personal de HDMI. 1. Inducción 2. Reinducción 3. Generalidades de SARLAFT (Trimestral)
	EJECUTADO			1			1			1			1		
Elaborar y/o Actualizar manual de SARLAFT - SICOF - Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude y realizar seguimiento de la adherencia del mismo.	PROGRAMADO	1		1				1					1	100	1.Documento elaborado, aprobado y divulgación a las partes interesadas 2.Seguimiento semestral de la adherencia del Manual SICOF
	EJECUTADO	1		1				1					1		
Autoevaluación de gestión de Riesgos - Super Salud	PROGRAMADO									1				100	Formulario Lineamientos generales y específicos diligenciados y enviados
	EJECUTADO									1					

El seguimiento a los indicadores de eficacia permite evidenciar que las actividades definidas en el cronograma fueron ejecutadas conforme a lo programado, alcanzando un cumplimiento del 100 % durante la vigencia evaluada. Lo anterior demuestra que la planeación establecida fue adecuada y coherente con los objetivos del proceso, y que se realizó un seguimiento oportuno que permitió garantizar la ejecución efectiva de cada una de las actividades.

Asimismo, el cumplimiento integral del cronograma refleja una adecuada articulación entre los responsables, el control de los tiempos establecidos y la correcta aplicación de los lineamientos definidos, sin presentarse desviaciones significativas que afectaran el logro de los resultados esperados. En consecuencia, los indicadores de eficacia evidencian un desempeño satisfactorio del proceso, contribuyendo al fortalecimiento del sistema y al cumplimiento de los objetivos institucionales.

AUTOEVALUACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS

En cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, las entidades vigiladas deben realizar de manera anual la autoevaluación de la gestión de riesgos, como un instrumento de seguimiento y verificación del nivel 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

madurez, implementación y efectividad de los sistemas de administración del riesgo, entre ellos el SARLAFT/FPADM y SICOF. Esta autoevaluación se estructura a partir de un cuestionario estandarizado que contempla preguntas de carácter general y específico, organizadas por tipo de riesgo y por las diferentes etapas de la gestión del riesgo (identificación, medición, control y monitoreo).



Para la vigencia 2024 evaluada, la autoevaluación de riesgos fue diligenciada de manera articulada entre la Profesional de Gestión de Riesgos de la entidad y el Oficial de Cumplimiento, quienes lideraron el proceso de recopilación, validación y consolidación de la información. Para tal fin, se solicitó el soporte documental y las evidencias correspondientes a los líderes y responsables de los distintos procesos institucionales, en relación con la gestión de los riesgos bajo su competencia, garantizando un enfoque integral, participativo y basado en evidencia.



SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

DELEGADA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

AUTOEVALUACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD - IPS C1, C2 y D1

INFORMACIÓN GENERAL			
ITEM	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	OBSERVACIONES
1	NIT de la entidad	Abierta	Sin espacios, puntos ni dígito de verificación
2	Razón Social	Abierta	
3	Nombre completo de la persona que responde el cuestionario	Abierta	
4	Cargo de la persona que responde el cuestionario	Abierta	
5	Correo electrónico de la persona que diligencia el cuestionario	Abierta	
6	¿Su entidad pertenece a grupo empresarial?	Dicotómica: Si/No	
7	¿Su entidad es una Empresa Social del Estado?	Dicotómica: Si/No	
8	Grupo IPS	Selección única: ☐ C1 ☐ C2 ☐ D1	Grupo en el que estaba clasificado ante la SNS a 31/12/2024

LINEAMIENTOS GENERALES

ITEM	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	OBSERVACIONES
Generalidades e Identificación			
9	Seleccione el grado de implementación y evaluación del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subistemas de Administración de Riesgos alineado a la Política de Gestión	Selección única: ☐ Sin avances ☐ Bajo (fase de identificación) ☐ Medio: (Identificación + Evaluación) ☐ Alto: (Identificación + Evaluación + Control)	Salto automático: si en esta pregunta responde Medio, Alto o Sin avances, se saltará la pregunta 10.

	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

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO			
ÍTEM	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	OBSERVACIONES
Designación formal del oficial de cumplimiento			
35	¿Existe acta de Junta Directiva en la que se oficializó el nombramiento del Oficial de Cumplimiento?	Requiere de selección única: +SI +NO	Acta No 002 del 6 de febrero de 2017
36	¿El Oficial de cumplimiento depende directamente del Órgano de Administración o Dirección dentro de la estructura organizacional y funcional de la entidad (primer segundo nivel) y debe ser empleado directo de la entidad?	Requiere de selección única: +SI +NO	El Oficial de Cumplimiento es el jefe de la Oficina Asesora de Planeación de la E.S.E.
37	¿Se realizó el curso de Sistema «RICE» de la Superintendencia Nacional de Salud de Inspección, Evaluación y modificación del Oficial de Cumplimiento y se cuenta con la evidencia en la Circular Sistema 005 de 2018?	Requiere de selección única: +SI +NO	ver Junta opción en L. específicos
38	¿Se han identificado posibles conflictos de interés entre las funciones del Oficial de Cumplimiento y las del cargo adjunto que desempeña?	Requiere de selección única: +SI +NO +OTRO (se tiene cargo adjunto)	
Perfil y Competencias			
39	¿El Oficial de Cumplimiento cuenta con certificación de estudios universitarios, especialización o diplomado en administración de riesgos, en especial riesgo LA/FT, expedido por institución autorizada?	Requiere de selección única: +SI +NO	Si la respuesta es en "SI" pasa a la pregunta 42, de lo contrario pasa a la siguiente pregunta
40	¿En ausencia de certificaciones académicas anteriores, ¿se cuenta con documentos que acrediten al menos cuatro años de experiencia laboral en administración y gestión de riesgos?	Requiere de selección única: +SI +NO	
41	¿El Oficial de Cumplimiento ha finalizado el curso e-learning de la OIR y se cuenta con certificación?	Requiere de selección única: +SI +NO	
Estructura de Apoyo			
42	¿El Oficial de Cumplimiento cuenta con independencia funcional y poder de decisión dentro de la IPS?	Requiere de selección única: +SI +NO	
43	¿El Oficial de Cumplimiento cuenta con un equipo de trabajo que respalde la implementación y gestión del SARLAFT?	Requiere de selección única: +SI +NO	
44	¿Los recursos asignados al Oficial de Cumplimiento permiten la ejecución efectiva del Plan de Trabajo durante la vigencia 2024?	Requiere de selección única: +SI +NO	
Operación Efectiva			
45	¿En el periodo evaluado, la entidad realizó oportunamente los reportes a través de la plataforma SIFI?	Selección única: +SI +NO	
46	¿En el periodo evaluado, la entidad realizó oportunamente los reportes a través de la plataforma SIFI?	Selección única: +SI +NO	
47	¿Cuál fue el porcentaje de ejecución del plan de trabajo que incluye políticas, procedimientos y metodologías de monitoreo de riesgos a su cargo?	Requiere de selección única: + Bajo (<25) + Medio (> 25 y <=50) + Medio - Alto (>50 y <=75) + Alto (>75)	
Seguimiento y mejora continua:			
48	¿Qué nivel de gestión logró el Oficial de Cumplimiento en la formulación, ejecución y seguimiento de planes de mejora durante la vigencia evaluada?	Requiere de selección única: + Bajo (<25) + Medio (> 25 y <=50) + Medio - Alto (>50 y <=75) + Alto (>75)	NO SE REALIZARON PLANES DE MEJORA

SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021			
El SARLAFT es el sistema de prevención y control que deben implementar los agentes que componen el SG355 para la adecuada gestión del riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LA/FT), en virtud del cual, tales agentes deben adoptar procedimientos y herramientas que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo de su objeto social y que se ajusten a su tamaño, actividad económica, forma de comercialización y demás características particulares. El mencionado sistema debe comprender el diseño, aprobación e implementación de políticas y procedimientos para la prevención y control del riesgo de LA/FT. Las políticas y procedimientos que se adopten deben permitir el eficiente, efectivo y oportuno funcionamiento del SARLAFT y traducirse en reglas de conducta y procedimientos que orienten la actuación de la entidad, sus empleados y socios.			
ÁMBITO DE APLICACIÓN: INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (IPS) GRUPOS C1, C2 Y D1			
ÍTEM	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	OBSERVACIONES
Generalidades e identificación			
7	¿La metodología aplicada por la entidad para la identificación de riesgos de LA/FT contempla como mínimo: el análisis del contexto interno y externo y los factores de riesgo de LA/FT?	Selección única: +SI +NO	
8	¿La entidad ha establecido los procedimientos que contemplen análisis de riesgos LA/FT cuando se incursione en nuevos mercados o se ofrezcan nuevos servicios?	Selección única: +SI +NO +No Aplica	No Aplica: cuando en la vigencia evaluada la entidad no incurrió en nuevos mercados o no ofreció nuevos servicios
9	La entidad cuenta con procesos y/o procedimientos para la aplicación de la debida diligencia con las siguientes contrapartes: • Clientes y usuarios • Personas Expuestas Políticamente - PEP • Asociados (Para las E.S.E. seleccione NO) • Trabajadores, empleados y proveedores	Matriz de selección única por cada ítem: +SI +NO	SE TIENEN LOS FORMATOS: DE-F-26 FORMATO CONOCIMIENTO USUARIO PARTICULAR Y PEP DE-F-27 SARLAFT
10	¿La entidad cuenta con procesos y procedimientos que le permitan conocer la procedencia de los aportes que los socios y/o accionistas hacen en dinero o en especie?	Selección única: +SI +NO +No Aplica	No Aplica: opción válida solo para las ESE
11	¿La entidad cuenta con procesos y/o procedimientos para consultar de forma permanente las listas vinculantes para Colombia de los miembros de la organización (clientes, usuarios, PEP, socios, trabajadores, empleados y proveedores)?	Selección única: +SI +NO +PARCIAL (el proceso no está definido para todas las contrapartes de la organización)	Se consultan las listas vinculantes y restrictivas en tustados.co
Evaluación y Medición			

SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOOF CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021			
Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos: * Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de las entidades sometidas a inspección y vigilancia evitando situaciones de Corrupción, Opacidad y Fraude. Para el efecto, se entiende por eficacia la capacidad de alcanzar las metas y/o resultados propuestos; por eficiencia la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo. * Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad y Fraude, originados tanto al interior como al exterior de las organizaciones. * Realizar una gestión adecuada de los Riesgos.			
ÁMBITO DE APLICACIÓN: TODAS LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (IPS)			
ÍTEM	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	OBSERVACIONES
Generalidades e identificación			
20	¿La entidad contempló dentro de la etapa de identificación de riesgos de COF el análisis del contexto interno y externo, los factores de riesgos y las partes interesadas del negocio?	Selección única: +SI +NO +PARCIAL (analizó algunos ítems del enunciado)	
21	¿El Representante Legal designó el área o responsable de la implementación y seguimiento del SICOOF?	Selección única: +SI +NO	Oficial de Cumplimiento
22	¿El Oficial de Cumplimiento o Persona Encargada elaboró el plan anual de acción del SICOOF y le dio cumplimiento?	Selección única: +SI +NO	
23	¿El Manual de prevención de COF contiene como mínimo los siguientes ítems?: políticas para la administración del riesgo, protección de personas denunciantes, confidencialidad de personas que informen posibles casos y mecanismos para mantener y gestionar los registros de eventos COF?	Selección única: +SI +NO +PARCIAL	Se tienen políticas SICOOF en el manual pero no se mencionan: protección de personas denunciantes confidencialidad de personas que informen posibles casos mecanismos para mantener y gestionar los registros de eventos COF
Evaluación y Medición			
24	¿La entidad implementó una metodología y/o técnica para la medición del riesgo COF que permite determinar la probabilidad de ocurrencia y el impacto del riesgo?	Selección única: +SI +NO	Matriz de riesgos priorizada SARLAFT, SICOOF y PTEE
25	¿La entidad calculó el perfil de riesgo inherente de COF para el periodo evaluado?	Selección única: +SI +NO	
Control y Tratamiento			

En lo correspondiente a los riesgos asociados al SARLAFT/FPADM, SICOOF y PTEE,

	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

la información fue suministrada directamente por el Oficial de Cumplimiento, quien aportó los soportes relacionados con la implementación del sistema, la aplicación de controles, el uso de formatos, la gestión de alertas y las actividades de monitoreo realizadas durante el período evaluado. A continuación, se incorpora evidencia del diligenciamiento y envío de la autoevaluación de riesgos ante la Superintendencia Nacional de Salud realizado el 24 de septiembre de 2025, como respaldo del cumplimiento de esta obligación normativa.

4/9/25, 9:01 a.m.

Autoevaluación Sistema Integrado de Gestión de Riesgos - Lineamientos Generales



Autoevaluación Sistema Integrado de Gestión de Riesgos - Lineamientos Generales

Marco Normativo: Circulares Externas 009 de 2016, 2021170000004-5 de 2021 y 2021170000005-5 de 2021 Con el propósito de fortalecer la gestión institucional del riesgo en el marco de los lineamientos establecidos por esta Superintendencia, se aplicará el siguiente cuestionario de autoevaluación. Esta herramienta permitirá a las entidades vigiladas:

- **Evaluar el nivel de implementación y cumplimiento** de los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (SIGR).
- **Determinar el avance comparativo** frente a la autoevaluación anterior, identificando mejoras implementadas y áreas por fortalecer.
- **Generar insumos clave para la toma de decisiones** en materia de inspección, vigilancia y autorregulación, así como orientar el diseño de herramientas y metodologías que impulsen el monitoreo continuo y la mejora institucional.

	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

24/9/25, 9:03 a.m.

AUTOEVALUACIÓN DEL NIVEL IMPLEMENTACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS



**AUTOEVALUACIÓN DEL NIVEL
IMPLEMENTACIÓN DE LOS
LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS**

SOBRE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

Marco Normativo: Circulares Externas 009 de 2016, 2021170000005-5 de 2021 y 2021170000004-5 de 2021.

Con el fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos legales y el grado de implementación de los Subsistemas de Administración de Riesgos del SIGR, esta Superintendencia aplicará el siguiente cuestionario de autoevaluación. Este ejercicio permitirá comparar los avances frente a la primera aplicación, identificar oportunidades de mejora y fomentar la autorregulación y el fortalecimiento continuo de la gestión del riesgo.

Se advierte al vigilado que el **plazo para dar respuesta al cuestionario va hasta el 30 de septiembre de 2025.**

5. RESULTADOS DE CONSULTAS REALIZADAS AÑO 2025

Durante la vigencia 2025 se realizaron 3.173 consultas 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 enero hasta el 31 de diciembre de 2025, permitiendo la identificación de diversos hallazgos dentro de las bases de datos consultadas.

En total, se llevaron a cabo 3.173 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 2025, se realizaron un total de 3.173 consultas, dentro de las cuales 1.712 presentaron hallazgos clasificados en niveles alto, medio o bajo. Esta 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.

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

A lo largo de la vigencia 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 enero y el 31 de diciembre de 2025, se identificaron diversos hallazgos.

DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS CON HALLAZGOS: En el periodo de tiempo se realizaron 3.173 consultas dentro de las cuales se encontraron 1712 con hallazgos altos, medios o bajos distribuidos de la siguiente manera:

	Altos	Medios	Bajos	Informativos	Sin	Total
CC	99	1.275	54	1.155	1	2.584
NIT	36	203	25	283	4	551
CE	10	7	1	2	7	27
PPT	1	0	0	3	0	4
NOMBRE	0	1	0	1	0	2
PP	0	0	0	4	0	4
INT	0	0	0	1	0	1
Total	146	1.486	80	1.449	12	3.173

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



Fuente: Estadística Tusdatos.co

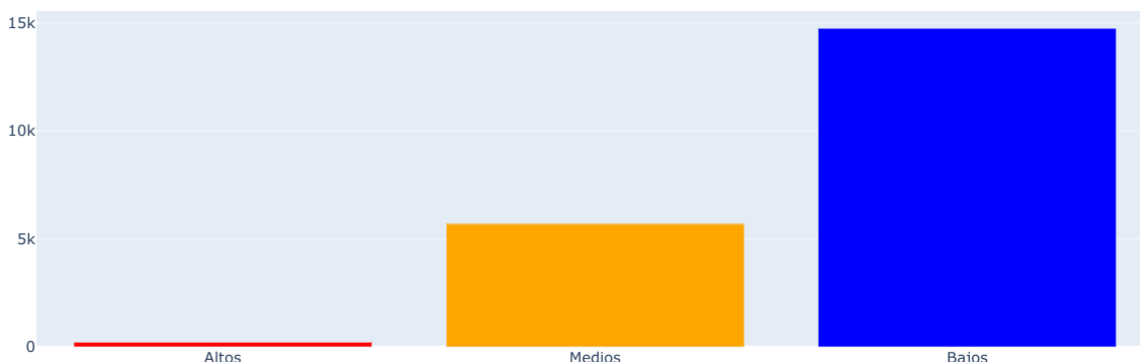
DISTRIBUCIÓN DE LOS HALLAZGOS SEGÚN NIVEL: En total se encontraron 20.647 hallazgos, sin incluir los informativos, distribuidos de la siguiente forma:

Altos	Medios	Bajos
209	5688	14750

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

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

Distribución de hallazgos por criticidad



Fuente: Estadística Tusdatos.co

A continuación, se listan los hallazgos según su nivel:

ALTOS: 209

HALLAZGO	CANTIDAD
No se pudo determinar la validez del documento	78
Policía Nacional: El documento consultado registra con posibles antecedentes.	16
Registraduría: El titular aparece como fallecido	11
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	9
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	9
Rama Unificada: Registra delito fuente que podría materializar Lavado de activos y/o Financiación del terrorismo (LAFT): EXTORSION. Estudiar evidencia	7
Delitos JEPMS: Tráfico de estupefacientes (Contra la Salud Publica)	7
Rama Unificada: Registra delito fuente que podría materializar Lavado de activos y/o Financiación del terrorismo (LAFT): DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. Estudiar evidencia	6
Rama JEPMS: Registra en Florencia (Contra la Salud Publica)	6
Rama JEPMS: Registra en Cali (Contra la familia)	5
Rama Unificada: Registra delito fuente que podría materializar Lavado de activos y/o Financiación del terrorismo (LAFT): TRAFICO DE ARMAS. Estudiar evidencia	4
Registraduría: Estado del documento: CANCELADA POR MUERTE	3
RUAF: El titular aparece como difunto	3

	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

HALLAZGO	CANTIDAD
Delitos JEPMS: Tráfico de estupefacientes	3
SECOP Sanciones: El documento consultado registra con una sanción por parte de las autoridades competentes relacionadas con el Sistema Electrónico de Contratación Pública.	3
Rama JEPMS: Registra en Cali	2
Rama JEPMS: Registra en Florencia (Contra la vida y la integridad personal)	2
Delitos JEPMS: Lesiones personales (Contra la vida y la integridad personal)	2
SIMIT: El documento consultado cuenta con más de 20 millones en multas de tránsito en el Sistema de Información sobre Multas y Sanciones por Infracción de Tránsito.	2
Rama JEPMS: Registra en Florencia (Contra la seguridad pública)	2
Delitos JEPMS: Porte ilegal de armas de defensa personal o uso privativo FF. MM. (Contra la seguridad pública)	2
INPEC: El titular del documento se encuentra privado de la libertad.	2
Procuraduría: El documento consultado se encuentra registrado en el Sistema de Información de Registro de Sanciones y Causas de Inhabilidad.	2
Rama JEPMS: Registra en Neiva (Contra el patrimonio económico)	2
Delitos JEPMS: Hurto calificado y/o agravado (Contra el patrimonio económico)	2
Rama JEPMS: Registra en Neiva	2
Rama JEPMS: Registra en Florencia	2
Noticias Criminales (denominación): Noticias fiscalía general de la Nación LAFT (Búsqueda por Nombre)	2
Personería de Bogotá: El documento consultado presenta sanciones e inhabilidades disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C.	1
Rama JEPMS: Registra en Cali (Contra la vida y la integridad personal)	1
Delitos JEPMS: Homicidio culposo (Contra la vida y la integridad personal)	1
Rama JEPMS: Registra en Neiva (Contra la Salud Publica)	1
Juzgados TYBA: Registra delito fuente que podría materializar Lavado de activos y/o Financiación del terrorismo (LAFT): TRAFICO DE ARMAS. Estudiar evidencia	1
Rama JEPMS: Registra delito fuente que podría materializar Lavado de activos y/o Financiación del terrorismo (LAFT): DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD PUBLICA. Estudiar evidencia	1
Rama JEPMS: Registra en Ibagué (CONTRA LA SALUD PÚBLICA -)	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	1
Registraduría: Estado del documento: CANCELADA POR DOBLE CEDULACIÓN	1
Rama Unificada: Registra delito fuente que podría materializar Lavado de activos y/o Financiación del terrorismo (LAFT): REBELIÓN. Estudiar	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 CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM	VERSIÓN	001
		VIGENCIA	2025

HALLAZGO	CANTIDAD
evidencia	
Migración Colombia: El documento consultado no se encuentra registrado en migración Colombia.	1
Banco Mundial: Registra como empresa o individuo no elegible	1
Insolvencias Supersociedades: registra con un proceso de insolvencia en la Superintendencia de Sociedades.	1

MEDIOS: 5.688

HALLAZGO	CANTIDAD
Rama Unificada: El nombre consultado registra como DEMANDADO en uno o varios procesos civiles	1849
Rama Unificada: El nombre consultado registra como DEMANDADO en uno o varios procesos laborales	760
Rama Unificada: El nombre consultado registra como DEMANDADO en uno o varios procesos penales	358
Rama Unificada: El nombre consultado registra como DEMANDADO en uno o varios procesos de Familia	297
RUAF: Estado de afiliación a Pensiones: Inactivo	288
RUNT: El titular consultado no se encuentra a Paz y Salvo en el Registro Único Nacional de Tránsito.	230
Rama Unificada: El nombre consultado registra como DEMANDADO en uno o varios Juzgados de Pequeñas Causas	216
Garantías Mobiliarias: El titular del documento registra con Garantías Mobiliarias.	214
Rama Unificada: El nombre consultado registra como DEMANDADO en uno o varios procesos administrativos	176
Juzgados TYBA: Registra en proceso de un Juzgado Promiscuo	167
RUAF: No se encontraron afiliaciones en ARL	165
Juzgados TYBA: Registra en proceso civil	164
RUAF: Estado de afiliación a Pensiones: Activo no cotizante	85
Juzgados TYBA: Registra en proceso familia	75
Rama Unificada: Registra como DEMANDADO en un proceso no identificado (Estudiar evidencia)	54
Juzgados TYBA: Registra en proceso laboral	53
RUAF: Estado de afiliación a Pensiones: Retirado	53
Juzgados TYBA: Registra en proceso penal	51
Juzgados TYBA: Registra en proceso de un Juzgado de Pequeñas causas	49
RUAF: No se encontraron afiliaciones en Pensiones	47
Rama Unificada: El nombre consultado registra como DEMANDADO en uno o varios Juzgados Promiscuos	40
Juzgados TYBA: Registra en proceso administrativo	38
RUAF: Estado de afiliación a Pensiones: Activo	32
Contratación Pública (SECOP): Grandes contratistas del estado en	29

	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

Colombia	
PEPS Nacionales: Candidatos a elecciones	22
PEPS Nacionales: Funcionarios partidos políticos y candidatos no elegidos	21
RUAF: Afiliación a salud: Retirado	21
Juzgados TYBA: El documento consultado registra con uno o varios procesos en calidad de demandado o demandante.	19
RUAF: No se encontraron afiliaciones en Salud	14
Registraduría: Errores en consulta: Fecha de expedición invalida	14
RUAF: Afiliación a salud: Suspensión por mora.	12
RNMC: El documento consultado registra como infractor o responsable de cometer una violación al Código de Policía en el Registro Nacional de Medidas Correctivas	10
PEPS Nacionales: Estructura de Gobierno	10
RUAF: Afiliación a salud: Protección Laboral Colombia	8
PEPS Nacionales: Relacionados a PEPS Colombia	7
PEPS Nacionales (denominación): Funcionarios partidos políticos y candidatos no elegidos (Búsqueda por Nombre)	6
PEPS Nacionales: PEPS registrados en SIGEP	6
SIMIT: El documento consultado cuenta con más de 10 millones en multas de tránsito en el Sistema de Información sobre Multas y Sanciones por Infracción de Tránsito.	5
Delitos JEPMS: Inasistencia alimentaria (Contra la familia)	5
Offshore Leaks: El nombre consultado registra en Panama Papers	3
Delitos JEPMS: Inasistencia alimentaria	3
PEPS Nacionales (denominación): Relacionados a PEPS Colombia (búsqueda por Nombre)	3
Boletines: Entes Sancionados SECOP	3
RUAF: Afiliación a salud: Afiliado fallecido	2
PEPS Nacionales (denominación): Estructura de Gobierno (Búsqueda por Nombre)	1
Offshore Leaks: El nombre consultado registra en Paradise Papers	1
Boletines: Noticias Procuraduría General de la Nación	1
Boletines: Boletines Superintendencia Financiera	1

BAJOS: 14.750

HALLAZGO	CANTIDAD
Rama Unificada: El nombre consultado registra como DEMANDANTE en uno o varios procesos civiles	2452
Noticias Reputacionales: El nombre consultado registra en al menos una noticia o sitio web.	2057
SISBEN: El documento consultado registra en la fuente Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales	1275
Rama Unificada: El nombre consultado registra como DEMANDANTE en uno o varios procesos administrativos	1177
Redes Sociales: El nombre consultado presenta coincidencia en alguna red	1078

	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

HALLAZGO	CANTIDAD
social	
Contratación Pública (SECOP): El documento consultado registra con una o más contrataciones públicas.	644
RUAF: Estado de afiliación a salud: Contributivo	620
RUAF: Tipo de afiliación a salud: COTIZANTE	596
Rama Unificada: El nombre consultado registra como DEMANDANTE en un proceso laboral	588
RUAF: No se encontraron afiliaciones en Cesantías	557
RUAF: No se encontraron afiliaciones en Caja de compensación	545
Rama Unificada: El nombre consultado registra como DEMANDANTE en uno o varios procesos de familia	473
Contratación Pública (SECOP 2): El documento consultado registra con una o más contrataciones públicas.	406
Rama Unificada: El nombre consultado registra como DEMANDANTE en uno o varios procesos penales	379
IMIT: El vehículo consultado presenta multas de tránsito en el Sistema de Información sobre Multas y Sanciones por Infracción de Tránsito.	324
Rama Unificada: Registra como demandante en un proceso no identificado (Estudiar evidencia)	268
Rama Unificada: El nombre consultado registra como DEMANDANTE en uno o varios Juzgados de Pequeñas Causas	262
Procuraduría: El documento consultado no registra dentro de la base de datos Sistema de Información de Registro de Sanciones y Causas de Inhabilidad.	171
RUAF: Estado de afiliación a salud: Subsidiado	141
RUAF: Tipo de afiliación a salud: CABEZA DE FAMILIA	137
SIGEP: El documento consultado registra en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público	127
Libreta Militar: Situación militar no definida.	115
Rama Unificada: El nombre consultado registra como DEMANDANTE en uno o varios Juzgados Promiscuo	101
Contaduría: Aparece en el Boletín de Deudores Morosos del Estado	100
Empresa Notable: La sociedad consultada se encuentra catalogada como una Empresa Notable.	49
SIMUR: El titular del documento registra con infracciones o sanciones de tránsito en el Sistema Integrado de Información de Movilidad Urbana y Regional.	45
RUAF: Tipo de afiliación a salud: BENEFICIARIO	28
IMIT: Tiene acuerdos de pago	28
Contaduría: Ha incumplido acuerdos de pago	7

	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

INFORMATIVOS: 11.292

HALLAZGO	CANTIDAD
RUT: El documento consultado se encuentra en el Registro Único Tributario.	1943
ReTHUS: El documento consultado se encuentra en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud	1691
Portal Anticorrupción de Colombia (PACO): El documento consultado registra con novedades	1416
SENA: El documento consultado cuenta con uno o más cursos o certificados en el Servicio Nacional de Aprendizaje	1392
RUNT: El titular consultado cuenta con licencia de conducción de motos en el Registro Único Nacional de Tránsito.	1216
RUNT: El titular consultado cuenta con licencia de automovil en el Registro Único Nacional de Tránsito.	1049
Libreta Militar: El titular del documento cuenta con libreta militar.: Reservista-2da Clase	484
RUNT: El titular consultado no cuenta con licencias activas en el Registro Único Nacional de Tránsito.	305
Rama Unificada: El nombre consultado puede tener uno o más procesos privados, detalles no disponibles.	243
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 1 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	236
RUNT: El titular consultado no cuenta con licencia de conducción de automóvil activa en el Registro Único Nacional de Tránsito.	134
Libreta Militar: El titular del documento cuenta con libreta militar.: Reservista-1ra Clase	121
COPNIA: El documento consultado registra en el Consejo Profesional Nacional de Ingeniería	118
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 2 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	95
RNBD: El documento consultado cuenta con bases de datos registrados en el directorio del Registro Nacional de Bases de Datos.	94
SIRNA - Registro Nacional de Abogados: El documento consultado cuenta con con tarjeta profesional de Abogado.	89
JCC: El documento consultado registra en la Junta Central de Contadores	66
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 3 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	56
RUNT: El titular consultado cuenta con licencia de conducción de camiones en el Registro Único Nacional de Tránsito.	54
COLPSIC: El documento consultado registra en el Colegio Colombiano de Psicólogos.	47
SIMUR: El vehículo registra con multas de tránsito en la ciudad de Bogotá	45
CPAE: El documento consultado registra en el Consejo Profesional de Administración de Empresas	43
OFAC: El nombre consultado en lista "Office of Foreign Assets Control OFAC" registra con coincidencias parciales.	35

	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

HALLAZGO	CANTIDAD
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 4 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	31
Superintendencia de Industria y Comercio: El nombre consultado registra con procesos, trámites y/o radicados en materia de consumo ante la SIC.	27
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 5 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	19
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 10 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	16
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 8 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	16
Personería de Bogotá: El documento consultado no se encuentra en la base de datos de la Personería de Bogotá.	15
CONSEJOPRO: El documento consultado registra en el Consejo Profesional Nacional.	13
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 7 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	11
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 6 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	10
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 32 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	8
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 9 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	8
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 29 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	6
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 22 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	6
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 13 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	6
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 15 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	5
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 17 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	4
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 26 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	4
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 16 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	4
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 14 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	4
CONALTEL: El documento consultado registra en el Consejo Profesional Nacional de Tecnólogos	3
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 24 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	3
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 28 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	3
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 11 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	3

	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

HALLAZGO	CANTIDAD
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 31 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	3
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 12 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	3
CONALPE: El documento consultado registra en el Consejo Nacional Profesional de Economía	3
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 52 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	3
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 33 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	3
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 57 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	3
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 45 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	3
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 30 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 21 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 23 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 20 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 19 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 353 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 43 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 107 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 59 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 27 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 36 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 139 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 51 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 142 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 814 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	2
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 62 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 CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM	VERSIÓN	001
		VIGENCIA	2025

HALLAZGO	CANTIDAD
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 41 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 69 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 133 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 85 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
CPBIOL: El documento consultado registra en el Consejo Profesional de Biología	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 756 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 109 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 97 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 739 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 708 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 80 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 67 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
CPIQ: El documento consultado registra en el Consejo Profesional de Ingeniería Química de Colombia	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 84 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 343 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 39 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 79 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 101 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 77 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 691 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 55 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 112 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 25 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 CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM	VERSIÓN	001
		VIGENCIA	2025

HALLAZGO	CANTIDAD
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 72 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 58 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 809 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 53 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 126 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 448 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 806 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 151 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 136 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 149 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 137 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 104 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 173 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 190 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 34 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 100 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 35 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 328 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 221 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1
Rama Unificada: El nombre consultado registra en 220 procesos con coincidencia parcial. Los resultados se presentan con fines informativos.	1

DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS:

Nivel	Nombre	Descripción
Alto	No cuenta con EPS	El documento consultado no registra EPS activa en la BDUA (Base Datos Única de Afiliados del Sistema

	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
	activa	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	PEP	El documento consultado registra en nuestra base de datos interna de PEP/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.
Medio	Multas de tránsito	El documento consultado presenta multas de tránsito a nivel nacional por más de un millones de pesos y menos de dos millones de pesos.

	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
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.

6. RESULTADO DE CAPACITACIONES

Durante 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, contratistas, de la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada, de acuerdo con la siguiente relación:

6.1. RELACIÓN DE PERSONAL CAPACITADO – PLATAFORMA

Durante la vigencia, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., a través de la Oficina Asesora de Planeación y bajo la coordinación del Oficial de Cumplimiento, desarrolló 4 jornadas institucionales de capacitación sobre los sistemas de riesgo SARLAFT, SICOF y PTEE, dirigidas al talento humano, funcionarios y contratistas de áreas clave para la gestión de riesgos, la transparencia institucional y la integridad pública. Las actividades se ejecutaron mediante estrategias complementarias: formación virtual y capacitación presencial directa en las oficinas.

FECHA	ACTA NO.	OBJETIVO	RESPONSABLES
31 de marzo de 2025	023	Fortalecer el conocimiento institucional sobre la normativa, estructura y mecanismos de aplicación de SARLAFT, SICOF, PTEE y Código de Conducta y Buen Gobierno, 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	1. Talento Humano 2. Almacén General 3. Contratación 4. Tesorería 5. Facturación
16 al 18 de junio de 2025	043		1. Talento Humano 2. Almacén General 3. Oficina de Contratación 4. Tesorería General 5. Contabilidad y Costos

	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

FECHA	ACTA NO.	OBJETIVO	RESPONSABLES
			6. Facturación 7. Sistemas Informáticos 8. Gestión Jurídica
12 al 17 de septiembre 2025	062		1. Talento Humano 2. Almacén General 3. Oficina de Contratación 4. Biomédica 5. Gestión Documental 6. Control Interno 7. Control Interno Disciplinario 8. Direccionamiento Estratégico 9. Subgerencia Administrativa 10. Gestión de Calidad
12 de noviembre al 05 de diciembre de 2025	075		1. Gerencia 2. Subgerencia Científica 3. Revisoría Fiscal 4. Ventanilla Única 5. Mantenimiento Hospitalario 6. Gestión Ambiental 7. Seguridad y Salud en el Trabajo 8. SIAU

6.2. CAPACITACIONES PRESENCIALES

En las jornadas presenciales desarrolladas durante la vigencia, se utilizó una metodología que abordó las áreas con mayor exposición al riesgo LA/FT - COF y los resultados de aprendizaje obtenidos. Las sesiones permitieron reforzar la apropiación del SARLAFT, SICOF y PTEE desde un enfoque práctico, facilitando el contacto directo con los responsables operativos, la socialización de experiencias y la generación de compromisos para el fortalecimiento del sistema. Se resalta la integración del conocimiento en los procesos misionales y la participación activa del talento humano como elemento clave para garantizar la sostenibilidad del sistema.

Esta actividad se desarrolló de manera presencial y descentralizada, mediante visitas a cada oficina, lo que permitió una atención directa y focalizada. Participaron 124 funcionarios y contratistas, abarcando 25 de las 39 áreas identificadas en la entidad (64%), distribuidos en las siguientes áreas:

- **Gestión Jurídica (3 asistentes):** área crítica en validación normativa de contratos y procesos sancionatorios.
- **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

	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

operativos.

- **Almacén General (16 asistentes):** responsables del control de inventarios, bienes institucionales y procesos logísticos con proveedores.
- **Gerencia (4 asistentes):** Instancia directiva responsable de la toma de decisiones estratégicas, la dirección institucional y el liderazgo en la implementación de políticas de integridad, transparencia y control organizacional.
- **Subgerencia Científica (3 asistentes):** Área misional encargada de la gestión clínica y asistencial, con impacto directo en la calidad de la atención, la seguridad del paciente y el cumplimiento de los lineamientos técnico-científicos y éticos en la prestación de servicios de salud.
- **Revisoría Fiscal (1 asistente):** Responsable de la vigilancia independiente sobre la gestión financiera, contable y administrativa, clave para el aseguramiento de la legalidad, la transparencia y el control del riesgo institucional.
- **Ventanilla Única (1 asistente):** Dependencia encargada de la recepción, radicación y direccionamiento de la documentación institucional, fundamental para la trazabilidad de la información, la atención al ciudadano y el cumplimiento de los principios de acceso y oportunidad.
- **Mantenimiento Hospitalario (2 asistentes):** Área responsable de la infraestructura, equipos biomédicos y condiciones locativas, con incidencia directa en la seguridad, la continuidad del servicio y la gestión de riesgos operativos y ambientales.
- **Gestión Ambiental (2 asistentes):** Proceso orientado al manejo adecuado de residuos, cumplimiento normativo ambiental y sostenibilidad institucional, contribuyendo a la mitigación de riesgos legales, sanitarios y reputacionales.
- **Seguridad y Salud en el Trabajo (2 asistentes):** Responsable de la prevención de riesgos laborales, protección del talento humano y cumplimiento de la normatividad en seguridad y salud ocupacional, con impacto transversal en todos los procesos institucionales.
- **SIAU (2 asistentes):** Área clave en la relación con los usuarios y la comunidad, encargada de la gestión de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, así como de la promoción de la transparencia, el enfoque de derechos y la mejora continua del servicio.
- **Talento Humano (6 asistentes):** responsables de la gestión documental, verificación de antecedentes, y procesos disciplinarios; fundamentales en el marco del sistema
- **Oficina de Contratación (9 asistentes):** Dependencia encargada de la planeación, ejecución y seguimiento de los procesos contractuales, con alta exposición a riesgos de COF, siendo fundamental la aplicación de controles preventivos, debida diligencia y cumplimiento de los lineamientos del programa.
- **Biomédica (4 asistentes):** Área responsable de la gestión, mantenimiento y control de los equipos biomédicos, con incidencia directa en la seguridad del paciente y en la gestión de riesgos operativos, contractuales y de integridad asociados a la adquisición y mantenimiento de tecnología médica.
- **Gestión Documental (6 asistentes):** Proceso encargado de la organización,

	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

conservación y custodia de la información institucional, clave para garantizar la trazabilidad documental, la transparencia administrativa y la prevención de riesgos de opacidad y pérdida de información.

- **Control Interno (3 asistentes):** Instancia responsable del aseguramiento del sistema de control interno, la evaluación independiente de procesos y la verificación del cumplimiento normativo, con un rol transversal en la identificación y mitigación de riesgos.
- **Control Interno Disciplinario (3 asistentes):** Área encargada de la investigación y trámite de procesos disciplinarios, fundamental para la gestión correctiva frente a conductas irregulares y el fortalecimiento de la cultura de legalidad y responsabilidad institucional.
- **Direccionamiento Estratégico (8 asistentes):** Proceso orientado a la definición de objetivos, planes y estrategias institucionales, con responsabilidad en la integración de los sistemas SARLAFT, SICOF y PTEE en la planeación y toma de decisiones estratégicas.
- **Subgerencia Administrativa (2 asistentes):** Dependencia responsable de la gestión administrativa y financiera, con impacto directo en la aplicación de controles internos, uso eficiente de los recursos y mitigación de riesgos operativos y de integridad.
- **Gestión de Calidad (11 asistentes):** Área encargada del diseño, implementación y mejora continua de los sistemas de gestión, articulando los objetivos del PTEE con los procesos institucionales y promoviendo el enfoque de mejora continua y cumplimiento normativo.

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, SICOF, PTEE y Código de Conducta y Buen Gobierno. 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



Evaluación de conocimientos:

Durante la vigencia 2025 se aplicaron evaluaciones de conocimientos en cada una de las jornadas de capacitación realizadas a lo largo de los cuatro trimestres, con el propósito de medir el nivel de apropiación institucional de los contenidos relacionados con el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), así como de los subsistemas SARLAFT y SICOF.

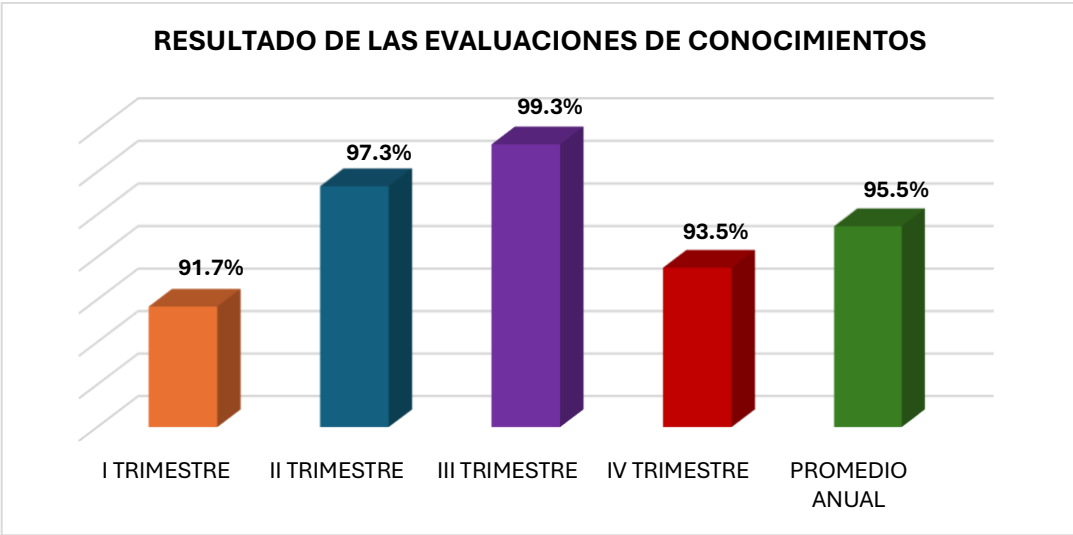
En el primer trimestre, la evaluación arrojó un resultado del 91,67%, evidenciando una adecuada comprensión de los principios, valores y estructura general del PTEE. No obstante, se identificaron oportunidades de mejora en el reconocimiento de algunos componentes de seguimiento del programa, lo cual permitió orientar acciones de refuerzo en las capacitaciones posteriores.

Durante el segundo trimestre, los resultados mostraron una mejora significativa, alcanzando un 97,33% de respuestas correctas, lo que refleja un fortalecimiento en el conocimiento de los mecanismos de control, seguimiento y cumplimiento normativo, así como una mayor apropiación institucional de los sistemas evaluados.

En el tercer trimestre, se obtuvo un desempeño sobresaliente del 99,3%, evidenciando un alto nivel de dominio conceptual por parte de los participantes en temas de gestión del riesgo, prevención del lavado de activos, gobernanza institucional y promoción de una cultura de transparencia e integridad.

Finalmente, en el cuarto trimestre, la evaluación registró un resultado del 93,5%, manteniéndose un nivel alto y consistente de apropiación de los contenidos, especialmente en aspectos relacionados con la ética pública, la gestión preventiva del riesgo y la responsabilidad institucional.

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



De manera consolidada, el promedio anual de la evaluación de conocimientos fue del 95,5%, resultado que evidencia la efectividad de las estrategias de capacitación implementadas durante la vigencia 2025 y el fortalecimiento progresivo de la cultura institucional de integridad, transparencia y cumplimiento en el marco del PTEE, SARLAFT y SICOF.

Satisfacción del asistente:

Con el fin de evaluar la percepción de los participantes frente a las jornadas de capacitación desarrolladas en el marco del PTEE, SARLAFT y SICOF, al finalizar cada actividad formativa se aplicó una evaluación de satisfacción del asistente, orientada a medir la calidad y efectividad de las capacitaciones impartidas.

Esta evaluación contempla tres criterios principales, cada uno con preguntas específicas asociadas:

- I. Desempeño del facilitador
- II. Desarrollo de la capacitación
- III. Impacto y transparencia

Permitiendo obtener una visión integral sobre la experiencia formativa, la claridad de los contenidos, la metodología empleada y la percepción del aporte de la capacitación al fortalecimiento de la cultura institucional de integridad y transparencia.

De manera general, la evaluación de satisfacción del asistente durante la vigencia 2025 arrojó un resultado promedio de 4,91 sobre 5, lo cual evidencia una alta valoración de las jornadas de capacitación desarrolladas en el marco del PTEE, SARLAFT y SICOF. Este resultado refleja una percepción positiva por parte de los participantes frente al desempeño del facilitador, el desarrollo metodológico de las capacitaciones y el impacto de los contenidos en el fortalecimiento de la cultura de integridad, transparencia y cumplimiento normativo en la entidad, confirmando la efectividad de las estrategias formativas implementadas.

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

Registros fotográficos:

Oficina Jurídica:



Tesorería General:



Cartera:



Contabilidad y Costos:

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



Sistemas:



Facturación:



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

Almacén General:



Oficina de Contratación:



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



Talento Humano:



Biomédica:

	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



Gestión Documental:



Control Interno:



Control Interno Disciplinario:

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



Direccionamiento Estratégico:



Gestión de Calidad:



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

Gerencia:



SIAU y SST:



Revisoría Fiscal:



	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

Mantenimiento Hospitalario:



La relación del personal capacitado 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 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, SICOF y el PTEE no sean responsabilidad exclusiva de una unidad, sino un compromiso institucional.

La participación activa de las oficinas más expuestas a riesgos de lavado de activos, 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.

CAPACITACIONES VIRTUALES

Durante la vigencia 2025, en el marco del SARLAFT, SICOF y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), se desarrollaron dos jornadas de capacitación virtual bajo la modalidad e-learning, con el fin de fortalecer el conocimiento institucional y garantizar una mayor cobertura formativa en temas de ética, integridad y prevención de riesgos. Esta metodología permitió el acceso flexible a los contenidos desde medios digitales, facilitando la participación de los colaboradores de distintas áreas y sedes del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

La primera capacitación se realizó mediante Acta No. 023 del 31 de marzo de 2025 y estuvo dirigida a los funcionarios de las áreas de Talento Humano, Almacén General,

	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

Contratación y Tesorería General, con un total de cinco (5) participantes. La segunda jornada se desarrolló mediante Acta No. 075 y estuvo orientada a los centros de salud de Morelia y La Montaña, contando con la participación de 21 asistentes.

En este contexto, la modalidad e-learning se consolidó como una alternativa eficiente para garantizar la cobertura, la participación y el acceso oportuno a los contenidos formativos, fortaleciendo la apropiación institucional de los sistemas de control y transparencia.

Durante las capacitaciones se abordaron los siguientes temas:

- **Operatividad de SARLAFT:** Se socializo el contexto de SARLAFT en el hospital, su objetivo de prevenir y mitigar las actividades ilícitas, proteger la integridad y reputación de la institución, evitar sanciones legales y fortalecer la confianza en el sistema de salud, normatividad y lineamientos.
- **Contexto de SICOF:** Durante la jornada se abordaron los principales elementos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), destacando su importancia como instrumento de gestión institucional para prevenir, identificar, mitigar y controlar los riesgos que puedan afectar la transparencia, la ética pública y la confianza ciudadana en el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.
- **Fundamentos del PTEE:** Incluyendo su marco normativo (Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022 y Ley 2195 de 2022), estructura de gobernanza, principios éticos y mecanismos de prevención del conflicto de interés, la corrupción y el fraude.
- **Código de Conducta y Buen Gobierno:** Socializando los lineamientos, valores y principios que orientan el actuar de los servidores públicos y contratistas del Hospital.
- **Señales de alerta:** Identificación de conductas, situaciones y operaciones que podrían constituir indicios de actividades que atenten contra la integridad, la ética y la transparencia institucional.

Diapositivas presentadas a continuación:



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

CONTEXTO DE SICOF

SICOF: Subistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Espedidad y Fraude, enmarcado en:

- Fomentar una cultura institucional de integridad que priorice la prevención y mitigación de los riesgos de corrupción, espedidad y fraude en todos los niveles de la entidad.
- Garantizar la participación activa de los riesgos de dirección y administración en la implementación, seguimiento y fortalecimiento del SICOF, asegurando su integridad y compromiso.
- Establecer mecanismos eficaces para gestionar y resolver los conflictos de interés, de manera que no afecten la transparencia ni la objetividad en la toma de decisiones institucionales.
- Facilitar la identificación de controles y la construcción de perfiles de riesgo, con el fin de contar con una visión clara de las amenazas y vulnerabilidades que enfrenta la entidad.

OBJETIVO:

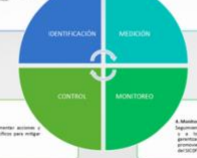
Definir y aplicar un conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de control que permitan prevenir, mitigar, evaluar y verificar los riesgos de corrupción, espedidad y fraude, asegurando el cumplimiento normativo y la consolidación de una cultura de integridad en la entidad.

1. Identificar riesgos.
2. Diseñar e implementar controles.
3. Integrar el SICOF con los demás sistemas de gestión del riesgo.
4. Cumplir con la normatividad vigente.
5. Desarrollar programas de socialización y capacitación.
6. Prevenir y reducir la ocurrencia de actos indebidos de corrupción, espedidad y fraude en el ejercicio de la función pública.
7. Garantizar la protección y confiabilidad de los denunciantes.
8. Implementar procesos seguimiento y monitoreo continuo.





ETAPAS DE SICOF



1. Identificación: Reconocer y clasificar los riesgos de corrupción, espedidad y fraude, considerando su naturaleza, frecuencia y impacto en la entidad.

2. Medición: Estimar la probabilidad e impacto de los riesgos.

3. Monitoreo: Vigilar el comportamiento de los riesgos y la efectividad de los controles.

4. Control: Definir e implementar acciones de control apropiadas para mitigar los riesgos.





¿QUÉ ES EL PTEE?

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE es una estrategia institucional que promueve la transparencia, integridad y ética en la gestión pública.



Permite prevenir y mitigar riesgos de integridad pública:

- Corrupción
- Fraude
- Soborno
- Conflicto de intereses

Es de obligatorio cumplimiento para las entidades públicas del sector salud, según Decreto 1122 de 2014 y Circular Externa Supersalud 202215300000053-5 de 2022.





SEÑALES DE ALERTA







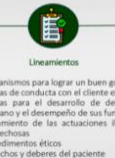
CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO

Lineamientos, directrices, mecanismos y prácticas con las que la institución busca preservar la ética empresarial, promover la transparencia de su gestión, administrar adecuadamente sus recursos, y reconocer y respetar los derechos de los pacientes y partes interesadas.



Valores Institucionales

- Honestidad
- Respeto
- Compromiso
- Diligencia
- Justicia



Lineamientos

- Mecanismos para lograr un buen gobierno
- Pautas de conducta con el cliente externo
- Pautas para el desarrollo del talento humano y el desempeño de sus funciones
- Tratamiento de las actuaciones ilegales o sospechosas
- Impedimentos éticos
- Derechos y deberes del paciente
- Conflicto de intereses



Adopción del Código

- Capacitaciones, sensibilizaciones





CONFLICTOS DE INTERESES

Se define como aquella conducta en que incurre un servidor público, contraria a la función pública, en la que, movido por un interés particular prevalente o a sueldo del interés general, sin declararse impedido, toma una decisión o realiza alguna gestión propia de sus funciones o cargo, en provecho suyo, de un familiar o un tercero y en perjuicio de la función pública.

Un conflicto de intereses puede presentarse cuando el servidor público tiene relación de parentesco, afinidad o vínculo personal con alguna de las siguientes personas, lo cual podría afectar su imparcialidad en la toma de decisiones institucionales:







Esta estrategia de capacitación virtual permitió fortalecer el conocimiento institucional, promover la cultura de la legalidad y consolidar el compromiso de los colaboradores con la prevención de riesgos asociados al SARLAFT y al PTEE, asegurando una cobertura adecuada y acorde con las condiciones operativas de la entidad.

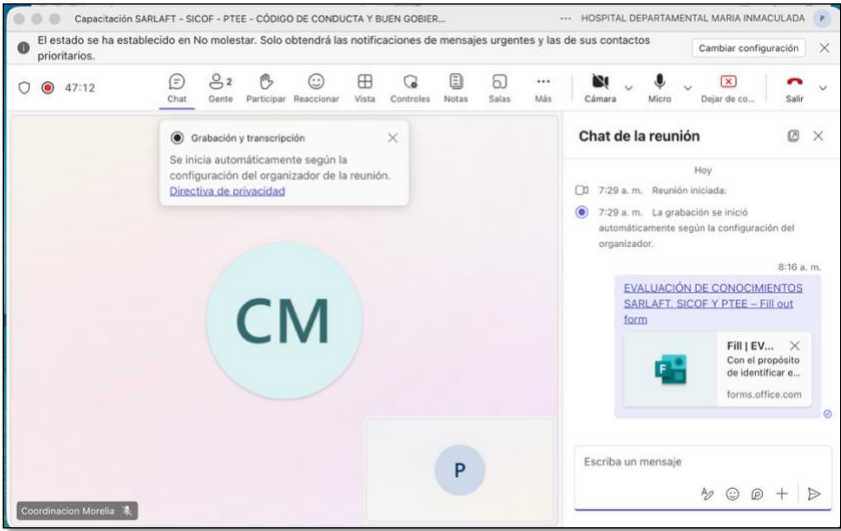
Registros fotográficos:

Asistencia primera capacitación método e-learning

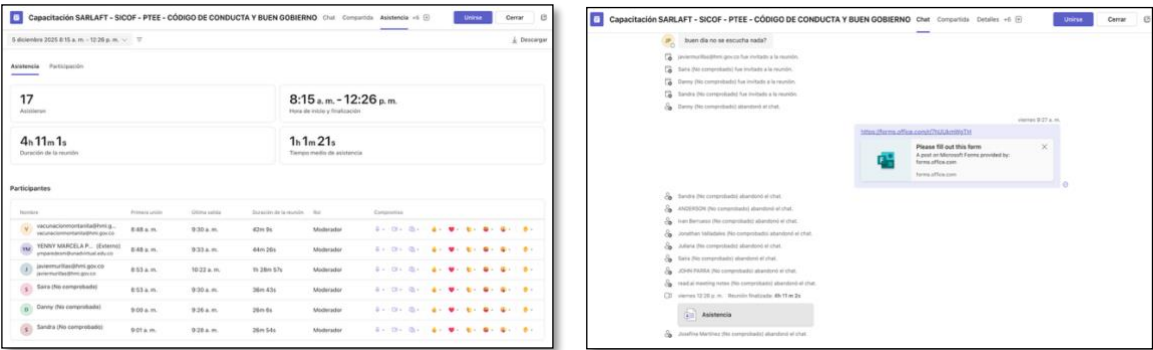
ID ↑	Name	Responses
1	facturacion hmi	PROFESIONAL UNIVERSITARIO (FACTURACION)
2	juridica@hmi.gov.co	Jefe oficina jurídica
3	contratacionoj hmi	profesional universitario
4	thumano@hmi.gov.co	Jefe de Oficina
5	activosfijoshmi@hmi.gov.co	TECNICO ADMINISTRATIVO
6	activosfijoshmi@hmi.gov.co	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
7	contabilidadycostos@hmi.gov.co	PRPOFESIONAL ESPECIALIZADO

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

Centro de Salud Morelia:



Centro de Salud La Montaña:

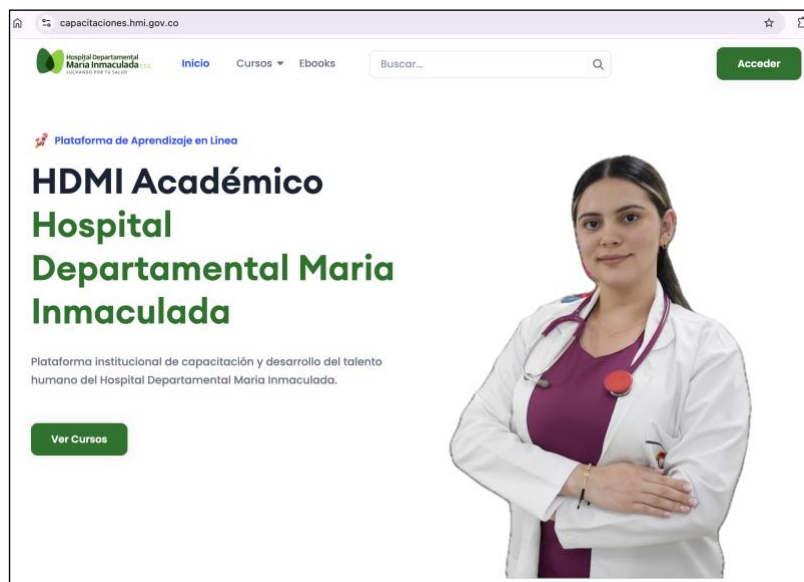


CREACIÓN DEL MÓDULO DE EDUCACIÓN CONTINUA DEL HDMI

El segundo semestre de la vigencia, la Oficina Asesora de Planeación inició el proceso de elaboración, desarrollo y puesta en marcha del Módulo de Educación Continua, como una estrategia institucional orientada a garantizar la cobertura total de las capacitaciones obligatorias en materia de SARLAFT y SICOF para todo el talento humano de la entidad.

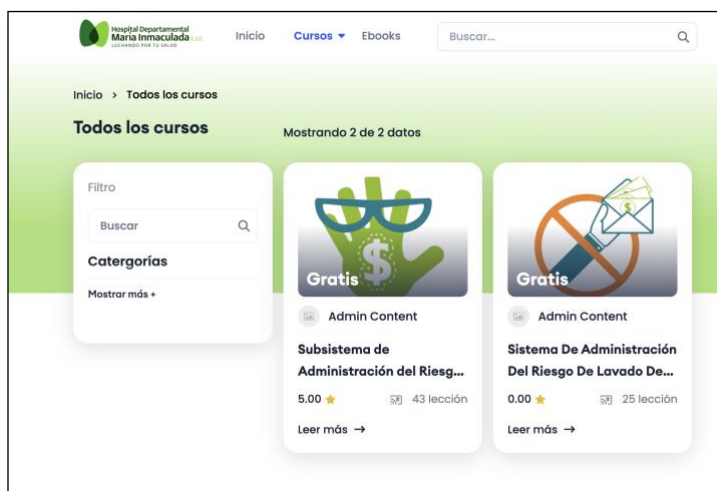
	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		

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



Durante el diagnóstico inicial se identificó que la capacitación presencial del personal asistencial en su totalidad presentaba limitaciones significativas, principalmente por la diversidad de horarios, la rotación de turnos y la dificultad para reunir simultáneamente a los equipos de trabajo sin afectar la continuidad del servicio. En atención a esta situación, se diseñó e implementó un módulo virtual a través de una plataforma web, que permite el acceso flexible, asincrónico y permanente a los contenidos formativos, facilitando así la participación del personal asistencial y administrativo sin interferir en la operación institucional.

Este Módulo de Educación Continua fue concebido no solo como una herramienta para el cumplimiento normativo en SARLAFT y SICOF, sino también como un espacio estratégico de gestión del conocimiento, que a mediano y largo plazo permitirá incorporar cursos de inducción, reinducción, capacitaciones, charlas institucionales y otros contenidos educativos de las diferentes áreas del hospital. Esta iniciativa contribuye al fortalecimiento de la cultura organizacional, la innovación y al avance progresivo hacia el objetivo institucional de consolidarse como hospital universitario.



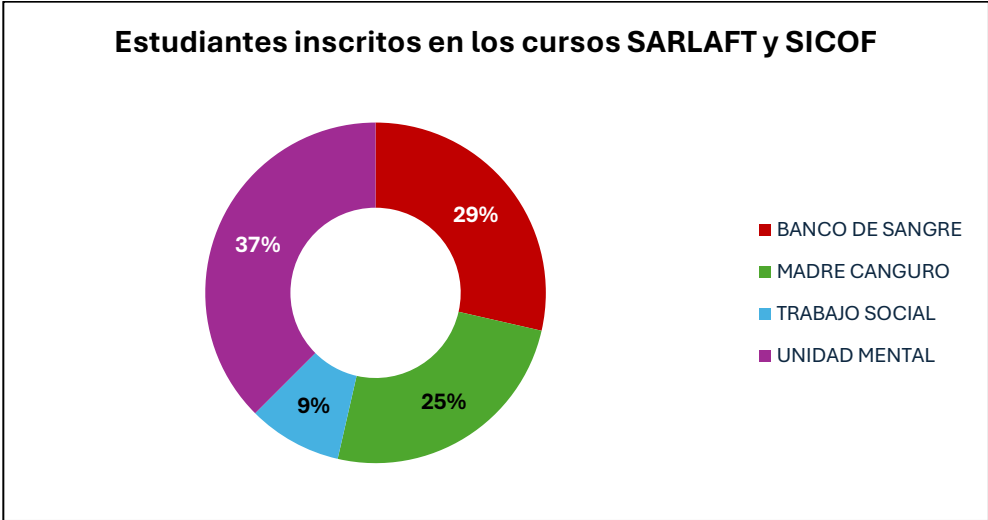
	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)			

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

A la fecha, el módulo cuenta con dos cursos activos: SARLAFT y SICOF. Su implementación inició durante el cuarto trimestre de 2025, una vez se activó la plataforma, mediante una prueba piloto dirigida inicialmente a las áreas asistenciales de Banco de Sangre, Trabajo Social, Unidad de Salud Mental y Programa Madre Canguro.



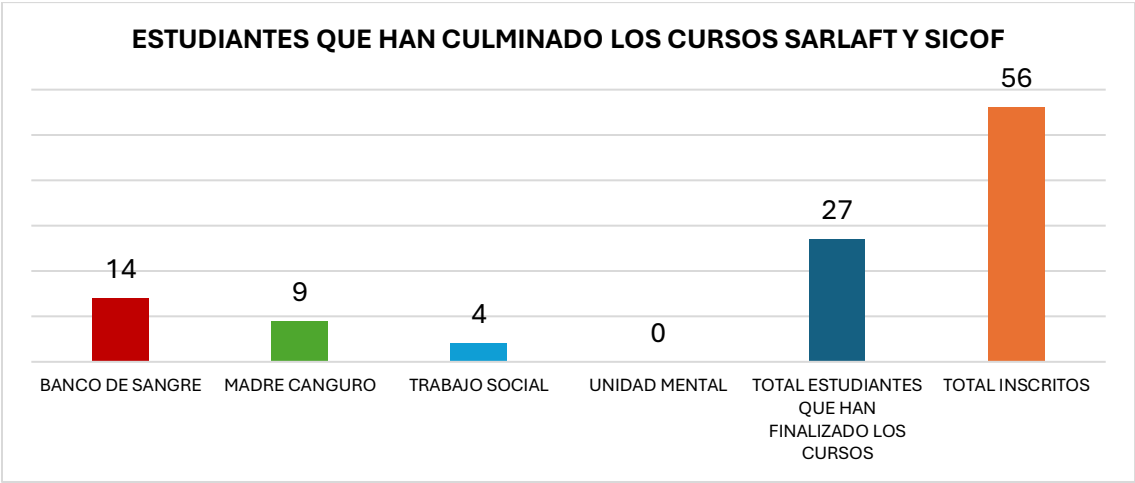
A la fecha se encuentran inscritos 56 estudiantes, distribuidos de la siguiente forma:



- **Banco de Sangre:** 16 estudiantes
- **Programa Madre Canguro:** 14 estudiantes
- **Unidad Mental:** 21 estudiantes
- **Trabajo Social:** 5 estudiantes

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

De los cuales a corte 31 de diciembre el número de estudiantes que han culminado los cursos se presentan a continuación:



De acuerdo con la información presentada en la tabla anterior, se evidencia que aproximadamente el **48%** de los estudiantes inscritos han culminado satisfactoriamente el curso, lo que refleja un nivel de participación significativo en la fase inicial de implementación del Módulo de Educación Continua. Adicionalmente, los participantes han contribuido de manera activa al proceso de puesta en marcha de la plataforma, presentando observaciones, inquietudes y oportunidades de mejora ante la Oficina Asesora de Planeación, lo cual ha permitido fortalecer progresivamente el funcionamiento del módulo y avanzar de manera articulada en esta estrategia institucional de formación.

La certificación de los cursos es emitida por el Oficial de Cumplimiento, quien cuenta con la idoneidad, competencia técnica y responsabilidad funcional para tal fin, en su calidad de líder del sistema en la entidad. Asimismo, dispone de formación específica en SARLAFT y cumplimiento normativo, lo que garantiza la validez, confiabilidad y rigor técnico del proceso de certificación, en concordancia con los lineamientos institucionales y normativos aplicables.

Es importante señalar que el diseño y desarrollo de la plataforma aún se encuentra en proceso de mejora, particularmente en lo relacionado con su presentación estética, navegabilidad y alineación con la imagen institucional del Hospital. Si bien el módulo se encuentra actualmente en funcionamiento y cumple con su propósito formativo inicial, aún resta un trabajo significativo para consolidarlo como un entorno integral de aprendizaje, completamente estructurado y preparado para contener la totalidad de los cursos, contenidos y programas de capacitación institucional.

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

Durante el primer semestre del 2025, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E., a través de la Oficina Asesora de Planeación y el Oficial de Cumplimiento, dio

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

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.

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 ENERO AL 31 DE ENERO 2025				
PERIODO DEL REPORTE	REPORTE	FECHA DE REPORTE	N° RADICACIÓN	TIPO DE REPORTE
01-01-2025 a 31-01-2025	Operaciones Sospechosas	3/02/2025	2823294	Ausencia

	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

REPORTES REALIZADOS A LA UNIDAD DE ANALISIS FINANCIERO – UIAF DEL 01 DE ENERO AL 31 DE ENERO 2025				
PERIODO DEL REPORTE	REPORTE	FECHA DE REPORTE	N° RADICACIÓN	TIPO DE REPORTE
	Proveedores (CE009)	6/02/2025	2827669	Ausencia
	Procedimientos (CE009)	6/02/2025	2827661	Ausencia
01-02-2025 a 28-02-2025	Operaciones Sospechosas	7/03/2025	2850695	Ausencia
	Proveedores (CE009)	7/03/2025	2850708	Ausencia
	Procedimientos (CE009)	7/03/2025	2850702	Ausencia
01-03-2025 a 31-03-2025	Operaciones Sospechosas	9/04/2025	2884306	Ausencia
	Proveedores (CE009)	9/04/2025	2884317	Ausencia
	Procedimientos (CE009)	9/04/2025	2884313	Ausencia
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
01-07-2025 a 31-07-2025	Operaciones Sospechosas	6/08/2025	3003039	Ausencia
	Proveedores (CE009)	6/08/2025	3003043	Ausencia
	Procedimientos (CE009)	6/08/2025	3003042	Ausencia
01-08-2025 a 31-08-2025	Operaciones Sospechosas	8/09/2025	3024316	Ausencia

	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

REPORTES REALIZADOS A LA UNIDAD DE ANALISIS FINANCIERO – UIAF DEL 01 DE ENERO AL 31 DE ENERO 2025				
PERIODO DEL REPORTE	REPORTE	FECHA DE REPORTE	N° RADICACIÓN	TIPO DE REPORTE
	Proveedores (CE009)	8/09/2025	3024344	Ausencia
	Procedimientos (CE009)	8/09/2025	3024326	Ausencia
01-09-2025 a 30-09-2025	Operaciones Sospechosas	8/10/2025	3003039	Ausencia
	Proveedores (CE009)	8/10/2025	3003043	Ausencia
	Procedimientos (CE009)	8/10/2025	3003042	Ausencia
01-10-2025 a 31-10-2025	Operaciones Sospechosas	6/11/2025	3087378	Ausencia
	Proveedores (CE009)	6/11/2025	3087381	Ausencia
	Procedimientos (CE009)	6/11/2025	3087380	Ausencia
01-11-2025 a 30-11-2025	Operaciones Sospechosas	7/12/2025	3110258	Ausencia
	Proveedores (CE009)	7/12/2025	3110260	Ausencia
	Procedimientos (CE009)	7/12/2025	3110259	Ausencia
01-12-2025 a 31-12-2025	Operaciones Sospechosas	8/01/2026	3141096	Ausencia
	Proveedores (CE009)	8/01/2026	3141106	Ausencia
	Procedimientos (CE009)	8/01/2026	3141102	Ausencia

Fecha	Periodo	Asunto	Verificación
03-02-2025	Enero	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Certificado y Boletines diarios
03-03-2025	Febrero	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Certificado y Boletines diarios
03-04-2025	Marzo	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Certificado y Boletines diarios
07-05-2025	Abril	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Certificado y Boletines diarios
07-06-2025	Mayo	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

Fecha	Periodo	Asunto	Verificación
02-07-2025	Junio	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Certificado y Boletines diarios
06-08-2025	Julio	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Certificado y Boletines diarios
06-09-2025	Agosto	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Certificado y Boletines diarios
08-10-2025	Septiembre	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Certificado y Boletines diarios
06-11-2025	Octubre	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Certificado y Boletines diarios
07/12/2025	Noviembre	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Certificado y Boletines diarios
08/01/2026	Diciembre	Análisis y evaluación de las transacciones en efectivas recibidas	Certificado y Boletines diarios

HOSPITAL DEPARTAMENTAL María Inmaculada E.S.E.
LA SUSCRITA TESORERA GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - E.S.E. -

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con lo dispuesto en el Manual de Administración del Riesgo de Lavado de Activo y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) - Acuerdo Número 002 de fecha 10-01-2023 como también lo señalado en los ítems 3.2.2.2.3.3 - Seguimiento de operaciones y 3.2.3.1 - Consolidación electrónica de operaciones en efectivo de la Circular Externa 2021/170000005-5 de 2021 expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó un análisis detallado de las operaciones en efectivo bajo los siguientes criterios:

- En el mes de ENERO de 2025, no se recibieron 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 MCTE (\$ 5.000.000) y/o el equivalente a otras monedas.
- No se recibieron transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior al señalado en el párrafo anterior que en su conjunto igualen o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) MCTE y/o su equivalente en otras monedas.
- Se realizó la aplicación de perfiles transaccionales, segmentación de clientes y alertas automatizadas según el Manual SARLAFT de la institución.
- No se generaron alertas automáticas o manuales que ameriten un reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF).
- De acuerdo con la información recolectada, analizada y consolidada conforme a los protocolos y procedimientos establecidos en el SARLAFT, no se detectaron operaciones sospechosas, inusuales o de dudosa procedencia durante el mes de ENERO de 2025 que requieran ser reportadas a la UIAF.
- Se generó como soporte los boletines diarios de fondos, en los cuales se registran detalladamente todas las transacciones realizadas.

El presente certificado tiene por objeto dejar constancia al oficial de cumplimiento sobre el análisis y evaluación de las transacciones en efectivo recibidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01 de enero y el 31 de enero de 2025, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Manual SARLAFT de la entidad, y la Circular Externa 2021/170000005-5 de 2021 expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente, este Certificado se expide para fines de control y monitoreo, y será archivado conforme a los lineamientos institucionales establecidos.

Dado en la ciudad de Florencia, Departamento de Caquetá, a los tres (03) días del mes febrero del año 2025.

Paula Andrea Arteaga Carrera
Paula Andrea Arteaga Carrera
Tesorera General
Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Diagonal 20 # 7-29 Barrio la Consolida

HOSPITAL DEPARTAMENTAL María Inmaculada E.S.E.
LA SUSCRITA TESORERA GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - E.S.E. -

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con lo dispuesto en el Manual de Administración del Riesgo de Lavado de Activo y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) - Acuerdo Número 002 de fecha 10-01-2023 como también lo señalado en los ítems 3.2.2.2.3.3 - Seguimiento de operaciones y 3.2.3.1 - Consolidación electrónica de operaciones en efectivo de la Circular Externa 2021/170000005-5 de 2021 expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó un análisis detallado de las operaciones en efectivo bajo los siguientes criterios:

- En el mes de FEBRERO de 2025, no se recibieron 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 MCTE (\$ 5.000.000) y/o el equivalente a otras monedas.
- No se recibieron transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior al señalado en el párrafo anterior que en su conjunto igualen o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) MCTE y/o su equivalente en otras monedas.
- Se realizó la aplicación de perfiles transaccionales, segmentación de clientes y alertas automatizadas según el Manual SARLAFT de la institución.
- No se generaron alertas automáticas o manuales que ameriten un reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF).
- De acuerdo con la información recolectada, analizada y consolidada conforme a los protocolos y procedimientos establecidos en el SARLAFT, no se detectaron operaciones sospechosas, inusuales o de dudosa procedencia durante el mes de FEBRERO de 2025 que requieran ser reportadas a la UIAF.
- Se generó como soporte los boletines diarios de fondos, en los cuales se registran detalladamente todas las transacciones realizadas.

El presente certificado tiene por objeto dejar constancia al oficial de cumplimiento sobre el análisis y evaluación de las transacciones en efectivo recibidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01 de febrero y el 28 de febrero de 2025, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Manual SARLAFT de la entidad, y la Circular Externa 2021/170000005-5 de 2021 expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente, este Certificado se expide para fines de control y monitoreo, y será archivado conforme a los lineamientos institucionales establecidos.

Dado en la ciudad de Florencia, Departamento de Caquetá, a los tres (03) días del mes marzo del año 2025.

Paula Andrea Arteaga Carrera
Paula Andrea Arteaga Carrera
Tesorera General
Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Diagonal 20 # 7-29 Barrio la Consolida

HOSPITAL DEPARTAMENTAL María Inmaculada E.S.E.
LA SUSCRITA TESORERA GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - E.S.E. -

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con lo dispuesto en el Manual de Administración del Riesgo de Lavado de Activo y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) - Acuerdo Número 002 de fecha 10-01-2023 como también lo señalado en los ítems 3.2.2.2.3.3 - Seguimiento de operaciones y 3.2.3.1 - Consolidación electrónica de operaciones en efectivo de la Circular Externa 2021/170000005-5 de 2021 expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó un análisis detallado de las operaciones en efectivo bajo los siguientes criterios:

- En el mes de MARZO de 2025, no se recibieron 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 MCTE (\$ 5.000.000) y/o el equivalente a otras monedas.
- No se recibieron transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior al señalado en el párrafo anterior que en su conjunto igualen o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) MCTE y/o su equivalente en otras monedas.
- Se realizó la aplicación de perfiles transaccionales, segmentación de clientes y alertas automatizadas según el Manual SARLAFT de la institución.
- No se generaron alertas automáticas o manuales que ameriten un reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF).
- De acuerdo con la información recolectada, analizada y consolidada conforme a los protocolos y procedimientos establecidos en el SARLAFT, no se detectaron operaciones sospechosas, inusuales o de dudosa procedencia durante el mes de MARZO de 2025 que requieran ser reportadas a la UIAF.
- Se generó como soporte los boletines diarios de fondos, en los cuales se registran detalladamente todas las transacciones realizadas.

El presente certificado tiene por objeto dejar constancia al oficial de cumplimiento sobre el análisis y evaluación de las transacciones en efectivo recibidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01 de marzo y el 31 de marzo de 2025, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Manual SARLAFT de la entidad, y la Circular Externa 2021/170000005-5 de 2021 expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente, este Certificado se expide para fines de control y monitoreo, y será archivado conforme a los lineamientos institucionales establecidos.

Dado en la ciudad de Florencia, Departamento de Caquetá, a los tres (03) días del mes abril del año 2025.

Paula Andrea Arteaga Carrera
Paula Andrea Arteaga Carrera
Tesorera General
Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Diagonal 20 # 7-29 Barrio la Consolida

HOSPITAL DEPARTAMENTAL María Inmaculada E.S.E.
LA SUSCRITA TESORERA GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - E.S.E. -

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con lo dispuesto en el Manual de Administración del Riesgo de Lavado de Activo y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) - Acuerdo Número 002 de fecha 10-01-2023 como también lo señalado en los ítems 3.2.2.2.3.3 - Seguimiento de operaciones y 3.2.3.1 - Consolidación electrónica de operaciones en efectivo de la Circular Externa 2021/170000005-5 de 2021 expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó un análisis detallado de las operaciones en efectivo bajo los siguientes criterios:

- En el mes de ABRIL de 2025, no se recibieron 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 MCTE (\$ 5.000.000) y/o el equivalente a otras monedas.
- No se recibieron transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior al señalado en el párrafo anterior que en su conjunto igualen o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) MCTE y/o su equivalente en otras monedas.
- Se realizó la aplicación de perfiles transaccionales, segmentación de clientes y alertas automatizadas según el Manual SARLAFT de la institución.
- No se generaron alertas automáticas o manuales que ameriten un reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF).
- De acuerdo con la información recolectada, analizada y consolidada conforme a los protocolos y procedimientos establecidos en el SARLAFT, no se detectaron operaciones sospechosas, inusuales o de dudosa procedencia durante el mes de ABRIL de 2025 que requieran ser reportadas a la UIAF.
- Se generó como soporte los boletines diarios de fondos, en los cuales se registran detalladamente todas las transacciones realizadas.

El presente certificado tiene por objeto dejar constancia al oficial de cumplimiento sobre el análisis y evaluación de las transacciones en efectivo recibidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01 de abril y el 30 de abril de 2025, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Manual SARLAFT de la entidad, y la Circular Externa 2021/170000005-5 de 2021 expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente, este Certificado se expide para fines de control y monitoreo, y será archivado conforme a los lineamientos institucionales establecidos.

Dado en la ciudad de Florencia, Departamento de Caquetá, a los siete (07) días del mes mayo del año 2025.

Paula Andrea Arteaga Carrera
Paula Andrea Arteaga Carrera
Tesorera General
Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Diagonal 20 # 7-29 Barrio la Consolida

HOSPITAL DEPARTAMENTAL María Inmaculada E.S.E.
LA SUSCRITA TESORERA GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - E.S.E. -

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con lo dispuesto en el Manual de Administración del Riesgo de Lavado de Activo y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) - Acuerdo Número 002 de fecha 10-01-2023 como también lo señalado en los ítems 3.2.2.2.3.3 - Seguimiento de operaciones y 3.2.3.1 - Consolidación electrónica de operaciones en efectivo de la Circular Externa 2021/170000005-5 de 2021 expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó un análisis detallado de las operaciones en efectivo bajo los siguientes criterios:

- En el mes de MAYO de 2025, no se recibieron 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 MCTE (\$ 5.000.000) y/o el equivalente a otras monedas.
- No se recibieron transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior al señalado en el párrafo anterior que en su conjunto igualen o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) MCTE y/o su equivalente en otras monedas.
- Se realizó la aplicación de perfiles transaccionales, segmentación de clientes y alertas automatizadas según el Manual SARLAFT de la institución.
- No se generaron alertas automáticas o manuales que ameriten un reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF).
- De acuerdo con la información recolectada, analizada y consolidada conforme a los protocolos y procedimientos establecidos en el SARLAFT, no se detectaron operaciones sospechosas, inusuales o de dudosa procedencia durante el mes de MAYO de 2025 que requieran ser reportadas a la UIAF.
- Se generó como soporte los boletines diarios de fondos, en los cuales se registran detalladamente todas las transacciones realizadas.

El presente certificado tiene por objeto dejar constancia al oficial de cumplimiento sobre el análisis y evaluación de las transacciones en efectivo recibidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01 de mayo y el 31 de mayo de 2025, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Manual SARLAFT de la entidad, y la Circular Externa 2021/170000005-5 de 2021 expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente, este Certificado se expide para fines de control y monitoreo, y será archivado conforme a los lineamientos institucionales establecidos.

Dado en la ciudad de Florencia, Departamento de Caquetá, a los siete (07) días del mes junio del año 2025.

Paula Andrea Arteaga Carrera
Paula Andrea Arteaga Carrera
Tesorera General
Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Diagonal 20 # 7-29 Barrio la Consolida

Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.
LA SUSCRITA TESORERA GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - E.S.E. -

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con lo dispuesto en el Manual de Administración del Riesgo de Lavado de Activo y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) - Acuerdo Número 002 de fecha 10-01-2023 como también lo señalado en los ítems 3.2.2.2.3.3 - Seguimiento de operaciones y 3.2.3.1 - Consolidación electrónica de operaciones en efectivo de la Circular Externa 2021/170000005-5 de 2021 expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó un análisis detallado de las operaciones en efectivo bajo los siguientes criterios:

- En el mes de JUNIO de 2025, no se recibieron 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 MCTE (\$ 5.000.000) y/o el equivalente a otras monedas.
- No se recibieron transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior al señalado en el párrafo anterior que en su conjunto igualen o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) MCTE y/o su equivalente en otras monedas.
- Se realizó la aplicación de perfiles transaccionales, segmentación de clientes y alertas automatizadas según el Manual SARLAFT de la institución.
- No se generaron alertas automáticas o manuales que ameriten un reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF).
- De acuerdo con la información recolectada, analizada y consolidada conforme a los protocolos y procedimientos establecidos en el SARLAFT, no se detectaron operaciones sospechosas, inusuales o de dudosa procedencia durante el mes de JUNIO de 2025 que requieran ser reportadas a la UIAF.
- Se generó como soporte los boletines diarios de fondos, en los cuales se registran detalladamente todas las transacciones realizadas.

El presente certificado tiene por objeto dejar constancia al oficial de cumplimiento sobre el análisis y evaluación de las transacciones en efectivo recibidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01 de junio y el 30 de junio de 2025, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Manual SARLAFT de la entidad, y la Circular Externa 2021/170000005-5 de 2021 expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente, este Certificado se expide para fines de control y monitoreo, y será archivado conforme a los lineamientos institucionales establecidos.

Dado en la ciudad de Florencia, Departamento de Caquetá, a los diez (10) días del mes julio del año 2025.

Paula Andrea Arteaga Carrera
Paula Andrea Arteaga Carrera
Tesorera General
Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Cathy Tatiana Vargas Toro
Cathy Tatiana Vargas Toro
Tesorera General
Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Diagonal 20 # 7-29 Barrio la Consolida

	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.
NIT. 851.060.985
LA SUCRESA TESORERA GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - E.S.E. -

CERTIFICA QUE

De acuerdo con lo dispuesto en el Manual de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), Acuerdo Número 002 de fecha 10-01-2023 como también lo señalado en los ítems 5.2.2.2.6.3. Seguimiento de operaciones y 5.2.3.1. Consideración electrónica de operaciones en efectivo de la Circular Externa 2021 170000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó un análisis detallado de las operaciones en efectivo bajo los siguientes criterios:

- En el mes de JULIO de 2023, no se recibieron 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 MCTE (\$ 5.000.000) y/o el equivalente a otros moneda.
- No se recibieron transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior al señalado en el presente informe que en su conjunto queden o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) MCTE y/o su equivalente en otras monedas.
- Se realizó la aplicación de perfiles transaccionales, segmentación de clientes y alertas automatizadas según el Manual SARLAFT de la institución.
- No se generaron alertas automáticas o manuales que ameriten un reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UAF).
- De acuerdo con la información recolectada, analizada y consolidada conforme a los perfiles y procedimientos establecidos en el SARLAFT, no se detectaron operaciones sospechosas, inusuales o de dudosa procedencia durante el mes de JULIO de 2023 que requieran ser reportadas a la UAF.
- Se genera como soporte los boletines diarios de fondos, en los cuales se registran detalladamente todas las transacciones realizadas.

El presente certificado tiene por objeto dejar constancia al oficial de cumplimiento sobre el análisis y evaluación de las transacciones en efectivo recibidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01 de JULIO y el 31 de JULIO de 2023, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Manual SARLAFT de la entidad, y la Circular Externa 2021 170000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente, este Certificado se expide para fines de control y monitoreo, y será archivado conforme a los lineamientos institucionales establecidos.

Dado en la ciudad de Florencia, Departamento de Caquetá, a los siete (07) días del mes Agosto del año 2023.

Paula Andrea Artaga Carrera
PAULA ANDREA ARTAGA CARRERA
Tesorera General
Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Cindy Tatiana Vargas Toro
CINDY TATIANA VARGAS TORO
Secretaria

Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29
(060) 436 6464 www.hmi.gov.co ventanillanica@hmi.gov.co

Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.
NIT. 851.060.985
LA SUCRESA TESORERA GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - E.S.E. -

CERTIFICA QUE

De acuerdo con lo dispuesto en el Manual de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), Acuerdo Número 002 de fecha 10-01-2023 como también lo señalado en los ítems 5.2.2.2.6.3. Seguimiento de operaciones y 5.2.3.1. Consideración electrónica de operaciones en efectivo de la Circular Externa 2021 170000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó un análisis detallado de las operaciones en efectivo bajo los siguientes criterios:

- En el mes de AGOSTO de 2023, no se recibieron 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 MCTE (\$ 5.000.000) y/o el equivalente a otros moneda.
- No se recibieron transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior al señalado en el presente informe que en su conjunto queden o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) MCTE y/o su equivalente en otras monedas.
- Se realizó la aplicación de perfiles transaccionales, segmentación de clientes y alertas automatizadas según el Manual SARLAFT de la institución.
- No se generaron alertas automáticas o manuales que ameriten un reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UAF).
- De acuerdo con la información recolectada, analizada y consolidada conforme a los perfiles y procedimientos establecidos en el SARLAFT, no se detectaron operaciones sospechosas, inusuales o de dudosa procedencia durante el mes de AGOSTO de 2023 que requieran ser reportadas a la UAF.
- Se genera como soporte los boletines diarios de fondos, en los cuales se registran detalladamente todas las transacciones realizadas.

El presente certificado tiene por objeto dejar constancia al oficial de cumplimiento sobre el análisis y evaluación de las transacciones en efectivo recibidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01 de AGOSTO y el 31 de AGOSTO de 2023, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Manual SARLAFT de la entidad, y la Circular Externa 2021 170000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente, este Certificado se expide para fines de control y monitoreo, y será archivado conforme a los lineamientos institucionales establecidos.

Dado en la ciudad de Florencia, Departamento de Caquetá, a los siete (07) días del mes Septiembre del año 2023.

Paula Andrea Artaga Carrera
PAULA ANDREA ARTAGA CARRERA
Tesorera General
Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Cindy Tatiana Vargas Toro
CINDY TATIANA VARGAS TORO
Secretaria

Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29
(060) 436 6464 www.hmi.gov.co ventanillanica@hmi.gov.co

Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.
NIT. 851.060.985
LA SUCRESA TESORERA GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - E.S.E. -

CERTIFICA QUE

De acuerdo con lo dispuesto en el Manual de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), Acuerdo Número 002 de fecha 10-01-2023 como también lo señalado en los ítems 5.2.2.2.6.3. Seguimiento de operaciones y 5.2.3.1. Consideración electrónica de operaciones en efectivo de la Circular Externa 2021 170000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó un análisis detallado de las operaciones en efectivo bajo los siguientes criterios:

- En el mes de SEPTIEMBRE de 2023, no se recibieron 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 MCTE (\$ 5.000.000) y/o el equivalente a otros moneda.
- No se recibieron transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior al señalado en el presente informe que en su conjunto queden o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) MCTE y/o su equivalente en otras monedas.
- Se realizó la aplicación de perfiles transaccionales, segmentación de clientes y alertas automatizadas según el Manual SARLAFT de la institución.
- No se generaron alertas automáticas o manuales que ameriten un reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UAF).
- De acuerdo con la información recolectada, analizada y consolidada conforme a los perfiles y procedimientos establecidos en el SARLAFT, no se detectaron operaciones sospechosas, inusuales o de dudosa procedencia durante el mes de SEPTIEMBRE de 2023 que requieran ser reportadas a la UAF.
- Se genera como soporte los boletines diarios de fondos, en los cuales se registran detalladamente todas las transacciones realizadas.

El presente certificado tiene por objeto dejar constancia al oficial de cumplimiento sobre el análisis y evaluación de las transacciones en efectivo recibidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01 de SEPTIEMBRE y el 30 de SEPTIEMBRE de 2023, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Manual SARLAFT de la entidad, y la Circular Externa 2021 170000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente, este Certificado se expide para fines de control y monitoreo, y será archivado conforme a los lineamientos institucionales establecidos.

Dado en la ciudad de Florencia, Departamento de Caquetá, a los siete (07) días del mes Octubre del año 2023.

Paula Andrea Artaga Carrera
PAULA ANDREA ARTAGA CARRERA
Tesorera General
Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Cindy Tatiana Vargas Toro
CINDY TATIANA VARGAS TORO
Secretaria

Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29
(060) 436 6464 www.hmi.gov.co ventanillanica@hmi.gov.co

Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.
NIT. 851.060.985
LA SUCRESA TESORERA GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - E.S.E. -

CERTIFICA QUE

De acuerdo con lo dispuesto en el Manual de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), Acuerdo Número 002 de fecha 10-01-2023 como también lo señalado en los ítems 5.2.2.2.6.3. Seguimiento de operaciones y 5.2.3.1. Consideración electrónica de operaciones en efectivo de la Circular Externa 2021 170000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó un análisis detallado de las operaciones en efectivo bajo los siguientes criterios:

- En el mes de OCTUBRE de 2023, no se recibieron 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 MCTE (\$ 5.000.000) y/o el equivalente a otros moneda.
- No se recibieron transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior al señalado en el presente informe que en su conjunto queden o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) MCTE y/o su equivalente en otras monedas.
- Se realizó la aplicación de perfiles transaccionales, segmentación de clientes y alertas automatizadas según el Manual SARLAFT de la institución.
- No se generaron alertas automáticas o manuales que ameriten un reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UAF).
- De acuerdo con la información recolectada, analizada y consolidada conforme a los perfiles y procedimientos establecidos en el SARLAFT, no se detectaron operaciones sospechosas, inusuales o de dudosa procedencia durante el mes de OCTUBRE de 2023 que requieran ser reportadas a la UAF.
- Se genera como soporte los boletines diarios de fondos, en los cuales se registran detalladamente todas las transacciones realizadas.

El presente certificado tiene por objeto dejar constancia al oficial de cumplimiento sobre el análisis y evaluación de las transacciones en efectivo recibidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01 de OCTUBRE y el 31 de OCTUBRE de 2023, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Manual SARLAFT de la entidad, y la Circular Externa 2021 170000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente, este Certificado se expide para fines de control y monitoreo, y será archivado conforme a los lineamientos institucionales establecidos.

Dado en la ciudad de Florencia, Departamento de Caquetá, a los siete (07) días del mes Noviembre del año 2023.

Paula Andrea Artaga Carrera
PAULA ANDREA ARTAGA CARRERA
Tesorera General
Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Cindy Tatiana Vargas Toro
CINDY TATIANA VARGAS TORO
Secretaria

Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29
(060) 436 6464 www.hmi.gov.co ventanillanica@hmi.gov.co

Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.
NIT. 851.060.985
LA SUCRESA TESORERA GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - E.S.E. -

CERTIFICA QUE

De acuerdo con lo dispuesto en el Manual de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), Acuerdo Número 002 de fecha 10-01-2023 como también lo señalado en los ítems 5.2.2.2.6.3. Seguimiento de operaciones y 5.2.3.1. Consideración electrónica de operaciones en efectivo de la Circular Externa 2021 170000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó un análisis detallado de las operaciones en efectivo bajo los siguientes criterios:

- En el mes de NOVIEMBRE de 2023, no se recibieron 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 MCTE (\$ 5.000.000) y/o el equivalente a otros moneda.
- No se recibieron transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior al señalado en el presente informe que en su conjunto queden o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) MCTE y/o su equivalente en otras monedas.
- Se realizó la aplicación de perfiles transaccionales, segmentación de clientes y alertas automatizadas según el Manual SARLAFT de la institución.
- No se generaron alertas automáticas o manuales que ameriten un reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UAF).
- De acuerdo con la información recolectada, analizada y consolidada conforme a los perfiles y procedimientos establecidos en el SARLAFT, no se detectaron operaciones sospechosas, inusuales o de dudosa procedencia durante el mes de NOVIEMBRE de 2023 que requieran ser reportadas a la UAF.
- Se genera como soporte los boletines diarios de fondos, en los cuales se registran detalladamente todas las transacciones realizadas.

El presente certificado tiene por objeto dejar constancia al oficial de cumplimiento sobre el análisis y evaluación de las transacciones en efectivo recibidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01 de NOVIEMBRE y el 30 de NOVIEMBRE de 2023, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Manual SARLAFT de la entidad, y la Circular Externa 2021 170000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente, este Certificado se expide para fines de control y monitoreo, y será archivado conforme a los lineamientos institucionales establecidos.

Dado en la ciudad de Florencia, Departamento de Caquetá, a los siete (07) días del mes Diciembre del año 2023.

Paula Andrea Artaga Carrera
PAULA ANDREA ARTAGA CARRERA
Tesorera General
Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Cindy Tatiana Vargas Toro
CINDY TATIANA VARGAS TORO
Secretaria

Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29
(060) 436 6464 www.hmi.gov.co ventanillanica@hmi.gov.co

Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.
NIT. 851.060.985
LA SUCRESA TESORERA GENERAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - E.S.E. -

CERTIFICA QUE

De acuerdo con lo dispuesto en el Manual de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), Acuerdo Número 002 de fecha 10-01-2023 como también lo señalado en los ítems 5.2.2.2.6.3. Seguimiento de operaciones y 5.2.3.1. Consideración electrónica de operaciones en efectivo de la Circular Externa 2021 170000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó un análisis detallado de las operaciones en efectivo bajo los siguientes criterios:

- En el mes de DICIEMBRE de 2023, no se recibieron 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 MCTE (\$ 5.000.000) y/o el equivalente a otros moneda.
- No se recibieron transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior al señalado en el presente informe que en su conjunto queden o superen veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) MCTE y/o su equivalente en otras monedas.
- Se realizó la aplicación de perfiles transaccionales, segmentación de clientes y alertas automatizadas según el Manual SARLAFT de la institución.
- No se generaron alertas automáticas o manuales que ameriten un reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UAF).
- De acuerdo con la información recolectada, analizada y consolidada conforme a los perfiles y procedimientos establecidos en el SARLAFT, no se detectaron operaciones sospechosas, inusuales o de dudosa procedencia durante el mes de DICIEMBRE de 2023 que requieran ser reportadas a la UAF.
- Se genera como soporte los boletines diarios de fondos, en los cuales se registran detalladamente todas las transacciones realizadas.

El presente certificado tiene por objeto dejar constancia al oficial de cumplimiento sobre el análisis y evaluación de las transacciones en efectivo recibidas por la entidad durante el periodo comprendido entre el 01 de DICIEMBRE y el 31 de DICIEMBRE de 2023, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Manual SARLAFT de la entidad, y la Circular Externa 2021 170000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente, este Certificado se expide para fines de control y monitoreo, y será archivado conforme a los lineamientos institucionales establecidos.

Dado en la ciudad de Florencia, Departamento de Caquetá, a los siete (07) días del mes Enero del año 2024.

Paula Andrea Artaga Carrera
PAULA ANDREA ARTAGA CARRERA
Tesorera General
Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.

Cindy Tatiana Vargas Toro
CINDY TATIANA VARGAS TORO
Secretaria

Florencia - Caquetá, Diagonal 20 # 7 - 29
(060) 436 6464 www.hmi.gov.co ventanillanica@hmi.gov.co

	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

ANEXO No. 1 CERTIFICADO DE REPORTES A LA UIAF REPORTE MES ENERO 2025

Certificado

Reporte generado el 4 feb de 2025 03:43:04p.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:	2823294
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	03/02/2025 12:01:06 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 1 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 1 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1706911
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 feb de 2025 03:29:47p.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:	2827669
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	06/02/2025 03:29:39 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 1 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 1 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	68215
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 feb de 2025 03:24:27p.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:	2827661
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	06/02/2025 03:24:10 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 1 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 1 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	68381
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 CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

REPORTE MES FEBRERO 2025

Certificado

Reporte generado el 7 mar de 2025 07:45:09p.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:	2850695
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	07/03/2025 07:45:02 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 2 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	28 - 2 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1718132
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 7 mar de 2025 07:56:27p.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:	2850708
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	07/03/2025 07:56:16 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 2 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	28 - 2 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	69101
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 7 mar de 2025 07:55:14p.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:	2850702
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	07/03/2025 07:55:04 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 2 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	28 - 2 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	69268
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 CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

REPORTE MES MARZO 2025

Certificado

Reporte generado el 9 ABR de 2025 10:59:14a. 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:	2884306
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	En Linea
Fecha de radicación:	9/04/2025 10:59:11 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 3 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 3 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1734870
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 9 ABR de 2025 11:00:31a. 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:	2884317
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	9/04/2025 11:00:27 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 3 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 3 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	70988
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 9 ABR de 2025 10:59:46a. 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:	2884313
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	9/04/2025 10:59:40 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 3 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 3 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	71122
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 CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

REPORTE 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 Línea
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

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

	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

REPORTE MES MAYO 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

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

	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

REPORTE 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

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

	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

REPORTE MES JULIO 2025

Certificado

Reporte generado el 6 ago. de 2025 7:36:13p. 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:	3003039
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	6/08/2025 7:36:07 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 7 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 7 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1786616
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 ago. de 2025 7:38:37p. 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:	3003043
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	6/08/2025 7:38:31 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 7 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 7 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	74796
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 ago. de 2025 7:37:18p. 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:	3003042
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	6/08/2025 7:37:13 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 7 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 7 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	74918
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 CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

REPORTE MES DE AGOSTO DEL 2025

Certificado

Reporte generado el 8 sept. de 2025 9:02:41a. 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:	3024316
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	8/09/2025 9:02:35 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 8 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 8 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1796047
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 8 sept. de 2025 9:08:29a. 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:	3024344
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	8/09/2025 9:08:21 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 8 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 8 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	76533
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 8 sept. de 2025 9:04:31a. 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:	3024326
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	8/09/2025 9:04:25 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 8 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 8 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	76659
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 CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

REPORTE MES DE SEPTIEMBRE DEL 2025

Certificado

Reporte generado el 8 oct. de 2025 8:32:43a. 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:	3055174
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	8/10/2025 8:32:37 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 9 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 9 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1811243
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 8 oct. de 2025 8:33:41a. 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:	3055181
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	8/10/2025 8:33:37 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 9 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 9 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	77375
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 8 oct. de 2025 8:33:21a. 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:	3055178
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	8/10/2025 8:33:13 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 9 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 9 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	77470
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 CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

REPORTE MES DE OCTUBRE DEL 2025

Certificado

Reporte generado el 6 nov. de 2025 7:25:31p. 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:	3087378
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	6/11/2025 7:25:24 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 10 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 10 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1825798
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 nov. de 2025 7:27:46p. 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:	3087381
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	6/11/2025 7:27:41 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 10 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 10 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	78030
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 nov. de 2025 7:26:30p. 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:	3087380
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	6/11/2025 7:26:25 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 10 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 10 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	78131
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 CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

REPORTE MES DE NOVIEMBRE DEL 2025

Certificado

Reporte generado el 7 DIC de 2025 7:34:21p. 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:	3110258
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	7/12/2025 7:34:14 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 11 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 11 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1834571
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 7 DIC de 2025 7:34:50p. 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:	3110259
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	7/12/2025 7:34:46 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 11 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 11 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	79001
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 7 DIC de 2025 7:34:50p. 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:	3110259
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	7/12/2025 7:34:46 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 11 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 11 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	79001
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 CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

REPORTE MES DE DICIEMBRE DEL 2025

Certificado

Reporte generado el 8 ENE de 2026 3:24:40p. 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:	3141102
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	8/01/2026 3:24:35 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 12 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 12 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	80168
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 8 ENE de 2026 3:23:36p. 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:	3141096
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	8/01/2026 3:23:22 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 12 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 12 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1849883
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 8 ENE de 2026 3:25:05p. 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:	3141106
Entidad:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	8/01/2026 3:25:01 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 12 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 12 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	80036
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 CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL SARLAFT/FPADM		VERSIÓN	001
			VIGENCIA	2025

CONCLUSIONES

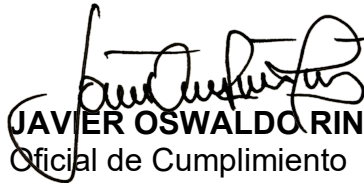
Durante la vigencia 2025, el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. evidenció avances significativos en la consolidación y fortalecimiento del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM), así como del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), reflejando una gestión más estructurada, preventiva y alineada con la normatividad vigente.

11. **Fortalecimiento integral de SARLAFT y SICOF:** Durante el periodo evaluado se evidenció un fortalecimiento progresivo de ambos sistemas, con mejoras en la implementación operativa de los controles, mayor coherencia entre los lineamientos documentales y la operación real de la entidad, y una mejor articulación entre SARLAFT y SICOF como sistemas complementarios de gestión del riesgo institucional.
12. **Mayor apropiación institucional y liderazgo en la gestión del riesgo:** Se observó una mayor apropiación de SARLAFT y SICOF por parte de los líderes de proceso y colaboradores, reflejada en el mejor diligenciamiento de los formatos, el acatamiento de las recomendaciones emitidas en la auditoría del primer semestre y una participación más activa en los espacios de capacitación, seguimiento y control.
13. **Mejor articulación y comunicación con el Oficial de Cumplimiento:** Se fortaleció la comunicación y articulación entre las áreas operativas y el Oficial de Cumplimiento, lo que permitió una gestión más oportuna de alertas, una retroalimentación efectiva sobre hallazgos y un acompañamiento preventivo en los procesos con mayor exposición al riesgo, especialmente en contratación, talento humano y gestión financiera.
14. **Actualización y consolidación de la matriz de riesgos SARLAFT-SICOF:** La matriz de riesgos se encuentra actualizada, depurada y alineada con los procesos institucionales, permitiendo una identificación más precisa de riesgos, una formulación adecuada de eventos y un fortalecimiento de los controles, lo que contribuye a una gestión preventiva más efectiva frente a los riesgos de LA/FT/FPADM, corrupción, opacidad y fraude.
15. **Mejoras en los instrumentos de control y trazabilidad:** Se evidencian avances relevantes en la aplicación y verificación de los formatos DE-F-26, DE-F-27 y DE-F-28, así como en los mecanismos de revisión documental y control precontractual. Aunque persisten oportunidades de mejora, los ajustes implementados durante el segundo semestre han permitido reducir brechas operativas y fortalecer la trazabilidad de la información.
16. **Avances en cultura de cumplimiento y formación:** La ejecución de capacitaciones y la puesta en marcha del Módulo de Educación Continua han contribuido al fortalecimiento de la cultura de cumplimiento en materia de SARLAFT y SICOF, ampliando la cobertura formativa y facilitando la apropiación de los conceptos clave por parte del personal, especialmente en áreas asistenciales y operativas.

	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

17. Enfoque de mejora continua y sostenibilidad de los sistemas: Si bien se mantienen oportunidades de fortalecimiento, particularmente en la estandarización total de procesos y el desarrollo de herramientas de apoyo tecnológico, el Hospital se encuentra en un proceso sólido y consistente de mejora continua, con bases técnicas, operativas y culturales que permiten proyectar la sostenibilidad y madurez de los sistemas SARLAFT y SICOE en el mediano y largo plazo.


JAVIER OSWALDO RINCÓN MUÑOZ
 Oficial de Cumplimiento

Proyectó. Andrea Rubio Tovar - Contratista Oficina de Planeación 

Proyectó. Karine Buitrago Villalobos - 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)			