

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5	Anexo al Manual MAN-CIG-01 FORMATO INFORMES OFICINA DE CONTROL INTERNO	MAN-CIG-01-FO01
		Versión: 01
		Página 1 de 13

Informe N°	107.4.20
------------	----------

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	23 octubre de 2025					
TÍTULO DEL INFORME	Seguimiento implementación - Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo- SARLAFT, 2do cuatrimestre del año 2025. En cumplimiento al programa anual de auditorías de la Oficina de Control Interno, numeral 6.4 de la CIRCULAR EXTERNA 9 DE 2016 de la SUPERSALUD. Circular Externa 202117000000055 de 2021: Reglamenta el SARLAFT en el sector salud.					
TIPO DE ACTIVIDAD	<table border="1"> <tr> <td>Auditoría</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Seguimiento.</td> <td>X</td> </tr> </table>	Auditoría		Seguimiento.	X	
Auditoría						
Seguimiento.	X					
OBJETIVO DEL INFORME	Verificar el envío de la información del SARLAFT y realizar seguimiento a la implementación del Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT, al cumplimiento normativo y el fortalecimiento del control institucional frente a los riesgos de corrupción, opacidad y fraude.					
ALCANCE DEL INFORME:	El seguimiento se enfocará en las actividades realizadas por parte del oficial de cumplimiento o máxima persona encargada del cumplimiento del SARLAFT (subgerencia Administrativa y Financiera), en el periodo comprendido al segundo cuatrimestre, desde el mes de mayo a agosto de 2025, Este seguimiento incluirá la verificación del cumplimiento normativo, así como la revisión de los manuales políticas de procedimiento de la entidad, los anexos los formatos asociados, las capacitaciones etc.					
MARCO NORMATIVO:	Ley 526 de 1999: Define la responsabilidad de las entidades financieras en la prevención del lavado de activos. Ley 1121 de 2006: Define el marco legal para la financiación del terrorismo y establece las medidas para prevenirla. En las entidades de salud en Colombia está regulado principalmente por la Circular Externa 20211700000005-5 de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), que modifica y complementa la Circular Externa 009 de 2016. Acta de Junta Directiva No 101.1.1-012 de fecha 15 de diciembre de 2022, por medio del cual se aprueba el Manual de prevención de la Corrupción, Opacidad y Fraude, y ajuste al Manual del SARLAFT, aprobado mediante Acuerdo N°.008 de mayo 25 de 2017.					

PROCESO A REALIZAR SEGUIMIENTO	Subgerencia Administrativa y Financiera, Oficial de cumplimiento	Nombre completo del jefe de proceso / coordinador	Dr. DIEGO ANDRÉS CASTRO BETANCOURT
ARTICULACION CON EL MECI:	Séptima Dimensión MIPG		
CONTENIDO			
1. Introducción 2. Metodología 3. Desarrollo del seguimiento 4. Conclusión 5. Recomendaciones			
DESARROLLO DEL CONTENIDO			
1-Introducción. El SARLAFT Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo, hace parte de la estrategia del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y se enmarca dentro del Sistema de Control Interno definido por la Ley 87 de 1993, el Decreto 1083 de 2015 y la Directiva Presidencial 08 de 2022 en Colombia. Tiene como objetivo prevenir el fraude, la corrupción y la opacidad, a través de una estructura funcional y sistemática. Este informe presenta el resultado del seguimiento realizado a la implementación del SARLAFT, correspondiente al 2do cuatrimestre del año 2025. En cumplimiento de la CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 de 2021 y Circular Externa 009 de 2016 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) donde se imparte las directrices para la verificar el envío de la información del SARLAFT y realizar seguimiento a la implementación del SARLAFT, actividad dentro del Plan General de Auditorías 2025 de la Oficina de Control Interno. El SARLAFT es una herramienta implementada para prevenir, detectar y mitigar riesgos de corrupción, fraude y falta de transparencia en la gestión pública. El Hospital Universitario San José E.S.E, en cumplimiento de la normatividad imparte las directrices para su implementación. 6.4 AUDITORÍA INTERNA, O QUIEN EJECUTE FUNCIONES SIMILARES, O QUIEN HAGA SUS VECES. <Numeral modificado por la Circular 5 de 2021. El nuevo texto es el siguiente:> Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones a la Auditoría Interna, o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, ésta debe evaluar semestralmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SARLAFT, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, debe informar los resultados de la evaluación al Oficial de Cumplimiento y a la Junta Directiva. La Auditoría Interna, o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, debe realizar una revisión periódica de los procesos relacionados con las parametrizaciones de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/ o cuantitativos de reconocido valor técnico.			

2. Metodología.

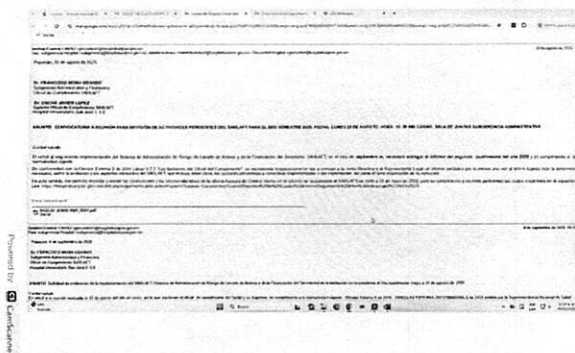
El seguimiento se realizó mediante el chequeo de la información recibida por parte del oficial de cumplimiento y las evidencias de las actividades realizadas anexas.

En virtud de lo anterior se realiza reunión el 25 de agosto de 2025, con los procesos responsables de dar cumplimiento al SARLAFT, posteriormente mediante se envían correos electrónico institucional el 06/08/2025, 22/08/2025, 25/08/2025 y 04/09/2025, solicitando los respectivos informes del SARLAFT.

Reunión el 25 de agosto de 2025

correos electrónico institucional el 06/08/2025, 22/08/2025, 25/08/2025 y 04/09/2025

LISTA DE ASISTENCIA INTERNO		COPIA CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL		FOLIO DE	
FECHA: 25 Agosto 2025		LUGAR: Sala de juntas Subgerente Administrativo		PÁGINA: 01	
Seguimiento SARLAFT - Actores responsables del proceso del 1er cuatrimestre 2025					
Sanción Anterior - Sanción Actual - Sanción Final - Sanción Final - Sanción Final					
Nombre	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación
Diego Andrés Castro	26701172	Identificación	26701172	Identificación	Identificación
Oscar Javier López	26701172	Identificación	26701172	Identificación	Identificación
Procuraduría	10572779	Identificación	10572779	Identificación	Identificación
Sanción Anterior	26701172	Identificación	26701172	Identificación	Identificación



3- Desarrollo del Seguimiento.

Esta revisión periódica de los procesos relacionados con las parametrizaciones de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico. Se realiza en cumplimiento al PGA 2025 a cargo del proceso de Control interno.

Se procede a realizar el respectivo análisis de evidencias generadas durante el periodo evaluado (mayo a agosto de 2025). Los criterios de evaluación fueron establecidos con base en los lineamientos de la numeral 6.4 de la CIRCULAR EXTERNA 9 DE 2016 de la SUPERSALUD.

- Mediante correos del 06/08/2025, 22/08/2025, 25/08/2025 y 04/09/2025, se solicita informe de las actividades del Sarlaft.
- En fecha 25 de agosto de 2025, se realiza reunión con los procesos responsables de dar cumplimiento al SARLAFT, el oficial de cumplimiento del SARLAFT Dr. Diego Andrés Castro y el suplente del oficial de cumplimiento Sr. Oscar Javier López, el objeto del comité es socializar las actividades pendientes por cumplir del 1er cuatrimestre 2025 como son: capacitaciones, revisión, actualización de la propuesta del Manual Sarlaft, y colocar en contexto al subgerente Administrativo y Financiero-Oficial de Cumplimiento, y al suplente del SARLAFT, sobre el proceso o protocolo de "notificación del nombramiento de este cargo en debida forma para que pueda actuar en ausencia del subgerente Administrativo". Se anexan correos.

RESPUESTA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO SARLAFT 11/09/2025	
subgerencia Hospital - subgerencia@hospitalunivari.com.pe para " " Piropayán, 11 de septiembre de 2025 Dr. VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO Jefe Oficina Asesora Control Interno Hospital Universitario San José E.S.E Desde la subgerencia administrativa y financiera se adelantará y coordinan actividades comprometidos con la implementación del SARLAFT (Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo) continuamente con los diferentes servicios involucrados, con respecto a la solicitud de su dependencia se han adelantado en su mayoría los items solicitados sin embargo el acta de la junta directiva para la notificación oficial al suplente del oficial de cumplimiento está a la espera de la definición de la reunión del órgano, a lo que se suma el periodo de vacaciones del señor Oscar Lopez Dado a esto, comedidamente solicitamos un plazo para remitir la información solicitada por su despacho, la incorporación del funcionario delegado como suplente se hará hasta el 22 de septiembre del presente año, por lo que se sugiere respetuosamente, se considere que el envío de la información fuera después de dicha fecha. cordialmente *** — JUAN FRANCISCO MORA ORLANDO Subgerente Administrativo y Financiero, Hospital Universitario San José de Piropayán E.S.E	11 sept. 2025, 11:52 ☆ ↻ ⓘ

RESPUESTA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO SARLAFT 29/09/2025

subgerencia Hospital
Luz M.
Dr. VICTOR FABIO GÓMEZ FRANCO
Jefe Oficina Asesora Control Interno
Hospital Universitario San José E.S.E.

Reciba un cordial saludo.

En respuesta a su requerimiento, nos permitimos remitir información sobre el avance de la aplicabilidad e implementación del SARLAFT (Sistema de Administración de Riesgo de Activos y de la Financiación del Territorio) en la institución.

Al la creación del video institucional ya se incluyó el servicio de comunicaciones con quien se encargó a trabajar en el diseño y contenido del mismo conjuntamente con el oficial suplente de cumplimiento SARLAFT. Proyectamos el manual institucional definitivo ya está siendo diseñado y socializado para la 3ra semana del mes de octubre del presente año (Anexo C1-Correo Hospital Universitario San José).

El día que el oficial suplente de cumplimiento SARLAFT ha recibido capacitación y formación puntual en el tema en mención, será el apoyo institucional en la revisión y actualización de la propuesta del manual Sarlaft que entregó la firma asesora **SICOF CONTADORES Y ASSESORES S.A.S.**

CPI señor Oscar Javier López Gómez ha sido el diligente en el tema de la Subgerencia Administrativa y Financiera conforme la decisión de reunión de la Junta Directiva con fecha 09/10/2024 (Anexo 2 Notificación al suplente Sarlaft).

Se señala que el seguimiento de la matriz de riesgos de corrupción está a cargo de la oficina asesora de planeación, sin embargo se anexa diligenciamiento de la matriz correspondiente a los componentes de la subgerencia administrativa y financiera (Anexo 3-Subgerencia ADM-FIN).

Se remiten evidencias de los Certificados de Reportes generados del mes de mayo a agosto 2025 de: (Anexo 4-REPORTES UAF MAJA)

1. Reporte de operaciones sospechosas de la UAF UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS FINANCIERO

2. Reporte de Procedimientos CERO de la UAF

3. Reporte de procedimientos CERO de la UAF

4. Certificado de Estado de Reporte de la UAF DEL MES DE ENERO FEBRERO MARZO Y ABRIL 2025 (Anexo 5-REPORTES UAF EFMA)

5. Certificado del proceso de Furtación, Administración y Almacenamiento de la Información, Administración y Almacenamiento de la Información con corte a 31 de agosto de 2025 de que no se elaboraron facturas ilegales o supuestas a cinco millones de pesos en efectivo (Anexo 6- Certificados de procesos)

Confidencialmente

Atte.

[Mensaje recibido] [Ver todo el mensaje]

6 archivos adjuntos: Analizado por Grial

NOTIFICACIÓN 3... Centro de Hechos... Certificados de p... REPORTES UAF... REPORTES UAF C... SUBGERENCIA A...

3.1 Dentro de las actividades realizadas en la institución, sobre la aplicabilidad e implementación del SARLAFT enviadas por el oficial de cumplimiento, se evidencia oficio de fecha 29/09/2025 de notificación del delegado como oficial suplente del oficial de cumplimiento a cargo del Dr. Oscar López.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYÁN

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Popayán 29 de Septiembre 2025.

Señor:
OSCAR JAVIER LÓPEZ GÓMEZ
Hospital Universitario San José E.S.E.
Popayán, Cauca

Asunto: Notificación de delegación como oficial suplente de cumplimiento SARLAFT.

Cordial saludo

En cumplimiento de las Leyes 1474 de 2011 y 2195 de 2022, que obligan a las entidades estatales a implementar medidas de debida diligencia para la gestión del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT), y de acuerdo con el Acta JD 101-2013 del 15 de diciembre de 2022 del Hospital Universitario San José de Popayán, informamos lo siguiente:

En la Junta Directiva celebrada el 5 de noviembre de 2024, se delegó al señor Oscar Javier López Gómez, con cédula de ciudadanía N° 76.315.406 y empleado de planta de nuestra institución, como Oficial Suplente de Cumplimiento SARLAFT. Esta designación se realiza en estricto cumplimiento de los requisitos establecidos para la delegación de dicha responsabilidad en ausencia del oficial de cumplimiento principal.

Atentamente

DIEGO ANDRÉS CASIRO BETANCOURT
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
Hospital Universitario San José Popayán E.S.E.

OSCAR JAVIER LÓPEZ GÓMEZ
OFICIAL SUPLENTE SARLAFT
H.U.S.J.E.S.E.

Prescribe: PRESIDENTE DEL COMITÉ INTERNO DE CONTROL DE CALIDAD
Aprobó: Subgerente Administrativo y Financiero (Módulo 1 y 2) Diego Andrés Casiro Betancourt

3.2 MANUAL DE SARLAFT.

En agosto del año 2023, se implementan las capacitaciones del SARLAFT y la actualización del manual y demás documentos normativos vigentes mediante el contrato N°219 del 2/08/2.023, cuyo objeto era: *"Prestación de servicios para capacitar al personal de alta gerencia y al personal que esta designe, sobre el MANUAL SARLAFT - SICOF, DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E y realizar un diagnóstico para determinar la situación actual y las actividades a desarrollar o a fortalecer, con el fin de actualizar los riesgos y el Manual SARLAFT; realizar la actualización del Sistema de Prevención de Riesgos (SARLAFT). La actualización incluirá además del Manual, todos los documentos anexos como manuales de funciones y procedimientos, formatos y actas con sus entregables".*

Este proceso ha venido recomendando la actualización del Manual en el 1er cuatrimestre de 2025, por lo cual comunica el oficial de cumplimiento que el oficial suplente de cumplimiento SARLAFT será el profesional encargado de la actualización del manual en correo de 29/09/2025: *"Dado que el oficial suplente de cumplimiento SARLAFT ha recibido capacitación y formación puntual en el tema en mención, será el apoyo institucional en la revisión y actualización de la propuesta del manual Sarlaft que entregó la firma asesora SOG CONTADORES Y ASESORES S.A.S"*

3.3. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN:

En este contexto, las entidades deben diseñar, programar y coordinar planes de capacitación dirigidos a todas las áreas y funcionarios, con el objetivo de fortalecer la gestión del riesgo asociado a corrupción, opacidad y fraude.

La institución realizó en noviembre de 2024 el procedimiento para la vinculación de clientes, proveedores, contratistas, procedimiento para la vinculación de empleados con código No OPL-PDO4-FO de 08/1/2024 el cual se encuentra debidamente firmado, pero debe ser socializado e implementado.

Dentro del informe del 1er cuatrimestre se recomendó realizar la respectiva socialización y capacitación a los procesos responsables del cumplimiento de este procedimiento, pero no se cumplió con esta actividad.

Para este 2do cuatrimestre tampoco se logró cumplir esta actividad, al respecto informa el oficial de cumplimiento: *"que se está gestionando con el proceso de comunicaciones la creación de un video La creación del video con quién se empezó a trabajar en el diseño y contenido del mismo conjuntamente con el oficial suplente de cumplimiento SARLAFT. Proyectamos el material audiovisual definitivo ya esté siendo difundido y socializado para la 3ra semana del mes de octubre del presente año"* - material audiovisual el cual permita dar una breve pero concisa información sobre el cuidado y atención al procedimiento para la vinculación de clientes, proveedores, contratistas y demás actores que tengan relaciones con el hospital.

CORREO AL PROCESO DE COMUNICACIONES DEL 10/09/2025



subgerencia Hospital <subgerencia@hospitalsan jose.gov.co>

SOLICITUD DE CREACION DE VIDEO INSTITUCIONAL SARLAFT

1 mensaje

subgerencia Hospital <subgerencia@hospitalsan jose.gov.co>
Para: comunicaciones Hospital <comunicaciones@hospitalsan jose.gov.co>

10 de septiembre de 2025, 17:03

Buenas tardes

En virtud de dar cumplimiento a la normativa vigente (Circular externa 9 de 2016 , circular externa 202170000005-5 de 2021 emitida por la superintendencia nacional de salud) y con la finalidad de fortalecer la implementación del SARLAFT (sistema de administración de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo) al interior de la institución, se solicita su apoyo con la creación de material audiovisual el cual permita dar una breve pero concisa información sobre el cuidado y atención al procedimiento para la vinculación de clientes , proveedores,contratistas y demás actores que tengan relación es con el hospital.

Por favor acordar con el área de subgerencia administrativa y financiera ,que a su vez se apoyará en los servicios de control interno, facturación y planeación para definir el contenido del mismo.

Cordialmente

...
JUAN FRANCISCO MORA OBANDO
Subgerente Administrativo y Financiero,
Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E

3.4 SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGOS DEL SARLAFT:

En desarrollo del SARLAFT, se observó que la Institución no se evidencia una matriz de riesgos en cumplimiento a la Circular Externa 9 2016 de la Super Intendencia Nacional de Salud, numeral 5.1 Etapas de Sarlaft, donde debe comprender como mínimo las siguientes etapas:

5.1.1. Identificación el riesgo

5.1.2. Evaluación y Medición.

5.1.3. Controles

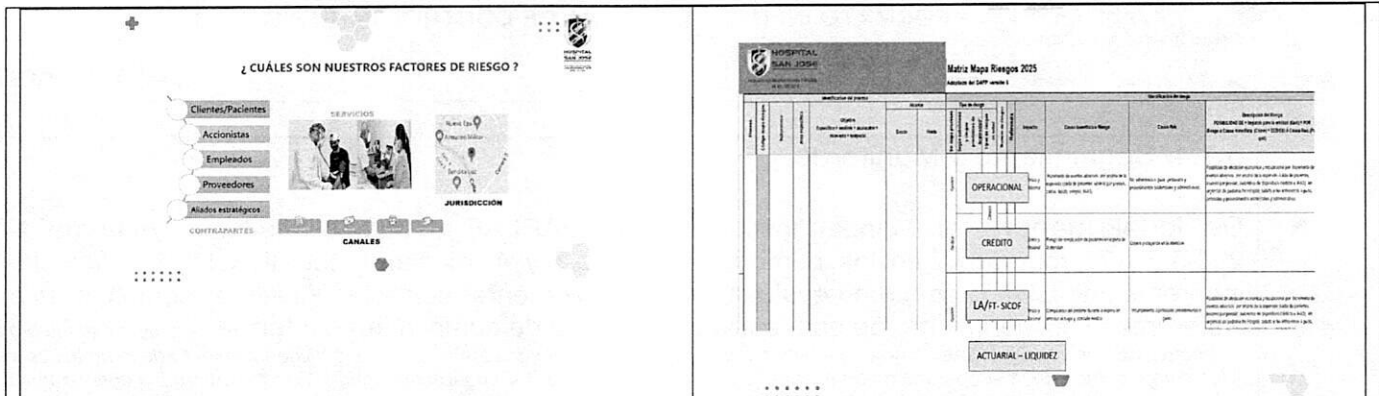
5.1.4. Seguimiento y Monitoreo.

De igual manera el Manual Institucional el SARLAF adoptado mediante Acuerdo N°008 de 25/05/2017, contempla en los numerales 6.1.1-2-3 y 4, el deber del HUSJP identificar los riesgos inherentes de LA/FT, así como evaluar, medir, implementar controles y realizar seguimiento monitoreo Referente al requerimiento de esta actividad el oficial de cumplimiento informa: "Que el seguimiento de la matriz de riesgos de corrupción está a cargo de la oficina asesora de planeación, sin embargo, anexa diligenciamiento de la matriz correspondiente a los componentes de la subgerencia administrativa y financiera. (Anexo 3.-Subgerencia ADM (1) documento que contiene una capacitación sobre el concepto y generalidades del Sarlaft.

Por lo anterior se aclara que la solicitud de uno de los puntos hace relación a la matriz de riesgo de SARLAFT y no Riesgos de Corrupción (SICOF)

Se anexa documento presentado por el oficial de cumplimiento como matriz de riesgos del Sarlaft, documento que no tiene relación con los solicitado; puesto que lo que se recibió fue una presentación en diapositivas y no la matriz que permita evidenciar el cumplimiento de las etapas del SARLAFT.

QUE ES EL SARLAFT ? Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. Es un conjunto de políticas, procedimientos y controles implementados para prevenir, detectar y mitigar los riesgos asociados con el lavado de activos (LA) y la financiación del terrorismo (FT). Su objetivo es prevenir y mitigar los impactos que la institución pueda tener por el riesgo de acciones delictivas.	MARCO NORMATIVO 
Cultura de Prevención del Riesgo LA/FT Contra delitos que: - Violentes el sistema financiero de la institución - Violentes el Sistema Operativo de la institución - Atentan contra el buen nombre de la institución	QUÉ ES LAVADO DE ACTIVOS LA/FT/FPADM ? LAVADO DE ACTIVOS Es tratar de dar apariencia de legalidad a recursos provenientes de actividades ilícitas. Artículo 323 del Código penal colombiano. FINANCIACION DEL TERRORISMO La financiación del terrorismo está relacionada con los fondos, bienes, recursos a los que acceden las organizaciones terroristas para poder costear sus actividades ilícitas. (Art. 345 del código penal) FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA El que directa o indirectamente produzca, almacene, financie o haga uso de armas nucleares, biológicas o químicas.
¿QUÉ ES LA/FT/FPADM? LAVADO DE ACTIVOS El lavado de activos es una actividad criminal que busca ocultar el verdadero origen ilícito de los recursos que obtienen los criminales mediante operación financieras y no financieras, en las que usan a sectores de la economía de los países (Art. 323 del código penal) con el fin de tratar de darles apariencia de legalidad. FINANCIACION DEL TERRORISMO La financiación del terrorismo está relacionada con los fondos, bienes, recursos a los que acceden las organizaciones terroristas para poder costear sus actividades ilícitas. (Art. 345 del código penal) FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA El que directa o indirectamente produzca, almacene, financie o haga uso de armas nucleares, biológicas o químicas.	DELITOS FUENTES DE LA/FT/FPADM 



3.5 CERTIFICADOS UIAF DE REPORTES GENERADOS DEL MES DE MAYO A AGOSTO DE 2025.

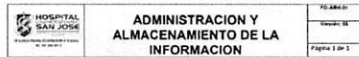
Se evidencia que las actividades y reporte realizadas por parte del oficial de cumplimiento encargado del SARLAF (subgerencia Administrativa y Financiera), en el periodo comprendido al 2do cuatrimestre, por parte de la Institución son:

CERTIFICADOS	Estado MAYO	Estado JUNIO 2025	Estado JULIO 2025	Estado AGOSTO
1- Certificación de Reporte de operaciones sospechosas de la UIAF UNIDAD DE INFORMACIÓN Y NÁLISIS FINANCIERO	exitoso	exitoso	exitoso	exitoso
2-Certificación de Reporte de Procedimientos CE009 de la UIAF	exitoso	exitoso	exitoso	exitoso
3-Certificación de Reporte de proveedores CE009 de la UIAF	exitoso	exitoso	exitoso	exitoso
4- certificado de Estado de Reporte de la UIAF	exitoso	exitoso	-	exitoso
5- Certificado de Facturación. "Con el fin de certificar que, con fecha de corte de los meses de mayo, junio, julio, agosto de 2025, si o no se elaboraron facturas iguales o superiores a cinco millones de pesos".	-	no se reportó	-	no se reportó
6- Certificado del proceso de Administración y Almacenamiento de la Información que: "Con el fin de certificar que, con fecha de corte de los meses de mayo, junio, julio, agosto de 2025, si o no se elaboraron facturas iguales o superiores a cinco millones de pesos".	-	no se reportó	-	si se reportó
7- Certificado de Tesorería que: "Con el fin de certificar que, con fecha de corte de los meses de mayo, junio, julio, agosto de 2025, si o no se elaboraron facturas iguales o superiores a cinco millones de pesos".	-	no se reportó	-	no se reportó

1.1 Certificados 05/09/2025

Administración y Almacenamiento de la Información. Si se evidencia en el mes de agosto 2025 un pago en efectivo mayor o igual	Tesorería. No, se evidencia en el mes de agosto 2025 pagos en efectivo mayor o igual a 5 millones	Facturación. No, se evidencia en el mes de agosto 2025 pagos en efectivo mayor o igual a 5 millones
---	---	---

a 5 millones -LIRIA CELINA NICAURA ACOSTA OLIVA.



ADMINISTRACION Y ALMACENAMIENTO DE LA INFORMACION

Popayán, septiembre 03 de 2025
Dr. Juan Francisco Mora Obando
Subgerente Administrativo y Financiero Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

Asunto: Certificación pagos en efectivo mayores a 5 millones mes de agosto 2025
Respetado profesional: De acuerdo a solicitud de la referencia, me permito informar que una vez consultada la base de datos del sistema de información Contabilidad General Hospitalaria, en el mes de agosto de 2025 se registró un pago en efectivo mayor o igual a 5 millones de pesos realizado por una persona natural.

Se adjunta evidencia.
Cordialmente,

JUAN DAVID URIBE OROZCO
Coordinador Área de Administración y Almacenamiento de la Información.
Añadido Partes ASSESALUD

Recibe con fecha de entrega 10/09/2025
Recibe con fecha de entrega 10/09/2025
Recibe con fecha de entrega 10/09/2025



TESORERIA

LA TESORERÍA GENERAL GR.1.
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.

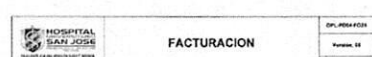
CERTIFICA

Qui, revisando el archivo magnético y físico del área de tesorería del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. correspondientes al mes de agosto del año 2025, se certifica que NO se han realizado pagos en efectivo a personas naturales o particulares por un monto superior a CINCO MILLONES DE PESOS MCTE (\$ 5.000.000).

Popayán, 03 de septiembre del 2025

ARIANNE LUCIA BELALCAZAR MURCIA
Tesorera General Gr.1

Recibe con fecha de entrega 10/09/2025
Recibe con fecha de entrega 10/09/2025
Recibe con fecha de entrega 10/09/2025



FACTURACION

115
EL COORDINADOR DE FACTURACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN

CERTIFICA QUE

Con fecha de corte a 31 de agosto de 2025, no se elaboraron facturas iguales o superiores a cinco millones de pesos (\$ 5.000.000).

Para constancia se firma en Popayán, el día cinco (05) del mes de septiembre de año dos mil veinticinco (2025).

NELSA YRIS ROFAYAN
Profesional con actividades de Coordinación de Facturación

Recibe con fecha de entrega 10/09/2025
Recibe con fecha de entrega 10/09/2025
Recibe con fecha de entrega 10/09/2025

Evidencia, Estado de reporte del UIAF del mes de mayo a agosto 2025
Reporte de Proveedores.

Certificado

Reporte generado el 5 jun. de 2025 11:57:47a. 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:	2931093
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	5/06/2025 11:57:44 a. 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:	72191
Estado:	Exitoso

Evidencia reporte de Procedimientos

Certificado

Reporte generado el 5 jun. de 2025 11:57:25a. 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:	2931082
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	5/06/2025 11:57:22 a. 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

Evidencia reporte de operaciones sospechosas

Certificado

Reporte generado el 5 jun. de 2025 11:28:43a. 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:	2931038
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	5/06/2025 11:28:32 a. 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:	1755002
Estado:	Exitoso

Durante el 2do cuatrimestre de la vigencia 2025, y dentro del informe del consolidado de diligenciamiento del formato SARLAFT de los procesos contractuales suscritos, se anexaron los respectivos certificados de los reportes a operaciones sospechosas, a proveedores y a procedimientos con el objetivo de prevenir el lavado de activos e identificar personas o entidades que podrían ser riesgosas para el HUSJ E.S.E., En este informe se evidenciaron certificados del mes de agosto de 2025, mal expedidos por parte de los procesos de tesorería y facturación ya que difieren del certificado expedido en el mismo mes por el proceso de administración y almacenamiento de la información; de otra parte, no se evidenciaron los certificados de los meses de mayo y julio de 2025.

3.6 REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REQUISITOS NORMATIVOS VIGENTES.

Se realiza un chequeo de la documentación vigente y se evidencia que el hospital Universitario en virtud del cumplimiento normativo realizó las siguientes actividades:

- La institución cuenta actualmente con un manual de SARLAFT de fecha 23 de octubre de 2017 que se debe actualizar.
- En reunión de Junta Directiva del 12 de diciembre de 2022, se aprobaron los ajustes a la actualización del Manual SARLAFT.
- Mediante ACUERDO N°013 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2022, SE ADOPTA EL MANUAL DE POLÍTICAS DEL SARLAFT.
- En agosto del año 2023, se implementan las capacitaciones del SARLAFT y la actualización del manual y demás documentos normativos vigentes mediante el contrato N°219 del 2/08/2.023, cuyo objeto era: "Prestación de servicios para capacitar al personal de alta gerencia y al personal que esta designe, sobre el MANUAL SARLAFT - SICO, DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E y realizar un diagnóstico para determinar la situación actual y las actividades a desarrollar o a fortalecer, con el fin de actualizar los riesgos y el Manual SARLAFT; realizar la actualización del Sistema De Prevención De Riesgos (SARLAFT). La actualización

incluirá además del Manual, todos los documentos anexos como manuales de funciones y procedimientos, formatos y actas con sus entregables”.

- E) Se evidencia que la Subgerencia Administrativa y Financiera elaboró el procedimiento para la vinculación de clientes, proveedores, contratistas, procedimiento para la vinculación de empleados con código: No OPL-PDO4-FO de 08/11/2024, el cual se encuentra debidamente firmado.
- Formato Anexo al procedimiento DES-SAD-PD01 FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT. Se anexan documentales.

CONCLUSIONES:

- 1- Durante el 2do cuatrimestre de 2025, se observaron avances significativos en la implementación del SARLAFT, particularmente en lo que respecta a los aspectos documentales. No obstante, hay algunas acciones por mejorar entre ellas **REVISAR Y ACTUALIZAR LA PROPUESTA DEL MANUAL SARLAFT** que entregó la firma asesora SOG CONTADORES Y ASESORES S.A.S contrato N°219/2023. De igual manera dar a conocer que no se logró evidenciar el manual como un documento anexo al acuerdo 013 del 15 de diciembre de 2022 donde se aprobó ajuste al manual SARLAFT. mediante Junta Directiva de fecha 15/12/2022, previo solicitudes realizadas a los diferentes procesos de: Planeación, Gestión Documental, Gerencia incluyendo Control Interno.
- 2- Es muy importante que la administración **fortalezcan las capacitaciones** y en general los colaboradores del Hospital comprendan que la implementación de los sistemas de gestión de riesgos SARLAFT, no debe ser realizada solo para cumplir con un requerimiento normativo de la Superintendencia de Salud, estos deben ser entendidos como una herramienta estratégica para fortalecer el sistema de control interno y mitigar el riesgo de sanciones y afectaciones a la reputación del hospital, que podrían afectar la operación y el patrimonio de la Entidad, lo cual podría tener un impacto negativo en la operación y en el patrimonio de la Institución.
- 3- **SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGOS DEL SARLAFT:** En desarrollo del SARLAFT, se observó que la Institución no se evidencia una matriz de riesgos en cumplimiento a la Circular Externa 9 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, numeral 5.1 Etapas de Sarlaft, donde debe comprender como mínimo las siguientes etapas:
 - 5.1.1. Identificación el riesgo
 - 5.1.2. Evaluación y Medición.
 - 5.1.3. Controles
 - 5.1.4. Seguimiento y Monitoreo.

De igual manera el Manual Institucional el SARLAF adoptado mediante Acuerdo N°008 de 25/05/2017, contempla en los numerales 6.1.1-2-3 y 4, el deber del HUSJP identificar los riesgos inherentes de LAFT, así como evaluar, medir, implementar controles y realizar seguimiento monitoreo.

Por lo anterior se aclara que la solicitud de uno de los puntos hace relación a la matriz de riesgo de SARLAFT y no Riesgos de Corrupción (SICOF)

Entender, que tanto el riesgo de LA/FT como sus delitos fuentes y subyacentes, como es el caso de la corrupción y soborno transnacional, es transversal a toda la organización, de ahí la importancia que todas las áreas funcionales se involucren de tal forma que su tratamiento se convierta en una medida cíclica capaz de responder oportunamente a los cambios y amenazas del entorno sin menoscabar su imagen ni sus operaciones.

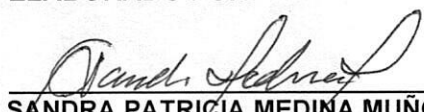
Finalmente, como un compromiso firme a nivel social y económico, entender que todos somos responsables de la prevención y control de este tipo de flagelos que afectan los recursos destinados a la salud de nuestra comunidad.

RECOMENDACIONES:

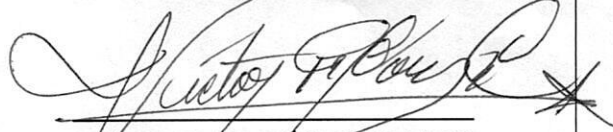
- 1- Es muy importante que el Oficial de Cumplimiento participe en el diseño y desarrollo de los **programas de capacitación** sobre el riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, y velar por su cumplimiento. *Como acción de mejora el Oficial de Cumplimiento dio a conocer que: "Se está gestionando con el proceso de comunicaciones la creación de un video La creación del video con quién se empezó a trabajar en el diseño y contenido del mismo conjuntamente con el oficial suplente de cumplimiento SARLAFT. Proyectamos el material audiovisual definitivo ya esté siendo difundido y socializado para la 3ra semana del mes de octubre del presente año"*
Socializar el Procedimiento para la vinculación de clientes, proveedores, contratistas, procedimiento con código No OPL-PDO4-FO de 08/11/2024 y Formato Anexo al procedimiento DES-SAD-PD01 FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT como implementación y desarrollo de los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad. Como acción de mejora el Oficial de Cumplimiento dio a conocer que en la capacitación
- 2- Realizar las acciones que den lugar para la **actualización del Manual LA/FT**. El oficial de cumplimiento informa que: Dado que el oficial suplente de cumplimiento SARLAFT ha recibido capacitación y formación puntual en el tema en mención, será el apoyo institucional en la revisión y actualización de la propuesta del manual Sarlaft que entregó la firma asesora SOG CONTADORES Y ASESORES S.A.S" evidencia correo 29/09/2025.
- 3- **SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGOS DEL SARLAFT:** En desarrollo del SARLAFT, se observó que la Institución no se evidencia una matriz de riesgos en cumplimiento a la Circular Externa 9 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, numeral 5.1 Etapas de Sarlaft, donde debe comprender como mínimo las siguientes etapas:
 - 5.1.1. Identificación el riesgo
 - 5.1.2. Evaluación y Medición.
 - 5.1.3. Controles
 - 5.1.4. Seguimiento y Monitoreo.De igual manera el Manual Institucional el SARLAFT adoptado mediante Acuerdo N°008 de 25/05/2017, contempla en los numerales 6.1.1-2-3 y 4, el deber del HUSJP identificar los riesgos inherentes de LA/FT, así como evaluar, medir, implementar controles y realizar seguimiento monitoreo.

- 4- Continuar presentando de parte del Oficial de Cumplimiento a la Junta Directiva y al Representante Legal un informe periódico por lo menos una vez al año o cuando éste lo determine necesario, sobre la evolución y los aspectos relevantes del SARLAFT, que incluya, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar, así como el área responsable de su ejecución.
- 5- Comunicar a la Junta Directiva la necesidad de garantizar los recursos técnicos, humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento del SARLAFT, teniendo en cuenta las características del riesgo del LAFT y el tamaño de la entidad. Este equipo de trabajo humano y técnico debe ser de permanente apoyo para que el Oficial de Cumplimiento lleve a cabalidad sus funciones, conforme al literal c) del numeral 6.1, de la Circular Externa 9 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD).
- 6- Continuar dejando constancia documental de todas las actuaciones realizadas en el ejercicio del rol del Oficial de Cumplimiento, como parte del soporte a la gestión del SARLAFT y en cumplimiento de los principios de trazabilidad y responsabilidad institucional.
- 7- En relación al punto **“3.5 CERTIFICADOS UIAF DE REPORTES GENERADOS DEL MES DE MAYO A AGOSTO DE 2025”**. Se recomienda a los jefes de los procesos tesorería, facturación y Sistemas de Información, quienes son los responsables de expedir mes vencido los certificados relacionados con las transacciones individuales recibidas en efectivo mayor a \$5.000.000. al oficial de cumplimiento, **con la correcta información**, debido a que se evidenció para el mes de agosto 2025 certificados con información errónea (Ver detalle numeral 3.5 del presente informe) de igual manera se hace necesario realizar la **capacitación** reforzando estos temas.

ELABORADO POR:


SANDRA PATRICIA MEDINA MUÑOZ
Afiliada Participe ASTRASALUD

REVISADO Y APROBADO POR:


VICTOR FABIO GOMEZ FRANCO
Jefe Oficina Asesora Control Interno

PERSONAS INTERESADAS

Señores: Junta Directiva
Dr. Juan Carlos Arteaga Cifuentes

Gerente.