

**MANUAL DE SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN
DEL TERRORISMO (SARLAFT)**

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN.....	5
2.	ALCANCE	5
3.	OBJETIVOS.....	6
3.1.	OBJETIVO GENERAL	6
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
4.	DEFINICIONES.....	6
5.	MARCO LEGAL NACIONAL E INTERNACIONAL.....	11
6.	RESPONSABILIDADES DENTRO DEL SARLAFT	13
6.1.	JUNTA DIRECTIVA O QUIEN HAGA SUS VECES	13
6.2.	OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	13
6.3.	REVISOR FISCAL	15
6.4.	AUDITORIA INTERNA	15
7.	ETAPAS DE GESTION DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACION DEL TERRORISMO Y PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA (SARLAFT).....	15
7.1.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	16
7.1.1.	Identificación de situaciones generadoras de riesgos LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos de la institución.....	16
7.1.2.	Registro de riesgos LA/FT/PADM	17
7.1.3.	Descripción de riesgo identificado	17
7.1.4.	Definir causas y consecuencias	18
7.1.5.	Definir tipo de impacto del riesgo.....	18
7.2.	EVALUACIÓN Y MEDICIÓN.....	19
7.2.1.	Semaforización de riesgos.....	19
7.2.2.	Determinación de nivel de probabilidad del riesgo.....	20
7.2.3.	Determinación de nivel de impacto del riesgo	20
7.3.	CONTROL DE RIESGOS	24
7.3.1.	Tipología de controles	25
7.3.2.	Naturaleza del control	25
7.3.3.	Opciones de manejo de tratamiento del riesgo	25
7.4.	SEGUIMIENTO Y MONITOREO	27
7.5.	EVALUACIÓN DE CONTROLES	29
7.5.1.	Seguimiento a los planes de acción.....	31
7.6.	PERFIL DE RIESGO RESIDUAL	31
7.7.	PERIODICIDAD DE IMPLEMENTACIÓN CICLO DE GESTIÓN DEL RIESGO SARLAFT.....	32
8.	POLÍTICAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO	32
8.1.	LINEAMIENTOS GENERALES PARA GESTIÓN DE RIESGOS LA/FT/FPADM	34

8.1.1. Conocer y cumplir el SARLAFT	34
8.1.2. Asignar el recurso humano y tecnológico para SARLAFT	34
8.1.3. Implementar controles para prevenir el riesgo LA/FT/FPADM	34
8.1.4. Realizar seguimiento y monitoreo al SARLAFT	34
8.1.5. Actualizar información de contrapartes anualmente.....	34
8.1.6. Conocer el manual SARLAFT	34
8.1.7. Colaborar con las autoridades competentes	35
8.1.8. Reglamentar y orientar el actuar de los empleados frente al riesgo LA/FT/FPADM.....	35
8.1.9. Revisar anualmente las políticas del SARLAFT	35
8.1.10. Diseñar y aprobar nuevas políticas para SARLAFT	35
8.1.11. Atender los requerimientos relacionados con el SARLAFT	35
8.1.12. Cumplir las normas SARLAFT prevaleciendo, ante las metas comerciales y financieras	35
9. HERRAMIENTAS, PRÁCTICAS Y CONTROLES PARA GESTION DE RIESGOS LA/FT/FPADM.....	36
9.1. PROCEDIMIENTO DE DEBIDA DILIGENCIA.....	36
9.1.1. Conocimiento de Clientes y Usuarios.....	36
9.1.2. Conocimiento de Personas Expuestas Públicamente (PEP).....	37
9.1.3. Conocimiento de los Asociados en Personas Jurídicas	37
9.2. COMITÉ DE RIESGOS ASESOR SARLAFT	38
9.3. MANEJO DEL EFECTIVO	38
9.4. HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DE OPERACIONES INUSUALES Y REPORTE DE OPERACIONES	
SOSPECHOSAS	38
9.4.1. Tipologías de Lavado de Activos	38
9.4.2. Señales de Alerta	39
9.4.3. Señales de Alerta con Terceros y/o Aliados.....	40
9.4.4. Segmentación de los Factores de Riesgo	40
9.4.5. Identificación y Gestión de Operaciones Inusuales.....	41
10. POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS	42
10.1. POLÍTICAS POR ETAPAS DEL SARLAFT	42
10.2. POLÍTICAS EN RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO LA/FT/FPADM JURISDICCIONES (PAÍSES) DE	
MAYOR RIESGO DE LAFT	43
10.3. PRODUCTOS O SERVICIOS	44
10.4. CANALES DE DISTRIBUCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD O SEDES	44
10.5. POLÍTICAS PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE/USUARIO	44
10.6. POLÍTICAS PARA EL CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA.	46
10.7. POLÍTICAS PARA EL CONOCIMIENTO DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA POR PRESTACIÓN DE	
SERVICIOS.	47
10.8. POLÍTICA PARA CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y PROVEEDORES EN EL EXTERIOR.....	48

10.9. POLÍTICAS DE DEBIDA DILIGENCIA MEJORADA PARA CLIENTES Y PROVEEDORES DE ALTO RIESGO	
48	
10.10. POLÍTICAS PARA EL MANEJO DE EFECTIVO.....	49
10.11. POLÍTICAS PAGOS A FUNCIONARIOS O CONTRATISTAS Y PROVEEDORES	49
10.12. POLÍTICA PARA RECIBIR DONACIONES.....	50
11. REPORTES INTERNOS O EXTERNOS	50
11.1. REPORTES INTERNOS	50
11.2. REPORTE EXTERNO A LA UIAF	51
12. PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN.....	52
13. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	52
14. DOCUMENTACIÓN.....	53
14.1. MANTENER A DISPOSICIÓN DE LA SÚPER INTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	53
15. SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO DEL SARLAFT	54
16. BIBLIOGRAFÍA	55
17. FICHA DE CONTROL DE CAMBIOS.....	55
18. APROBACIÓN DEL DOCUMENTO.....	56

1. INTRODUCCIÓN

El riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT/FPADM) es la posibilidad que, en la realización de las operaciones de una institución, se introduzcan a la economía recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos o la financiación al terrorismo, y/o que estas instituciones puedan ser utilizadas por organizaciones al margen de la Ley como instrumento para adquirir, resguardar, ocultar, transportar, transformar, almacenar, conservar, custodiar, recolectar, entregar, recibir, aportar, promover, organizar, apoyar, mantener, financiar, sostener, administrar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas.

Todas las actividades y sectores económicos son vulnerables al riesgo de LA/FT/FPADM. Al ser el sector financiero uno de los más blindados en LA/FT/FPADM, los diferentes actores interesados en realizar prácticas de LA/FT/FPADM migran hacia sectores donde las barreras de entrada son más bajas y donde se mueven grandes cantidades de dinero.

Es por esto que la Superintendencia Nacional de Salud expidió la **Circular Externa (CE) 09 de 2016**, imparte los criterios, directrices y parámetros mínimos que deben tener en cuenta los agentes del SGSSS en el diseño, implementación y funcionamiento de estos Sistemas de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) para prevenir que el riesgo de LA/FT/FPADM se materialicen nuestra institución. Se tuvieron en cuenta también las modificaciones a la circular externa 09 de 2016 introducidas en la Circular externa **2021170000005-5 DE 2021**.

ESE Universitaria del Atlántico ha creado políticas que contienen los lineamientos y criterios de actuación que orientan a todos los trabajadores en la actuación frente a los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo.

2. ALCANCE

El alcance del SARLAFT en la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO (UNA), contempla las relaciones emprendidas con sus grupos de interés, que puedan implicar riesgo de LA/FT/FPADM en la institución. Están dentro del alcance del SARLAFT institucional entre otros:

- Toda persona natural o jurídica, con quien la institución formaliza una relación contractual o legal, que suponga movilización efectiva de recursos.
- Personas Expuestas Públicamente (PEP).
- Miembros del Órgano Directivo y Ejecutivo.
- Recurso humano de la institución, vinculados de manera Directa e Indirecta.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar, aprobar e implementar políticas, procedimientos, mecanismos e instrumentos que orienten la actuación de la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, sus directivos y empleados, para la prevención, control efectivo y oportuno de los riesgos de LA/FT/FPADM.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar a conocer a los funcionarios los delitos de lavado de activos, la financiación del terrorismo como riesgos para nuestra institución.
- Establecer metodologías que mediante un orden lógico permitan la correcta identificación y control de riesgos LA/FT/FPADM
- Desarrollar en los colaboradores una cultura de prevención para los riesgos LA/FT/FPADM.
- Definir las medidas de prevención y control implementados para prevenir el riesgo LA/FT/FPADM en la institución.

4. DEFINICIONES

Para la aplicación Circular 009 de 21 abril de 2016 se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- **ALTA GERENCIA:** Personas del más alto nivel jerárquico en el área administrativa o corporativa de la institución. Son responsables del giro ordinario del negocio de la institución y encargadas de idear, ejecutar y controlar los objetivos y estrategias de esta. Se incluyen también el director general o presidente ejecutivo y el Contralor Interno.
- **Beneficiario final:** Se refiere a la(s) persona(s) natural(es) que finalmente posee(n) o controla(n) a un cliente y/o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción, incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona u otra estructura jurídicas.
- **Cliente y/o contraparte:** Es toda persona natural o jurídica con quien la Institución formaliza una relación contractual o legal, sea contratista, proveedor, suministro de medicamentos e insumos, contratos de red de prestadores, compradores y/o cualquier figura contractual que suponga inyección efectiva de recursos, como lo son los afiliados a los planes voluntarios de salud. Debido a la obligatoriedad del aseguramiento y la prestación de servicios de salud por parte de las EPS y prestadores, no se consideran como clientes y/o contrapartes los usuarios (afiliados) de las EPS.
- **Control del riesgo de LA/FT/FPADM:** Comprende la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras acciones existentes que actúan para minimizar el riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos que realice la institución.

- **Debida diligencia:** Equivale a ejecutar algo con suficiente cuidado. Existen dos interpretaciones sobre la utilización de este concepto en la actividad empresarial. La primera, se concibe como actuar con el cuidado que sea necesario para evitar la posibilidad de llegar a ser considerado culpable por negligencia y de incurrir en las respectivas responsabilidades administrativas, civiles o penales. La segunda, de contenido económico y proactiva, se identifica como el conjunto de procesos necesarios para poder adoptar decisiones suficientemente informadas.
- **Factores de riesgo de LA/FT/FPADM:** Son aquellas circunstancias y características de los clientes y/o contraparte, personas naturales y jurídicas, y de las operaciones que hacen que exista una mayor probabilidad de corresponder con una operación sospechosa de LA/FT/FPADM.
- **Financiación del terrorismo:** Delito que comete toda persona que incurra en alguna de las conductas descritas en el artículo 345 del Código Penal. En el artículo 345 del Código Penal modificado el artículo 16 de la Ley 1453 de 2011, este delito se define como: “Financiación del terrorismo y de grupos de delincuencia organizada y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y de la delincuencia organizada: El que directa o indirectamente provea, recolecte, entregue, reciba, administre, aporte, custodie o guarde fondos, bienes o recursos, o realice cualquier otro acto que promueva, organice, apoye, mantenga, financie o sostenga económicamente a grupos de delincuencia organizada, grupos armados al margen de la ley o a sus integrantes, o a grupos terroristas nacionales o extranjeros, o a terroristas nacionales o extranjeros, o a actividades terroristas, incurrirá en prisión de trece (13) a veintidós (22) años y multa de mil trescientos (1.300) a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes”.
- **Fuentes de riesgo de LA/FT/FPADM:** Son los agentes generadores de riesgo de LA/FT/FPADM en una institución y se deben tener en cuenta para identificar las situaciones que puedan generarle este riesgo en las operaciones, negocios o contratos que realiza.
- **Gestión del riesgo de LA/FT/FPADM:** Consiste en la adopción de políticas y procedimientos que permitan prevenir y controlar el riesgo de LA/FT/FPADM.
- **Herramientas de SARLAFT:** Son los medios que utiliza la institución para prevenir que se presente el riesgo de LA/FT/FPADM y para detectar operaciones intentadas, inusuales o sospechosas. Dentro de dichas herramientas se deben mencionar, entre otras, las señales de alerta, indicadores de operaciones inusuales, programas para administración de riesgos empresariales y hojas electrónicas de control.
- **Lavado de activos:** Delito que comete toda persona que busca dar apariencia de legalidad a bienes o dinero provenientes de alguna de las actividades descritas en el artículo 323 del Código Penal.
- **Listas nacionales e internacionales:** Relación de personas que de acuerdo con el organismo que la pública, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo, como lo son las listas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, que

son vinculantes para Colombia. Adicionalmente, pueden ser consultadas por Internet u otros medios técnicos las listas OFAC, Interpol, Policía Nacional, entre otras.

- **Máximo órgano social:** Es el máximo órgano de gobierno de la institución. Es la Asamblea General o quien haga sus veces y puede variar su denominación según la figura jurídica de la que se trate. Su principal función es velar por el cumplimiento de los objetivos misionales de la institución, mediante la realización de asambleas, que puede darse de manera ordinaria o extraordinaria, según lo establece el Código de Comercio o la norma que regule cada tipo especial de la institución y los estatutos.
- **Monitoreo:** Es el proceso continuo y sistemático que realizan los sujetos obligados, y mediante el cual se verifica la eficiencia y la eficacia de una política o de un proceso, así como la identificación de sus fortalezas y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados. Es condición para rectificar o profundizar la ejecución y para asegurar la retroalimentación entre los objetivos, los presupuestos teóricos y las lecciones aprendidas a partir de la práctica.
- **Oficial de cumplimiento:** El Oficial de Cumplimiento, o máxima persona encargada del cumplimiento del SARLAFT, es un funcionario de la institución vigilada encargado de verificar el cumplimiento de los manuales y políticas de procedimiento de la institución, así como de la implementación del SARLAFT.
Es un funcionario de mínimo segundo nivel jerárquico dentro de la Institución, que depende directamente del Órgano de Administración o Dirección dentro de la estructura organizacional y funcional de la institución, y, es nombrado por la Junta Directiva o quien haga sus veces.
- **Omisión de denuncia de particular:** Consiste en tener conocimiento de la comisión de los delitos señalados en el artículo 441 del Código Penal y no denunciarlos ante las autoridades competentes.
- **Omisión de reporte:** Determinado por el artículo 325A del Código Penal colombiano que establece que: “Aquellos sujetos sometidos a control de la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) que deliberadamente omitan el cumplimiento de los reportes a esta institución para las transacciones en efectivo o para la movilización o para el almacenamiento de dinero en efectivo, incurrirán, por esa sola conducta, en prisión de treinta y ocho (38) a ciento veintiocho (128) meses y multa de ciento treinta y tres punto treinta y tres (133.33) a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes”.
- **Operación intentada:** Se configura cuando se tiene conocimiento de la intención de una persona natural o jurídica de realizar una operación sospechosa, pero no se perfecciona por cuanto quien intenta llevarla a cabo desiste de la misma o porque los controles establecidos o definidos por los agentes del SGSSS no permitieron realizarla. Estas operaciones también deberán reportarse a la UIAF.
- **Operación inusual:** Aquella cuya cuantía o características no guardan relación con la actividad económica de los clientes y/o contrapartes, o que, por su número, por las cantidades transadas o por sus características particulares, se salen de los parámetros de normalidad establecidos.

- **Operación sospechosa:** Es aquella que por su número, cantidad o características no se enmarca dentro de los sistemas y prácticas normales de los negocios, de una industria o de un sector determinado y, además, que de acuerdo con los usos y costumbres de la actividad que se trate, no ha podido ser razonablemente justificada. Cuando se detecten esta clase de operaciones, deben ser reportadas a la UIAF.
- **Órgano de administración o dirección:** Es la Junta Directiva o quien haga sus veces y puede variar su denominación según la figura jurídica de la que se trate. Sus principales funciones son la de dirigir y representar a la institución en la gestión técnica, administrativa y financiera, logrando realizar los objetivos y estrategias de esta. Asimismo, establecer los principios y procedimientos para la selección de sus miembros, sus funciones y responsabilidades, la forma de organizarse, deliberar y las instancias para evaluación y rendición de cuentas.
- **Órgano de control:** Es la instancia creada al interior de la persona jurídica para ejercer las funciones de control interno. Sus principales funciones son las de evaluar, monitorear y verificar que los procesos y procedimientos a cargo de la institución, cumplan las metas y propósitos previamente planteados en torno a una gestión con calidad.
- **Personas expuestas públicamente (PEP):** Son personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre estos o gozan o gozaron de reconocimiento público.

Las PEP extranjeras son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas prominentes en otro país, como por ejemplo los Jefes de Estado o de Gobierno, políticos de alto nivel, funcionarios gubernamentales o judiciales de alto nivel o militares de alto rango, ejecutivos de alto nivel de corporaciones estatales, funcionarios de partidos políticos importantes. Las PEP domésticas son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas internamente, a los cuales les aplica los mismos ejemplos que las PEP extranjeras mencionadas anteriormente.

Las personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones prominentes por una organización internacional se refiere a quienes son miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la Junta o funciones equivalentes. La definición de PEP no pretende cubrir a individuos en un rango medio o más subalterno en las categorías anteriores.

- **Políticas:** Son los lineamientos, orientaciones o aspectos que fundamentan la prevención y el control del riesgo de LA/FT/FPADM en la institución. Deben hacer parte del proceso de gestión del riesgo de LA/FT/FPADM.
- **Reportes internos:** Son aquellos que se manejan al interior de la institución y están dirigidos al Oficial de Cumplimiento y pueden ser efectuados por cualquier empleado o miembro de la organización, que tenga conocimiento de una posible operación intentada, inusual o sospechosa.

- **Riesgo de LA/FT/FPADM:** Es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una institución, por su propensión a ser utilizada directa o a través de sus operaciones, como instrumento para cometer los delitos de Lavado de Activos o la canalización de recursos para la Financiación del Terrorismo.
- **Riesgos asociados al LA/FT/FPADM:** Son aquellos a través de los cuales se puede llegar a materializar el riesgo de LA/FT/FPADM, estos son: contagio, legal, operativo y reputacional.
- **Riesgo de contagio:** En el marco de SARLAFT, es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una institución directa o indirectamente, por acción de una persona natural o jurídica que posee vínculos con la institución.
- **Riesgo legal:** En el marco de SARLAFT, es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una institución al ser sancionada, multada u obligada a indemnizar daños como resultado del incumplimiento de normas o regulaciones, obligaciones contractuales, fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.
- **Riesgo operativo:** En el marco de SARLAFT, es la probabilidad de pérdida o daño que puede sufrir una institución al incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, por fraude y corrupción, o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.
- **Riesgo reputacional:** En el marco del SARLAFT, es la posibilidad de pérdida en que incurre una institución por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, verdadera o no, respecto de la institución y sus prácticas de negocios, que cause una disminución de su base de clientes, disminución de los negocios o ingresos, o incurrir en procesos judiciales.
- **Riesgo inherente:** Es el nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control.
- **Riesgo neto o residual:** Es el nivel resultante del riesgo después de la aplicación de los mecanismos de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.
- **Segmentación:** Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos que comparten características homogéneas al interior de ellos y heterogéneas entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).
- **Señales de alerta:** Son circunstancias particulares que llaman la atención y justifican un mayor análisis. Son realizadas por personas naturales o jurídicas que presentan como actividad económica principal o secundaria aquellas relacionadas con el sector salud y que pueden llegar a presentar a manera de ejemplo las siguientes situaciones:
 - Características inusuales de las actividades, productos o lugares de procedencia.
 - Inconsistencias en la información relacionada con la existencia, identificación, dirección del domicilio, o ubicación del usuario.

- Inconsistencias en la información que suministra el cliente y/o contraparte frente a la que suministran otras fuentes.
- Facturas que contengan precios ostensiblemente diferenciales frente a los del mercado.
- **Transacciones en efectivo:** Es el recibo o entrega de dinero en efectivo de billetes o monedas, donde el sujeto de la transacción debe tener la condición de cliente y/o contraparte de la institución vigilada.
- **UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS FINANCIERO (UIAF):** Es una Unidad Administrativa Especial, de carácter técnico, adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, creada por la Ley 526 de 1999, modificada por la Ley 1121 de 2006, y que tiene como objetivo la prevención y detección de operaciones que puedan ser utilizadas para el Lavado de Activos o la Financiación del Terrorismo. Asimismo, impone obligaciones de reporte de operaciones a determinados sectores económicos.
- **Usuario:** Es toda persona natural a la que, sin ser cliente y/o contraparte, la institución le suministra o presta un servicio de salud.

5. MARCO LEGAL NACIONAL E INTERNACIONAL

- De acuerdo con los artículos 48 y 49 de la **Constitución Política de Colombia de 1991**, la seguridad social es un derecho irrenunciable que debe ser garantizado por el Estado. La atención en salud es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado.
- El artículo 10 de la **Ley 526 de 1999**, señala que las instituciones que ejerzan funciones de inspección, vigilancia y control, deben instruir a sus vigilados sobre las características, periodicidad y controles en relación con la información que deben reportar a la Unidad de Información y Análisis financiero (UIAF), de acuerdo con los criterios e indicaciones que de ésta reciban, relacionados con la prevención del lavado de activos y la financiación del terrorismo.
- En el artículo **323 del Código Penal modificado por el artículo 42 de la Ley 1453 de 2011**, este delito se define como: “El que adquiera, resguarde, invierta, transporte, transforme, almacene, conserve, custodie o administre bienes que tengan su origen mediato o inmediato en actividades de tráfico de migrantes, trata de personas, extorsión, enriquecimiento ilícito, secuestro extorsivo, rebelión, tráfico de armas, tráfico de menores de edad, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas, tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias sicotrópicas, delitos contra el sistema financiero, delitos contra la administración pública, o vinculados con el producto de delitos ejecutados bajo, concierto para delinquir, o les dé a los bienes provenientes de dichas actividades apariencia de legalidad o los legalice, oculte o encubra la verdadera naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento o derecho sobre tales bienes o realice cualquier otro acto para ocultar o encubrir su origen ilícito, incurrirá por esa sola conducta, en prisión de diez (10) a treinta (30) años y multa de seiscientos cincuenta (650) a cincuenta mil (50.000) salarios mínimos legales vigentes”.

- Por su parte, el **Decreto 1497 de 2002** que reglamentó la ley 526 de 1999, hoy decreto único 1068 de 2015, en su artículo 2.14.2 dispone que las instituciones públicas y privadas pertenecientes a sectores diferentes al financiero, asegurador y bursátil, deben reportar operaciones sospechosas (ROS) a la UIAF, de acuerdo con el literal b) del numeral dos del artículo 102 y en los términos de los artículos 103 y 104 del estatuto orgánico del sistema financiero, cuando dicha unidad lo solicite, en la forma y oportunidad que les señale.
- El artículo 27 de la **Ley 1121 de 2006**, determina que el "Estado colombiano y las instituciones territoriales en cualquier proceso de contratación deberán identificar plenamente a las personas naturales y a las personas jurídicas que suscriban el contrato, así como el origen de sus recursos; lo anterior con el fin de prevenir actividades delictivas".
- La **Ley 1438 de 2011** Introduce un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de Inspección, Vigilancia y Control, la estrategia Atención Primaria en Salud y fortalece los recursos de. Asimismo, determina el alcance de la IVC sobre los sujetos vigilados y la forma en que se fortalece dicho mecanismo por parte de la Superintendencia.
- **Ley 1474 de 2011**: El Estatuto Anticorrupción crea el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- Finalmente, la **Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015** determina que "El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud".
- El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado".

Teniendo en cuenta lo anterior, el Estado debe intervenir en los sectores donde el riesgo de lavado de activos y financiamiento del terrorismo pueda materializarse, intervención que realiza a través del Congreso de la República y el Presidente de la República, este último delega sus funciones al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y las diferentes superintendencias, en este caso la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

Es así, que la Superintendencia Nacional de Salud conforme a sus funciones de inspección, vigilancia y control, expide la Circular externa 009 de 2016 (C.E. 009/16) donde establece el deber a las instituciones vigiladas por ella de implementar un Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT–, el cual debe contar con políticas, procedimientos, entre otros, en procura de prevenir y controlar el riesgo LAFT, para lo cual se debe plasmar las etapas (identificación, medición o evaluación, control y monitoreo) del mismo.

6. RESPONSABILIDADES DENTRO DEL SARLAFT

6.1. JUNTA DIRECTIVA O QUIEN HAGA SUS VECES

- Diseñar y actualizar las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que harán parte del SARLAFT, para una posterior aprobación por la Asamblea o el máximo órgano social o quien haga sus veces.
- Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.
- Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT, teniendo en cuenta las características del riesgo de LA/FT/FPADM y el tamaño de la institución. Este equipo de trabajo humano y técnico debe ser de permanente apoyo para que el Oficial de Cumplimiento lleve a cabalidad sus funciones.
- Asignar un presupuesto anual para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de personal, capacitación, asesorías, consultorías, y lo necesario para mantener la operación del SARLAFT en la compañía y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento y su equipo.
- Designar al Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente. Para efectos de dar cumplimiento a esta Circular, la Junta Directiva o quien haga sus veces dará a conocer el nombramiento del Oficial de Cumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud, indicando nombre, profesión, cargo adjunto o de desempeño alterno (si procede), teléfonos de contacto y correo electrónico. Esta información y su respectiva actualización o modificación, deberá realizarse a través del módulo de datos generales o aplicativos de reporte de información que la Superintendencia Nacional de Salud disponga para ellos. En el caso de las instituciones públicas la designación se realizará de acuerdo con los términos de Ley que les aplique.
- Incluir en el orden del día de sus reuniones, la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento, por lo menos una vez al año o cuando éste lo determine necesario.
- Pronunciarse sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal y realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas.
- Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y Reporte de las Operaciones Sospechosas (ROS).
- Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo del SARLAFT.
- Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de las operaciones inusuales.

6.2. OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el SARLAFT.
- Elaborar y desarrollar los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación del SARLAFT.
- Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones que realiza la institución.
- Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos que realiza la institución.
- Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.

- Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT/FPADM de la institución.
- Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de LA/ FT y velar por su cumplimiento.
- Proponer a la Junta Directiva, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas del SARLAFT.
- Proponer a la administración la actualización del manual de procedimientos y velar por su divulgación a los funcionarios.
- Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte de estas dos últimas a la UIAF.
- Realizar todos los reportes a la SNS, incluidas las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos.
- Mantener actualizados los datos de la institución y el oficial de cumplimiento con la UIAF, utilizando los canales de comunicación correspondientes.
- Informar a la **UIAF cualquier cambio de usuario del Sistema de Reporte en Línea (SIREL)**.
- Gestionar adecuadamente los usuarios del Sistema de Reporte en Línea (SIREL).
- Revisar los documentos publicados por la UIAF en la página web como anexos técnicos, manuales y utilidades que servirán de apoyo para la elaboración de los reportes.
- Diseñar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT.
- Analizar los informes presentados por la auditoría interna o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas de SARLAFT.
- Elaborar y someter a la aprobación de la Junta Directiva los criterios objetivos para la determinación de las operaciones sospechosas, así como aquellos para determinar cuáles de las operaciones efectuadas por usuarios serán objeto de consolidación, monitoreo y análisis de operaciones inusuales.
- Presentar cuando menos, de forma semestral a los administradores y anualmente a la Junta Directiva, un informe por escrito donde exponga el resultado de su gestión.
- Estos informes son confidenciales y deben referirse como mínimo a los siguientes aspectos:
 - Los procesos establecidos para llevar a la práctica las políticas aprobadas, sus adiciones o modificaciones.
 - Los resultados del monitoreo y seguimiento para determinar la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
 - Las medidas adoptadas para corregir las falencias encontradas al efectuar el monitoreo de los controles.
 - El cumplimiento a los requerimientos de las diferentes autoridades, en caso de que estos se hubieran presentado.
 - Las propuestas de ajustes o modificaciones a las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que considere pertinentes.
 - El cumplimiento a los ajustes o modificaciones a las políticas de prevención y de control del riesgo de LA/FT/FPADM aprobados por la Junta Directiva o quien haga sus veces, el empresario en el caso de las empresas unipersonales o el accionista único en la sociedad por acciones simplificada unipersonal.
 - Las últimas normas o reglamentaciones expedidas sobre la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM y las medidas adoptadas para darles cumplimiento a las mismas.

No podrán contratarse con terceros las funciones asignadas al Oficial de Cumplimiento, ni aquellas relacionadas con la identificación y reporte de operaciones inusuales, así como las relacionadas con la determinación y Reporte de Operaciones Sospechosas.

La designación del Oficial de Cumplimiento no exime a los administradores y demás funcionarios o contratistas sobre la obligación de comunicarle y/o informarle internamente a este, sobre la ocurrencia de operaciones inusuales, sospechosas o intentadas (anormalidades dentro de las actividades y/u operaciones propias del negocio que realiza la Institución), de acuerdo con el procedimiento que se haya establecido.

Adicional a las anteriores funciones, el Oficial de Cumplimiento también debe consultar, monitorear y revisar con la debida diligencia las listas sobre sanciones financieras dirigidas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas que den lugar a posibles vínculos con delitos relacionados con Lavado de Activos y/o Financiación del Terrorismo. De encontrar algún vínculo con alguna persona natural o jurídica relacionada con la institución, el Oficial de Cumplimiento deberá informar sobre este punto en particular, a la Fiscalía General de la Nación.

6.3. REVISOR FISCAL

- Deberá cerciorarse que las operaciones, negocios y contratos que celebre o cumpla la empresa, se ajustan a las instrucciones y políticas aprobadas por la Junta Directiva.
- Asimismo, deberá dar cuenta por escrito cuando menos, de forma anual a la Junta Directiva, del cumplimiento o incumplimiento a las disposiciones contenidas en el SARLAFT.
- De igual forma, deberá poner en conocimiento del Oficial de Cumplimiento, las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación del SARLAFT o de los controles establecidos.
- Finalmente, deberá rendir los informes que, sobre el cumplimiento a las disposiciones contenidas en esta Circular, le solicite la Superintendencia Nacional de Salud.

6.4. AUDITORIA INTERNA

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.”

7. ETAPAS DE GESTION DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACION DEL TERRORISMO Y PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA (SARLAFT)

La administración de riesgo de LA/FT/FPADM es un proceso dinámico que se desarrolla a través del tiempo, e incluye una serie de pasos definidos de manera precisa que deben ser aplicados en el ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO General por sus funcionarios.

Para administración de riesgo de LA/FT/FPADM se tiene en cuenta las siguientes etapas y en caso de realizar medición emplearán métodos cualitativos.

7.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

La etapa de identificación de riesgos permite reconocer, explorar exhaustivamente y documentar los riesgos inherentes de LA/FT/FPADM en el desarrollo de su actividad, teniendo en cuenta los **factores de riesgo y señales de alerta**.

Esta identificación se debe realizar durante el desarrollo o modificación de un nuevo producto o servicio, de igual manera cuando la magnitud de los negocios o expectativas en el mercado generen algún grado de incertidumbre o suponga intervención de terceros, variación de coberturas, contratos entre otros.

La identificación de los posibles escenarios LA/FT/PADM se lleva a cabo durante reuniones de expertos, y se consideran herramientas como el análisis de tipologías y señales de alerta, documentos expedidos por unidades de análisis financiero informes de Auditoría Interna, informes de Revisoría Fiscal, requerimientos de órganos de control, normatividad, circulares y conceptos emitidos por órganos de control y vigilancia, conocimiento de expertos, organismos nacionales e internacionales como GAFI, GAFISUD, etc. obteniéndose la lista de posibles eventos de riesgos asociados a LA/FT/FPADM.

Como resultado de esta etapa, la institución contará con un inventario completo de sus eventos de riesgo LA/FT/FPADM en la **matriz de riesgo**. Cada evento de riesgo estará relacionado con el segmento y el riesgo asociado.

La etapa de Identificación de Riesgo para ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO consta de tres (3) fases definidas:

- **Segmentación:** La identificación de los riesgos del SARLAFT parte de la segmentación de los factores de riesgos. Los factores de riesgos son las posibles causas generadoras del Riesgo LA/FT/FPADM y como mínimo se deben tener en cuenta para la identificación de riesgos los siguientes factores:
- **Identificación de riesgos generales:** Esta fase tiene como objetivo identificar los riesgos y un conjunto de eventos de manera ordenada y sistemática, que puedan dar origen a eventos de lavado de activos y/o financiación del terrorismo.
- **Identificación de riesgos por segmento de riesgo:** Esta fase tiene como objetivo identificar para cada uno de los riesgos generales al segmento de riesgo que le aplica, así como la identificación de riesgos particulares a cada segmento.

7.1.1. Identificación de situaciones generadoras de riesgos LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos de la institución.

Los procedimientos para la prevención del riesgo de LA/FT/FPADM deben contemplar la revisión de todas las etapas del SARLAFT y las operaciones, negocios y contratos que realiza la institución, con el propósito de identificar las situaciones que puedan generarle riesgo de LA/FT/FPADM. Esta identificación implica evaluar los

cambios y la evolución de los controles y de los perfiles de riesgo inherente y residual, en situaciones tales como operaciones con clientes y/o contrapartes, usuarios, productos, canales de distribución y jurisdicción territorial. La identificación se realiza consultando la experiencia y opiniones de los asociados, administradores y empleados.

Una vez identificadas las situaciones que puedan generarle riesgo de LA/FT/FPADM según las fuentes de riesgo, el Oficial de Cumplimiento debe elaborar una relación y dejar documentado el análisis de cada una, con el fin de implementar los **controles** necesarios y facilitar su seguimiento.

Asimismo, cuando la institución incursione en nuevos mercados u ofrezca nuevos bienes o servicios, el Oficial de Cumplimiento deberá evaluar el riesgo de LA/FT/FPADM que implica, dejando constancia de este análisis.

Para ello se implementa una herramienta tecnológica desde la cual se hará una perfilación del cliente, contratista o proveedor que comience relaciones contractuales con la ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO. Dicha herramienta asistirá en la búsqueda de listas internacionales y nacionales de las personas naturales o jurídicas consultadas. Aquellas que aparezcan en coincidencias en alguna de las listas se les realizaran un análisis perfilado, donde se le dará a la persona un perfil de riesgo basado en los factores de riesgo asignados.

7.1.2. Registro de riesgos LA/FT/PADM

Los posibles escenarios que puedan provocar una pérdida por la materialización de un riesgo LA/FT/PADM se registran anualmente en una matriz de riesgo en su **sección de identificación de riesgo**.

Para identificar dichos escenarios de riesgos se utilizará la metodología de Delphi. Esta consiste en la definición de un panel de expertos por proceso, que evaluarán los posibles riesgos que puedan materializarse o afectar directamente a su proceso. Esta metodología se basa en el uso estratégico de las opiniones de un panel de expertos sobre algún tema en particular, con el fin de llegar a soluciones específicas y una mejor toma de decisiones. En cada una de las reuniones programadas se identificarán los riesgos inherentes de que se puedan materializar en su proceso y afectar directamente sus actividades y el buen desarrollo de sus funciones.

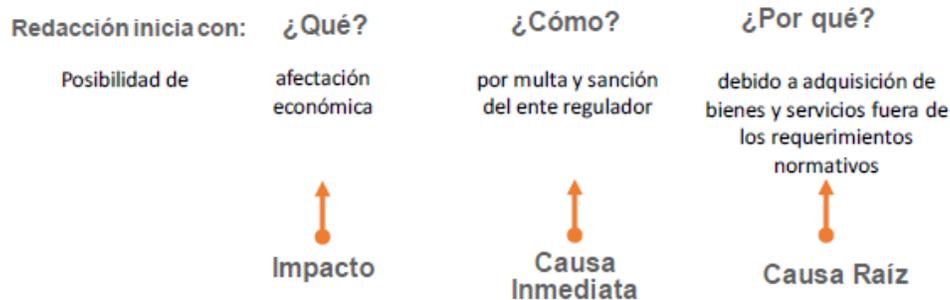
A cada riesgo identificado se relaciona el proceso donde se origina el riesgo o el que es directamente impactado en caso de materialización, así como las posibles causas internas o externas que puedan producir su materialización, y las posibles consecuencias o impacto que pueda tener sobre la institución en el escenario en el que ocurriese la situación riesgosa descrita.

Identificación del Riesgo						
N°	Actividad Significativa (Proceso)	Descripción del Riesgo	Tipo de Riesgo	Causas	Consecuencias	Tipo de impacto
RI						

Anexo 1. FT-GR-003 Matriz de riesgo, sección de identificación de riesgo

7.1.3. Descripción de riesgo identificado

La descripción del riesgo debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender tanto para el líder del proceso como para personas ajenas al proceso.



Anexo 2. Ejemplo de redacción de riesgo, adaptado de “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en instituciones públicas, Versión 6, 2022”

7.1.4. Definir causas y consecuencias

Se registrará en la matriz cuales son las posibles causas o han sido las causas de materialización de riesgo. Diferenciar si las causas que provocan la materialización del riesgo son internas o externas, algunas causas internas es la falta de capacitación del personal, la mala planificación y la falta de mantenimiento de la maquinaria, por otro lado, las causas externas pueden ser cambios en el mercado, desastres naturales y cambios políticos.

Las consecuencias de un riesgo son los efectos que se producen cuando un riesgo se materializa. Pueden ser negativas o positivas, dependiendo del tipo de riesgo y su impacto. En este caso se listarán en la matriz las posibles consecuencias en caso de materialización del riesgo descrito, estas irán relacionadas al tipo de impacto del riesgo, por lo menos una consecuencia principal por tipo de impacto.

7.1.5. Definir tipo de impacto del riesgo

El impacto de un riesgo está directamente relacionado con las posibles consecuencias de este, el grupo de expertos define cuales son los tipos de impacto relacionados a la posible materialización del riesgo descrito. Estos son:

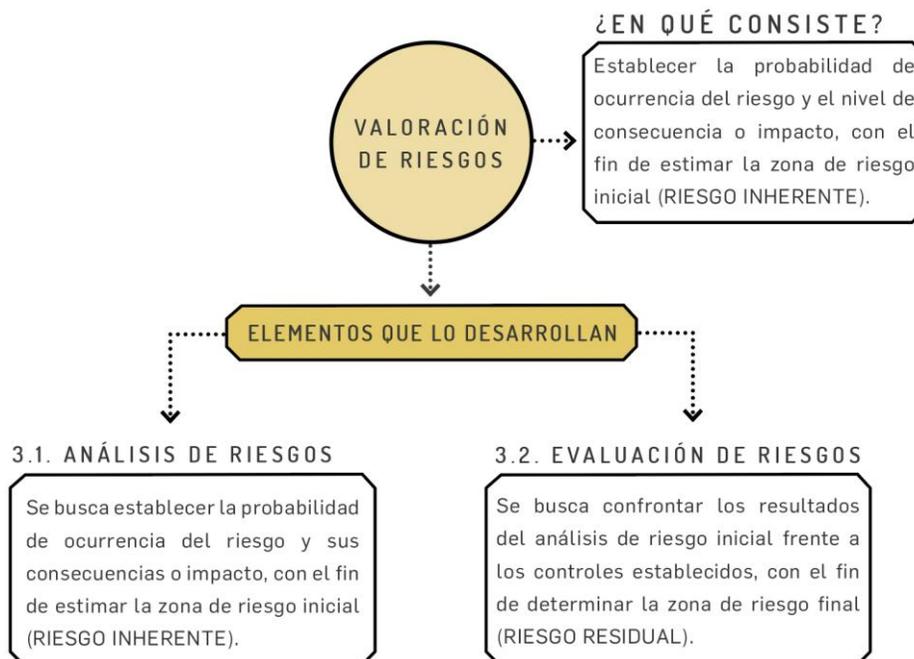
- **Impacto Operativo / Operacional o sistémico:** Valoración del nivel en el cual la interrupción del proceso genera incumplimientos y/o retrasos en la cadena de valor de E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO
- **Impacto Legal:** Contempla repercusiones a nivel de incumplimiento con compromisos contractuales o exigencias de entes supervisores producidas por la interrupción del proceso.
- **Impacto Económico:** Criterio que incorpora variables asociadas a la afectación económica que pueda presentarse por la materialización del riesgo. La descripción asociada a este impacto se define teniendo en cuenta la Utilidad Neta del año inmediatamente anterior al que se está realizando el análisis.
- **Impacto Reputacional:** Acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de una institución, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la institución.
- **Impacto a la Salud:** Variables asociadas a la afectación de la salud de un paciente o colaborador por la materialización del riesgo.

7.2. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN

En esta etapa se mide la posibilidad o probabilidad de ocurrencia (frecuencia) del riesgo inherente de LA/FT/FPADM, frente a cada uno de los factores de riesgo, así como el impacto (severidad) en caso de materializarse mediante los riesgos asociados.

A partir de esta etapa se priorizará la gestión de la detección para trabajar en el refuerzo de reporte de estos actos cuando se consolide la presunción, tentativa o materialización. Se deberá trabajar por una cultura organizacional en donde los reportes de eventos de Lavado de activos, financiación del terrorismo o proliferación de armas de destrucción masiva (LA/FT/PADM) se realicen de manera eficaz, eficiente y ágil.

Para la evaluación y medición de cada uno de los riesgos identificados, la institución debe contar con información suficiente, completa y de calidad para generar los mejores pronósticos. La valoración de los riesgos ha de realizarse con cada uno de los riesgos identificados, y tendrá como resultado un nivel inherente de riesgo después de realizada la primera valoración.



Anexo 3. Estructura para el desarrollo de la valoración del riesgo, extraído de Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2018.

7.2.1. Semaforización de riesgos

Esta se llevará a cabo en la **sección de evaluación de riesgo de la matriz de riesgo**. El ejercicio implica determinar el riesgo LA/FT/PADM inherente para cada uno de los procesos y para la institución en general, ubicando cada riesgo en un mapa calor. Se realiza la evaluación preliminar del riesgo (multiplicando la calificación preliminar de probabilidad con la del impacto), estableciendo así la clasificación en la cual se encuentra el riesgo.

Cada miembro del grupo de expertos valorará el riesgo a su consideración y bajo los criterios que se describirán a continuación. Se tabula la información y se integra el consolidado en la matriz de riesgo. De no haber opiniones distintas respecto al valor de probabilidad e impacto que se le asignará a cada riesgo, se pondrá el puntaje al que se llegó en consenso de todos los participantes de la reunión de expertos.

RIESGO INHERENTE (RI) = VECTOR (PROBABILIDAD INHERENTE (PI)* IMPACTO INHERENTE (II))

Evaluación del Riesgo Inherente			
Nivel de probabilidad	Nivel de impacto	Nivel de riesgo	Clasificación de nivel de riesgo
2	4	8	MODERADO
2	5	10	POR ENCIMA DEL PROMEDIO
1	1	1	BAJO

Anexo 4. FT-GR-003 Sección de evaluación de riesgo en matriz de riesgo

7.2.2. Determinación de nivel de probabilidad del riesgo

Para determinar la **Probabilidad/Frecuencia** inherente se tomará el siguiente criterio:

- **Frecuencia de la actividad:** Se analiza qué tan posible es que ocurra el riesgo, se expresa en términos de **frecuencia** o **factibilidad**, donde **frecuencia** implica analizar el número de eventos en un periodo determinado, se trata de hechos que se han materializado o se cuenta con un historial de situaciones o eventos asociados al riesgo

Calificación	Descripción	Frecuencia	Factor
Raro	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales	No se ha presentado en los últimos 5 años	1
Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos una vez en los últimos 5 años.	2
Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento	Al menos una vez en los últimos 2 años.	3
Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Al menos una vez en el último año	4
Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Más de una vez al año	5

7.2.3. Determinación de nivel de impacto del riesgo

Para determinar el **Impacto** inherente se tomará el factor más alto de los siguientes criterios (solo se consideran aquellos relacionados con el riesgo identificado durante la primera etapa):

- **Impacto Sistémico/Operativo:** Valoración del nivel en el cual la interrupción del proceso genera incumplimientos y/o retrasos en la cadena de valor.

Calificación	Descripción	Factor
Insignificante	No existe una afectación.	1
Menor	Podría generar impactos cuantitativos y/o cualitativos a nivel de pocos clientes. El impacto es concentrado no generalizado	2
Moderado	Podría generar impactos cuantitativos y/o cualitativos en un grupo clientes de alto impacto para el negocio.	3
Mayor	Podría generar impactos en la eficiencia operacional de todos los clientes o participantes de la cadena de valor.	4
Catastrófico	Podría generar impactos cuantitativos y en la reputación de todos los clientes y participantes de la cadena de valor.	5

- **Impacto Legal:** Contempla repercusiones a nivel de incumplimiento con compromisos contractuales o exigencias de entes supervisores producidas por la interrupción del proceso.

Calificación	Descripción	Factor
Insignificante	Evento de riesgo registrado que podría llamar la atención de la SNS o las autoridades	1
Menor	Sanciones económicas menores por incumplimiento de normatividad / EJ: Glosas de la SNS	2
Moderado	Eventos derivados de las categorías de riesgo legal que pueden implicar procesos de investigación por parte de la SNS y sanciones económicas significativas. Determinación de responsabilidades a los administradores o Suspensión de administradores. Se puede generar un impacto en la continuidad en la prestación de servicios no principales del negocio.	3
Mayor	Eventos derivados de las categorías de riesgo legal que generen un impacto en la capacidad de operar parcialmente afectando una línea de negocio (CORE) u objeto principal, generando un incumplimiento normativo de disposiciones legales y normativas o emisión o cambio de normas que afecten el normal desarrollo de las actividades de la organización o emisión de sanciones judiciales a cargo produciendo: - Declaración de práctica insegura y no autorizada - Determinación de responsabilidades a los administradores - Sanciones a la institución integrada	4

Catastrófico	<p>Situaciones o eventos derivados de las categorías de riesgo legal que generen un impacto en la capacidad de operar afectando de manera sistémica la capacidad de operar las líneas de negocio principales u objeto principal derivadas de elementos tales como el incumplimiento normativo, la misión de nuevas normas o de nuevas disposiciones legales que afecten el normal desarrollo de las actividades.</p> <p>Igualmente se predica de la emisión de sanciones judiciales a cargo produciendo entre otras la declaración de práctica insegura y no autorizada, y procesos legales en contra de la institución integrada y sus administradores.</p>	5
--------------	--	---

- **Impacto Económico:** Criterio que incorpora variables asociadas a la afectación económica que pueda presentarse por la materialización del riesgo. La descripción asociada a este impacto se define teniendo en cuenta la Utilidad Neta del año inmediatamente anterior al que se está realizando el análisis.

Calificación	Descripción	Factor
Insignificante	Afectación menor a 10 SMLMV	1
Menor	Entre 10 y 50 SMLMV	2
Moderado	Entre 50 y 100 SMLMV	3
Mayor	Entre 100 y 500 SMLMV	4
Catastrófico	Mayor a 500 SMLMV	5

- **Impacto Reputacional:** Acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de una institución, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la institución.

Calificación	Descripción	Factor
Insignificante	El riesgo afecta la imagen de algún área de la institución	1
Menor	El riesgo afecta la imagen de la institución internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas o proveedores	2
Moderado	El riesgo afecta la imagen de la institución con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	3
Mayor	El riesgo afecta la imagen de la institución con efecto publicitario sostenido a nivel sector administrativo, nivel departamental o municipal	4
Catastrófico	El riesgo afecta la imagen de la institución a nivel nacional con efecto publicitario sostenido a nivel país, potencialmente impidiendo la relación con contrapartes	5

- **Impacto a la Salud:** Variables asociadas a la afectación de la salud de un paciente o colaborador por la materialización del riesgo.

Calificación	Descripción	Factor
--------------	-------------	--------

Insignificante	No genera una lesión o complicación en el paciente. Puede afectar transitoriamente la ejecución de una tarea, pero sin interrupción a la prestación del servicio.	1
Leve	Puede ocasionar una lesión transitoria en el paciente sin secuelas, no requiere tratamiento médico, afecta transitoriamente la ejecución de una tarea, pero no la prestación del servicio	2
Moderado	Genera lesión o complicación a la salud del paciente, requiere tratamiento médico en un periodo limitado. Afecta la ejecución de una tarea temporalmente y la prestación del servicio en un periodo corto de tiempo.	3
Grave	Genera lesión o complicación grave en el paciente con discapacidad irreversible. Requiere tratamiento médico por tiempo indefinido, causa interrupción prolongada en la prestación de un servicio.	4
Catastrófico	Muerte(s) de paciente, suspensión definitiva de la prestación del servicio.	5

Basado en el total obtenido en la evaluación preliminar de del riesgo, se les asigna la siguiente clasificación de nivel de riesgo, junto con una serie de opciones de tratamiento a partir de la clasificación obtenida.

Para los riesgos de lavado de activos, el análisis de impacto se realizará teniendo en cuenta solamente los niveles “moderado”, “mayor” y “catastrófico”, dado que estos riesgos siempre serán significativos; en este orden de ideas, no aplican los niveles de impacto insignificante y menor, que sí aplican para los demás riesgos.

IMPACTO \ PROBABILIDAD		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
		1	2	3	4	5
Casi seguro	5	5	10	15	20	25
Probable	4	4	8	12	16	20
Posible	3	3	6	9	12	15
Improbable	2	2	4	6	8	10
Raro	1	1	2	3	4	5

Anexo 5. Semaforización - Calificación de riesgo probabilidad x impacto

Nivel de Riesgo	Calificación	Definición	Tratamiento de Riesgo
0 a 5	Bajo	Cuando hay una probabilidad menor que el promedio de una perdida debido a la exposición y a la incertidumbre derivada de la materialización de un riesgo	Se REDUCIRÁ el riesgo y se administrará por medio de las actividades propias del proceso asociado, y su control y registro de avance.
6 a 10	Moderado	Cuando hay una probabilidad promedio de una perdida debido a la exposición y a la incertidumbre derivada de la materialización de un riesgo	Se establecerán acciones de Control Preventivas, que permitan REDUCIR la probabilidad de ocurrencia del riesgo, se administrarán mediante seguimiento preferiblemente BIMESTRAL y se

			registrarán sus avances en el Sistema de Planificación Institucional- SGI.
11 a 16	Por encima del promedio	Cuando hay una probabilidad mayor el promedio de una perdida debido a la exposición y a la incertidumbre derivada de la materialización de un riesgo	Se establecerán acciones de Control Preventivas, que permitan EVITAR la materialización del riesgo. La Administración de estos riesgos será con periodicidad sugerida al menos MENSUAL y su adecuado control se registrará en el Sistema de Planificación Institucional- SGI.
17 a 25	Alto	Cuando hay una probabilidad mucho mayor que la del promedio de una perdida debido a la exposición y a la incertidumbre derivada de la materialización de un riesgo	Se establecerán acciones de Control Preventivas y correctivas, que permitan EVITAR la materialización del riesgo. La Administración de estos riesgos será con periodicidad MÍNIMA MENSUAL . Adicionalmente se deberán documentar al interior del proceso, planes de contingencia para tratar el riesgo materializado, con criterios de oportunidad, evitando el menor daño en la prestación del servicio; estos planes estarán documentados.

Anexo 6. Tabla de calificación de riesgo probabilidad x impacto y tratamiento por nivel de riesgo

7.3. CONTROL DE RIESGOS

Una vez identificados y evaluados los riesgos, deben compararse con los *límites* (tolerancia) de riesgos aprobados por la instancia definida en la institución y su política de riesgos, siempre dentro del marco normativo establecido. Todo riesgo que exceda los límites o desviaciones aceptadas, debe ser objeto de actividades de mitigación y control a fin de regresar al nivel de riesgo tolerado, conforme la estrategia adoptada. Se deben determinar las acciones tendientes a gestionar los riesgos a los que se ve expuesta la institución, de acuerdo con los niveles de riesgo determinados y las tolerancias al riesgo definidas.

Se asocian **controles** a cada riesgo identificado, al igual que el tipo/objetivo del control (preventivo, correctivo, detectivo), el/los responsables de la implementación del control, frecuencia de seguimiento, fecha de inicio de la implementación y fecha final de la implementación y seguimiento. Se asociará a cada control un indicador que ayudará a medir la efectividad de este durante el periodo de seguimiento definido. Se priorizará la asignación de indicadores a riesgos que sobrepasen el límite de tolerancia de la institución (Riesgos con valoración de nivel de riesgo **ALTO** o **POR ENCIMA DEL PROMEDIO**)

La información referente a los controles y su seguimiento se registrarán en la **sección de Control y tratamiento de riesgo en el formato de Matriz de riesgo institucional**.

Tratamiento del Riesgo							
Controles	Opciones de manejo - Tratamiento	Acciones preventivas	Responsables de la acción	Periodo de seguimiento	Fecha Inicio	Fecha Terminación	Indicador

Anexo 7. Sección de control y tratamiento del riesgo FT-GR-003

Para facilitar la detección de posibles personas (naturales o jurídicas) relacionadas contractualmente o en proceso de contratación con ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO y que puedan presentar un riesgo de corrupción inminente, se implementa una herramienta tecnológica desde la cual se hace una perfilación del cliente, contratista o proveedor. Dicha herramienta asistirá en la búsqueda de listas internacionales y nacionales de las personas naturales o jurídicas consultadas, funcionando como una de las principales controles detectivos

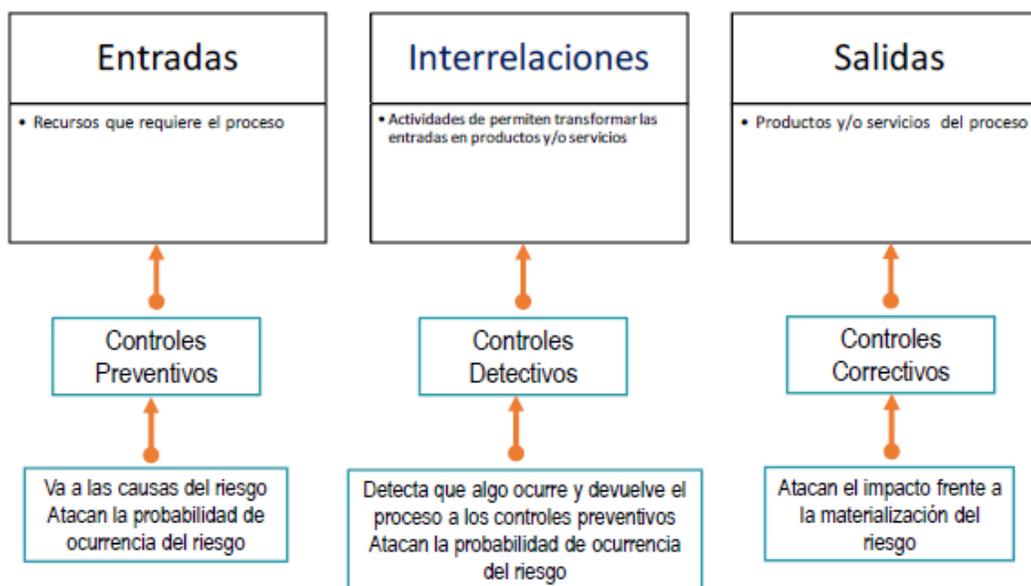
de corrupción. Aquellas que aparezcan en coincidencias en alguna de las listas se les realizarán un análisis perfilado, donde se le dará a la persona un perfil de riesgo basado en los factores de riesgo asignados.

7.3.1. Tipología de controles

- **Preventivo:** Antes de que se presente un evento
- **Correctivo:** Posterior a la materialización de un riesgo
- **Detectivo:** Se realiza al identificar la exposición del riesgo

7.3.2. Naturaleza del control

- **Manual:** Las realiza una persona
- **Automático:** lo realiza una herramienta tecnológica
- **TI:** Se apoya en tecnología pero depende de que lo realice una persona



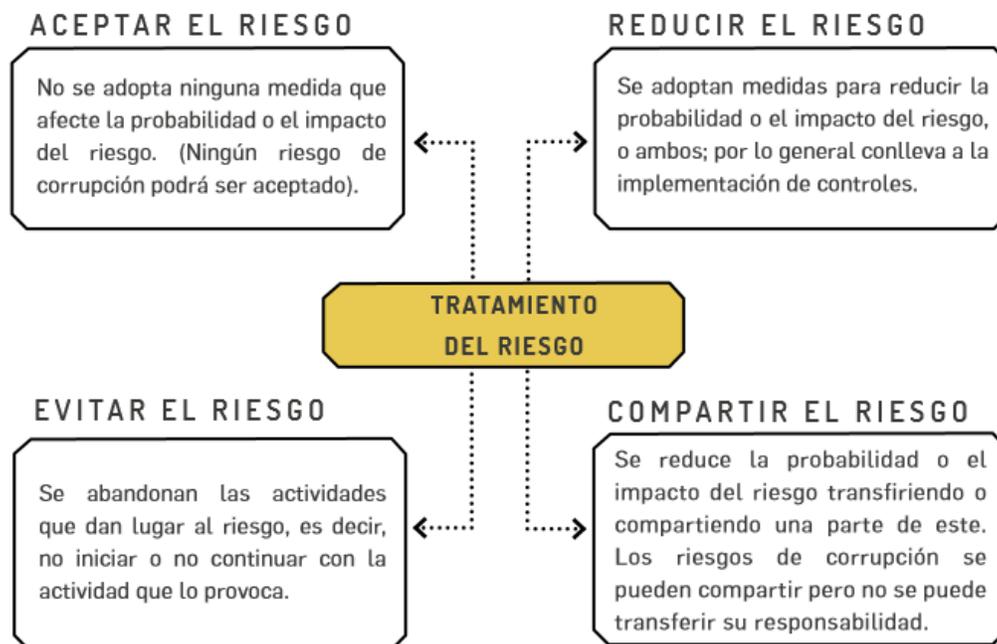
Anexo 8. Tipología de controles, extraído de Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en instituciones públicas, Versión 6; publicado por Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2022.

7.3.3. Opciones de manejo de tratamiento del riesgo

Es la respuesta establecida por la primera línea de defensa para la mitigación de los diferentes riesgos, incluyendo aquellos relacionados con la corrupción. A la hora de evaluar las opciones existentes en materia de tratamiento del riesgo, y partiendo de lo que establezca la política de administración del riesgo, los dueños de los procesos tendrán en cuenta la importancia del riesgo, lo cual incluye el efecto que puede tener sobre la institución, la probabilidad e impacto de este y la relación costo-beneficio de las medidas de tratamiento. Pero en caso de que una respuesta ante el riesgo derive en un riesgo residual que supere los niveles aceptables para la dirección se deberá volver a analizar y revisar dicho tratamiento. En todos los casos para los riesgos de

corrupción la respuesta será evitar, compartir o reducir el riesgo. El tratamiento o respuesta dada al riesgo, se enmarca en las siguientes categorías:

- Aceptar el riesgo.
- Reducir el riesgo.
- Evitar el riesgo.
- Compartir el riesgo / Tercerización para apoyo en el tratamiento.



Anexo 9. Estrategias para tratamiento del riesgo extraído de Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en instituciones públicas, Versión 6; publicado por Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2022.

Tratándose de los procesos y/o actividades identificadas como críticos o de ALTO o riesgo POR ENCIMA DEL PROMEDIO para la ESE UNIVERSTIRARIA DEL ATLÁNTICO, se debe cumplir como mínimo con los siguientes requerimientos:

- Definir los criterios y procedimientos a partir de los cuales se seleccionarán los terceros.
- Incluir en los contratos que se celebren con los terceros, o en aquellos que se prorroguen, al menos, aspectos tales como obligaciones de las partes, niveles de servicio, operación en situaciones contingentes, gestión de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de las obligaciones del tercero, acuerdos de confidencialidad sobre la información manejada y las actividades desarrolladas.
- Gestionar los riesgos que se derivan de la prestación del servicio por parte del tercero, en particular, cuando atiende a varias instituciones.
- Contar con los procedimientos necesarios para verificar el cumplimiento de las obligaciones por parte del tercero.
- Incluir dentro del alcance de las evaluaciones que haga la función de gestión de riesgos y la auditoría interna, las actividades tercerizadas.

7.4. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

CALIDAD DEL CONTROL= VALOR DE CALIDAD DE LAS FUNCIONES X SUMATORIA DE VALORACION DE LOS CONTROLES

Una vez establecidos los mecanismos o un conjunto de estos, para la mitigación y control de los riesgos que se han identificado como relevantes para la institución y después de realizar un análisis de causa y efecto para determinar los puntos más críticos a intervenir con mayor prelación, la institución deberán poner en práctica tales mecanismos y reflejarlos en un plan de implementación de las acciones planteadas en la fase anterior.

De materializarse uno de los riesgos se ha de realizar una descripción y análisis de causa raíz del mismo, así como fecha de inicio y finalización del evento riesgoso y las acciones correctivas tomadas o a realizar en respuesta ha dicho evento. Se definen los plazos de seguimiento a acciones correctivas con apoyo de los formatos definidos para tal fin.

UNA e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO		ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO FORMATO DE PLAN DE MEJORAMIENTO										CODIGO: FT-GC-008													
												VIGENCIA: Junio 2022													
												VERSION: 02													
1. IDENTIFICACION																									
1.1. PROCESO						1.2. SUBPROCESO				1.3. FECHA DE PLAN DE MEJORAMIENTO															
1.4. LIDER DEL PROCESO:						1.5. LIDER DEL SUBPROCESO																			
1.6. OBJETIVO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO																									
2. DESARROLLO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO																									
2.1. N°	2.2. ESTANDAR	2.3. DESCRIPCION DEL HALLAZGO O OPORTUNIDAD DE MEJORA	2.4. CLASIFICACION PLAN DE MEJORAMIENTO	2.5. CAUSA DEL HALLAZGO		CICLO PIWA	2.6. ACTIVIDADES PROPUESTA	2.7. RESPONSABLE DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO	2.8. FECHA DE COMPROMISO		2.9. RECURSOS	2.10. CRONOGRAMA										2.11. INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	2.12. META CUANTIFICABLE		
				2.5.1. FACTOR	2.5.2. CAUSAS)				2.8.1. INICIO	2.8.2. FIN		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE				
						P H V A						ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC		
						P H V A																			

Anexo 10. FT-GC-008 FORMATO DE PLAN DE MEJORAMIENTO

- **Las prioridades de monitoreo y revisión pueden comprender:**
 - Riesgos de **alto impacto**.
 - Fallas en las estrategias de tratamiento, especialmente cuando éstas pueden resultar en consecuencias altas o frecuentes.
 - Riesgos relacionados con actividades que tienen alta incidencia de cambio.
 - Criterios de tolerancia al riesgo especialmente aquellos cuyos resultados son de alto nivel o de riesgo residual.
 - Avances tecnológicos que puedan ofrecer mayor efectividad o menor costo que el tratamiento del riesgo.

- **Las prácticas de monitoreo y revisión pueden ser de los siguientes tipos:**
 - Monitoreo continuo, como rutinas de medición o chequeo sobre parámetros definidos.
 - Revisiones de autocontrol.
 - Procesos de auditoría interna o externa.

- **Indicadores:** La asignación de indicadores se priorizará sobre riesgos que presenten niveles de riesgos Operacionales por encima del promedio y altos en la matriz de riesgos. La información dada por indicadores permitirá generar planes de acción en aquellos indicadores que estén por debajo de los límites permitidos de aceptación
 - **Los indicadores clave de Riesgo - (KRI):** cuantifican el perfil de riesgo de la compañía. Se constituyen de acuerdo con el nivel de relevancia en los indicadores de riesgo y de control. Por ejemplo, el volumen de operaciones, rotación de personal, número de veces que cae el sistema, etc. Cada KRI deberá ser capaz de ser medido con precisión y reflejar de manera precisa el impacto negativo que tendría sobre los indicadores de desempeño clave de la organización.
 - **Los indicadores clave de control – (KCI):** Se encargan de medir la efectividad, tanto del diseño como de desempeño de un control específico. Un deterioro en un KCI puede significar un aumento en la probabilidad e impacto de un riesgo.

PROCESO ASOCIADO	INDICADOR	MÉTRICA
TIC	Tiempo de interrupción de aplicativos críticos en el mes	Número de horas de interrupción de aplicativos críticos al mes
FINANCIERA	Reportes emitidos al regulador fuera del tiempo establecido	Número de reportes mensuales remitidos fuera de términos
ATENCIÓN AL USUARIO	Reclamos de usuarios por incumplimiento a términos de ley o reiteraciones de solicitudes por conceptos no adecuados	% solicitudes mensuales fuera de términos % solicitudes reiteradas por tema
ADMINISTRATIVO Y FINANCIERA	Errores en transacciones y su impacto en la gestión presupuestal	Volumen de transacciones al mes sobre la capacidad disponible
TALENTO HUMANO	Rotación de personal	% de nuevos empleados que abandonan el puesto dentro de los primeros 6 meses

Anexo 11. Ejemplos de indicadores clave de riesgo por proceso, *extraído de Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en instituciones públicas, Versión 6; publicado por Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2022.*

7.5. EVALUACIÓN DE CONTROLES

En base al grado de tolerancia (clasificación del nivel de riesgo), se aclaran cuáles son los **controles** que se llevan actualmente para la mitigación y como evidencia o sustento del tratamiento. Se evaluara a través de un sistema de valoración de controles la calidad de los mismos para tratar con los riesgos analizados.

La calidad de los controles se medirá a través de un cálculo de valoración donde el puntaje de calidad de los controles se dividirá en cuatro posibles opciones dependiendo de su desempeño para la mitigación de los riesgos asociados. Se tendrán en cuenta también otros aspectos relacionados con la efectividad de las herramientas y del seguimiento hecho a dichos controles. La ponderación de los resultados arrojará un porcentaje que ubicará al control en **cuatro categorías** (Fuerte, Aceptable, Requiere Mejora, Débil).

Ver Anexo 11. A continuación para explicación detallada del cálculo para valoración de la calidad de los controles por riesgo.

Calidad de las funciones de control	
Las funciones de control muestran de forma consistente un desempeño efectivo y superior a las prácticas de la industria de los seguros comúnmente observadas y/o Clasificación del control con énfasis en lo preventivo.	20
Las funciones de control muestran desempeño efectivo y similar a las prácticas de la industria comúnmente observadas.	15
Las funciones de control muestran potencial para un desempeño efectivo, pero pueden ser mejoradas y no arriesgan la situación financiera de la compañía.	10
Las funciones de control muestran un desempeño inferior a las prácticas observadas de la industria y su efectividad debe ser mejorada para no comprometer la situación financiera y operativa de la compañía.	5



Valoración de los controles		
Parámetros	Criterios	Puntaje
Herramientas para ejercer el control	Posee una herramienta para ejercer el control.	0 - 1
	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	0 - 1
	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva.	0 - 1
Seguimiento al control	Están definidos los responsables de la ejecución del control y del seguimiento.	0 - 1
	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada.	0 - 1
	TOTAL	Sumatoria de cada uno de los criterios (0-5)



Rangos de calificación de los controles		
Calidad del control	Definición	Rangos
Fuerte	Existen controles fuertes: acciones preventivas, planes de mejora y contingencia.	80 - 100
Aceptable	Existen controles aceptables: acciones preventivas, planes de mejora.	60 - 79
Necesita mejora	Existen controles mínimos que requieren mejoras.	40 - 59
Débil	No existen controles o son mínimos.	0 - 39

Anexo 12. Calificación de controles de Gestión del riesgo.

Criterios para la Evaluación y Valoración de los controles							Calificación final calidad del control	
Calidad de las funciones de control	Posee una herramienta para ejercer el control? 0: No Cumple 1: Cumple	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta? 0: No Cumple 1: Cumple	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva? 0: No Cumple 1: Cumple	Están definidos los responsables de la ejecución del control y del seguimiento? 0: No Cumple 1: Cumple	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada? 0: No Cumple 1: Cumple	Sumatoria calidad del control? 0 - 5 puntos	Calificación cuantitativa Calidad del control final (Calidad funciones de control * valoración del control)	Calidad del control Fuerte: 80 - 100 Aceptable: 60 - 79 Necesita Mejora: 40 - 59 Debil: 0 - 39
20	1	0	1	0	0	2	40	Necesita Mejora

Ejemplo de valoración de control, extraído de matriz de riesgo

7.5.1. Seguimiento a los planes de acción

Por lo menos cada tres meses o durante los comités de riesgo, se evaluará el porcentaje de avance en la implementación de los planes de acción relacionados con los riesgos LA/FT/PADM que no dan cumplimiento a los criterios de aceptación del riesgo.

Los resultados generados a través de los análisis y evaluaciones desarrolladas por la Coordinación de Riesgos y Procesos deben ser soportados e informados a la Gerencia, como también el reporte de cualquier hallazgo, anomalías, oportunidades y/o debilidades; así como, las consideraciones individuales detectadas en los análisis y evaluaciones de riesgo desarrollados de forma particular a cada proceso.

7.6. PERFIL DE RIESGO RESIDUAL

El riesgo residual LA/FT/PADM de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO estará determinado por los riesgos inherentes que hayan obtenido una valoración diferente a BAJA después del resultado de la evaluación de los controles.

Se deberán desarrollar planes de mejora que permitan bajar el nivel de los riesgos a una zona aceptable. Para lo anterior se hace pertinente evaluar el costo beneficio de las acciones a tomar, si la institución está dispuesta a administrar el riesgo, si se está en capacidad de reducir la probabilidad o si se pudiera optar por transferir parcialmente el riesgo puesto que la responsabilidad de un riesgo de corrupción no puede ser transferida (pólizas de seguros, tercerización).

Para definir el nivel de **riesgo residual** de la institución se utilizará la siguiente metodología, que se apoyara en la evaluación de efectividad de los controles para reducción del nivel de riesgo inherente:

- Definir el periodo de seguimiento a los riesgos identificados. Durante este periodo los colaboradores encargados del seguimiento de cada riesgo deberán hacer entrega de los indicadores relacionados.
- Definir **el nivel de riesgo residual esperado** por cada riesgo identificado.
- Una vez se termine el periodo de seguimiento de los riesgos y de implementación de controles y planes se valoran los controles como se describió en el numeral **EVALUACIÓN DE CONTROLES**.
- Se empleará **la matriz de escala de clasificación para riesgo residual**, cruzando el resultado de riesgo inherente del riesgo evaluado y el resultado de valoración de calidad de control.
- De cumplirse con el mínimo aceptable (Bajo o Moderado) para que el control pueda considerarse como efectivo, el nivel de riesgo propuesto cambiará, afectando la probabilidad, el impacto o ambas, dependiendo de la tipología del control implementado.
- El nuevo nivel de riesgo será sobre el que se trabajara para el próximo periodo.

Se incluirá este resultado de riesgo residual en la **matriz de riesgo** y se construirá un nuevo mapa de calor, donde se visualizará la evolución del nivel de riesgo de la institución después de implementados los controles.

Riesgo Residual				
Calidad de los controles	Nivel del Riesgo Inherente			
	Bajo	Moderado	Por encima del promedio	Alto
Fuerte	Bajo	Bajo	Moderado	Por encima del promedio
Aceptable	Bajo	Moderado	Por encima del promedio	Alto
Necesita mejorar	Moderado	Por encima del promedio	Alto	Alto
Débil	Por encima del promedio	Alto	Alto	Alto

Anexo 13. Matriz - escala de clasificación para riesgo residual

7.7. PERIODICIDAD DE IMPLEMENTACIÓN CICLO DE GESTIÓN DEL RIESGO SARLAFT

Todas las etapas que componen el ciclo de gestión del riesgo volverán a implementarse con una periodicidad anual. Después de finalizada la evaluación de calidad de los controles para mitigación o prevención de los riesgos inherentes al final del periodo, se reevaluará el proceso por medio de comité de riesgos. Aspectos a tener en cuenta durante la reevaluación son:

- Durante el comité de riesgo realizado en la fecha inmediata a la finalización del ciclo de gestión de riesgo, se reevaluarán los riesgos identificados, es decir se considerara la inclusión o eliminación de riesgos en la matriz de gestión de riesgo institucional.
- No se podrán eliminar riesgos que presenten un riesgo residual diferente a “BAJO” o que tenga una Opción de Manejo/Tratamiento diferente a “Aceptar el Riesgo”.
- Se hará la inclusión de riesgos que se materializaron durante el último periodo, o que debido a factores internos o externos de la empresa tienen una alta probabilidad de materializarse en la institución e impactar negativamente sus operaciones.
- Se evaluará el cambio o eliminación de controles asociados a los riesgos identificados. Se tendrán en cuenta los criterios de evaluación de controles y el comportamiento de los indicadores relacionados a los riesgos.
- La eliminación, cambio o inclusión de un riesgo o control en la matriz deberá quedar registrada en el **acta de comité de riesgo**, junto a la respectiva justificación de la acción. Es necesario respaldar la decisión en resultados de evaluación de controles e indicadores.
- La inclusión o cambio de riesgos o controles en la matriz se puede considerar semestralmente en el tercer comité del periodo evaluado. No se pueden eliminar riesgos de la matriz durante esta sesión de comité semestral.

8. POLÍTICAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

Son las reglas de conducta, de comportamiento y procedimientos para orientar la actuación de la **ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO**. En este sentido, para el cumplimiento y ejecución de su Sistema para la Administración del Riesgo de lavado de activos, de la financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva la institución establece como políticas:

- Establecer lineamientos para la prevención y resolución de conflictos de interés, los cuales se encuentran definidos dentro del programa de transparencia y ética empresarial.
- Señalar los lineamientos que debe adoptar la institución frente a los factores de riesgo y los riesgos asociados de LAFT/FPADM, contemplados dentro de la matriz de riesgos LAFT/FPADM.
- Garantizar la reserva de la información reportada conforme lo establece el art. 105 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero – EOSF.
- Establecer las consecuencias que genera el incumplimiento del SARLAFT/FPADM.
- Establecer el compromiso y la exigencia de que los funcionarios antepongan el cumplimiento de las normas en materia de administración de riesgo de LAFT/FPADM al logro de las metas comerciales.
- Consagrar el deber de los órganos de administración y de control de las instituciones vigiladas, del oficial de cumplimiento, así como de todos los funcionarios, de asegurar el cumplimiento de los reglamentos internos y demás disposiciones relacionadas con el SARLAFT/FPADM.
- Consagrar lineamientos más exigentes de vinculación de clientes y de monitoreo de operaciones de personas nacionales o extranjeras que, por su perfil o por las funciones que desempeñan, pueden exponer en mayor grado a la institución al riesgo de LAFT/FPADM.
- Establecer los procedimientos aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de los elementos y las etapas del SARLAFT/FPADM.
- Instrumentar las diferentes etapas y elementos del SARLAFT/FPADM, que se puede realizar a través de la parametrización de las herramientas tecnológicas establecidas por la institución para soportar el funcionamiento del mismo.
- Acatar la Ley y aplicar el comportamiento ético en el desarrollo de la misión, visión y los objetivos y metas comerciales.
- Promover entre el recurso humano asistencial, administrativo, así como los aliados y todas sus partes interesadas el respeto permanente e inobjetable por la legalidad, así como el total rechazo hacia conductas que van en contra de la ley, entre éstas las asociadas a LAFT/FPADM.
- Desarrollar los lineamientos para el tratamiento de las conductas asociadas a LAFT/FPADM a partir de la política y metodología definida por el Sistema de gestión integral basado en riesgos de la institución.
- Administrar, los riesgos LAFT/FPADM identificados en institución, con un enfoque basado en la prevención y la protección, estableciendo los procedimientos que sean necesarios para el correcto funcionamiento del sistema en la ESE.
- Ejecutar los mecanismos de debida diligencia a las personas naturales y/o jurídicas, incluidas en el alcance de este manual, para un adecuado y oportuno conocimiento de cliente, estableciendo las medidas y reportes necesarios de las operaciones calificadas como sospechosas o intentadas y que aparezcan relacionadas en listas restrictivas de organismos de seguridad nacionales o internacionales.
- Conocer bien y hacer seguimiento a nuestros clientes (clientes, proveedores prestadores de servicio, empleados, entre otros) para prevenir, impedir y detectar los sistemas utilizados por la delincuencia organizada para el LAFT/FPADM.
- Esta política permite cumplir con las normas legales y promover correctas prácticas comerciales, protegiendo la reputación y credibilidad de la ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, minimizando el riesgo de la utilización de sus operaciones de servicios y bienes en actividades ilícitas.
- Las políticas establecidas en el código de ética y buen gobierno de la ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO sobre antifraude, anticorrupción y lavado de activos hacen parte integral del sistema para la prevención y control de riesgos de LAFT/FPADM.

8.1. LINEAMIENTOS GENERALES PARA GESTIÓN DE RIESGOS LA/FT/FPADM

8.1.1. Conocer y cumplir el SARLAFT

El Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo es de obligatorio cumplimiento y debe ser de pleno conocimiento por parte de todos los funcionarios o contratistas de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO.

ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO debe diseñar y ejecutar programas de capacitación del Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, para los funcionarios o contratistas que, de acuerdo con el impacto en los procesos y su clasificación de riesgo, deban conocer y ser instruidos acerca del cumplimiento de las normas, políticas y procedimientos de control para la prevención de este riesgo.

8.1.2. Asignar el recurso humano y tecnológico para SARLAFT

ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO tiene definida una estructura organizacional por procesos, para el control y prevención de lavado de activos, para lo cual el Representante Legal, brindará todo su apoyo y asigna el recurso humano y tecnológico necesario para cumplir con los objetivos. A través de un software se hará la consulta en listas de los clientes de la institución.

8.1.3. Implementar controles para prevenir el riesgo LA/FT/FPADM

Con el fin de evitar que ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO se vea expuesta a los riesgos asociados (legal, operativo, contagio o reputacional), ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO implementará los controles para prevenir iniciar o mantener relaciones contractuales con personas o empresas incluidas en listas internacionales vinculantes o no para Colombia y en caso de presentarse reportar el hecho oportunamente.

8.1.4. Realizar seguimiento y monitoreo al SARLAFT

ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO implementará seguimiento y monitoreo a su Sistema de Administración de Riesgos LA/FT/FPADM, para garantizar el cumplimiento de sus políticas.

8.1.5. Actualizar información de contrapartes anualmente

La información suministrada por los directivos, funcionarios o contratistas, clientes y proveedores deberá ser actualizada mínimo una vez al año, con el propósito de conocer los posibles cambios en su información personal, su actividad y en su información financiera, cuando aplique.

8.1.6. Conocer el manual SARLAFT

El manual para la prevención y control del LA/FT/FPADM deberá ser conocido por los directores, líderes y para las personas que intervengan en actividades que sean más sensibles a que se presenten operaciones inusuales o sospechosas.

8.1.7. Colaborar con las autoridades competentes

ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO tiene el compromiso de colaborar activamente con las autoridades competentes en relación con la prevención y control del lavado de dinero y la financiación del terrorismo, dando oportuna respuesta a sus requerimientos, suministrándoles toda la información que considere pertinente y dando cumplimiento a las disposiciones legales y normativas correspondientes.

Toda operación o contrato sin excepción que realice ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO con cualquier contraparte (cliente, funcionario o contratista, proveedor o tercero), tendrá el correspondiente soporte interno o externo para acreditarlo y se dispondrá y conservará por el tiempo mínimo estipulado por la circular 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y/o las que apliquen en la institución de acuerdo con las tablas de retención documental.

8.1.8. Reglamentar y orientar el actuar de los empleados frente al riesgo LA/FT/FPADM

El código de ética debe considerar las reglas de conducta y fundamentos que orienten la actuación de los funcionarios, contratistas en materia de riesgo LA/FT/FPADM.

Del mismo modo, establecer los procedimientos sancionatorios por incumplimiento de las obligaciones establecidas en el SARLAFT. Los principios establecidos en el Código de ética y buen gobierno harán parte integral del sistema para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM.

8.1.9. Revisar anualmente las políticas del SARLAFT

Las políticas para la administración de los riesgos LA/FT/FPADM se revisarán como mínimo anualmente y de acuerdo con los cambios normativos que se registren. En esta revisión, participará el Oficial de Cumplimiento, el área jurídica y las demás áreas que se vean impactadas por las modificaciones.

8.1.10. Diseñar y aprobar nuevas políticas para SARLAFT

Las propuestas de modificación o nuevas políticas serán diseñadas y presentadas para aprobación de la Junta Directiva o quien esta delegue, por parte del Oficial de Cumplimiento.

8.1.11. Atender los requerimientos relacionados con el SARLAFT

Los requerimientos a la institución, relacionados con el SARLAFT, emitidos por la Superintendencia Nacional de Salud, así como de cualquier otra autoridad que tenga esta competencia, deben ser remitidos al Oficial de Cumplimiento de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, para los fines pertinentes.

8.1.12. Cumplir las normas SARLAFT prevaleciendo, ante las metas comerciales y financieras

La Institución exige a sus miembros de la Asamblea de Accionistas, funcionarios o contratistas, clientes, proveedores y terceros, el cumplimiento de las normas en materia de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo prevaleciendo éstas ante el logro de las metas comerciales y financieras.

9. HERRAMIENTAS, PRÁCTICAS Y CONTROLES PARA GESTION DE RIESGOS LA/FT/FPADM

9.1. PROCEDIMIENTO DE DEBIDA DILIGENCIA

Para verificar los procesos de debida diligencia, la Superintendencia Nacional de Salud tendrá en cuenta como mínimo los siguientes procesos:

9.1.1. Conocimiento de Clientes y Usuarios

El procedimiento de conocimiento del cliente se aplicará para todos aquellos clientes, personas naturales o jurídicas con quien ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO formaliza una relación contractual o legal, sea contratista, proveedor, suministro de medicamentos e insumos, contratos de red de prestadores, compradores y/o cualquier figura contractual que suponga inyección efectiva de recursos, como lo son los afiliados a los planes voluntarios de salud.

Para formalizar la relación con los clientes y/o proveedores se diligenciará a través de los formatos de **“Vinculación y/o Actualización de Contrapartes” para persona natural o para persona jurídica**, junto con los documentos solicitados en el formulario.

Toda la información otorgada por las contrapartes será verificada y validada para asegurarse que todo este correctamente diligenciado y no hallan inconsistencias.

- El conocimiento de un cliente inicia con el proceso de vinculación de este a ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO. Para el conocimiento de clientes la institución podrá ceñirse a los lineamientos, procesos y procedimientos que se tienen al interior de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO para realizar los respectivos procesos de vinculación y complementará y ejecutará los siguientes procedimientos enmarcados en conocer al cliente para prevenir el riesgo de ser usados en actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo
- Para formalizar la relación con los clientes y/o proveedores se diligenciará el **formato de conocimiento del cliente** por parte de estos, junto con los documentos solicitados en el formulario. Toda la información otorgada por las contrapartes será verificada y validada para asegurarse que todo este correctamente diligenciado y no hallan inconsistencias.
- Toda la información será validada en listas de control - ONU, OFAC, INTERPOL, PROCURADURÍA, entre otras. Para ello se implementará una herramienta tecnológica al momento de la vinculación con la contraparte.
- Si la contraparte no registra información en listas de control y prensa, el encargado de la relación comercial recibirá la notificación de las validaciones diciendo que el cliente o proveedor no cuenta con registros en listas de control y prensa.
- En caso de reporte de contraparte con riesgo de LA/FT/FPADM en las listas de control, el Oficial de Cumplimiento (encargado de la validación en listas) debe investigar y documentar el hallazgo en ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO para la ratificación de la negación de la vinculación en el caso de proveedores o el reporte en el caso de atención por solicitud de servicios de salud (electivos).
- Los soportes y la verificación del conocimiento de clientes y usuarios implican recaudar y conservar como mínimo información que permita identificar a la persona natural o jurídica por un término no menor a **cinco (5) años**.
- Anualmente se validarán en listas de control la totalidad de proveedores, contratistas, clientes o cuando se requiera de acuerdo con lo definido teniendo en cuenta la segmentación de factores de riesgo.

- **Anualmente** la información de los terceros será actualizada.
- Se validarán en listas a las personas jurídicas cuyo beneficiario final (real) y/o accionistas y/o asociados tengan directa o indirectamente una participación igual o superior al 25% del capital social o aporte del potencial cliente.

En caso de que algún tercero resulte vinculado con temas de Lavado de activos y Financiación del Terrorismo, se enviará el Reporte Interno de Operación Inusual al Oficial de Cumplimiento de la institución para que evaluara si se trata de una Operación Sospechosa, de ser cierto, se enviará el reporte a la UIAF y de ser posible, se finalizará la relación contractual o comercial.

9.1.2. Conocimiento de Personas Expuestas Públicamente (PEP)

La identificación y conocimiento de personas expuestas públicamente (PEP) implica la obtención de información mínima y manifestación sobre la autorización para contratar y el origen de los recursos. Según la clase de vinculación que se esté realizando, (proveedor, contratista, donante, entre otros) se utilizará la documentación y/o formatos establecidos en el proceso correspondiente.

Así mismo aquellos PEPs que evidencien alguna particularidad o señal de alerta deberán ser revisados por el Oficial de Cumplimiento y posteriormente presentados ante el **Comité de Gestión del Riesgo** para su respectiva aprobación. La experiencia nacional e internacional ha demostrado que los Clientes o proveedores PEPs son más propensos al lavado de activos (alto riesgo LA/FT/FPADM), se debe tener presente que no se admiten excepciones de información y documentación para su vinculación.

Tener en cuenta:

- Dentro del formato de conocimiento del cliente “Vinculación y/o Actualización de Contrapartes” para persona natural o para persona jurídica debe marcar la casilla aclarando si está o no registrado como PEP.
- El encargado de la relación contractual podría realizar entrevista presencial y solicitar aprobación de nivel superior para la vinculación.
- Se indagará en el formato de vinculación por el manejo de recursos públicos, ejercicio de funciones o cargos públicos y si está contratando por sus propios medios o el tipo de requerimiento es en ejercicio de sus funciones como empleado público.
- Si se encuentra realizando un contrato como función de su cargo público, se debe validar que no se encuentre inhabilitado para ejercer este tipo de cargos en la página de la Procuraduría si antes no se había realizado la consulta.
- Se consulta en medios o información de uso público si la persona se encuentra en noticias por investigaciones pendientes de temas de corrupción o mala administración de los recursos, con el fin de tomar las medidas y decisiones pertinentes.
- Si la persona es PEP, pero no está ejerciendo un cargo público y está contratando por sus propios medios, en caso de pasar todo el proceso de vinculación y de conocimiento del cliente o proveedor dependiendo de su naturaleza, se podría vincular a la institución, teniendo conocimiento dentro de las bases de datos de que es un PEP.

9.1.3. Conocimiento de los Asociados en Personas Jurídicas

El SARLAFT debe contemplar herramientas que permitan establecer plenamente la identificación del(los) beneficiario(s) final(es) (socios y/o accionistas) de la persona jurídica consultada que de manera directa y/o indirecta, tengan una participación dentro de la sociedad, igual o superior al 5%, así como confirmar sus datos y tenerlos actualizados permanentemente. También, debe permitirle conocer la procedencia de los aportes en dinero o en especie, para lo cual se deberán requerir los documentos pertinentes.”

9.2. COMITÉ DE RIESGOS ASESOR SARLAFT

El Comité de prevención de Gestión del Riesgo (Comité de Riesgo) asesora al Gerente y al Oficial de Cumplimiento en el análisis y tratamiento de las situaciones de riesgo que se generen frente al tema y tiene poder decisorio para recomendar que acciones tomar y/o someter a consideración, la cancelación y/o terminación de la relación comercial/laboral cuando detecte cualquier desviación.

9.3. MANEJO DEL EFECTIVO

Todas las transacciones de ingresos se realizan a través de la aplicación en el Software institucional y están documentadas en los Instructivos respectivos.

ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO cuenta actualmente con cajas autorizadas para la recepción de pago. La entrega parcial de caja se realiza toda vez que se supere el monto de \$500.000 en efectivo, se realiza entrega final de caja al finalizar el turno y se deposita el dinero en la Caja Fuerte respectiva.

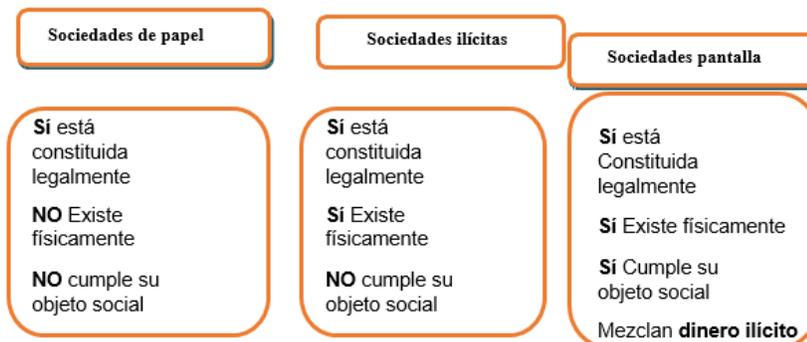
Cuando el que reclama la devolución es el mismo usuario que realizó el pago o el responsable del pago, debe presentar el recibo original, factura si la tiene, foto copia de la cédula y el formato de Autorización Devolución de Dinero. Cuando, el valor de la devolución supera los \$500.000 mil pesos, la devolución se hace en cheque a no ser que el beneficiario de forma escrita autorice que se le entregue en efectivo, diligenciando el formato de autorización devolución en efectivo.

9.4. HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DE OPERACIONES INUSUALES Y REPORTE DE OPERACIONES SOSPECHOSAS

El adecuado conocimiento de las contrapartes permitirá identificar eventuales inusualidades que puedan concluir en operaciones sospechosas, ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO debe tener en cuenta las tipologías y señales de alerta descritas por la UIAF y los grupos internacionales (GAFI, GAFILAT, entre otros).

9.4.1. Tipologías de Lavado de Activos

Son técnicas, procedimientos, operaciones o manipulaciones utilizadas para lavar dinero. Se hace énfasis en las tipologías que presentan un mayor riesgo para ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO Utilizar dichas tipologías al momento de registrar la materialización de un evento LAFT.



9.4.2. Señales de Alerta

Son los hechos, situaciones, eventos, cuantías, indicadores cuantitativos y cualitativos, razones financieras y demás información que la institución determine como relevante, a partir de los cuales se puede inferir oportuna y/o prospectivamente la posible existencia de un hecho o situación que escapa a lo que la institución, en el desarrollo del SARLAFT, ha determinado como normal.

Estas señales deben considerar cada uno de los factores de riesgo y las características de sus operaciones, así como cualquier otro criterio que a juicio de la institución resulte adecuado.

Algunos ejemplos de eventos que pueden ocasionar la activación de una señal de alerta son:

- Características inusuales de las actividades, productos o lugares de procedencia.
- Inconsistencias en la información relacionada con la existencia, identificación, dirección del domicilio, o ubicación del usuario.
- Inconsistencias en la información que suministra el cliente y/o contraparte frente a la que suministran otras fuentes.
- Facturas que contengan precios ostensiblemente bajos frente a los del mercado.
- Variaciones abruptas en el nivel de vida.
- Estilos de vida o posibilidades financieras que no se correspondan con el nivel salarial, de ingresos, patrimonial o de endeudamiento.
- Renuencia injustificada a gozar vacaciones.
- Funcionarios o contratistas que impiden que otros compañeros de trabajo atiendan a determinados clientes.
- Recibo de regalos o atenciones de clientes que excedieran las pautas fijadas en el Código de Ética.
- Funcionarios o contratistas renuentes a aceptar cambios de su actividad o promociones que impliquen no continuar ejecutando las mismas actividades.
- Funcionarios o contratistas que con frecuencia permanecen en la oficina más allá de la hora de cierre o concurren a ella por fuera del horario habitual sin adecuada justificación.
- Proveedores que suministran información falsa, de difícil verificación o insuficiente.
- Se muestran renuentes o molestos cuando se les solicita una adecuada identificación el diligenciamiento de los formatos obligatorios para poder realizar cierto tipo de operaciones.
- Proveedores o contratistas que ofrecen pagar comisiones significativas sin justificación legal ni lógica.
- Empresas creadas recientemente que al poco tiempo son dominantes en el mercado.

9.4.3. Señales de Alerta con Terceros y/o Aliados

Se tendrán en la ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO las siguientes consideraciones claves para determinar si un Tercero y/o aliado será designado como Tercero y/o aliado de Mayor Riesgo.

Si cualquiera de las consideraciones siguientes está presente, debe ponerse en contacto con el oficial de Cumplimiento de la institución. Estas son:

- Se tiene conocimiento que el Tercero y/o aliado ha sido investigado o condenado por, o se encuentra actualmente bajo investigación por fraude, soborno, lavado de dinero u otra conducta corrupta.
- Dicho Tercero y/o aliado sugiere que tienen una “relación personal o familiar” o una “conexión especial” con algún funcionario Público o cliente.
- El Tercero y/o aliado solicita una compensación significativamente por encima del valor justo de mercado (como una comisión inusualmente alta en relación con los servicios prestados), solicita un pago en efectivo o solicita un pago inicial importante (por adelantado).
- Se tiene conocimiento que la administración o los empleados de dicho Tercero y/o aliado son en gran parte exfuncionarios Públicos.
- Ser informado por algún funcionario Público o cliente que usted debe utilizar un Tercero designado para obtener negocios, conseguir una aprobación reglamentaria o lograr algún otro objetivo comercial.
- Dicho Tercero y/o aliado solicita una compensación para “sellar el trato” u “obtener el negocio”, o sugiere que puede eludir o acelerar el proceso normal comercial o de licitación.
- El Tercero y/o aliado tiene poca estabilidad financiera o de crédito.
- Uso excesivo y/o tarifas excesivas pagadas o que se espera que se paguen a las partes que tratan con organismos gubernamentales.
- Esquemas inusuales, incompletos o demasiado complejos que demuestran una falta de transparencia.
- Solicitud de pagos a una cuenta o persona fuera del país donde el Tercero presta servicios o radica dicho Tercero u otros acuerdos financieros inusuales.
- Pagos para los cuales no hay un propósito claro, razonable o apropiado.
- Sobrefacturación o facturas falsas.
- Se otorgan descuentos sin documentación de respaldo adecuada.

9.4.4. Segmentación de los Factores de Riesgo

ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO debe segmentar, como mínimo, cada uno de los factores de riesgo de acuerdo con las características particulares de cada uno de ellos, asegurando que las variables de análisis definidas garanticen la consecución de las características de homogeneidad al interior de los segmentos y heterogeneidad entre ellos, según la metodología que previamente haya establecido la institución. Para realizar la segmentación de los factores de riesgo, las instituciones deben contemplar como variables, entre otras, la información recolectada durante la aplicación de los procedimientos de conocimiento del cliente.

A través de la segmentación las instituciones deben determinar las características usuales de las transacciones que se desarrollan y compararlas con aquellas que realicen los clientes, a efectos de detectar las operaciones inusuales.

Para ello se implementa una herramienta tecnológica desde la cual se hará una perfilación del cliente, contratista o proveedor que comience relaciones contractuales con la ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO. Dicha herramienta asistirá en la búsqueda de listas internacionales y nacionales de las personas naturales o jurídicas consultadas. Aquellas que aparezcan en coincidencias en alguna de las listas se les realizarán un análisis perfilado, donde se le dará a la persona un perfil de riesgo basado en los factores de riesgo asignados.

9.4.5. Identificación y Gestión de Operaciones Inusuales

9.4.5.1. Identificar operaciones inusuales:

- Anualmente el Oficial de Cumplimiento verifica las alertas generadas mediante el proceso ejecutado sobre las operaciones de sus contrapartes a través de herramientas tecnológicas, modelos estadísticos y minería de datos (segmentación). Estas alertas se generan conforme a la parametrización efectuada previamente de acuerdo con las señales de alerta que se pretenden evaluar.
- Adicionalmente, verifica si hay pagos en efectivo, fraccionados en efectivo y cuáles son los montos que pueden constituir alertas para la institución, con el fin de determinar posibles insuavidades. Esta información es suministrada por el área de tesorería.
- Cuando la operación inusual es detectada por la parte asistencial, convenios, caja u otras áreas de la institución, el empleado que detectó la operación inusual, deberá informarla al Oficial de Cumplimiento mediante correo electrónico con el formato respectivo de reportes o de forma verbal para ser evaluada posteriormente, quien determinará si las operaciones revisten o no el carácter de sospechosas o si tienen justificación donde se considerará solo como inusual y quedará documentada y archivada.
- Cuando se presenten situaciones en las que ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO deba realizar devolución de dineros, sin una justificación clara, aun advirtiendo penalización económica sobre dicha operación a sus contrapartes, deberá notificársele al Oficial de Cumplimiento. Cuando la contraparte que generó la operación inusual es detectada por un proceso de identificación de operaciones inusuales a través del análisis de los pagos o procedimientos de salud realizados, el Oficial de Cumplimiento, evalúa si corresponde o no a un ROS, ampliando la información de conocimiento de la contraparte.

Una vez que cuenta con todas las operaciones inusuales identificadas, el Oficial de Cumplimiento procede a revisar cada una de estas operaciones frente a la información que reposa del comportamiento de la contraparte en la institución, tales como última actualización de datos, tipo de actividad económica, procedimientos realizados en ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, históricos de la contraparte y demás información que sirva para establecer si la operación genera un ROS.

En caso de no encontrar información suficiente para darle gestión a la operación inusual, el Oficial de Cumplimiento solicitará al encargado de la administración de la contraparte la justificación de las operaciones que generaron la alerta y de acuerdo con el monto y nivel de riesgo de la contraparte o proveedor, solicita soportes de la operación.

Una vez culminado el análisis, el Oficial de Cumplimiento elabora el informe escrito junto con los soportes de dicho análisis y determina si la operación está debidamente justificada, caso en el cual se procede a su cierre y archivo, en caso contrario determinará el procedimiento a seguir, ya sea la inactivación, seguimiento, desvinculación y/o ROS. Una vez determinadas las operaciones sospechosas, el Oficial de Cumplimiento procede a realizar los respectivos reportes a la UIAF.

En adición a las alertas generadas a través de herramientas tecnológicas, puede darse inicio a una investigación de operación inusual por los siguientes motivos:

- Por un proceso de vinculación de cualquiera de los terceros.
- Por un proceso de validación en listas de control o hallazgos en prensa negativa.
- Por un proceso de auditoría interna.
- Por reporte de un funcionario o contratista por prestación de servicios.
- Por la actualización de la información.
- Por requerimiento de autoridad competente.
- Por información externa.

9.4.5.2. Evaluación de la Alerta u Operación Inusual

Después de identificada una señal de alerta u operación inusual de la contraparte, proveedor o empleado, es necesario cumplir con un mínimo de actividades que permitan determinar si la actividad tiene además el carácter de sospechosa o por el contrario está debidamente justificada por la misma contraparte, proveedor o empleado:

- Para el caso de las contrapartes, se debe acudir en primera instancia a revisar la información que repose de la contraparte en ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, inicialmente la entregada al momento de su vinculación, así como aquella propia de la operación, por ejemplo, los soportes de pagos o procedimientos realizados de los últimos seis meses o un mayor tiempo si se requiere.
- Deberá hacerse un análisis de la información que repose de la contraparte, buscando determinar la coherencia de su situación actual versus el comportamiento en la institución. Así como la consistencia de la actividad económica u ocupación con el tipo de operaciones que va a realizar o que realizó la contraparte.
- Será necesario evaluar la información suministrada por la contraparte en el momento que se estableció la relación contractual.
- Finalmente se realizará la consulta en listas internacionales en materia de LA/FT/FPADM, validación en prensa y procuraduría.

10. POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS

10.1. POLÍTICAS POR ETAPAS DEL SARLAFT

Son las orientaciones específicas relacionadas con la identificación, medición y evaluación, priorización, planes de tratamiento y mitigación, establecimiento de puntos de control, monitoreo y reporte del riesgo de LA/FT/FPADM mencionado Sistema de Administración del Riesgo de LA/FT/FPADM, de esta manera las políticas son:

- **La identificación:** de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo de la Institución estará a cargo de todos los funcionarios o contratistas, y serán reportados a través de los responsables de cada área, al Oficial de Cumplimiento o a quien se designe en los procedimientos internos de la institución. A partir de la información de los clientes, se realizará la segmentación de riesgo de LA/FT/FPADM de acuerdo con las variables definidas por el SARLAFT. Las gestiones de mayor debida diligencia estarán acordes a los resultados de la segmentación. Identificación de riesgos LA/FT/FPADM y sus riesgos asociados en los factores de riesgo segmentados

- **La evaluación y medición:** de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo en ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO estará a cargo del Oficial de Cumplimiento, en coordinación con el proceso de Gestión de la Calidad, reportando sobre ello a Gerencia.

Construir el perfil de riesgo inherente de LA/FT/FPADM de la institución y las mediciones agregadas en cada factor de riesgo y en sus riesgos asociados.

- **Controles:** el diseño de los controles de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO estará a cargo del Oficial de Cumplimiento, reportando sobre ello a los Comités competentes. La implementación de dichos controles estará a cargo los líderes de los procesos relacionados con cada riesgo LAFT identificado en la institución. Todas las acciones de gestión del riesgo LA/FT/FPADM deben identificar responsable, plazo, formas de ejecución y reportes de avances.
- **Seguimiento y monitoreo** de la adherencia Institucional a las disposiciones definidas en el manual SARLAFT estará a cargo del Oficial de Cumplimiento en coordinación con la Auditoría Interna, reportando sobre ello al Comité de Gerencia, Subgerencia corporativa y Asamblea de Accionistas. Se realizará seguimiento al perfil de riesgo de SARLAFT anualmente. El seguimiento al SARLAFT se fundamentará en:
 - Comparar el riesgo inherente y residual de cada factor de riesgo y de los riesgos asociados.
 - Velar porque los controles cubran todos los riesgos LAFT y que funcionen de manera oportuna, efectiva y eficiente, además de hacer seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de los responsables.
 - Desarrollar los reportes que permitan establecer las evoluciones del riesgo, así como la eficiencia de los controles implementados.
 - Determinar las operaciones inusuales y sospechosas, y sobre estas últimas, proceder con su reporte a las autoridades, de acuerdo a lo señalado en la norma.

10.2. POLÍTICAS EN RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO LA/FT/FPADM JURISDICCIONES (PAÍSES) DE MAYOR RIESGO DE LAFT

- ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO realizará debida diligencia ampliada a personas que residan, o cuyos ingresos provengan de países que expongan a un mayor riesgo de LAFT por estar sujetos a sanción de OFAC o considerados no cooperantes, por parte del GAFI/FATF
- A las personas que aspiran a tener la calidad de cliente, y a las ya vinculadas, se les solicitará, en cuanto a la jurisdicción: El lugar de residencia o domicilio (dirección física), durante los procesos de vinculación y actualización de información.
- Se debe identificar a las personas que residan, o cuyos ingresos provengan de Jurisdicciones Internacionales – Países - que expongan a las instituciones a un mayor riesgo de LAFT, para llevar a cabo una mayor debida diligencia.
- Previo a la incursión de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO en una nueva jurisdicción, se debe verificar el nivel de riesgo de ésta, y tomar las decisiones correspondientes. En caso de que la decisión sea incursionar en una jurisdicción con mayor exposición al riesgo de LAFT, se deberán implementar las medidas establecidas para mitigar el riesgo de LAFT.

10.3. PRODUCTOS O SERVICIOS

En el caso de que ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO ofrezca nuevos productos/servicios o modifique sustancialmente los actuales, estos deben incorporar las disposiciones establecidas dentro del SARLAFT.

La metodología para estos nuevos o modificados servicios debe contar como mínimo:

- Incluir dentro de la capacitación sobre el servicio los temas relativos a la mitigación del riesgo de LAFT.
- Establecer responsables para que, previo a la implementación del nuevo servicio o modificación del actual, se garantice que los riesgos del LAFT se mitigaron.
- Contemplar en la aprobación del servicio con la participación de las instancias o comité definido para el efecto, a criterio de la institución.
- Cuando el producto/servicio, vaya a ser prestado por un tercero, diferente al personal contratado directamente por la Institución, se debe:
 - Analizar que el nivel de riesgo asociado a dicho producto/servicio permita ser prestado por terceros solicitando, en caso de ser necesario, acompañamiento del Oficial de Cumplimiento para dicho análisis.
 - Establecer un contrato que contenga las funciones y responsabilidades en materia de LA/FT/FPADM
 - Definir responsable del seguimiento convenio o contrato celebrado con el tercero.
 - Realizar debida diligencia o visita con el fin de establecer antecedentes y riesgos que pudiese implicar en materia de LA/FT/FPADM. Se debe dejar constancia del resultado de dicha visita.
- El Oficial de Cumplimiento determinará en qué casos debe hacer visita o que mecanismo de conocimiento del tercero usará considerando criterios de riesgo.

10.4. CANALES DE DISTRIBUCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD O SEDES

En la situación que ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO cuente con nuevas sedes o canales para prestar su servicio y/o la modificación de los actuales estos deben incorporar lo establecido por el SARLAFT.

- Establecer en el contrato o documento que formalice la relación entre las partes e indique claramente las obligaciones y deberes relacionados con el uso de la nueva sede, las obligaciones en materia de SARLAFT.
- Establecer el nivel y el cargo de las personas que estarían autorizadas y capacitadas para la administración de la nueva sede en razón del riesgo y la especialidad del mismo.
- Incluir el segmento de clientes al que va dirigido a esa sede.
- El área responsable de la sede velará porque se agoten y cumplan las instancias de autorización que se hayan establecido en la institución.

10.5. POLÍTICAS PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE/USUARIO

Las siguientes son las políticas relacionadas con los clientes, las cuales se deben cumplir en toda relación legal o contractual que se presenten con ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO en la administración del riesgo LA/FT/FPADM. Las políticas se aplicarán en el ingreso y seguimiento de

clientes, personas naturales y jurídicas que soliciten los servicios de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, así como aquellas personas con las cuales ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO tenga una relación contractual.

Debido a la obligatoriedad del aseguramiento y la prestación de servicios de salud por parte de las EPS y prestadores, no se consideran como clientes y/o contrapartes los usuarios (afiliados) de las EPS, ni los pacientes de las U.N.A cuyos servicios sean cancelados efectivamente por algún tipo de seguro (Plan Obligatorio de Salud, Sistema de Riesgos Laborales y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), Planes Adicionales de Salud, entre otros) cuando lo amerite. Es así que, para estos casos, no será necesario la identificación del usuario.

- Se realizarán las validaciones necesarias para garantizar que las personas vinculadas como contrapartes y que quienes aspiran hacerlo, tengan un origen de fondos considerado lícito. La responsabilidad de dicha actividad se centrará en las personas que designe la institución, tanto en la vinculación como en la administración de la relación con contrapartes. El cumplimiento de otros procedimientos o actividades internas de revisión no releva de esta responsabilidad básica al empleado responsable.
- Siempre que, en relación con la prestación del servicio de salud, se atienda un cliente, debe garantizarse contar con su id institucional, **diligenciar el formato de conocimiento de Persona Natural o Jurídica**, realizar entrevista, adjuntar documentos exigidos y aprobar la vinculación de estos según aplique, tal como lo establece el SARLAFT. Los aspectos más importantes a tener en cuenta a la hora de capturar la información que conforma el conocimiento del cliente son:
 - Identificación
 - Solicitud de documentos soporte
 - Verificación de información consignada
 - Consultar en listas de control especiales
 - Asignar perfil de riesgo del cliente o proveedor
 - Actualizar de datos y documentos de vinculación del cliente
- ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO establecerá una lista de documentos según el tipo de persona a vincularse, los cuales serán solicitados como en conjunto con el formato de conocimiento del cliente.
- Las decisiones que en materia de conocimiento del cliente se definan e implementen primarán sobre las decisiones comerciales y tendrán en cuenta lo requerido por el SARLAFT y por las normas que rijan en la institución.
- Las personas que la institución designe para vincular y administrar la relación contractual con clientes serán las encargadas de la aplicación de la normatividad y políticas, en materia de conocimiento del cliente.
- Los órganos de control: el oficial de cumplimiento, el revisor fiscal y la auditoría podrán revisar archivos de los clientes, para asegurar su consistencia e integridad. La frecuencia de las revisiones dependerá de la complejidad y riesgos involucrados en la relación contractual.

- No se hacen excepciones del conocimiento del cliente a menos que la normatividad así lo especifique.
- **A todos los clientes que aparezcan en las listas OFAC, ONU u otra lista de riesgo de LAFT** o hayan sido reportados ante las autoridades respectivas por operaciones sospechosas, se procederá evaluar la posibilidad de terminar la relación contractual de conformidad con las normas legales vigentes o tener en seguimiento estricto de acuerdo a la situación.
- De acuerdo al nivel de riesgo de los clientes, se realizará una menor o mayor debida diligencia en cuanto a entrevista, visita, nivel de aprobación y exigencia en materia de información y documentación.
- ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO definirá, de acuerdo al nivel de riesgo de los clientes, los productos y servicios a ofrecer y las condiciones en las que lo hará y cuando se presenten situaciones inusuales durante la vinculación de un cliente, el estudio para el conocimiento de éste será más exhaustivo y podrá no quedar vinculado.
- Los soportes y la verificación del conocimiento de clientes y usuarios implican recaudar y conservar como mínimo información que permita identificar a la persona natural o jurídica (siendo firmado por este) por un término no menor a cinco (5) años, teniendo en cuenta este lineamiento en las tablas de retención documental de la institución.

10.6. POLÍTICAS PARA EL CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA.

El conocimiento de los proveedores le permite a ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO obtener información, sobre las características básicas de los potenciales proveedores antes de ser vinculados, por esto los servidores encargados de la selección y vinculación de proveedores están obligados a seguir todos los procedimientos previstos y necesarios para lograr el adecuado conocimiento del potencial proveedor.

Las siguientes son las políticas relacionadas con los proveedores/contratistas las cuales se deben cumplir en toda relación legal o contractual que se presenten con la institución en la administración del riesgo LA/FT/FPADM. Las políticas se aplicarán en el ingreso y seguimiento de proveedores - contratistas, personas naturales y jurídicas que soliciten los servicios de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, así como aquellas personas con las cuales ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO tenga una relación contractual. El conocimiento del Proveedor y/o Contratista será responsabilidad de cada área que seleccione al proveedor. Es decir, el responsable del proceso solicitará la documentación requerida incluyendo el formato de **“Vinculación y/o Actualización de Contrapartes” para persona natural o para persona jurídica cliente**. El proceso de Gestión de Recursos humanos con apoyo del oficial de cumplimiento y los coordinadores correspondientes, serán los encargados de administrar la relación y como mínimo una vez al año y durante el tiempo que dure la relación contractual con dicha persona natural o jurídica, solicitarán actualización de sus datos, tales como: domicilio, ocupación, cambios patrimoniales importantes.

No podrá vincularse, ni mantener relación comercial con:

- Las personas naturales o jurídicas que se encuentren en la lista ONU (lista vinculante para Colombia)
- Hayan suministrado información falsa.
- Tengan algún reporte de operación sospechosa y por su gravedad la institución decidió terminar la relación contractual.
- Sus bienes estén involucrados en procesos de extinción de dominio.
- Sean renuentes a dar información o a presentar la documentación exigida para verificar la procedencia de sus fondos o que, a pesar de presentarla, se dificulte la verificación de su legalidad.
- El hecho de que una contraparte en su estructura de propiedad, el representante legal de la persona jurídica o alguno(s) de su(s) o directivo(s) aparezcan en listas nacionales o internacionales (Lista OFAC u otra lista de riesgo en materia de LAFT), amerita un seguimiento estricto de este proveedor por Oficial de cumplimiento, se requiere una debida diligencia ampliada y ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO debe determinar la pertinencia de tener relaciones contractuales con dicha contraparte.

10.7. POLÍTICAS PARA EL CONOCIMIENTO DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO será el responsable de la vinculación de todos sus funcionarios o contratistas por prestación servicios y además del procedimiento aplicado en materia de conocimiento del funcionario o contratista, para prevención del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, aplica sus propios procedimientos internos contratación de personal.

Los funcionarios o contratistas de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO se obligan a seguir las políticas internas y a adoptar comportamientos que revelen el estricto cumplimiento de la ley y en especial aquellas que hacen referencia a la prevención del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo:

- Es obligación de los funcionarios o contratistas de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO tener un comportamiento ético y diligente en el cumplimiento de las normas sobre prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo que la ley, las instituciones de vigilancia y la compañía han dispuesto.
- Los funcionarios o contratistas de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO que en ejercicio de sus funciones o con ocasión de las mismas tengan conocimiento acerca de los reportes internos de operaciones inusuales o de reportes de operaciones sospechosas, están obligados a mantener estricta confidencialidad de la información que se maneja internamente en la institución.
- Antes de comenzar cualquier proceso contratación, verificará que los futuros candidatos no tengan ningún tipo de vínculo con actividades ilícitas asociadas a lavado de activos y financiación del terrorismo.
- ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO podrá aplicar medidas de debida diligencia ampliada, tales como visitas domiciliarias, estudios de seguridad, solicitud de información patrimonial en los casos en que el cargo por sus características y nivel de riesgo en cuanto al lavado de activos y financiación del terrorismo se refiere.
- En ningún momento ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO podrá vincular personas que aparecen en listas de control tales como OFAC y ONU. Tampoco vinculará personas de

difícil ubicación, confirmación de información y donde se encuentre falsedad en la información aportada.

El Proceso de Contratación de U.N.A, se encargará de administrar la relación con el funcionario o contratista y como mínimo una vez al año y durante el tiempo que dure el vínculo laboral con dicha persona, solicitará actualización de sus datos, tales como: domicilio, estado civil, estudios y cambios patrimoniales importantes. Al ingreso a la institución y anualmente es obligatorio diligenciar por parte del servidor o contratista el **formato de Bienes y Rentas del SIGEP y el Anexo de Declaración de Origen de Fondos**.

10.8. POLÍTICA PARA CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y PROVEEDORES EN EL EXTERIOR

El conocimiento de clientes y proveedores del exterior, se dificulta un poco a razón de no contar en muchas ocasiones con toda la información necesaria para realizar un buen conocimiento, dadas las normas y prohibiciones de cada país. ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, con el objetivo de conocer con quien establece relaciones contractuales en el exterior, lleva a cabo el siguiente procedimiento tanto para personas naturales como jurídicas:

- El encargado de administrar la relación comercial con el cliente o proveedor, solicita el diligenciamiento del mismo formulario para conocimiento de clientes y proveedores locales Se diligencia el **formato de “Vinculación y/o Actualización de Contrapartes” para persona natural o para persona jurídica** (solo en los campos que aplique).
- Además, le solicita el documento de constitución de la compañía que emita la institución del país al cual pertenece el cliente o proveedor (en nuestro país es el certificado de cámara de comercio).
- Si la compañía tiene página web, se consulta con el fin de revisar clientes y de ser posible se solicita referenciarían.
- Se verifica la ubicación del cliente o proveedor con el fin de analizar si está en un país cooperante o no en cuanto a LA/FT/FPADM. Esta información puede consultarse en el siguiente link: <http://www.fatf-gafi.org/topics/high-riskandnoncooperativejurisdictions/>

10.9. POLÍTICAS DE DEBIDA DILIGENCIA MEJORADA PARA CLIENTES Y PROVEEDORES DE ALTO RIESGO

ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO aplicará procedimientos de debida diligencia mejorada, para casos en los cuales el cliente o proveedor represente un alto riesgo asociado en cuanto a lavado de activos o financiación del terrorismo, dado que:

- No se encuentra coherencia entre el objeto social y el nivel de ingresos
- No se encuentra coherencia entre el objeto social y el producto servicio que ofrece o vende.
- Escasez en la información suministrada
- Es una compañía constituida recientemente con altos niveles de ingreso
- Es una compañía con una composición accionaria compleja
- Está ubicada en una jurisdicción de alto riesgo de LA/FT/FPADM
- Realiza actividades de alto riesgo de LA/FT/FPADM

- Estuvo incluida en listas de control
- Tuvo antecedente de tipo penal o judicial asociados a LA/FT/FPADM
- Tiene algún tipo de anotación negativa en prensa que genere sospecha
- Tiene relaciones comerciales o contractuales con empresas o personas vinculadas con temas de LA/FT/FPADM
- Es un PEP

Para estos casos y todos los que representen sospecha y generen un riesgo alto de LA/FT/FPADM en el momento de la vinculación de una contraparte como cliente, proveedor, contratista o aliado, se podrán ejecutar en la medida que se considere pertinente, todas o algunas de las siguientes actividades:

- Realizar entrevistas y/o visitas a los proveedores, contratistas y clientes en compañía del Oficial de Cumplimiento.
- Ampliar la validación en prensa y medios
- Solicitar certificado de ingresos para personas naturales
- Solicitar referenciación con clientes y proveedores de la contraparte
- Solicitar referencias personales para personas naturales
- Solicitar estados financieros de los últimos tres (3) años
- Solicitar copia de la declaración de renta de los dos últimos años
- Solicitar documentos y certificaciones que validen la adquisición de nuevos activos.
- Certificación escrita juramentada firmada por el representante legal u oficial de cumplimiento si lo tuviera, donde conste que cuenta con apropiados y suficientes mecanismos de prevención y control que les permitan conocer, prevenir y mitigar de manera efectiva los riesgos inherentes al lavado de activos y financiación del terrorismo.

10.10. POLÍTICAS PARA EL MANEJO DE EFECTIVO

- El área Tesorería es la encargada del control del efectivo tiene como actividad principal salvaguardar todo el dinero que entre o entrará y programar todas las salidas de dinero, actuales o futuras.
- Todo personal que trabaje con efectivo deberá estar debidamente capacitado en las normas relativas al SARLAFT y los riesgos asociados al manejo de efectivo.
- Se debe contar con un sistema de soporte de las operaciones en efectivo que permita el control de los ingresos y la realización de los reportes requeridos a la autoridad competente.
- Toda entrega de fondos en efectivo igual o superior a \$5'.000.000 recaudados en cualquiera de las cajas de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, el colaborador encargado de la caja solicita y verifica el completo y correcto diligenciamiento del **formato de Conocimiento y Declaración Voluntaria de Origen de Fondos Usuarios Particulares.**
- Todo dinero falso debe ser considerado como faltante de caja.
- Por otro lado, existen límites definidos para realizar devoluciones en efectivo (hasta \$500.000) formalizados en procedimientos internos de Tesorería.

10.11. POLÍTICAS PAGOS A FUNCIONARIOS O CONTRATISTAS Y PROVEEDORES

- No se realizarán pagos en efectivo a proveedores de servicios, materias primas e insumos. A excepción de los pagos de menores cuantías que se realizan por caja menor y en cuyos casos los pagos deberán ser inferiores a **\$500.000 mil pesos**.
- Los funcionarios recibirán el pago correspondiente a su nómina y prestaciones sociales por los servicios prestados a ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO del periodo correspondiente, mediante su cuenta de ahorros o cuenta corriente registrada ante la empresa para tal fin. En ningún caso se podrán realizar pagos a un tercero que no se encuentre vinculado a la institución, ni se entregará al funcionario o contratista el valor correspondiente al pago por la prestación de sus servicios en efectivo.

10.12. POLÍTICA PARA RECIBIR DONACIONES

En caso de que se reciban donaciones en efectivo siempre se aplicará un procedimiento de debida diligencia ampliada al donante para verificar la licitud y el origen de sus recursos.

11. REPORTES INTERNOS O EXTERNOS

11.1. REPORTES INTERNOS

Cuando algún empleado detecta alguna operación inusual, debe informar acerca de esta de forma inmediata a su superior, quien inmediatamente deberá comunicárselo al Oficial de Cumplimiento.

Los funcionarios o contratistas que detecten una señal de alerta u operación sospechosa pueden hacer el reporte de manera verbal o escrita (por correo electrónico o físico). Aunque no es necesario que el empleado presente pruebas contundentes, sí debe describir la operación considerada como inusual y justificar las razones que lo llevaron a considerarla como tal.

En caso de que la operación inusual sea presentada verbalmente, el Oficial de Cumplimiento debe llenar el formato de Reporte de Operaciones Inusuales o Sospechosas, para guardar el registro y hacerle seguimiento.

Se garantizará total reserva de la información y de la institución de la persona que reporta la actividad inusual de la operación.

La información que debe contener, como mínimo, cualquier reporte interno de Operaciones Inusuales o Sospechosas es la siguiente:

- Fecha de ocurrencia de la operación
- Fecha de detección
- Nombre del cliente, proveedor, contratista o empleado involucrado
- Documento de identificación del cliente, proveedor, contratista o empleado
- Descripción de la actividad inusual

La forma para el reporte de Operaciones de actividad inusual debe ser de conocimiento general de todos los funcionarios. Cuando algún empleado detecta alguna operación inusual, debe informar acerca de esta, de forma inmediata al Oficial de Cumplimiento.

El formato para el reporte de Operaciones inusuales o sospechosas, debe ser de conocimiento general de los funcionarios o contratistas a los que compete y debe ser de fácil acceso que permita la inmediatez del reporte.

Los canales disponibles son los siguientes:

- Línea de transparencia (en página web)
- Correo electrónico: correo oficial de cumplimiento
- Formulario de reportes internos.

11.2. REPORTE EXTERNO A LA UIAF

El Oficial de Cumplimiento y su suplente son los únicos autorizados para realizar el ROS con destino a la UIAF.

El ROS deberá ser enviado por el sistema electrónico SIREL (pág. web UIAF: (<http://sirel.uiaf.gov.co/ReportesFSMCif64/Modules/Home/html/default.aspx>) o aquel que determine la UIAF.

El Oficial o empleado de Cumplimiento no compartirá información relacionada con los ROS, será de carácter reservado y no constarán nombres de personas en sus informes de gestión.

Los ROS deberán permanecer debidamente custodiados de forma física o electrónica.

El ROS debe estar completo, con documentación y sin imprecisiones, para su posterior envío a la UIAF.

Los reportes externos que ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO debe presentar a la UIAF, siguiendo las indicaciones y formatos definidos por ésta, de acuerdo con la obligación que le impone la Circular Externa 009 de abril de 2016 son:

- **Reporte de operaciones intentadas y operaciones sospechosas (Reporte de ROS):** Una operación intentada o una operación sospechosa debe reportarse de manera inmediata como ROS directamente a la UIAF, entendiéndose por inmediato el momento a partir del cual la institución toma la decisión de catalogar la operación como intentada o sospechosa. Para el efecto, no se necesita que la institución tenga certeza de que se trata de una actividad delictiva, ni de identificar el tipo penal o de verificar que los recursos tienen origen ilícito; tan sólo se requiere que la operación sea sospechosa en los términos definidos en el manual de políticas de la misma institución.
- **Reporte de transacciones individuales en efectivo:** Reporte mensual a la UIAF dentro de los 10 primeros días calendario del mes siguiente, de todas las transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica, por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE (\$5.000.000) y/o su equivalente en otras monedas.
- **Reporte de transacciones múltiples en efectivo:** Todos los sujetos vigilados por la superintendencia Nacional de salud a los que le complete la aplicación de esta circular, deberán reportar mensualmente a la UIAF dentro de los 10 primeros días calendario del mes siguiente todas las transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica

en el mes inmediatamente anterior, que en su conjunto iguale o supere la cuantía de veinticinco millones de pesos M/CTE (\$25.000.000), y/o su equivalente en otras monedas, durante el mes objeto de reporte.

- **Reporte de ausencia de transacciones en efectivo:** Si la institución no ha reportado transacciones en efectivo, bien sea individuales o múltiples durante el mes inmediatamente anterior, deberán reportar este hecho a la UIAF dentro de los 10 primeros días calendario del mes siguiente.
- **Otros reportes:** La UIAF podrá establecer otros reportes o controles para ser entregados en los términos de periodicidad que termine, de acuerdo con los riesgos y vulnerabilidad de LAFT detectados en la actividad.

12. PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN

ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO tendrá como principal instrumento de comunicación del Sistema de Administración del Riesgo de LA/FT/FPADM al interior de la institución un plan de capacitación, el cual debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Tendrá una periodicidad anual
- Quedará por escrito tanto el plan como los registros de capacitación.
- Será ejecutado en los procesos de inducción de nuevos funcionarios o contratistas y terceros que desarrollen actividades con impacto y riesgo alto para la organización.
- Quedará el registro de los asistentes.
- Será revisada y actualizada dependiendo de los ajustes y cambios en las normas legales vigentes.
- Tendrá mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos, con el fin de determinar la eficacia de los programas y el entendimiento de los objetivos propuestos.
- Tendrá definido un alcance, los medios que se emplearán para ejecutarlo y los procedimientos de evaluación.

13. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

Las instituciones deben disponer y utilizar la infraestructura tecnológica y los sistemas necesarios para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del SARLAFT, los cuales deben generar informes confiables inmodificables y que garanticen la consulta permanente sobre dicha labor y contar con un soporte tecnológico acorde con sus actividades, operaciones, riesgos asociados y tamaño. Cuando no se cuente con dicha infraestructura, debe establecer un plan de acción para cubrir esta falencia en el menor tiempo posible. Las instituciones deben propender porque sus sistemas cuenten con las siguientes características:

- Contar con la posibilidad de captura y actualización periódica de la información de los distintos factores de riesgo, garantizando que la estructura de datos definida para la captura de la información de los mismos contemple la totalidad de los campos necesarios para la adecuada administración del riesgo LAFT.

- Consolidar las operaciones de los distintos factores de riesgo, de acuerdo con los criterios establecidos por la institución.
- Generar en forma automática los reportes internos y externos, distintos de los relativos a operaciones sospechosas, sin perjuicio de que todos los reportes a la UIAF sean enviados en forma electrónica.

Adicionalmente, deben contar con procesos que permitan realizar un control adecuado del cumplimiento de las políticas y límites establecidos, además de contar con un plan de conservación, custodia y seguridad de la información tanto documental como electrónica.

De igual manera, los parámetros utilizados en las aplicaciones informáticas para el SARLAFT deben ser revisados periódicamente, como mínimo una vez al año.”

14. DOCUMENTACIÓN

ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO tiene establecidos procedimientos que permiten la adecuada conservación y archivo de los documentos elaborados para la implementación del SARLAFT que permiten:

- Identificar, clasificar y analizar la información y documentación relevante para la prevención del riesgo LA/FT/FPADM.
- Conservar de forma segura la información y documentación relevante.
- Los soportes solicitados en la vinculación de clientes y/o usuarios, proveedores y/o contrapartes, en el proceso de conocimiento y los que soportan sus operaciones se conservarán por un periodo de cinco (5) años.

La ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO dispondrá de los siguientes documentos, para la gestión del sistema SARLAFT:

- Las actas de la Junta directiva, donde consta el nombramiento del Oficial de cumplimiento principal, la aprobación del presente Manual de Políticas y Procedimientos del SARLAFT, así como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes o modificaciones que se efectúen al mismo y de los informes presentados;
- El Manual firmado por el gerente y el oficial de cumplimiento;
- Formatos implementados dentro del Manual
- Los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento;
- Los informes presentados por el Revisor Fiscal sobre el funcionamiento del SARLAFT;
- Las constancias de envío de los Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS) y demás reportes remitidos a la UIAF;
- Las constancias de capacitación impartidas al personal de la Corporación sobre el SARLAFT;
- En cuanto los soportes de las operaciones reportadas a la UIAF se organizan y conservan como mínimo por cinco (5) años, dado que pueden ser solicitados por las autoridades competentes.

14.1. MANTENER A DISPOSICIÓN DE LA SÚPER INTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

- Las actas del máximo órgano social, o del empresario en el caso de las empresas unipersonales, o del accionista único en la sociedad por acciones simplificada unipersonal, donde conste la aprobación de las políticas del SARLAFT, así como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.
- Actas de nombramiento del Oficial de Cumplimiento y documentación necesaria para verificar requisitos establecidos para ejercer dicho rol.
- Las políticas para la administración del SARLAFT.
- Los instructivos o manuales que contengan los procesos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas y procedimientos aprobados del SARLAFT. Estos documentos deberán ser firmados por el representante legal principal y ser de fácil consulta y aplicación al interior de la organización.
- Las metodologías y procedimientos para la identificación, medición, control y el monitoreo de los riesgos identificados. A su vez, el establecimiento de los niveles de aceptación y tolerancia al riesgo.
- Los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento.
- Los informes presentados por la Auditoría Interna y el Revisor Fiscal sobre el funcionamiento del SARLAFT.
- Las constancias de envío de los Reportes de Operaciones Sospechosas - ROS remitidos a la UIAF, y demás reportes solicitados por esta Unidad.
- Las constancias de las capacitaciones impartidas a todo el personal de la empresa y estrategias de divulgación sobre el SARLAFT.
- Las actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento y del Revisor Fiscal y Auditoría Interna.
- Matriz de riesgos del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, que contenga como mínimo: identificación de factores internos y externos, riesgos identificados, análisis de probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto, identificación de los controles existentes para prevenir la ocurrencia o mitigar el impacto de los riesgos identificados, evaluación de la efectividad de los controles y definición de las acciones de mejoramiento necesarias.
- Plan de acción de ejecución del SARLAFT.

Las políticas, el manual de procedimientos de la institución, las bases de datos de clientes o usuarios, los requisitos del Oficial de Cumplimiento y demás información, documentación y lineamientos deben estar a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud para ser revisados y validar que cumplen con lo establecido en las instrucciones emitidas. La SNS en virtud de sus funciones de IVC, podrá requerir dicha información en cualquier momento.”

15. SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO DEL SARLAFT

Todos los Funcionarios y contratistas de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO tienen como deber contribuir en la lucha contra el LA/FT/FPADM, por lo tanto, mientras exista algún tipo de relación con ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO están obligados a dar estricto cumplimiento a las disposiciones legales que rijan la materia y aquellas internas que se encuentren vigentes en los reglamentos, circulares, manuales, código de ética, contratos de trabajo, entre otros documentos, a efectos de prevenir, detectar, administrar y controlar el ya mencionado riesgo de LA/FT/FPADM.

En el Código Único Disciplinario, Ley 734 de 2002 en su artículo 48 numeral 1°, está tipificado que el servidor público que cometa un delito penal con ocasión de su cargo, puede incurrir en una falta

disciplinaria gravísima, que podría generarle la destitución del cargo sin perjuicio de las acciones administrativas, penales y civiles que las autoridades puedan iniciar.

Así mismo, Es deber de todo servidor de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO denunciar o poner en conocimiento de las autoridades competentes la ocurrencia de un hecho ilícito.

Acorde con lo anterior, los servidores de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO que incurran en conductas de incumplimiento o violación a obligaciones y/o prohibiciones contenidas en los documentos mencionados podrán ser investigados y sancionados. El procedimiento para aplicar sanciones esta descrito en la Ley 734 de 2002.

Causales de terminación unilateral o terminación anticipada de contratos:

La Institución se reserva la facultad de dar por terminado el contrato antes de la fecha pactada, previa notificación escrita a la otra parte, con diez (10) días corridos de anticipación a la fecha en que desea terminarlo; sin pago de indemnización alguna, en el en el evento de que el Contratista o su representante legal y/o alguno de sus accionistas y/o gerentes y/o directivos, resulte formalmente incluido en la orden ejecutiva N°. 12.978 Specially Designated Narcotics Traffickers, SDNT, conocida en Colombia como “lista Clinton”, emitida por la (Office of Foreign Assets Control (OFAC), o sea formalmente acusado ante un juez por narcotráfico, lavado de activos, terrorismo o tráfico de armas, en los términos indicados por el Acta Patriota (Patriot Act), o sea incluido en el Boletín de responsables fiscales Expedido por la Contraloría General de la Republica y las demás leyes norteamericanas y colombianas.

16. BIBLIOGRAFÍA

- Circular Externa (CE) 09 de 2016 “Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo” (SARLAFT)- Circular de la Superintendencia Nacional de Salud, expedida 21 de abril de 2016.
- Circular **EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021** instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018
- Cámara de Comercio de Bogotá- Oficina de la Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC) y de la Embajada Británica en Colombia. <http://www.supersociedades.gov.co/inspeccion-vigilancia-y-control/prevencion-riesgo-lavado-de-activos/modelo-de-gestion-del-riesgo-de-la-ft> “Modelo de Gestión del Riesgo de LA/FT/FPADM para el sector real” -
- Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo de la Superintendencia Nacional de Salud. ABECÉ CIRCULAR EXTERNA 09 DE 2016 – IMPLEMENTACIÓN DEL SARLAFT-2016. <https://www.uiaf.gov.co>
- Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF). Documentos UIAF “Lo que debe saber sobre el lavado de activos y la financiación del terrorismo”- Segunda edición 2014. <https://www.uiaf.gov.co>

17. FICHA DE CONTROL DE CAMBIOS

FICHA DE CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
01	30/10/2021	Creación del documento.
02	12/09/2024	Emisión de un nuevo documento, sustituyendo el anterior. Así mismo, ajustes en la codificación del área que emite el documento.
03	31/12/2024	Se actualizo el documento en sus numerales de etapas de gestión del riesgo para alinearlos con lineamientos para gestión de riesgos publicados por la Función Pública.

18. APROBACIÓN DEL DOCUMENTO

APROBACIÓN DEL DOCUMENTO

ELABORO	REVISO	APROBÓ
Nombre: Armando Zabarrain Lara	Nombre: Armando J. González Del Río	Nombre: Rafael Fernández De Castro Riascos
Cargo: Gestión de Riesgos en Salud	Cargo: Gestión de Procesos	Cargo: Subgerente Corporativo
Fecha: 12/09/2024	Fecha: 22/10/2024	Fecha: 22/10/2024
Firma:	Firma:	Firma: