



ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO
MANUAL DE SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)

CODIGO: ML-GR-008

VIGENCIA: Octubre 2024

VERSION:02

Página 1 de 40

MANUAL DE SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y
FRAUDE (SICOF)

ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	ALCANCE	4
3.	OBJETIVOS	5
3.1.	OBJETIVO GENERAL.....	5
3.2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
4.	MARCO LEGAL	5
4.1.	NORMAS Y ESTÁNDARES INTERNACIONALES.....	5
4.2.	NORMAS Y ESTÁNDARES NACIONALES	5
5.	DEFINICIONES	6
6.	RESPONSABILIDADES DENTRO DEL SICOF.....	9
6.1.	JUNTA DIRECTIVA	9
6.2.	REPRESENTANTE LEGAL.....	10
6.3.	OFICIAL DE CUMPLIMIENTO.....	10
6.4.	ÓRGANOS DE CONTROL	11
6.4.1.	REVISORÍA FISCAL	11
6.4.2.	CONTROL INTERNO	11
7.	POLITICAS RELACIONADAS	11
7.1.	POLITICA SICOF – Para gestión de riesgos de corrupción, opacidad y fraude.....	11
7.2.	POLITICA ANTISOBORNO	12
7.3.	POLITICA DE PROTECCION AL DENUNCIANTE	14
8.	ETAPAS DE GESTION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE	15
8.1.	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.....	15
8.1.1.	Registro de riesgos de corrupción, opacidad y fraude en la matriz de riesgo.....	16
8.2.	EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE RIESGOS	18
8.2.1.	Semaforización de riesgos	19
8.2.2.	Determinación de nivel de probabilidad del riesgo	19
8.2.3.	Determinación de nivel de impacto del riesgo	20
8.3.	CONTROL DE RIESGOS (estrategias para tratamiento de riesgos).....	23
8.3.1.	Tipología de controles	24
8.3.2.	Naturaleza del control.....	24
8.3.3.	Opciones de manejo de tratamiento del riesgo.....	25

8.4.	SEGUIMIENTO Y MONITOREO	26
8.5.	EVALUACIÓN DE CONTROLES.....	29
8.5.1.	Seguimiento a los planes de acción	31
8.6.	PERFIL DE RIESGO RESIDUAL	31
9.	HERRAMIENTAS Y CONTROLES GENERALES PARA GESTIÓN DEL RIESGO COF	32
9.1.	MECANISMOS DE REPORTE DE RIESGOS COF	32
9.2.	SEÑALES DE ALERTA	32
9.3.	DEBIDA DILIGENCIA	33
9.4.	ACCIONES DE CONTINGENCIA EN CASO DE MATERIALIZACIÓN DE RIESGO COF	34
9.5.	SEGMENTACIÓN.....	35
9.6.	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL	35
10.	DOCUMENTACIÓN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE	36
11.	CAPACITACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL SICOF	37
12.	ARTICULACIÓN CON LINEAMIENTOS PARA GESTIÓN DEL RIESGO Y DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE FUNCIÓN PÚBLICA.....	37
13.	COLABORACIÓN CON LA JUSTICIA Y AUTORIDADES	39
14.	CONTROL DEL CUMPLIMIENTO DEL MANUAL.....	39
15.	FICHA DE CONTROL DE CAMBIOS	40
16.	APROBACIÓN DEL DOCUMENTO	40

1. INTRODUCCIÓN

La corrupción entendida como la “obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información”, es un fenómeno que afecta la sociedad, la economía, genera pobreza, debilita los sistemas judiciales y políticos y entorpece la inversión.

Colombia es un país afectado por la corrupción; según el Índice de Percepción de Corrupción (IPC), publicado por Transparencia Internacional, hace una década que se encuentra estancada en su calificación entre 36 y 39 puntos, sin mostrar avances significativos en materia de lucha anticorrupción.

Por tal razón es indispensable para ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, acogerse a lo normado por la Superintendencia Nacional de Salud a través de la Circular Externa N° 20211700000005-5 de 2021 e implementar el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF, como medio para fomentar el actuar ético y transparente.

En la medida en que se logren fomentar una cultura centrada en la prevención del riesgo, el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, brindará mayor seguridad a la institución.

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, y los Subsistemas de Administración de Riesgos son transversales en todas y cada una de las actividades, procesos y áreas de la entidad, por ello son de gran valor en el logro de objetivos estratégicos y de calidad de la información de la institución.

ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, presenta a través del presente manual, las directrices, políticas, procesos y procedimientos necesarios para combatir la corrupción, la opacidad, el fraude y el soborno en ocasión del relacionamiento con terceros, empleados, colaboradores, asociados, proveedores, etc., siendo consecuentes con la generación de entornos de integridad en la organización, que propendan por una sociedad más justa y equitativa que favorezca la denuncia y la protección del denunciante.

2. ALCANCE

El alcance del SICOF en la E.S.E UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO (UNA), contempla las relaciones emprendidas con sus grupos de interés, que puedan implicar riesgo de COF en la institución. Están dentro del alcance del SICOF:

- 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 entidad, vinculados de manera Directa e Indirecta.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos adoptados por ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO para el funcionamiento eficiente SICOF. Esto con el fin de garantizar mayor seguridad a los diferentes grupos de interés que interactúan con la organización, fortaleciendo la prevención, detección y lucha contra estos delitos en cada una de sus actividades, procesos y áreas.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fomentar el diseño e implementación de controles que faciliten la prevención de fraudes internos y externos.
- Liderar los procedimientos requeridos para detectar oportunamente fraudes internos y externos.
- Reducir el nivel de exposición a riesgos de fraudes internos y externos.
- Fortalecer la cultura de control interno en la entidad.

4. MARCO LEGAL

4.1. NORMAS Y ESTÁNDARES INTERNACIONALES

- Convención para Combatir el Cohecho de Servidores Públicos Extranjeros
- Transacciones Comerciales Internacionales OCDE (1997).
- Lineamientos para el control del Fraude de la Commonwealth (1997).
- Convención de las Naciones Unidas Contra la Corrupción UNODC (2003).
- Estándar australiano del control de Fraude y la Corrupción AS 8001- 2008.
- Estrategia Integral de lucha contra el Fraude, con el fin de mejorar la prevención y la detección del Fraude, las condiciones para la investigación del Fraude, la recuperación de activos y disuasión. Comisión Europea - 2011.

4.2. NORMAS Y ESTÁNDARES NACIONALES

- Ley 599 de 2000 “Por la cual se expide el Código Penal”.
- Ley 715 de 2001 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 906 de 2004 “Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal”.
- Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1186 de 2008 - Por medio de la cual se aprueba el "Memorando de entendimiento entre los gobiernos de los Estados del Grupo de Acción Financiera de Sudamérica contra el lavado de activos (GAFISUD)”
- Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de
- Corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
- Ley 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

- Ley 1778 de 2016 “Por medio de la cual se dictan normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de Corrupción transnacional y se dictan otras disposiciones en materia de lucha contra la corrupción”.
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000: 2009.
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 37001: 2016
- **CIRCULAR EXTERNA 202215100000053-5 DE 2022:** Lineamientos respecto al programa de transparencia Y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de Buen gobierno
- **CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021:** por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos
- **Decreto 1122 de 2024:** *DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS PARA LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN*”: Artículo 2°. Adiciónese el Capítulo 4 al Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto número 1081 de 2015, Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República.

5. DEFINICIONES

- **ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:** Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.
- **ANÁLISIS DEL RIESGO:** Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del riesgo.
- **CANAL ANTICORRUPCIÓN:** Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de fraude, opacidad o corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.
- **CIBERCRIMEN:** Actividades ilícitas que se llevan a cabo para robar, alterar, manipular, enajenar o destruir información o activos (como dinero, valores o bienes desmaterializados) de compañías, valiéndose de herramientas informáticas y tecnológicas.
- **COHECHO:** Delito que comete un particular, que ofrece a un funcionario público o persona que participa en el ejercicio de la función pública dádiva, retribución o beneficio de cualquier clase para sí o para un tercero, para que ejecute una acción contraria a sus obligaciones, o que omita o dilate el ejercicio de sus funciones.
- **COLUSIÓN:** Pacto o acuerdo ilícito, es decir, acuerdo anticompetitivo para dañar a un tercero en procesos de contratación pública.
- **CONCUSIÓN:** Acción realizada por un funcionario público en abuso de su cargo, para inducir a otra persona a dar o prometer a él mismo o a una tercera persona, el pago de dinero u otra utilidad indebida.
- **CONDUCTA IRREGULAR:** Hace referencia a incumplimientos de leyes, regulaciones, políticas internas, reglamentos o expectativas de las organizaciones respecto a la conducta, ética empresarial y comportamientos no habituales.
- **CONFLICTO DE INTERÉS:** Situación en virtud de la cual una persona (funcionario, contratista o tercero vinculado al sector salud), debido a su actividad se enfrenta a distintas situaciones frente a las cuales podría tener intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede ser privilegiado en atención a sus obligaciones legales o contractuales.
- **CONSECUENCIA:** Efectos generados por la ocurrencia de un riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la entidad. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento.
- **CONTRAPARTE(S):** Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la organización y sus filiales y subordinadas tiene vínculos comerciales, de negocios, contractuales o jurídicos de

cualquier orden. Es decir, accionistas, socios, colaboradores o empleados de la empresa, clientes y proveedores de bienes y servicios.

- **CONTROL DE RIESGOS:** Parte de la administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos para minimizar los riesgos adversos.
- **CORRUPCIÓN:** Obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información.
- **CORRUPCIÓN PRIVADA:** El que directamente o por interpuesta persona prometa, ofrezca o conceda a directivos, administradores, empleados o asesores de una sociedad, asociación o fundación una dádiva o cualquier beneficio no justificado para que le favorezca a él o a un tercero, en perjuicio de aquella. En este tipo el beneficio es para una persona natural o empresa privada.
- **CORRUPCIÓN PÚBLICA:** Cuando en el acto de Corrupción intervienen funcionarios públicos y/o la acción reprochable recaiga sobre recursos públicos.
- **DEBIDA DILIGENCIA:** 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.
- **DENUNCIA:** Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
- **ESTAFA:** Es un delito contra el patrimonio económico, donde una persona denominada estafador, genera una puesta en escena y se aprovecha de la buena voluntad para presentar negocios inexistentes y obtener algún beneficio como sumas de dinero.
- **EVENTO:** Incidente o situación que ocurre en la empresa durante un intervalo particular de tiempo. Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.
- **EVALUACIÓN DEL RIESGO:** Proceso de comparación de resultados del análisis del riesgo con los criterios técnicos para determinar si el riesgo, su magnitud (nivel) o ambos son aceptables o tolerables.
- **FACTORES DE RIESGO:** Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.
- **FAVORITISMO:** Preferencia dada al “favor” sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante.
- **FRAUDE:** Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios. Actividades de fraude:
 - Cualquier acto encaminado a defraudar o que se ejecute con intención deshonesta;
 - Apropiación indebida de fondos, títulos valores, suministros de oficina o cualquier otro activo de la entidad y/o sus clientes;
 - Manejo inapropiado de dinero o transacciones financieras, incluyendo los respectivos reportes;
 - Generación de ganancias personales a partir del conocimiento de información de las actividades internas de la Entidad;

- Revelar información confidencial y propietaria a terceros con el fin de obtener una ganancia, y
 - Cualquier irregularidad similar o relacionada con las aquí mencionadas
- **FRAUDE EXTERNO:** Se define como los actos realizados por una persona externa a la entidad, que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de la misma o incumplir normas o leyes.
 - **FRAUDE INTERNO:** Se define como todos aquellos actos que de forma intencional buscan la apropiación indebida de activos o busca causar las pérdidas que se ocasionan por actos cometidos con la intención de defraudar, malversar los activos o la propiedad de la entidad. Estos actos son realizados por al menos un empleado o administrador de la Entidad.
 - **HURTO:** Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro.
 - **IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO:** Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo. Implica la identificación de las fuentes de riesgo, los eventos, sus causas y consecuencias potenciales.
 - **IMPACTO:** Consecuencias o efectos que puede generar la materialización del Riesgo de Corrupción en la entidad.
 - **INFORMACIÓN PRIVILEGIADA:** Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello.
 - **MONITOREO:** Es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y eficacia de una política o de un proceso, mediante la identificación de sus logros y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados
 - **NIVEL DE RIESGO:** Magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos expresada en probabilidad e impacto o consecuencias.
 - **OFICIAL DE CUMPLIMIENTO:** Oficial de cumplimiento: El Oficial de Cumplimiento, o máxima persona encargada del cumplimiento del SARLAFT, SICOF y el PTEE, es un funcionario de la entidad vigilada encargado de verificar el cumplimiento de los manuales y políticas de procedimiento de la entidad, así como de la implementación del SARLAFT, SICOF y PTEE. Es un funcionario de mínimo segundo nivel jerárquico dentro de la Entidad, que depende directamente del Órgano de Administración o Dirección dentro de la estructura organizacional y funcional de la entidad, y, es nombrado por la Junta Directiva o quien haga sus veces.
 - **OPACIDAD:** Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.
 - **PECULADO:** Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones.
 - **PIRATERÍA:** Obtención o modificación de información de otros, sin la debida autorización, ya sea una página web, una línea telefónica, computador o cualquier Sistema informático de una entidad.
 - **POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO:** Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.
 - **PREVARICATO POR ACCIÓN:** Actuación voluntaria de un funcionario público para proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.
 - **PREVARICATO POR OMISIÓN:** Actuación voluntaria de un funcionario público para dejar de ejecutar o cumplir con un acto propio de sus funciones.
 - **PROBABILIDAD / POSIBILIDAD:** Oportunidad que algo suceda.
 - **RIESGO:** Posibilidad que ocurra un evento que pueda afectar negativamente el cumplimiento de la operación de una Entidad y que atenten contra los objetivos del SGSSS.

- **Riesgo inherente:** 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:** Nivel de riesgo que resulta luego de la aplicación de las medidas 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 homogéneos al interior de ellos y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).
- **SOBORNO:** Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control.
- **SOBORNO TRANSNACIONAL:** El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional.

6. RESPONSABILIDADES DENTRO DEL SICOF

6.1. JUNTA DIRECTIVA

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, debe contemplar como mínimo las siguientes funciones a cargo de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces:

- Diseñar y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOF, con fundamento en las recomendaciones del Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF.
- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude de la entidad.
- Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICOF, que realicen los órganos de control.
- Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOF.
- Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF.
- Conocer los informes relevantes respecto del SICOF, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
- Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias a través de informes periódicos que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, sobre la gestión del mismo en la entidad y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.
- Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formulen el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del mismo y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Analizar los informes que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos de Corrupción, Opacidad o Fraude y evaluar la efectividad de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.

6.2. REPRESENTANTE LEGAL

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, son funciones mínimas del Representante Legal:

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF.
- Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
- Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de este Riesgo implica para la entidad.
- Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
- Recibir y evaluar los informes presentados por el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, de acuerdo con los términos establecidos en la presente Circular.
- Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la presente Circular.
- Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada
- Administración del Corrupción, Opacidad y Fraude a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

6.3. OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

El oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, debe cumplir como mínimo con las siguientes condiciones:

- Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva o quien haga sus veces, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en esta Circular.
- Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la entidad.
- Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.
- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la presente Circular.
- Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF.
- Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.
- Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.

- Informar al máximo órgano social u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.
- Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración del máximo órgano social.
- Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
- Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
- Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por el máximo órgano social, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
- Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
- Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOF.

6.4. ÓRGANOS DE CONTROL

Se establecen los responsables de efectuar una evaluación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF. Dichas instancias informarán, de forma oportuna, los resultados a los órganos competentes.

Los órganos de control serán por lo menos los siguientes: Revisoría Fiscal y Auditoría Interna o quien ejerza el control interno.

6.4.1. REVISORÍA FISCAL

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al Revisor Fiscal, éste debe elaborar un **reporte al cierre de cada ejercicio contable**, en el que informe acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.

A su vez, debe poner en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOF, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la Junta Directiva u órgano que haga sus veces.

6.4.2. CONTROL INTERNO

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al control interno, debe evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOF, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, deberán informar los resultados de la evaluación al representante legal o junta directiva.

7. POLITICAS RELACIONADAS

7.1. POLITICA SICOF – Para gestión de riesgos de corrupción, opacidad y fraude

La ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO como empresa social del estado debidamente establecida bajo la normatividad legal colombiana declara que:

- La ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO acata irrestricta e inobjetablemente la normativa relacionada con la administración del riesgo en contra la corrupción, opacidad, fraude y soborno que le sea aplicable, expedida tanto por el legislativo como por los entes de control y vigilancia del estado que correspondan.
- LA ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO se compromete a generar y fomentar un ambiente de cero tolerancia contra la corrupción, opacidad, el fraude y el soborno, a partir de la apropiación de los valores de la entidad y por parte de las personas que trabajan en la ESE en función de prestar un buen servicio a los usuarios y la ciudadanía en general.
- Una vez se identifique alguna actividad y/o operación vinculada a la ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, con indicios de relación con actividades de corrupción, opacidad, fraude y / o soborno, la institución actuará de acuerdo con lo establecido en la normativa legal aplicable, vigente para estos eventos y en sus políticas internas establecidas respecto de este tema, mediante los procedimientos definidos que correspondan.
- La ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, proporciona los medios para que los mecanismos establecidos con el propósito de prevenir y controlar los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y / o soborno estén al alcance de todos los funcionarios y es deber de estos su permanente consulta y aplicación.

7.2. POLITICA ANTISOBORNO

La política anticorrupción tiene como objetivo minimizar la posibilidad de que se materialicen situaciones asociadas a los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y transacciones nacionales e internacionales que puedan generar engaño, violación de confianza, pérdidas económicas y daños reputacionales.

E.S.E. UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO ha adoptado políticas y mecanismos con el fin de ser claros frente a las cero tolerancias acerca de conductas tendientes o pertenecientes al soborno:

- La institución no promueve, no acepta, o encubre actos enmarcados dentro de los conceptos de soborno y corrupción en ninguna de sus relaciones comerciales.
- La Institución cuenta con procedimientos y normas internas que regulan las operaciones y transacciones nacionales o internacionales, los cuales serán de mandatorio cumplimiento.
- La Institución establece requisitos exigentes para la vinculación de Empleados, Proveedores, Contratistas, Aliados Estratégicos, Clientes y los Terceros relacionados con éste y rechaza el establecimiento o la renovación de una relación contractual, que no cumpla con los requisitos exigidos por la ley o con las normas internas impuestas a través de procedimientos de debida diligencia y conocimiento de clientes.
- Se prohíbe el soborno a funcionarios públicos o privados ya sea a través de terceros o por intermediarios a cambio de un beneficio prohibido o una ventaja inadecuada.
- Los colaboradores de E.S.E. UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO se abstendrán de incurrir en cualquiera de las siguientes conductas:

- a. **Soborno:** Dichos actos son prohibidos incluso si son de menor cuantía. Estos pagos pueden ser: Pagos para agilizar o viabilizar la obtención de una licencia para operar, influenciar una resolución judicial, influenciar a un agente aduanero con el fin de que emita permisos o entreguen mercancías retenidas en una aduana, evitar una auditoría fiscal, recibir dádivas o regalos de terceros.
- b. Exigir, abusando de sus funciones o de su cargo, a un tercero, para que este otorgue, prometa u ofrezca dinero o cualquier otro beneficio a cambio de realizar acto propio o contrario de sus funciones.
- c. Exigir dinero, dádivas o cualquier otra utilidad a terceros o inducir al tercero a dar u ofrecer a un colaborador o directivo de E.S.E. UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO dinero, dádivas o cualquier otra utilidad, para que realice acto propio de sus funciones, lo agilice, o rehúse, retarde u omita acto propio de sus funciones.
- d. **Tráfico de Influencias:** Emplear indebidamente influencias derivadas de su cargo, posición, o amistad, respecto de un tercero, sea este servidor público o ciudadano particular, para que de alguna manera lo beneficie, o busque un beneficio para ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO; así mismo utilizar influencias para obtener favores personales.
- e. **Falsificación de Documentos:** Adulterar el contenido de un documento sin este habiendo pasado por los filtros y procedimientos de calidad correspondientes, atribuyendo su autoría a quien no lo ha creado, o alterando su contenido, como cuando este se agrega, modifica o suprime, sea o no en partes esenciales y con independencia de si con ello se causa un perjuicio a un tercero. También se puede observar cuando se incluye en un documento relacionado con el cargo o las funciones de directivo o colaborador de U.N.A. una manifestación que resulte contraria a la verdad, o cuando se omite dar constancia, total o parcialmente de un hecho que ha ocurrido, con independencia de si de ello se desprende perjuicio para la entidad o para un tercero.
- f. **Cohecho aparente:** Aceptar o recibir para sí o para cualquier tipo de oferta, dinero, dádiva o cualquier otra utilidad, de una persona interesada en el asunto que deba conocer.
- g. **Interés indebido en la Celebración de Contratos:** Demostrar interés mediante actos externos en que determinado acto o contrato le sea adjudicado o convenido con un tercero en particular.
- h. **Utilización indebida de Información Privilegiada:** Divulgar a terceros que no tienen derecho a conocerla, información que deba permanecer en reserva de la institución. También se puede materializar un riesgo de corrupción al almacenar o conservar en cualquier dispositivo de uso personal o en cualquier base de datos información privilegiada de la institución.
- i. **Conflictos de Interés no Reportados:** No haber reportado con anticipación a través de los canales disponibles aquellas actividades de índole personal, familiar, profesional, con

clientes, proveedores, contratistas o terceros que impida desarrollar sus actividades con transparencia o debida diligencia, perdiendo la imparcialidad para la toma de decisiones.

- j. Los profesionales de la salud no podrán recibir ni solicitar en ninguna circunstancia incentivo alguno por parte de laboratorios u otros actores del sector salud que puedan perjudicar su criterio profesional.
- k. Mentir, engañar, ocultar información, ocultar precios, ocultar información financiera.
- l. Las demás que sean contrarias a lo impuesto en los reglamentos internos y códigos de ética y buen gobierno de la institución.

Incumplir las políticas y procedimientos previstos en el presente documento podrá dar lugar a sanciones y/o responsabilidades ante los organismos de vigilancia y control.

7.3. POLITICA DE PROTECCION AL DENUNCIANTE

ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, está comprometida con incentivar y promover el actuar ético y transparente de todos sus miembros en desarrollo de su objeto social.

Con el propósito de promover y fortalecer los mecanismos necesarios para prevenir, detectar, sancionar y erradicar la corrupción en el ejercicio de las funciones públicas y los actos de corrupción específicamente vinculados con tal ejercicio, la ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO adopta los siguientes lineamientos respecto a la confidencialidad y protección a las personas que informen sobre posibles casos de corrupción, opacidad o fraude bajo el principio de buena fe frente a represalias, promovidos a través del Subsistema Integrado de gestión del Riesgo de corrupción, opacidad y fraude:

- El denunciante, u otro de los actores involucrados, deben tener la posibilidad de manifestar la necesidad de contar con una medida de protección frente a una situación que esté vulnerando sus derechos y que represente una retaliación o represalia por su denuncia. En este evento la ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO debe tener claridad del procedimiento interno por el cual el denunciante manifieste esta situación, disponiendo con claridad por qué medio, ante quién y en qué condiciones se hace la solicitud.

Se establecen los siguientes medios para darle contenido a esta fase:

- A través de los canales habilitados para interponer denuncias al oficial de cumplimiento, en cuanto la ocurrencia de operaciones sospechosas, relacionadas con lavado de activo, corrupción, opacidad o fraude.
 - Formato de solicitud de protección, donde se manifiestan las circunstancias por las cuales se pide dicha protección.
- ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO en virtud del hecho denunciado, los actores involucrados y el contexto particular de la denuncia puede establecer de manera autónoma la necesidad de iniciar el proceso de protección al denunciante, u otro actor, al evidenciar un posible riesgo. En este escenario, la empresa decide prevenir cualquier tipo de represalia y adelantarse con toda la capacidad ante cualquier hecho.

- ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO deberá generar un espacio de protección que no sea tan evidente para los actores involucrados en la denuncia, pero que sí permita disminuir los riesgos de un posible evento que afecte a los individuos.
- El proceso de protección al denunciante se puede iniciar en cualquiera de las etapas específicas de la denuncia y podrá ser activado incluso con la información misma que va arrojando la investigación.
- Se informará al investigador u oficial de cumplimiento que se ha iniciado el proceso de protección al denunciante para que, en virtud de este, acondicione su investigación, recojan nuevas pruebas de ser necesario y la institución se encuentre articulada en la gestión completa de la denuncia.
- La institución informara al denunciante las etapas, tiempos y momentos que vendrán después de su solicitud, con el objetivo de que el denunciante pueda conocer, en el menor tiempo posible, las acciones subsiguientes de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO.
- Se informará al denunciante con la mayor transparencia y claridad la razón por la cual su solicitud de reporte fue denegada.
- De ser aceptada una denuncia, se dejará constancia de los alcances y la forma en la que se valorara su pertinencia y oportunidad en el tiempo, así como las razones por las cuales se tomaron algunas medidas de protección.
- El denunciante no revelara la información relacionada con las medidas tomadas.
- De no aceptarse una medida por parte del denunciante, se dejará constancia de la situación.
- Monitorear las condiciones del denunciante para prevenir cualquier situación que ponga el riesgo su protección o viole la confidencialidad de la medida.
- Se informará siempre al denunciante los momentos claves de la ejecución de las medidas y la finalización de estas.
- ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO velara por la confidencialidad del denunciante durante todas las etapas del procedimiento de protección de este.

Incumplir las políticas y procedimientos previstos en el presente documento podrá dar lugar a sanciones y/o responsabilidades ante los organismos de vigilancia y control.

8. ETAPAS DE GESTION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE

El SICOF implementado en la ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO está comprendido por las siguientes etapas de gestión de riesgo:

8.1. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

La etapa de identificación de riesgos permite reconocer, explorar exhaustivamente y documentar los riesgos inherentes de COF en el desarrollo de su actividad, teniendo en cuenta los **factores de riesgo y señales de alerta**. La metodología para identificación de los riesgos COF se basa en el análisis interno, recogiendo la información que se obtuvo de las reuniones de expertos y utilizando otros medios como el análisis de tipologías y señales de alerta, documentos expedidos por unidades de análisis financiero y documentos o recomendaciones internacionales sobre prevención de COF, obteniéndose la lista de posibles eventos de riesgos asociados a COF.

Como resultado de esta etapa, la entidad contará con un inventario completo de sus eventos de riesgo COF en la **matriz de riesgo**.

Para la correcta identificación de los riesgos, ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO realiza las siguientes actividades:

- Identificar, inventariar, relacionar y documentar la totalidad de los procesos.
- Revisar, evaluar y analizar el contexto interno y externo que permita identificar a las partes interesadas, factores de riesgo, riesgos asociados, entre otros.
- Establecer metodologías de identificación, que sean aplicables a los procesos, con el fin de determinar los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- Identificar los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos, con base en las metodologías establecidas en desarrollo del literal anterior.
- La etapa de identificación deberá realizarse previamente a la implementación o modificación de cualquier proceso.

8.1.1. Registro de riesgos de corrupción, opacidad y fraude en la matriz de riesgo

Los posibles escenarios que puedan provocar una pérdida por la materialización de un riesgo COF 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 corrupción que se puedan materializar en su proceso y afectar directamente sus actividades y el buen desarrollo de sus funciones.

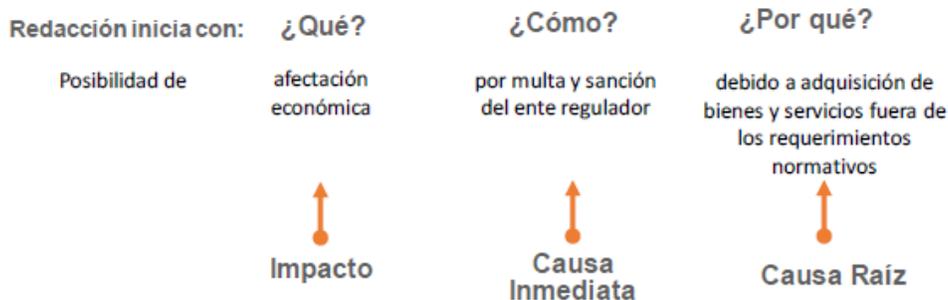
A cada riesgo identificado se relaciona el proceso donde se origina el riesgo o el que es directamente impactado en caso de materialización, así como las posibles causas internas o externas que puedan producir su materialización, y las posibles consecuencias o impacto que pueda tener sobre la institución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

8.1.1.1. 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 entidades públicas, Versión 6, 2022”

8.1.1.2. 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.

8.1.1.3. Definir tipo de impacto del riesgo.

El impacto de un riesgo está directamente relacionado con las posibles consecuencias del mismo, 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 entidad, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad.

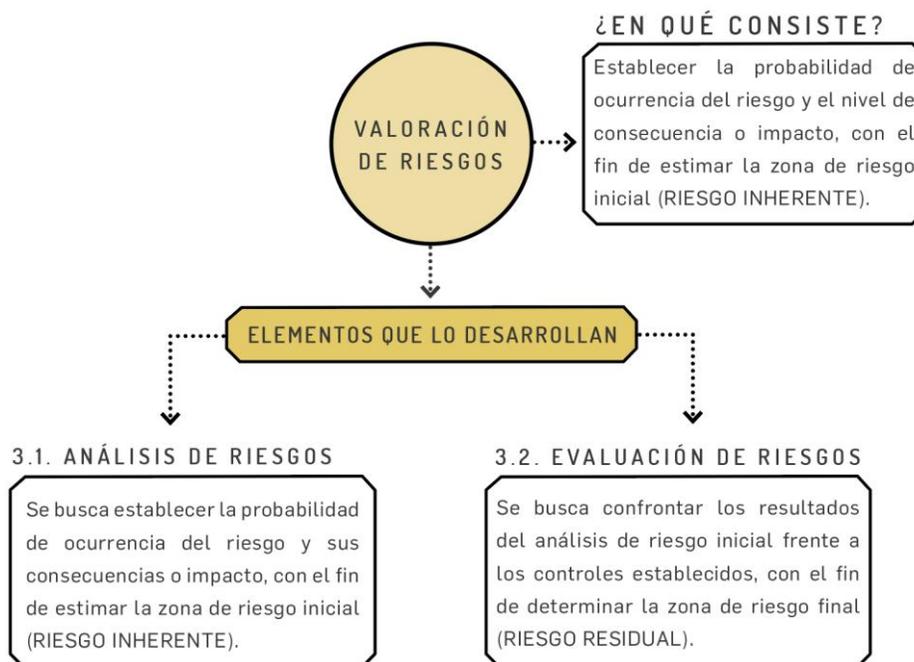
- **Impacto a la Salud:** Variables asociadas a la afectación de la salud de un paciente o colaborador por la materialización del riesgo.

8.2. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE RIESGOS

Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. Se entenderá por valoración del riesgo, la medida cualitativa o cuantitativa de su probabilidad de ocurrencia y su posible impacto.

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 Corrupción, Opacidad o Fraude se realicen de manera eficaz, eficiente y ágil. Esta etapa va orientada a encontrar conductas irregulares, los fraudes o los actos de corrupción; enfocándose en aquellas áreas especiales o sensibles a los riesgos previamente identificados de acuerdo con la información obtenida de los establecido mecanismos de detección tales como denuncias sobre conductas irregulares o auditorías internas y externas, así como canales y protocolos de comunicación adecuados que garanticen la seguridad y confidencialidad de la información reportada a través de los mismos.

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.

8.2.1. 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 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 valorara 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.

$$\text{RIESGO INHERENTE (RI)} = \text{VECTOR (PROBABILIDAD INHERENTE (PI)* IMPACTO INHERENTE (II))}$$

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

8.2.2. 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 circunstancias.	Al menos una vez en el último año	4
Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de circunstancias.	Más de una vez al año	5

8.2.3. Determinación de nivel de impacto del riesgo

Para determinar el **Impacto** inherente se tomará el factor más alto de los siguientes criterios (solo aquellos relacionados con el riesgo identificado durante la primera etapa, ver *título 8.1.1.3 Definir impacto de riesgo*):

- **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 entidad integrada	4
Catastrófico	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 CORE u objeto principal derivadas de elementos tales como el incumplimiento normativo, la emisión de nuevas normas o de nuevas disposiciones legales que afecten el normal desarrollo de las actividades de la INSTITUCIÓN. 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 entidad integrada y sus administradores.	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 entidad, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad.

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 corrupción, 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.

El ejercicio implica determinar el riesgo inherente para cada uno de los procesos y para la institución en general, ubicando cada riesgo inherente en el mapa calor:

IMPACTO \ PROBABILIDAD	IMPACTO		Insignificantes	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
	1	2	3	4	5	6	7
Casi seguro	5	5	10	15	20	25	30
Probable	4	3	6	9	12	15	20
Posible	3	2	4	6	8	10	15
Improbable	2	1	2	3	4	5	10
Raro	1	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 pérdida 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, se realizará en el reporte mensual de su desempeño.
6 a 10	Moderado	Cuando hay una probabilidad promedio de una pérdida 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 pérdida 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 pérdida 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 y su adecuado control se registrará en el Sistema de Planificación Institucional-SGI. 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

8.3. CONTROL DE RIESGOS (estrategias para tratamiento 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 entidad, 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

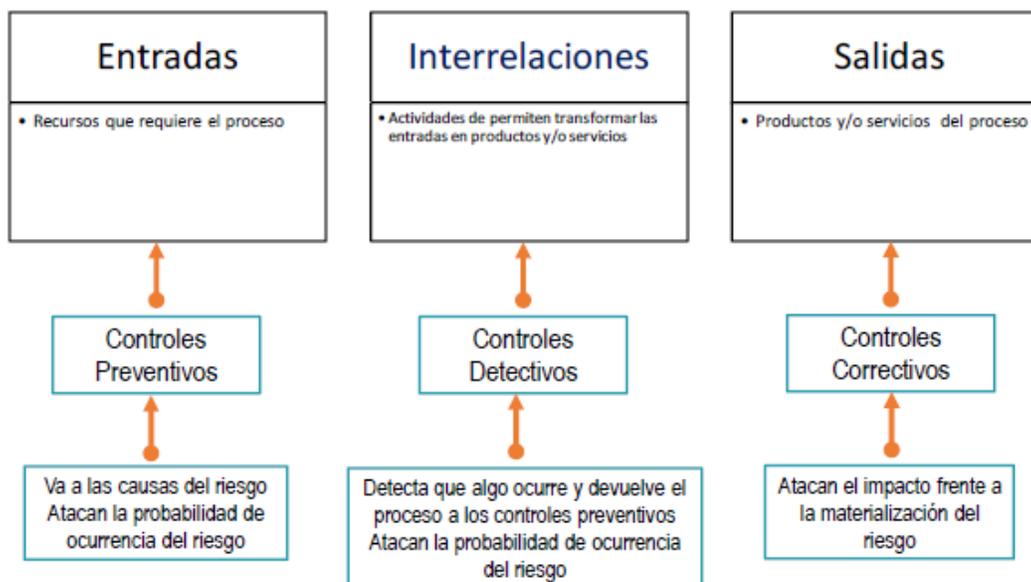
Para facilitar la detección de posibles personas (naturales o jurídicas) relacionadas contractualmente o en proceso de contratación con ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO y que puedan presentar un riesgo de corrupción inminente, se implementa una herramienta tecnológica desde la cual se hace una perfilación 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 los principales controles detectivos de corrupción. 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.

8.3.1. 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

8.3.2. 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

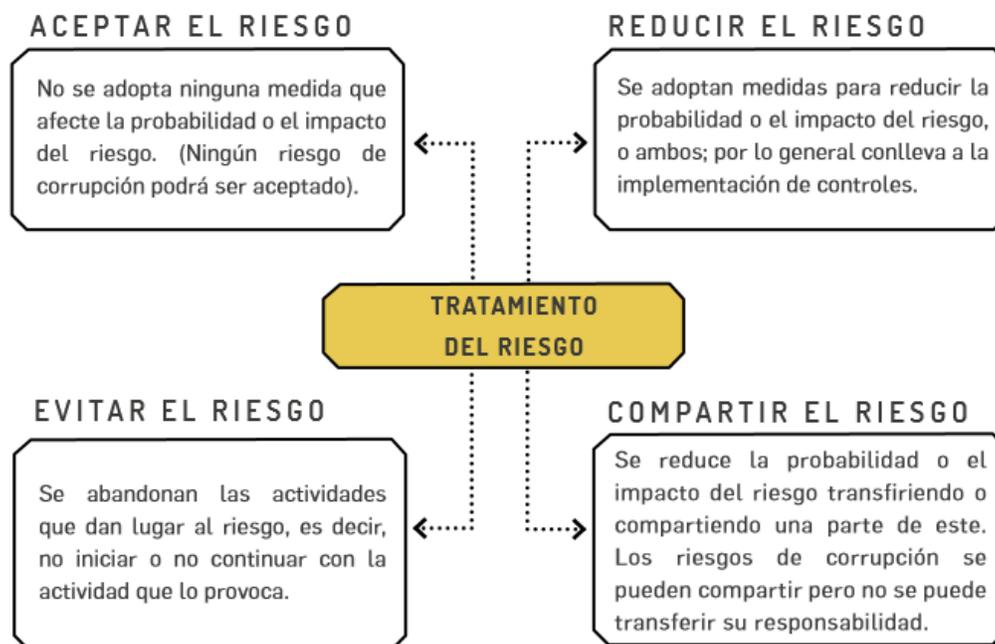


Anexo 8. Tipología de controles, extraído de Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6; publicado por Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2022.

8.3.3. 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 entidad, 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 entidades 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 entidades.
- 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.

8.4. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

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 entidad 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.

Con el fin de realizar el respectivo seguimiento y monitoreo permanente y continuo de la evolución de los perfiles de riesgo y la exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de cada uno de los riesgos identificados, la entidad debe desarrollar un sistema de alertas tempranas que facilite la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización. Lo anterior, con una periodicidad acorde con los eventos y factores de riesgo identificados, es decir variara con el nivel de riesgo del riesgo que está siendo monitoreado.

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. Definir plazos de seguimiento a acciones correctivas. Apoyarse con formatos y procedimientos de

1. IDENTIFICACION		1.2. SUBPROCESO		1.3. FECHA DE PLAN DE MEJORAMIENTO																				
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 U OPORTUNIDAD DE MEJORA	2.4. CLASIFICACION PLAN DE MEJORAMIENTO	2.5. CAUSA DEL HALLAZGO		2.6. ACTIVIDADES PROPUESTA	2.7. RESPONSABLE DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO	2.8. FECHA DE COMPROMISO		2.9. RECURSOS	3.10. CRONOGRAMA												3.11. INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	3.12. META CUANTIFICABLE
				2.5.1. FACTOR	2.5.2. CAUSA(S)			2.8.1. INICIO	2.8.2. FIN		PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE				
						P R V A					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DIC		
						P R V A																		
						P R V A																		
						P R V A																		
						P R V A																		
						P R 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 10: Ejemplos de indicadores clave de riesgo por proceso, *extraído de Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6; publicado por Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2022.*

8.5. 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 Fuentes: 80 - 100 Aceptable: 60 - 79 Necesita Mejora: 40 - 59 Débil: 0 - 39
20	1	0	1	0	0	2	40	Necesita Mejora

Ejemplo de valoración de control, extraído de matriz de riesgo

8.5.1. 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 SICOF 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.

Seguimiento Materialización del Riesgo					
El riesgo se ha materializado (SI/NO)	Acciones de contingencia ante la posible materialización	Descripción del evento	Fecha de inicio del evento	Fecha fin del Evento	Acciones correctivas tomadas para mitigar el riesgo

Anexo 13. Sección de seguimiento materialización del riesgo FT-GR-003

Para la ejecución de este paso del ciclo se empleará las sección de **“Seguimiento materialización del riesgo”** en la **Matriz de Riesgos**.

8.6. PERFIL DE RIESGO RESIDUAL

El riesgo residual de Corrupción, opacidad y fraude 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 entidad 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 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 trabajará 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 14. Matriz - escala de clasificación para riesgo residual

9. HERRAMIENTAS Y CONTROLES GENERALES PARA GESTIÓN DEL RIESGO COF

9.1. MECANISMOS DE REPORTE DE RIESGOS COF

Si se llegase a detectar alguna posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude, es deber del oficial de cumplimiento o de quien delegue la entidad para tal fin, de reportar ante la autoridad competente; dejando evidencia de esto y guardando la debida reserva ante tal reporte, dejando la salvedad de que la entidad está en obligación de reportar el evento a las autoridades competentes de manera inmediata y eficiente.

Para ello la ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO implementa los siguientes medios de comunicación y reporte, facilitando a todos los empleados el reporte de acciones COF que detecten o de las que tengan sospechas:

- Correo electrónico de reportes a oficial de cumplimiento: riesgos@eseuniversitaria.gov.co
- Página web - línea de transparencia: <https://portal.paco.gov.co/index.php?pagina=denuncie>
- Formulario de reporte de operaciones sospechosas FT-GR-025 (este debe ser diligenciado y enviado a jefe directo o al oficial de cumplimiento directamente)

9.2. SEÑALES DE ALERTA

Son hechos, situaciones, eventos, cuantías, indicadores cuantitativos y cualitativos, que la entidad 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 entidad, ha determinado como normal.

- **Señales de alerta en la organización y la cultura corporativa**
 - Ausencia o debilidad de liderazgo
 - Poca independencia entre gobierno y dirección
 - Falta de transparencia
 - Ausencia de objetivos u objetivos irreales
 - Percepción de falta de equidad interna y externa
 - Falta de formación y de oportunidades de promoción
 - Inexistencia de sistemas de evaluación y reconocimiento
 - Controles internos débiles o inexistentes
 - Poco respeto a la normativa
 - Comité de Riesgos con insuficiente/inadecuada preparación o falta de independencia

- **Señales de alerta en la información financiera:**
 - Transacciones impropias de la naturaleza de UNA.
 - Inesperadas disminuciones en saldos de tesorería
 - Importes elevados en cuentas de gastos a justificar por empleados
 - Uso inadecuado de tarjetas de crédito de la empresa
 - Pagos de horas extraordinarias poco relacionadas con la actividad
 - Oscilaciones no razonables en la ratio compra/venta
 - Ventas y otras transacciones con terceros relacionadas/vinculadas
 - Ventas de activos, desinversiones por debajo del precio de mercado
 - Diferencias importantes con referentes sectoriales.

La detección de una acción que activa una señal de alerta deberá ser inmediatamente reportada al oficial de cumplimiento a través de los mecanismos de reporte facilitados a los colaboradores de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO.

9.3. DEBIDA DILIGENCIA

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.

A través de la información obtenida con ayuda de los mecanismos para conocimientos del cliente y el mercado, podemos establecer características de usualidad e inusualidad. Se adoptan metodologías e indicadores cualitativos para la detección oportuna de operaciones inusuales. Las operaciones de los analizados se considerarán inusuales cuando:

- No guardan relación con la actividad económica o se sale de los parámetros adicionales fijados por la institución.

- Respecto de las cuales la institución no ha encontrado explicación o justificación que se considere razonable.

El oficial de cumplimiento se encargará de revisar el perfil inusual y se revisará el perfil con el gerente para la reevaluación del proceso de vinculación. Es importante determinar cuáles operaciones inusuales resultan relevantes para la institución teniendo en cuenta su riesgo. Se debe dejar constancia en actas de reunión o informes a gerencia cada una de las operaciones inusuales detectadas, así como los responsables de su análisis y los resultados.

Cada operación inusual identificada como sospechosa debe reportarse de forma inmediata a la UIAF por el Oficial de Cumplimiento. 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 entidad para evaluar 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.

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 con la situación.

De acuerdo con el 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 ATLANTICO definirá, de acuerdo con el 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. Se contemplan 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. El procedimiento de debida diligencia se explica al detalle en el "Procedimiento de conocimiento del cliente PT-GR-001".

9.4. ACCIONES DE CONTINGENCIA EN CASO DE MATERIALIZACIÓN DE RIESGO COF

En el evento de materializarse un riesgo de corrupción, es necesario realizar los ajustes necesarios con acciones, tales como:

- a) Informar a las autoridades de la ocurrencia del hecho de corrupción.
- b) Revisar el mapa de riesgos de corrupción, en particular, las causas, riesgos y controles.
- c) Verificar si se tomaron las acciones y se actualizó el mapa de riesgos de corrupción.
- d) Llevar a cabo un monitoreo permanente.

La Oficina de Control Interno debe asegurar que los controles sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva.

Las acciones adelantadas se refieren a:

- Determinar la efectividad de los controles.

- Mejorar la valoración de los riesgos.
- Mejorar los controles.
- Analizar el diseño e idoneidad de los controles y si son adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de corrupción.
- Determinar si se adelantaron acciones de monitoreo.
- Revisar las acciones del monitoreo.

9.5. SEGMENTACIÓN

La ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO debe segmentar cada uno de los factores de riesgo de acuerdo con las características particulares de cada uno de ellos, garantizando homogeneidad al interior de los segmentos y heterogeneidad entre ellos, según la metodología que previamente haya establecido la entidad.

9.6. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL

En aras de reducir la probabilidad de materialización de riesgos de corrupción, opacidad y fraude al interior de la organización, se publica un Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), construido teniendo en la **CIRCULAR EXTERNA 202215100000053-5 DE 2022**, por la cual se imparten lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las **circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018** en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno. Para la actualización de dicho programa se tuvieron en consideración las disposiciones administrativas presentes en el **Decreto 1122 de 2024**.

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) tiene como principal objetivo declarar públicamente el compromiso al más alto nivel de la institución para que su desempeño se ajuste a los estándares de transparencia, ética, honestidad, integridad y legalidad. Esto mediante la definición de los lineamientos, procedimientos y controles que permitan la gestión los riesgos relacionados con actos COF y LAFTPDAM; la compilación de normas internas en materia de prevención de riesgos COF, el establecimiento de canales de comunicación y denuncia, y el fortalecimiento a través de capacitaciones del actuar ético del personal de ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO. Dicho Programa es socializado a la totalidad de la institución y publicado a través de los canales de transparencia de la página web de la institución para libre consulta del público.

Entre el contenido presente en el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) destaca:

- Características del comportamiento, actitud y cuidado de la imagen corporativa de directivos y trabajadores
- Lineamientos sobre el manejo del conflicto de interés y manejo de regalos, hospitalidad y beneficios
- Estrategia de lucha contra la corrupción
- Canales de denuncia
- Debida diligencia
- Redes y articulación
- Modelo de estado abierto
- Acceso a la información pública y transparencia
- Integridad pública y cultura de la legalidad

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial funciona como uno de los principales controles para la gestión de riesgos COF, fomentando el actuar ético y transparente al interior de la institución e integrando todas las prácticas, normas y estrategias que se implementan e implementaran en la institución para reducir el valor de probabilidad e impacto de cualquier posible escenario de materialización de un riesgo COF.

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial se encuentra en un periodo de transición y unificación con el anteriormente conocido “Plan de Anticorrupción y Atención al ciudadano”, asumiendo las funciones del mismo y alineándolo con los lineamientos dispuestos por la Súper Intendencia de Salud y los dispuestos en el Decreto 1122 de 2024 publicado por el Departamento Administrativo de la Presidencia de la Republica.

10. DOCUMENTACIÓN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE

Respecto a la documentación del Sistema Integrado de gestión del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, la Súper Intendencia de Salud puede exigir, a través de la supervisión in situ o extra situ, los manuales, formatos, procedimientos y demás documentos.

La documentación ha de estar aprobada y a disposición de la Súper Intendencia en todo momento, y ha de ser mínimo la siguiente:

- Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude (Manual SICOF)
- Los documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SICOF.
- Los informes de la Junta Directiva, el Representante Legal y los órganos de control en los términos de la presente Circular.
- Matriz de Riesgos del SICOF, 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.
- Metodología e instrumentos para la gestión de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude en la entidad, incluyendo la definición y funciones de los comités u órganos responsables.
- Políticas establecidas en materia de manejo de información y comunicación, que incluyan **mecanismos específicos para garantizar la conservación y custodia de información reservada o confidencial** y evitar su filtración.
- Documento que soporte la comunicación a todos los funcionarios de la entidad del matriz de Riesgos y el nivel de riesgo SICOF identificado.
- Los análisis del registro de eventos de Corrupción, Fraude y Opacidad deben permitir establecer procesos de prevención y anticipación logrando:
 - Entender los Riesgos para las entidades, sus trabajadores y sus usuarios con las posibles consecuencias que conllevan.
 - Determinar si los controles y actividades ejecutadas son realmente efectivos a la hora de reducir los casos de Corrupción, Fraude y Opacidad.
 - Investigar sobre nuevos métodos de Corrupción, Fraude y Opacidad a fin de diseñar y evaluar controles para prevenirlos, detectarlos y responder de forma apropiada.
 - Colaborar con la Superintendencia Nacional de Salud y autoridades y organismos judiciales para emprender acciones conjuntas contra la Corrupción Fraude y Opacidad en el SGSSS.

11. CAPACITACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL SICOF

Las políticas SICOF deberán ser publicadas en la página web de la institución para consulta del público en general y para los colaboradores una vez que sea aprobada.

En los procesos de inducción de nuevos empleados se incluirá la divulgación de la presente política y demás temas de ética y cumplimiento.

Además de los procedimientos de inducción, ESE UNIVERSITARIA DEL ATRLANTICO debe incluir dentro de sus programas de capacitación, capacitaciones en el funcionamiento del Sistema integrado de riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y la correcta identificación y reporte de eventos o acciones COF. Los programas de capacitación cumplirán con las siguientes condiciones, para asegurar que el personal de la institución este enterado de los procedimientos a seguir en caso de encontrarse con situación COF.

- Periodicidad anual.
- Ser impartidos durante el proceso de inducción de los nuevos funcionarios.
- Ser impartidos a los terceros siempre que exista una relación contractual con éstos y desempeñen funciones de la entidad.
- Ser constantemente revisados y actualizados.
- Contar con los mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos con el fin de determinar la eficacia de dichos programas y el alcance de los objetivos propuestos.

12. ARTICULACIÓN CON LINEAMIENTOS PARA GESTIÓN DEL RIESGO Y DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE FUNCIÓN PÚBLICA

Durante el establecimiento de las metodologías para poner en práctica el ciclo de gestión de riesgos de corrupción, opacidad y fraude, se consideraron en cada una de sus etapas las recomendaciones publicadas por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional en su “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6” publicada en 2022.

Se tuvieron en cuenta las prácticas aquí descritas para temas como:

- La redacción y descripción de un riesgo y sus causas para su registro en la matriz de riesgo institucional.
- Metodología para cálculo de nivel de riesgo inherente (impacto x probabilidad)
- Los criterios de valoración de un riesgo según su impacto.
- Los criterios de valoración según su probabilidad.
- Las zonas de peligro en las matrices de semaforización.
- Los factores de riesgo se asociarán a los procesos en el formato de matriz de riesgo y la definición y descripción del riesgo propuestas por la norma de función pública estarán integradas en la descripción del riesgo en la metodología establecida.

Factor	Definición		Descripción
Procesos	Eventos relacionados con errores en las actividades que deben realizar los servidores de la organización.		Falta de procedimientos
			Errores de grabación, autorización
			Errores en cálculos para pagos internos y externos
			Falta de capacitación, temas relacionados con el personal
Talento humano	Incluye seguridad y salud en el trabajo. Se analiza posible dolo e intención frente a la corrupción.		Hurto activos
			Posibles comportamientos no éticos de los empleados
			Fraude interno (corrupción, soborno)
Tecnología	Eventos relacionados con la infraestructura tecnológica de la entidad.		Daño de equipos
			Caída de aplicaciones
			Caída de redes
			Errores en programas

Infraestructura	Eventos relacionados con la infraestructura física de la entidad.		Derrumbes
			Incendios
			Inundaciones
			Daños a activos fijos

Factor	Definición		Descripción
Evento externo	Situaciones externas que afectan la entidad.		Suplantación de identidad
			Asalto a la oficina
			Atentados, vandalismo, orden público

Anexo 13. Factores de riesgo, extraído de Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6; **publicado** por Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2022.

- Criterios de aceptación de riesgos COF.
- Metodología para definición de controles.
- Ciclo de proceso y tipología de controles.
- Lineamientos generales para la gestión de posibles materializaciones de riesgos COF.

Las metodologías propuestas en esta guía se integrarán y alinearán con las definidas por la institución, con el fin de crear un Sistema Integrado de Gestión del Riesgo que este armonizado con las recomendaciones de la Función Pública.

13. COLABORACIÓN CON LA JUSTICIA Y AUTORIDADES

De conformidad con la Constitución Política de Colombia, tanto los particulares como las autoridades deben ceñir sus actuaciones a la buena fe, respetar a las autoridades y colaborar con la justicia. En tal sentido, debe entenderse que la información requerida por las autoridades judiciales y administrativas de parte de las entidades vigiladas por esta Superintendencia, son de carácter confidencial y privada, y está subordinada a los fines de la Administración de justicia y de las investigaciones que realizan dichas autoridades.

Lo anterior, en tanto sea ejercido por funcionarios competentes y tenga por objeto garantizar el derecho de todos los ciudadanos. Esta situación, considerada de orden público, permite levantar y ceder las prerrogativas de la reserva sobre los papeles privados. En los eventos en los cuales esta Superintendencia, en ejercicio de sus facultades legales, o alguna otra autoridad competente, investigue sobre los mismos, las entidades vigiladas deben guardar absoluta reserva sobre el contenido de tales investigaciones.

Así mismo, las instituciones vigiladas deben adoptar las medidas a que haya lugar, tendientes a procurar el inmediato y correcto cumplimiento de las órdenes emitidas por las autoridades judiciales y administrativas, y corregir el incumplimiento o las demoras en la atención de las órdenes impartidas. Ello en el entendido de que la colaboración con la justicia no sólo es un deber, sino que su incumplimiento, acarrea la imposición de sanciones, incluso de índole penal.

14. CONTROL DEL CUMPLIMIENTO DEL MANUAL

De conformidad con lo establecido en los numerales 11 y 12 del artículo 130 y de acuerdo con el artículo 131 de la Ley 1438 de 2011 y la ley 1949 de 2019, la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en esta Circular dará lugar a la imposición de multas hasta de 8000 Salarios Mínimo Legales Mensuales

Vigentes (SMLMV) a entidades que se encuentren dentro del ámbito de la vigilancia de ésta Superintendencia, así como a título personal hasta 2000 SMLMV a los Representantes Legales de éstas ya sean de carácter público o privado, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, los revisores fiscales, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud, o a la revocatoria del certificado de habilitación de las entidades vigiladas, si a ello hubiere lugar, sin perjuicio de las acciones que le correspondan a otras autoridades competentes y demás facultades sancionatorias que esta Superintendencia tiene bajo el ámbito normativo.

15. FICHA DE CONTROL DE CAMBIOS

FICHA DE CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN
01	13/09/2024	Creación del documento
02	30/12/2024	Actualización del documento. Inclusión de explicación detallada al desarrollo de cada una de las etapas del ciclo de riesgo. Se incluyó metodología para cálculo de riesgo residual. Se añadieron definiciones. Articulación con lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de Función Pública (Numeral 12), paralelismo y coexistencia con el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (Numeral 9.6). Se incluyeron nuevos anexos que facilitan la comprensión de cada uno de los componentes del SICOF y de la metodología de implementación.

16. APROBACIÓN DEL DOCUMENTO

APROBACIÓN DEL DOCUMENTO		
ELABORO	REVISO	APROBÓ
Nombre: Armando Zabarrain Lara	Nombre: Aura Cortizo Cabana	Nombre: Rafael Fernández De Castro Riascos
Cargo: Gestión de Riesgos	Cargo: Coordinador(a) de Calidad	Cargo: Subgerencia Corporativa
Fecha: 13/09/2024	Fecha: 25/10/2024	Fecha: 28/10/2024
Firma:	Firma:	Firma: