



**CLINICA SANTA MARIA SAS**

**SISTEMAS INTEGRADOS  
DE GESTIÓN**

**PROCESO:  
GESTION DE RIESGOS**

**DOCUMENTO:  
MANUAL DE POLITICAS Y  
PROCEDIMIENTOS PARA EL  
SARLAFT/PADM**

**CÓDIGO:  
55.18-PRC-01  
VERSIÓN N° 5**

<b>ELABORÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>
<b>Nombre:</b> Ledys Cerra Herrera Alfredo Guerrero Villarreal	<b>Nombre:</b> Blanca Baena Díaz	<b>Nombre:</b> Julio García Marichal – Nasly Marcos Hernández – Guillermo Borja González – Aníbal Díaz Contreras – Cesar Hernández Navarro – Francisco Vergara Villareal
<b>Cargo:</b> Oficial De Cumplimiento Principal Y Suplente	<b>Cargo:</b> Coordinadora de Calidad	<b>Cargo:</b> Miembros de Junta Directiva CSM
<b>Fecha:</b> 15 De Mayo 2025	<b>Fecha:</b> 15 De Mayo 2025	<b>Fecha:</b> 15 De Mayo 2025



## INTRODUCCION

El SARLAFT / PADM establecido por la Clínica Santa María, se integra con los principios, políticas y actividades que conforman el Gobierno Corporativo de la Entidad, entre los cuales se encuentran el Acuerdo Marco, los Estatutos Sociales, el Código de Conducta y Buen Gobierno, Código de Integridad, y el Sistema de Control Interno. En este último, se extiende toda vez que los delitos económicos representan una afectación directa con respecto a los recursos públicos que recibe en el cumplimiento de su objeto social y que podrían considerarse delitos fuente del Lavado de Activos.

El presente documento, constituye una herramienta que le permite a la Clínica Santa María, a su Junta Directiva, Alta Dirección y Empleados, actuar de manera adecuada y oportuna en la gestión del SARLAFT / PADM, a través de la identificación metodológica del riesgo, su medición y evaluación, control y monitoreo adecuado.

### 1. OBJETIVO:

- ✓ Brindar una herramienta de prevención, control y medición del riesgo de LAFT/FPADM, donde se enmarquen políticas, lineamientos, procedimientos, formatos y definiciones necesarias para la adecuada gestión del riesgo de Lavado de Activos, Financiación del terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, de tal forma que CLINICA SANTA MARIA sea considerada como una compañía blindada y vigilante frente al Riesgo LAFT/FPADM.
- ✓ Generar una cultura de legalidad en los socios, directivos, empleados en general, contratistas, proveedores, clientes y otros con quien la Clínica tenga alguna relación contractual.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de las políticas y normatividad vigente en materia de prevención de riesgo de LA/FT/FPADM.
- ✓ Prevenir la vinculación de la Clínica con delitos relacionados con LA/FT/FPADM, en todas sus operaciones financieras y/o contractuales.

### 2. ALCANCE:

El presente manual es aplicable a todos los Procesos asistenciales y de apoyo administrativo, en los que haya riesgo de LA/FT/FPADM como la vinculación de Empleados, Proveedores, Clientes y/o Contrapartes, Usuarios, Personas Expuestas Políticamente - PEP, Socios y empleados. (Se excluye aquellos usuarios cuyos servicios sean cancelados efectivamente por algún tipo de seguro obligatorio).

**3. RESPONSABLE:**

Junta Directiva, Representante legal y gerente, Oficial de cumplimiento, empleados de Clínica Santa María en general

**4. INDICADORES DE GESTIÓN:**

INDICADORES	METRICA	FORMULA	FUENTE	FRECUENCIA	META	
1	% de trabajadores ingresados con formato único de vinculación diligenciado	%	N° de trabajadores ingresados con FUV diligenciado / Total de trabajadores ingresados	Software Nómina y registro de vinculados en Desqubra	Trimestral	100%
2	% de terceros (proveedores, clientes y empleados OPS) nuevos con formato de vinculación diligenciado	%	N° de terceros nuevos con formato SARLAFT diligenciado / Total de terceros nuevos vinculados	Reporte de vinculación por correo de Jurídica, Compras y registro de vinculados en Desqubra.	Trimestral	100%
3	% de terceros (proveedores, empleados OPS, clientes y empleados) con actualización	%	N° terceros (proveedores, empleados OPS, clientes y empleados) con actualización / N° de terceros antiguos (año anterior)	Software contable y registro de vinculación, hojas de vida, correo de jurídica y compras	Anual	100%

**5. DEFINICIONES**

**ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA:** son armas capaces de eliminar a un número muy elevado de personas de manera indiscriminada y causar grandes daños económicos y medioambientales. Se consideran armas de destrucción masiva las nucleares, biológicas y químicas

**ARMAS BIOLÓGICAS:** diseminan organismos o toxinas que causan enfermedades para dañar o matar a seres humanos, animales o plantas. Por lo general, constan de dos partes: un agente armado y un mecanismo de entrega. Pueden ser mortales y muy contagiosos. Las enfermedades causadas por tales armas no se limitarían a las fronteras nacionales y podrían extenderse rápidamente por todo el mundo.

**ARMAS NUCLEARES:** Dispositivo que puede producir una explosión y daños y destrucción en masa mediante la liberación repentina de la energía que se desprende en forma instantánea de una fisión o fusión nuclear auto sostenible. La definición no incluye los medios de transporte o sistemas vectores del dispositivo si pueden separarse y no son parte indivisible del mismo

**ARMAS QUÍMICAS:** Productos químicos comerciales bien conocidos introducidos en municiones estándar, como granadas y proyectiles de artillería. El cloro, el fosgeno (un agente asfixiante) y el gas mostaza (que causa quemaduras dolorosas en la piel) se encontraban entre los productos químicos utilizados

Un arma química significa lo siguiente, en conjunto o por separado:

- a. Productos químicos tóxicos y sus precursores, excepto cuando estén destinados a fines no prohibidos por el presente Convenio sobre Armas Químicas (<https://www.opcw.org/chemical-weapons-convention>), siempre que los tipos y cantidades sean compatibles con dichos fines;
- b. Municiones y dispositivos, diseñados específicamente para causar la muerte u otros daños a través de las propiedades tóxicas de los productos químicos tóxicos especificados en el subpárrafo (a), que serían liberados como resultado del empleo de tales municiones y dispositivos;
- c. Cualquier equipo diseñado específicamente para usarse directamente en relación con el empleo de municiones y dispositivos especificados en el subpárrafo (b)

**ALTA GERENCIA:** Personas de más alto nivel jerárquico en la entidad. Son responsables del giro ordinario del negocio de la **CLINICA SANTA MARIA** y encargadas de idear, ejecutar y controlar los objetivos y estrategias de la misma.

**CLIENTE Y/O CONTRAPARTE:** Es toda persona natural o jurídica con quien la **CLINICA SANTA MARIA** formaliza una relación contractual o legal, sea empleados, contratistas, proveedores, suministro de medicamentos e insumos, contratos de red de prestadores, compradores y/o cualquier figura contractual que suponga inyección efectiva de recursos.

- **CLIENTE:** Es toda persona natural o jurídica que adquiere bienes y/o servicios suministrados por la clínica en cumplimiento de su objeto social; para efectos de SARLAFT/FPADM no se consideran clientes los usuarios de

las EPS, ARL, SOAT, planes complementarios o cualquiera que por obligatoriedad de la ley sus servicios sean cancelados por algún asegurador.

- **EMPLEADO O TRABAJADOR:** Es aquella persona que tiene un vínculo o contrato laboral con la Clínica Santa María y que se encuentra dentro de la nómina de la empresa.
- **PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA:** Hace referencia aquella persona natural o jurídica que suministra bienes y/o servicios para el desarrollo del objeto social de la empresa.
- **SOCIO O ACCIONISTA:** Son personas naturales o jurídicas propietaria acciones dentro de la empresa.

**DEBIDA DILIGENCIA:** Equivale a ejecutar algo con suficiente cuidado. Actuar con 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.

**FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA:** se aplica a personas y/o entidades designadas por el Consejo de Seguridad de la Organización de las Naciones Unidas - ONU o los comités pertinentes establecidos por el Consejo de Seguridad. Los criterios de designación/listado son:

- (a) personas o entidades que participen o proporcionen apoyo para, incluso a través de medios ilícitos, actividades y programas sensibles a la proliferación;<sup>11</sup>
- (b) actuando en nombre o bajo la dirección de personas o entidades designadas;<sup>12</sup>
- (c) poseído o controlado por personas o entidades designadas;<sup>13</sup> y
- (d) personas o entidades que ayudan a las personas o entidades designadas a evadir sanciones o violar las disposiciones de resolución.<sup>14</sup>

11. Los países deben congelar inmediatamente los **fondos, otros activos financieros y recursos económicos** que están en su territorio o bajo su jurisdicción en la fecha de adopción de la resolución o en cualquier momento posterior que sean **propiedad o controlado, directa o indirectamente** por las personas/entidades mencionadas en el párrafo 10 previo; y asegurarse además que no haya fondos u otros activos y recursos económicos puestos a **disposición** de tales personas y entidades, excepto en situaciones específicas, y bajo las condiciones especificadas en las resoluciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas - CSNU.

12. La Recomendación 7 del GAFI no se basa en el riesgo. Dicho esto, las medidas basadas en el riesgo en todos los Estándares pueden ayudar a la efectividad bajo los Resultados Inmediatos.<sup>11</sup>

**(i) República Popular Democrática de Corea - RPDC**

13. Las autoridades competentes, las partes interesadas financieras y no financieras deben tener en cuenta que **el alcance de los fondos, activos financieros y recursos económicos sujetos a inmovilización de activos** se ha ampliado en resoluciones recientes para el régimen de sanciones relacionadas con la RPDC:

- (a) clarificando la **definición de "recursos económicos"** sujeto a la congelación de activos, que incluye activos tales como buques;
- (b) expandiendo las **categorías de designaciones basadas** en listas para incluir los buques marítimos sujetos a acciones de congelamiento, además de las personas y entidades incluidas en la lista;<sup>15</sup> y
- (c) incluidos los fondos, otros recursos financieros o recursos económicos fuera de la RPDC que son propiedad o están controlados, directa o indirectamente, por entidades del Gobierno de la RPDC o de la Parte de los Trabajadores de Corea, o por personas o entidades que actúan en su nombre o en su dirección, o por las entidades que ellos poseen o controlan, que el Estado determina que están asociadas con los programas de misiles nucleares o balísticos de la RPDC u otras actividades prohibidas por las Resoluciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas - RCSNU pertinentes.<sup>16</sup>

**(ii) Irán**

14. Después de la implementación del Plan de Acción Integral Conjunto - JCPOA que está respaldado en la RCSNU 2231 (2015), algunas actividades relacionadas con la financiación de la proliferación de las Naciones Unidas **sanciones financieras dirigidas contra Irán han sido canceladas** y una cantidad de personas y entidades enumeradas por las UNSCR anteriores relacionadas con Irán han sido eliminadas de la lista.<sup>17</sup> Dicho esto, varias personas y entidades aún permanecen en la lista de conformidad con la Resoluciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas - RCSNU 2231 (2015), que también permite la inclusión de personas y entidades adicionales por parte del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas - CSNU.<sup>18</sup> Las autoridades competentes deberían tomar medidas para asesorar a sus entidades supervisadas, de modo que éstas sean conscientes de los cambios y actualicen sus procedimientos en consecuencia.

**FINANCIACION DEL TERRORISMO:** Delito que comete toda persona que incurra en alguna de las conductas descritas en el artículo 345 del código penal.

*ARTICULO 345 DEL CODIGO PENAL COLOMBIANO: El que directa o indirectamente provea, recolecte, entregue, reciba, administre, aporte, custodie o guarde fondos, bienes o recursos, o realice cualquier otro acto que promueva, organice, apoye, mantenga, financie o sostenga económicamente a grupos de delincuencia organizada, grupos armados al margen de la ley o a sus integrantes, o a grupos terroristas nacionales o extranjeros, o a terroristas nacionales o*

*extranjeros, o a actividades terroristas, incurrirá en prisión de trece (13) a veintidós (22) años y multa de mil trescientos (1.300) a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.*

**FINANCIACION DEL TERRORISMO:** Delito que comete toda persona que incurra en alguna de las conductas descritas en el artículo 345 del código penal.

**FUENTES DE RIESGO DE LA/FT/FPADM:** Son los agentes generadores de riesgo de LA/FT en **CLINICA SANTA MARIA** y se deben tener en cuenta para identificar las situaciones que puedan generarle este riesgo en las operaciones, negocios o contratos que realiza.

**GESTION DEL RIESGO DE LA/FT/FPADM:** Consiste en la adopción de políticas y procedimientos que permitan prevenir y controlar el riesgo LA/FT/FPADM.

**HERRAMIENTAS DE SARLAFT/PADM:** Son los medios que se utilizan para prevenir que se presente el riesgo de LA/FT/FPADM y para detectar operaciones intentadas, inusuales o sospechosas.

**LA/FT:** Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

**LAVADO DE ACTIVOS:** Delito que comete toda persona que busca dar apariencia de legalidad a bienes o dinero proveniente de alguna de las actividades descritas en el Artículo 323 del Código penal.

*ARTICULO 323 DEL CODIGO PENAL COLOMBIANO: El que adquiera, resguarde, invierta, transporte, transforme, almacene, conserve, custodie o administre bienes que tengan su origen mediato o inmediato en actividades de tráfico de migrantes, trata de personas, extorsión, enriquecimiento ilícito, secuestro extorsivo, rebelión, tráfico de armas, tráfico de menores de edad, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas, tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias sicotrópicas, delitos contra el sistema financiero, delitos contra la administración pública, contrabando, contrabando de hidrocarburos o sus derivados, fraude aduanero o favorecimiento y facilitación del contrabando, favorecimiento de contrabando de hidrocarburos o sus derivados, en cualquiera de sus formas, o vinculados con el producto de delitos ejecutados bajo concierto para delinquir, o les dé a los bienes provenientes de dichas actividades apariencia de legalidad o los legalice, oculte o encubra la verdadera naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento o derecho sobre tales bienes o realice cualquier otro acto para ocultar o encubrir su origen ilícito, incurrirá por esa sola conducta, en prisión de diez (10) a treinta (30) años y multa de mil (1.000) a cincuenta mil (50.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. La misma pena se aplicará cuando las conductas descritas en el inciso anterior se realicen sobre bienes cuya extinción de dominio haya sido declarada. El lavado de activos será punible aun cuando las actividades de que provinieren los bienes, o los actos penados en los apartados anteriores, se hubiesen realizado, total o parcialmente, en el extranjero.*

**LISTAS RESTRICTIVAS NACIONALES E INTERNACIONALES:** Relación de personas que de acuerdo con el organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo, como las listas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, que son vinculantes para Colombia. Adicionalmente, pueden ser consultadas por internet u otros medios técnicos las listas OFAC, INTERPOL, Policía Nacional, entre otras.

**OFAC:** (Office of Foreign Assets Control) Oficina de control de Activos Extranjeros de Estados Unidos, Es una oficina del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos que identifica países, terroristas y narcotraficantes sancionables de acuerdo con las leyes de EEUU. Emite la lista OFAC también conocida como lista Clinton.

**OFICIAL DE CUMPLIMIENTO:** Persona encargada del cumplimiento del SARLAFT/PADM, es un funcionario de planta de la **CLINICA SANTA MARIA** encargado de verificar el cumplimiento de las políticas y procedimientos, así como la correcta implementación del SARLAFT/FPADM.

**SARLAFT/PADM:** Siglas que Significan Sistema de Administración del Riesgo para el Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva. Es el Sistema de Prevención y control que deben implementar los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la adecuada gestión del riesgo LA/FT/FPADM.

**TRANSACCIONES EN EFECTIVO:** Es el recibo o entrega de dinero en efectivo de billetes o monedas, donde el sujeto de la transacción debe tener la condición de Cliente y/o contraparte.

**UIAF:** Unidad de Información y Análisis Financiero, Es la unidad de inteligencia financiera y económica del país y su misión se centra en proteger la defensa y seguridad nacional en el ámbito económico, mediante inteligencia estratégica y operativa sustentada en tecnología e innovación, en un marco de respeto a los Derechos Fundamentales, al Derecho Internacional de los Derechos Humanos y al Derecho Internacional Humanitario, con el objeto de prevenir y detectar actividades asociadas con los delitos de Lavado de Activos, sus delitos fuente, la Financiación del Terrorismo y proveer información útil en las Acciones de Extinción de Dominio.

#### **RIESGO LAFT/PADM:**

El riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT) es la posibilidad que, en la realización de las operaciones de una entidad, se introduzcan a la economía recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos o la financiación al terrorismo, y/o que estas entidades puedan ser utilizadas por organizaciones al margen de la Ley como instrumento para adquirir, resguardar, ocultar, transportar, transformar, almacenar, conservar, custodiar, recolectar, entregar, recibir, aportar, promover, organizar, apoyar,

mantener, financiar, sostener, administrar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas.

Por su parte, el riesgo de Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - FPADM es todo acto que provea fondos o utilice servicios financieros, en todo o en parte, para la fabricación, adquisición, posesión, desarrollo, exportación, traslado de material, fraccionamiento, transporte, transferencia, depósito o uso dual para propósitos ilegítimos en contravención de las leyes nacionales u obligaciones internacionales, cuando esto último sea aplicable.

**RIESGO ASOCIADOS AL LA/FT/FPADM:** Son aquellos a través de los cuales se puede llegar a materializar el riesgo de LA/FT/FPADM, estos son:

- **RIESGO DE CONTAGIO:** en el marco de SARLAFT/PADM, es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad directa o indirectamente, por acción de una persona natural o jurídica que posee vínculos con la entidad. (definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).
- **RIESGO LEGAL:** en el marco de SARLAFT/PADM, es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad al ser sancionada, multada u obligada a indemnizar daños como resultado del incumplimiento de normas o regulaciones, obligaciones contractuales, fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones. (definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).
- **RIESGO OPERATIVO:** En el marco de SARLAFT/PADM, es la probabilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad al incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, por fraude y corrupción, o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros. (definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).
- **RIESGO REPUTACIONAL:** En el marco del SARLAFT/PADM, es la posibilidad de pérdida en que incurre una entidad por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, verdadera o no, respecto de la institución y sus prácticas de negocios, que cause una disminución de su base de clientes, disminución de los negocios o ingresos, o incurrir en procesos judiciales. (definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).

**RIESGO INHERENTE:** Es el nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control. (definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).

**RIESGO NETO O RESIDUAL:** Es el nivel resultante del riesgo después de la aplicación de los mecanismos de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes. (definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).

**SEGMENTACION:** Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos que comparten características homogéneas al interior de ellos y heterogéneas entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación). (Definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).

**SEÑALES DE ALERTA:** Son circunstancias particulares que llaman la atención y justifican un mayor análisis. Son realizadas por personas naturales o jurídicas que presentan como actividad económica principal o secundaria aquellas relacionadas con el sector salud y que pueden llegar a presentar a manera de ejemplo:

- Características inusuales de las actividades, productos o lugares de procedencia.
- Inconsistencias en la información relacionada con la existencia, identificación, dirección del domicilio, o ubicación del usuario.
- Inconsistencia en la información que suministra el cliente y/o contraparte frente a la que suministran otras fuentes.
- Facturas que contengan precios ostensiblemente diferenciales frente a los del mercado.

(Definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).

**MONITOREO:** Es el proceso de seguimiento y control que se realiza con el fin de verificar la eficiencia y la eficacia de los procedimientos y políticas establecidas e identificar sus fortalezas y debilidades para recomendar medidas que permitan obtener mejores resultados. (Definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).

**PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE PEP:** Personas Expuestas Políticamente. Se considerarán como Personas Expuestas Políticamente (PEP) los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando tengan asignadas o delegadas funciones de: expedición de normas o regulaciones, dirección general, formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado, administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos. (Definición tomada del decreto 830 de 2021)

**OMISION DE DENUNCIA DE PARTICULAR:** Consiste en tener conocimiento de la comisión de los delitos señalados en el artículo 441 del código penal y no denunciarlos ante las autoridades competentes.

**OMISION DE REPORTE:** Determinado por el artículo 325ª del código penal colombiano que establece que: “Aquellos sujetos sometidos a control de la unidad

de información y análisis financiero (UIAF) que deliberadamente omitan el cumplimiento de los reportes a esta entidad para las transacciones en efectivo o para la movilización o para el almacenamiento de dinero en efectivo, incurrirán, por esa sola conducta, en prisión de treinta y ocho (38) a ciento veintiocho (128) meses y multa de ciento treinta y tres punto treinta y tres (133.33) a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes”. (Definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).

**OPERACIÓN INTENTADA:** Se configura cuando se tiene conocimiento de la intención de una persona natural o jurídica de realizar una operación sospechosa, pero no se perfecciona por cuanto quien intenta llevarla a cabo desiste de la misma o porque los controles establecidos o definidos por los agentes del SGSSS no permitieron realizarla. Estas operaciones también deberán reportarse a la UIAF. (Definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).

**OPERACIÓN INUSUAL:** Aquella cuya cuantía o características no guardan relación con la actividad económica de los clientes y o contrapartes, o que, por su número, por las cantidades transadas o por sus características particulares, se salen de los parámetros de normalidad establecidos. (Definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).

**OPERACIÓN SOSPECHOSA:** Es aquella que por su número, cantidad o características no se enmarcan dentro de los sistemas y prácticas normales de los negocios, de una industria o de un sector determinado y, además, que de acuerdo con los usos y costumbres de la actividad que se trate, no ha podido ser razonablemente justificada. Cuando se detecten esta clase de operaciones, deben ser reportadas a la UIAF. (Definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).

**POLITICAS:** Son los lineamientos, orientaciones o aspectos que fundamentan la prevención y el control del riesgo de LA/FT en la entidad. Deben hacer parte del proceso de gestión del riesgo de LA/FT. (Definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).

**REPORTES INTERNOS:** Son aquellos que se manejan al interior de la entidad y están dirigidos al Oficial de cumplimiento y pueden ser efectuados por cualquier empleado o miembro de la organización, que tenga conocimiento de una posible operación intentada, inusual o sospechosa. (Definición tomada de la CE 009 de 2016 SNS).

## 6. NORMAS Y POLÍTICAS DEL PROCESO:

### 6.1 MARCO LEGAL:

- ⊕ **Circular Externa SNS 009 de 21 de Abril de 2016:** Por la cual se imparten instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo - SARLAFT.
- ⊕ **Circular Externa SNS 2021170000005-5 del 17 de Septiembre de 2021:** Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.
- ⊕ **Decreto 830 de 2021:** (Ver Circular Externa 100-019 de 2021) "Por el cual se modifican y adicionan algunos artículos al Decreto 1081 de 2015, Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República, en lo relacionado con el régimen de las Personas Expuestas Políticamente (PEP)".
- ⊕ **Ley 599 de 2000 (Código Penal Colombiano):** Artículo 323: Lavado de Activos
- ⊕ **Ley 1121 de 2006:** Por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones.
- Ley 1474 de 2011 Estatuto anticorrupción:** Artículo 12 Sistema preventivo de prácticas riesgosas financieras y de atención en salud del SGSSS.
- ⊕ **Circular Externa 2021170000004-5 de 2021 del 15 de septiembre 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.
- ⊕ **Ley 526 de 1999** "Señala que las autoridades que ejerzan funciones de IVC, deben instruir a sus vigilados sobre las características, periodicidad y controles en relación con la información a reportar en la UIAF, de acuerdo con los criterios e indicaciones que de esta reciban, relacionados con la prevención LA/FT".
- ⊕ **Decreto 1497 de 2002** "Dispone que las entidades públicas y privadas pertenecientes a sectores diferentes al financiero, asegurador y bursátil, deben reportar operaciones sospechosas a la UIAF, cuando dicha unidad lo solicite, en la forma y oportunidad que les señale."
- ⊕ **Ley 1438 de 2011** "introduce un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia atención primaria en salud y fortalece los recursos de IVC, asimismo, determina el alcance de la IVC sobre los

sujetos vigilados y la forma en que se fortalece dicho mecanismo por parte de la superintendencia.”

## 6.2 POLITICAS:

El lavado de activos y la financiación del terrorismo es un problema político, económico y social que afecta notablemente al mundo entero, lo que ha llevado a que las autoridades presten especial atención a combatir a quienes utilizan todo tipo de empresas incluyendo las del sector salud, para el ocultamiento, el manejo, la inversión o el aprovechamiento de dineros o bienes, utilizados para actividades ilícitas o provenientes de ellas y dar apariencia de legalidad a los recursos generados en este tipo de prácticas.

Es así como, los diferentes países han venido trabajando mancomunadamente a través de sus entidades de control, para exigir y recomendar un sistema de administración del riesgo, que permita proteger y controlar los sectores más vulnerables a este fenómeno. En cumplimiento al llamado, la **CLINICA SANTA MARIA** ha decidido diseñar e implementar un **MANUAL DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO EN LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACION DEL TERRORISMO Y FINANCIACION DE LA PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA** y así tener una herramienta para detectar, prevenir y transmitir el conocimiento, los mecanismos y las formas como la CLINICA, trabajará para evitar ser usada para fines delictivos.

Este manual será de consulta y obligatoria aplicación de todos los funcionarios, directivos y asesores de **CLINICA SANTA MARIA**, por ser responsabilidad de todos, proteger a la empresa y blindarla ante cualquier circunstancia que pueda acarrear un delito o posteriores sanciones. El Manual permanecerá a disposición en el SGC (Sistema de Gestión de Calidad) y será socializado por la Unidad SARLAFT/PADM, quien además quedará atenta a resolver cualquier tipo de dudas, relacionada con el funcionamiento y desarrollo del Manual.

### 6.2.1 Políticas Generales

El Manual SARLAFT / PADM es un documento dinámico, susceptible de modificaciones, las cuales deben ser aprobadas por el máximo órgano social de la Clínica Santa María.

La IPS en el marco de la normatividad aplicable, de las recomendaciones impartidas por el Grupo de Acción Financiera Internacional – GAFI y de sus características particulares, diseña, implementa y pone en funcionamiento su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT / PADM.

Los Administradores, Empleados, de la Clínica Santa María deben actuar en cumplimiento de sus obligaciones y objetivos con oportunidad en la gestión de los riesgos de LA/FT/PADM a los que pueda llegar a estar expuesta la IPS.

Los colaboradores de la IPS deben asegurar el cumplimiento de los objetivos que se establezcan para el desarrollo de sus actividades, dentro del marco normativo del Sistema de Administración del Riesgo de LA/FT/FPADM adoptado por la Clínica Santa María.

Se establece la obligatoriedad que todos los colaboradores de la Clínica Santa María deben ser capacitados en SARLAFT / PADM para que posean el conocimiento necesario que permita dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el presente Manual, dada la importancia y sensibilidad del Sistema.

### **6.2.2 Políticas Específicas**

Todas las relaciones comerciales o contractuales con clientes y/o contrapartes como colaboradores y proveedores, deben contar con el formato único de vinculación, actualizado por lo menos una vez al año.

Los líderes de las diferentes áreas de la Clínica Santa María son responsables que a los colaboradores o empleados a su cargo conozcan y pongan en práctica las disposiciones establecidas en este Manual. Por su parte, los colaboradores o empleados tienen como obligación entender y cumplir a cabalidad con el contenido de este documento.

Es deber de todos los colaboradores de la Clínica Santa María informar a su Jefe Inmediato y al Oficial de Cumplimiento Principal o Suplente, sobre alguna anomalía, operación inusual, operación sospechosa u operación intentada que se presente en el desarrollo de los procesos y que se encuentre relacionada con riesgos de LA/FT/FPADM.

Cada líder de proceso en su área, como experto en los procesos que gestiona, será responsable por la identificación, medición, control, y monitoreo de los riesgos de LA/FT/FPADM con el acompañamiento del Oficial de Cumplimiento.

Frente a la entrada en vigencia de nuevos servicios, productos y/o procedimientos, o la actualización de estos, serán los líderes de cada una de las áreas, los responsables de realizar la solicitud de validación y aprobación por parte del Oficial de Cumplimiento, en temas relacionados con posibles riesgos de LA/FT/FPADM como lo menciona la C.E. 009 de 2016 y la C.E. 5-5 de 2021.

Cuando las autoridades competentes así lo requieran, La Clínica Santa María proporcionará la documentación, soportes y elementos necesarios para el desarrollo de investigaciones relacionadas con LA/FT/FPADM.

Los colaboradores de la IPS asumen el compromiso y responsabilidad de atender oportunamente las solicitudes realizadas por el Oficial de Cumplimiento en ejercicio de sus funciones dentro del marco del SARLAFT / PADM.

El SARLAFT/PADM debe cumplir como mínimo las siguientes etapas:

- Identificación del riesgo.
- Evaluación y medición del Riesgo.
- Control del riesgo.
- Seguimiento y monitoreo.

## **POLITICA DE IDENTIFICACION DEL RIESGO**

Esta etapa permite reconocer, explorar exhaustivamente y documentar los factores de riesgo inherentes de LA/FT/FPADM, teniendo en cuenta las señales de alerta, tipos de riesgo que se logren identificar en medio de la venta de los productos o servicios de salud, así como situaciones que generen algún grado de incertidumbre. La identificación del riesgo se hará en el momento de la vinculación del tercero:

- Diligenciamiento de Formato de único vinculación 55.18-FOR-03 FORMATO UNICO DE VINCULACIÓN
- Consulta en las listas vinculantes
- Información en los medios de comunicación.
- Exámenes a los procedimientos establecidos.
- Consultando la experiencia y opiniones de los empleados o terceros.
- Constante actualización de las tipologías proporcionadas por la UIAF para aplicar el conocimiento a cualquier evento ocurrido en Clínica Santa María.
- Se someterá a conocimiento del OFICIAL DE CUMPLIMIENTO los contratos laborales, de compras y ventas para su debida diligencia.

## **POLITICA DE EVALUACION Y MEDICION**

Luego de ser identificado el riesgo, se procede a medir la posibilidad de ocurrencia de este y el impacto en caso de ser materializado. El resultado de estas mediciones puede ser cualitativo o cuantitativo.

Esta se aplicará con el juicio basado en la experiencia, que consiste en una reunión con conocedores en el tema, ya sea el área jurídica, financiera o los que sean necesarios para elaborar una matriz de riesgo con la probabilidad y el impacto en caso de ocurrir un hecho. El propósito de la reunión con los expertos del tema es separar riesgos menores a los mayores.

## **POLITICA DE CONTROLES**

Se deben tomar medidas necesarias para controlar los riesgos a las que nos veamos expuestos, en esta etapa se realizan Los Reportes De Operaciones

Sospechosas (ROS) a la UIAF. También establecer la metodología que permita valorar la calidad y efectividad de los controles actuales.

Los controles pueden ser de prevención, detección y corrección y se debe establecer responsables, plazos, formas de ejecución y reportes de avances.

## **POLITICA DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO**

En esta etapa se hará seguimiento de los controles, a las acciones correctivas para mejora del SARLAFT/PADM, la efectividad del plan de tratamiento de los riesgos, básicamente se enfocará en:

- Evaluar el cumplimiento de los objetivos y políticas del sistema.
- Evaluar la oportunidad, cumplimiento y efectividad de los controles.
- Emitir directrices para la corrección de las deficiencias halladas y pautas para el mejoramiento del sistema.
- Verificar que los riesgos detectados se encuentren en los niveles establecidos.

Con el fin de monitorear y hacer seguimiento a las dependencias encargadas de los procesos de vinculación laboral y contractual de la clínica, se tomará una muestra física del 10% de las personas Naturales / Jurídicas vinculadas cada semestre; para hacer una auditoria donde se verifique el cumplimiento del SARLAFT/PADM.

## **POLITICAS SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO EN LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACION DEL TERRORISMO Y FINANCIACION DE LA PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA EN CLINICA SANTA MARIA**

La Junta Directiva de **CLINICA SANTA MARIA** establece los siguientes lineamientos para la prevención y control del riesgo LA/FT/PADM

1. Crear y Promover una cultura de prevención del lavado de activos, financiación del terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en todas las áreas de la organización, generando conciencia en la responsabilidad que implica implementar un SARLAFT/PADM y las sanciones ante la omisión o desconocimiento de la norma.
2. Comprometerse con las medidas que se establezcan para evitar que los servicios y productos ofrecidos sean utilizados con fines ilícitos en especial buscando la materialización de riesgos relacionados con LA/FT/FPADM.

3. Velar porque el código de ética siempre este por encima de cualquier relación con el cliente, logro o meta económica que se fije la entidad cuando se trate de servicios de salud que se preste de manera particular o con fines estéticos. Teniendo en cuenta que los demás servicios debemos prestarlos obligatoriamente.
4. Garantizar que el Oficial de cumplimiento sea un cargo de planta y tenga libertad, autonomía, independencia y total reserva de los informes enviados a la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF.
5. Colaborar y entregar a las autoridades pertinentes la información que soliciten dando cumplimiento a las normas establecidas para cada caso.
6. Responsabilizarse como trabajador de leer, comprender y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos para la vinculación de un Cliente, Proveedor, Empleado, o tercero con el que la organización establezca algún tipo de relación que pueda estar inmersa dentro del riesgo LA/FT/FPADM.
7. Proveer las herramientas técnicas, tecnológicas y el recurso humano que se requieran para la implementación y funcionamiento del SARLAFT/PADM en la Clínica Santa María, dando apoyo al oficial de cumplimiento para que pueda llevar a cabalidad sus funciones.
8. Reservar toda información que después de la debida diligencia se obtenga de un tercero excepto cuando la normatividad vigente obligue a lo contrario.
9. Reportar las operaciones sospechosas en las cuales pueda haber un intento de lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva a través de CLINICA SANTA MARIA.
10. Establecer los controles y procesos a seguir en los casos en que haya conflicto de interés, buscando evitar delitos fuente de LA cómo es la corrupción privada; ello a través del Oficial de Cumplimiento.
11. Realizar constante seguimiento, observación y recomendaciones a los procesos en los cuales se identifiquen operaciones de todo tipo de riesgo en LA/FT/FPADM, y se implementaran las etapas ya establecidas para el SARLAFT/PADM en busca de minimizarlo.
12. El oficial de cumplimiento debe Informar a los trabajadores anualmente o antes, de ser necesario, sobre las actualizaciones y cambios en el SARLAFT/PADM para lo cual organizará capacitaciones con evaluación con personal interno o externo y dejará constancia firmada por los funcionarios de la compañía.

13. El oficial de cumplimiento debe dejar constancia escrita de todas las capacitaciones realizadas a los empleados, alta dirección y junta directiva relacionadas con el SARLAFT/PADM.
14. Cuando un producto es ofrecido a la Clínica Santa María con un precio muy por debajo de lo manejado en el mercado, será sometido a análisis y seguimiento por parte del comité de compras con ayuda del Oficial de cumplimiento, para determinar si se trata de una operación sospechosa.
15. En caso de ausencia del oficial de cumplimiento principal, el oficial de cumplimiento suplente puede tomar su lugar sin cumplir el requisito que indica segundo nivel jerárquico, por un lapso no mayor a 3 meses. De esta forma la Clínica Santa María nunca quedaría sin Oficial de Cumplimiento.
16. Las personas naturales y jurídicas que deseen tener relación contractual con la Clínica Santa María deben cumplir con el lleno de los requisitos que incluyen formularios y documentos soportes, verificación de listas y actualizar cualquier modificación de la información.
17. Solo la dirección financiera o la junta directiva de Clínica Santa María podrá exonerar a un tercero de establecer negocios sin el lleno de los requisitos mínimos exigidos.

### **POLITICA MONTO MAXIMO DE EFECTIVO QUE PUEDE MANEJARSE AL INTERIOR DE LA CLINICA SANTA MARIA.**

De acuerdo a los procedimientos establecidos en los procesos administrativos y financieros, la caja menor se manejará hasta un monto de \$2.000.000 y la caja general tendrá base diaria de \$200.000.

Lo recaudado del día debe ser consignado en el banco al día siguiente.

### **POLITICA DE COMPRAS POR CAJA MENOR**

#### **CAJA MENOR GENERAL:**

El monto máximo en compras o servicios por caja menor general será de \$100.000, en lo posible estas compras se harán a proveedores que ya tengan relación con la compañía, en caso contrario si las compras se hicieren por más de una vez deberá realizarse el procedimiento para conocimiento de proveedores, como se muestra más adelante.

#### **CAJA MENOR SERV. FARMACEUTICO:**

El monto máximo en compras por caja menor servicio farmacéutico no podrá superar \$1.000.000, en lo posible estas compras se harán a proveedores que ya tengan relación con la compañía, en caso contrario si las compras se hicieren otro

proveedor diferente deberá realizarse el procedimiento para conocimiento de proveedores, como se muestra más adelante.

## **POLITICA DE DOCUMENTACION**

Se debe conservar y mantener en todo momento bajo total reserva y a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud hasta por 5 años, toda la documentación que implique soportes, actas, instructivos o informes internos y externos.

En la hoja de vida de los empleados, en la carpeta de contratos a clientes y/o proveedores o en la historia clínica debe reposar como evidencia física o digital los documentos donde se hizo la debida diligencia del SARLAFT/PADM.

## **METODOLOGIA PARA RIESGOS LA/FT/FPADM**

### **IDENTIFICACION DE RIESGOS**

Una vez surtido el proceso de selección el empleado debe diligenciar el formato 55.18-FOR-04 Formato Vinculación Empleados, si es otro tercero (cliente, proveedor, contratista y/o cliente) diligenciará el 55.18-FOR-03 FORMATO UNICO DE VINCULACIÓN en físico o de manera online, y el formato 70.34-FOR-08 Autorización para el manejo y tratamiento de datos personales. Luego se procede a realizar la consulta de esta persona en las listas vinculantes con el respectivo número de documento (CC, CE, NIT o etc.), para este proceso utilizaremos la herramienta tecnológica disponible por la compañía, en caso que no tengamos acceso a dicha plataforma se deberá hacer la consulta en cada página (OFAC, ONU, POLICIA, PROCURADURIA, CONTRALORIA y las demás necesarias).

Si la consulta en listas nos arroja alguna alerta se informa a través del correo electrónico, verbal o físicamente, al oficial de cumplimiento indicando las características y evidencias del caso.

Para los PEP se deberá realizar el un conocimiento más amplio con el cumplimiento de los requisitos del decreto 830 de 2021.

Debida diligencia: Se procede al análisis de la información aportada por el candidato y de las consultas realizadas previamente; donde se debe verificar si existe riesgo de LA/ FT / FPADM para realizar la contratación.

Nota: para los casos de personas Jurídicas deberá firmar el Rep. Legal o su apoderado.

## **EVALUACION Y MEDICIÓN**

Los riesgos serán abordados a través de la herramienta 15.02-FOR-18 MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES, en la cual se valorará su probabilidad de ocurrencia e impacto en la organización si se llegase a materializar dichos riesgos.

IMPACTO ORGANIZACIONAL
Se debe calificar los siguientes ítem con una escala de valores de 1 a 3, cuyo significado se describe a continuación:
<b>IMAGEN</b>
1. BAJA INCIDENCIA- Mala percepción en los servicios
2. MEDIA INCIDENCIA-Falta de credibilidad en la institución
3. ALTA INCIDENCIA-Desprestigio en el mercado
<b>JURIDICO</b>
1. BAJA INCIDENCIA- Requerimientos de entes de vigilancia
2. MEDIA INCIDENCIA- Demandas
3. ALTA INCIDENCIA- Cierre de la institución o un servicio
<b>FINANCIERO</b>
1. BAJA INCIDENCIA- Pérdida de recursos financieros pero recuperables
2. MEDIA INCIDENCIA- Pérdida de recursos financieros no recuperables
3. ALTA INCIDENCIA- Iliquidez
<b>SATISFACCION CLIENTE INTERNO O EXTERNO</b>
1. BAJA INCIDENCIA- Descontento solucionable
2. MEDIA INCIDENCIA- Inconforme
3. ALTA INCIDENCIA- Insatisfecho

ANALISIS DEL RIESGO PURO			
VALORACION DEL RIESGO PURO			
15. PROBABILIDAD			
Se debe calificar la posibilidad de que se presente el riesgo, a través de una escala de 1 a 5, descrita a continuación:			
1	<b>EXCEPCIONALMENTE</b>	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales	No se ha presentado en los últimos cinco años.
2	<b>ALGUNAS VECES</b>	El evento puede ocurrir en algún momento.	Al menos de 1 vez en los últimos cinco años.
3	<b>PROBABLEMENTE</b>	El evento podría ocurrir en algún momento.	Al menos de 1 vez en los últimos dos años
4	<b>REGULARMENTE</b>	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	Al menos de 1 vez en el último año
5	<b>GENERALMENTE</b>	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de una vez al año

16. NIVEL DE CONSECUENCIA		
Se debe calificar las peores consecuencias que se presentarían al materializarse el evento, a través de una escala de 1 a 5 descrita a continuación:		
Nivel de Consecuencias (NC)	Significado Daños Personales	INTERPRETACIÓN
5	MUY ALTO	Muerte o cierre de la Clínica o alguno de sus servicios
4	ALTO	Daños graves e irreparable, desprestigio de la institución, pérdida de recursos financieros.
3	MODERADO	lesion con empeoramiento del cuadro clínico del paciente, pero reparable, pérdida de recursos pero recuperables,
2	BAJO	Incidente, no hay daño en el paciente, errores administrativos sin consecuencias para la institución
1	MUY BAJO	No hay consecuencias para el riesgo

17. NIVEL DE RIESGO
Representa un valor numérico hallado de manera automática de la multiplicación de la probabilidad, el nivel de consecuencia y el nivel de impacto.

18. INTERPRETACIÓN Y ACEPTABILIDAD DEL RIESGO		
Nivel de Riesgo y de intervención	NR	Aceptabilidad del Riesgo - SGC
I	5-49	El evento no representa riesgo
II	50-96	Riesgo Aceptable
III	97-375	Riesgo No Aceptable

VALORACIÓN DE CONTROLES EXISTENTES	
<b>19. DESCRIPCIÓN DE CONTROLES</b>	
Para la Descripción de Controles se debe ingresar las acciones tomadas de manera preventiva con el fin de evitar que el riesgo se presente; estas deberán ser valoradas a través de tres criterios establecidos a continuación:	
<b>20. PROCEDIMENTADO</b>	
Siguiendo la valoración anterior en este campo se debe responder el interrogante ¿El control descrito se encuentra procedimentado?, cuyo valor será 30% de la calificación total	
<b>21. SOCIALIZADO</b>	
Para la respuesta a este criterio se debe responder el interrogante: ¿Este control es conocido por los integrantes de los procesos pertinentes?. El valor dado fue 30%	
<b>22. MONITOREADO/ VERIFICADO/ AUDITADO</b>	
Para la respuesta a este criterio se debe responder el siguiente interrogante: ¿se realiza MONITOREO/ VERIFICACIÓN/ AUDITORÍA al control descrito? El valor de este criterio es 40%.	
<b>23. VALORACIÓN FINAL DE CONTROL</b>	
Para la valoración del control, se realiza una sumatoria de los valores obtenidos en los tres criterios calificados en las casillas anteriores; esta puntuación tendrá un significado de la siguiente manera:	
<p>si la puntuación es 100% se le restará 4 puntos a la Probabilidad de ocurrencia del evento.</p> <p>si la puntuación es 70% se le restará 3 puntos a la Probabilidad de ocurrencia del evento.</p> <p>si la puntuación es 60% se le restará 2 puntos a la Probabilidad de ocurrencia del evento.</p> <p>si la puntuación es inferior a 60% la Probabilidad de ocurrencia del evento quedará igual a la calificada al inicio.</p>	

<b>24. NIVEL DE RIESGO</b>		
Representa un valor numérico hallado de manera automática de la multiplicación de la nueva probabilidad (según lo evaluado en los controles descritos), el nivel de consecuencia y el nivel de impacto.		
<b>25. INTERPRETACIÓN Y ACEPTABILIDAD DEL RIESGO CON CONTROLES</b>		
Nivel de Riesgo y de intervención	NR	Aceptabilidad del Riesgo - SGC
I	5-49	<b>LOS CONTROLES TOMADOS SON EFECTIVOS</b> , El evento no representa riesgo alguno para la organización.
II	50-96	<b>RIESGO ACEPTABLE</b> - Se debe garantizar que los controles tomados puedan minimizar la probabilidad de ocurrencia del riesgo. Además, se deben establecer acciones a tomar en caso de materialización del evento.
III	97-375	<b>RIESGO NO ACEPTABLE</b> - Las acciones tomadas no son suficientes para controlar el riesgo, por tanto se debe iniciar un <b>PLAN DE ACCIÓN INMEDIATO</b> .

<b>26. ACCIONES A TOMAR EN CASO DE MATERIALIZACIÓN DEL EVENTO</b>	
Se deben plantear acciones que pretendan controlar el riesgo una vez este materializado.	
<b>PLAN DE ACCIÓN</b>	
<b>27. ACCIONES A TOMAR PARA MINIMIZAR EL RIESGO</b>	
es la aplicación concreta de las opciones de manejo del riesgo que entrarán a prevenir o a reducir el riesgo y harán parte del plan de manejo del riesgo.	
<b>28. RESPONSABLE</b>	
Son las dependencias o áreas encargadas de adelantar las acciones propuestas.	
<b>29. PLAZOS</b>	
Son las fechas establecidas para implementar las acciones por parte del grupo de trabajo.	
<b>30. RECURSOS</b>	
Pueden ser humanos, tecnológicos, financieros.	
<b>31. EFICACIA DE LAS ACCIONES</b>	
Que tanto se han obtenido los resultados esperados de acuerdo al plan.	
<b>32. OBSERVACIONES:</b>	
datos o notas que considere relevantes o aclaratorios no descritos en la matriz.	

## INDICADORES DE RIESGO LA/FT/FPADM

1. **Nombre del indicador:** % de trabajadores ingresados con formato único de vinculación diligenciado

Formula: N° de trabajadores ingresados con FUV diligenciado / Total de trabajadores ingresados

Métrica: %

Muestra: Todos los trabajadores que hayan sido ingresados a la organización durante el periodo de medición.

Trimestral

Meta: 100%

2. **Nombre de indicador:** % de terceros (proveedores, clientes y empleados OPS) nuevos con formato de vinculación diligenciado

Formula: N° de terceros nuevos con formato SARLAFT diligenciado / Total de terceros nuevos vinculados.

Trimestral

Meta: 100%

Métrica: %

3. **Nombre de indicador:** % de terceros (proveedores, empleados OPS, clientes y empleados) con actualización.

Formula: N° terceros (proveedores, empleados OPS, clientes y empleados) con actualización / N° de terceros antiguos (año anterior)

Anual

Meta: 100%

Métrica: %

## CONTROLES

Las medidas de control utilizadas para mitigar el riesgo inherente son:

- + Todo candidato a ser empleado, contratista y/o proveedor de la clínica debe primero haber surtido el proceso de debida diligencia (consulta en listas, diligenciamiento formularios SARLAFT/PADM y solicitud de documentación) y tener visto bueno del oficial de cumplimiento, antes de ser vinculado, para su control se diligenciará el formato 55.18-FOR-05 REGISTRO DE

VINCULACIÓN SARLAFT/PADM, en el cual se llevara la trazabilidad del proceso, si el candidato tiene reportes negativos o alertas deberá ser analizado y quedara un acta del análisis del caso.

- ✚ Se diligencia el formato 55.18-FOR-04 Formato Vinculación Empleados y el 55.18-FOR-03 FORMATO UNICO DE VINCULACIÓN, en la sección VERIFICACION DE LA INFORMACIÓN, indicando si es aceptado o rechazado.
- ✚ Cualquier persona interna o externa podrá reportar mediante el canal de denuncia, cualquier operación intentada o sospechosa que considere como riesgo para la empresa, para ello deberá utilizar el formato 55.18-FOR-01 FORMATO DE REPORTES INTERNOS SARLAFT/PADM, recibida dicha solicitud será analizada por el oficial de cumplimiento para su respectivo reporte a la UIAF guardando todas las evidencias necesarias.
- ✚ Control de efectivo: el área de tesorería reportara a la unidad de cumplimiento todas las transacciones en efectivo que superen los 5 millones de pesos en una sola transacción o 25 millones en varias transacciones durante un mes, para ello deberá diligenciar el formato 55.18-FOR-02 FORMATO DE TRANSACCIONES EN EFECTIVO y en caso de que durante el mes no presente ninguna operación con dichas características deberá informar en el mismo formato la ausencia de operaciones en efectivos con estas características. Una vez llega este reporte deberá ser informado a la UIAF a través del SIREL.

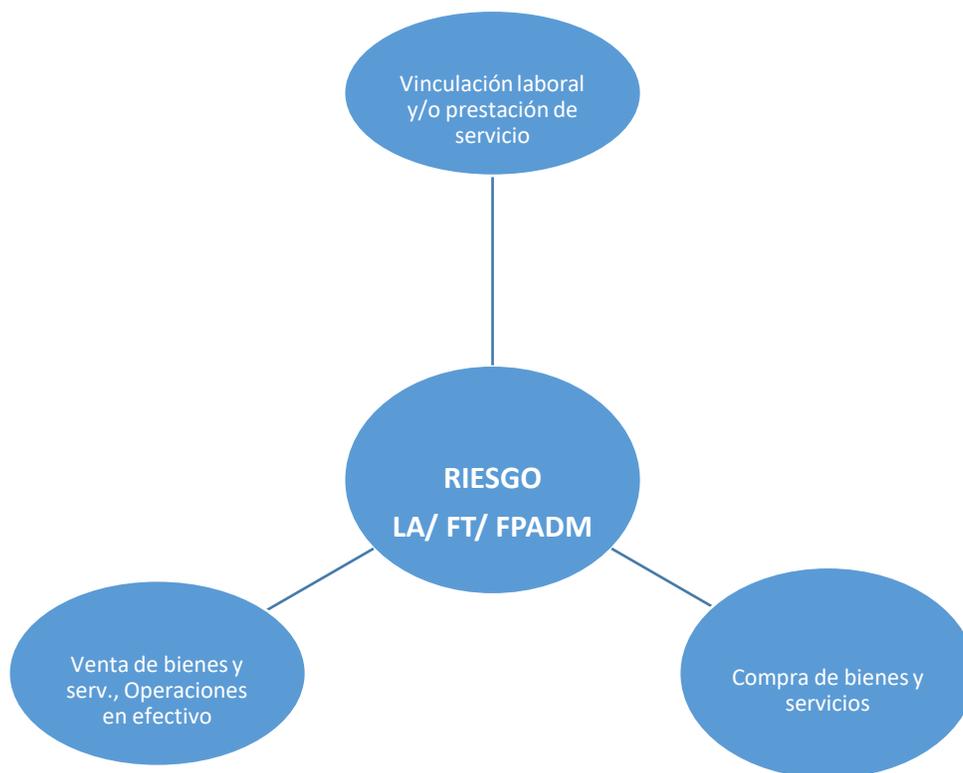
## SEGUIMIENTO Y MONITOREO

- Se realizará una actualización anual de todos los empleados, donde diligenciaran el formato de vinculación y se realizara la consulta en listas vinculantes LA/ FT/ FPADM, y se procederá a realizar el respectivo análisis y determinar si existe riesgo o no.
- Antes de hacer el reporte mensual de transacciones en efectivo se debe verificar el libro diario de caja, para verificar si hubo transacciones que superarán el monto de 5 millones de pesos en una sola transacción o de 25 millones de pesos en múltiples transacciones durante un mes.
- Se hará seguimiento de manera mensual a los pacientes que ingresen de forma particular, para verificar que estos cuenten con la debida diligencia por parte de admisiones.
- Mantener listado actualizado de los clientes de central de esterilización y servicio farmacéutico para verificar que estos cuenten con la debida diligencia.
- Con el fin de monitorear en cada área el cumplimiento de las políticas del SARLAFT/ FPADM se realizará una auditoria interna anual, que podrá ser

al mismo tiempo que la auditoria del SGC o si no es posible se podrá programar en otra fecha según las necesidades de la empresa. Para hallar la muestra tendremos en cuenta las siguientes variables: nivel de confianza 90%, margen de error del 10%, tomando como población el promedio de los terceros (clientes, proveedores, contratistas, empleados) de los últimos 6 meses. Al finalizar la auditoria se realizará un informe con los hallazgos encontrados, fortalezas y debilidades, las cuales deberá subsanar cada responsable con un plan de acción que permita corregir las falencias y fortalecer el proceso.

## SEGMENTACION DE RIESGO LA/FT/FPADM

La Clínica Santa María en su proceso de segmentación ha clasificado los siguientes segmentos o áreas donde podría ser susceptible a los riesgos LA/FT/FPADM y las fuentes de entrada:



SEGMENTACION	
Área o Dependencia Responsable	Actividad generadora de riesgo
Talento humano	Vinculación Laboral
Compras	Compra de Bienes y Servicios
Jurídica	Contratista de Prestación De Servicios
Tesorería	Transacciones en efectivos
Admisiones, esterilización, servicio farmacéutico	Venta de bienes y prestación de servicios particulares

### METODOLOGÍA PARA LA SEGMENTACIÓN

Para la administración del riesgo de LA/FT/FPADM, se ha definido como herramienta, una metodología de segmentación cualitativa, toda vez que, en principio, requiere establecer mecanismos de clasificación y evaluar la cantidad y calidad de datos que permitan lograr a futuro metodologías cuantitativas (estadísticas) como parte del mejoramiento del Sistema. La metodología cualitativa establecida para la segmentación de los Factores de Riesgo se definirá según la información generada, madurez del sistema, experiencia en el enfoque basado en riesgos e inicialmente se utilizará la metodología de Juicio de Expertos o Árboles de Decisión.

Los factores de riesgo a tener en cuenta en la Clínica Santa María para los riesgos de LA/FT/FPADM son:

- Usuario: La Circular Externa 009 de 2016 lo excluye del conocimiento del cliente, es decir, se excluye como factor de riesgo.
- Cliente: cuando realiza pagos por los servicios médicos recibidos, y relacionado con planes de seguro médico diferentes a un plan obligatorio.
- Producto: son los diferentes productos o servicios que ofrece la Clínica Santa María.
- Canal de Distribución: son las alternativas que ofrece la Clínica Santa María para vender sus productos o servicios para lo cual, los canales más usados es el presencial con algunas excepciones de atención telefónica o virtual.
- Cliente y/o Contraparte (Proveedores): Se utilizará como factor de riesgo para identificar riesgos LA/FT/FPADM
- Jurisdicción: Se utilizará como factor de riesgo para identificar riesgos LA/FT/FPADM
- Empleados / Colaboradores: Se utilizará como factor de riesgo para identificar riesgos LA/FT/FPADM

La metodología empleada para la segmentación corresponde a la identificación y clasificación de grupos homogéneos entre los factores de riesgo y la separación por grupos heterogéneos al interior de estos.

Esta metodología se emplea de acuerdo con las características propias de la IPS, a su nivel de exposición al riesgo y al nivel de expertos en materia de Gestión del Riesgo de LA/FT/FPADM, toda vez que, en una primera fase, este modelo se ejecutará de forma cualitativa, y a medida que se fortalezcan los mecanismos de conocimiento y las bases de datos correspondientes a los factores de riesgo establecidos, se ejecutará el modelo cuantitativo.

## 7. CONTENIDO:

### 7.1. CUADRO DE ACTIVIDADES Y METODOLOGIA

- **IDENTIFICAR LAS SITUACIONES QUE LE GENEREN RIESGO LA/FT/FPADM EN LAS OPERACIONES, NEGOCIOS O CONTRATOS QUE REALIZAN LA ENTIDAD.**

Nº	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTO	RESPONSABLE
1	Detección de hecho o situación de riesgo LA/FT/FPADM.	FORMATO DE REPORTES INTERNOS SARLAFT/PADM 55.18-FOR-01	Cualquier Empleado de la CSM
2	Recepción de FORMATO DE REPORTES INTERNOS SARLAFT/PADM 55.18-FOR-01	FORMATO DE REPORTES INTERNOS SARLAFT/PADM 55.18-FOR-01	Oficial de Cumplimiento
3	Análisis, plan de seguimiento y monitoreo	FORMATO DE REPORTES INTERNOS SARLAFT/PADM 55.18-FOR-01	Oficial de Cumplimiento
4	Cierre del caso, reporte a UIAF o Archivo	Pantallazo del reporte	Oficial de Cumplimiento

### 7.2 REPORTES

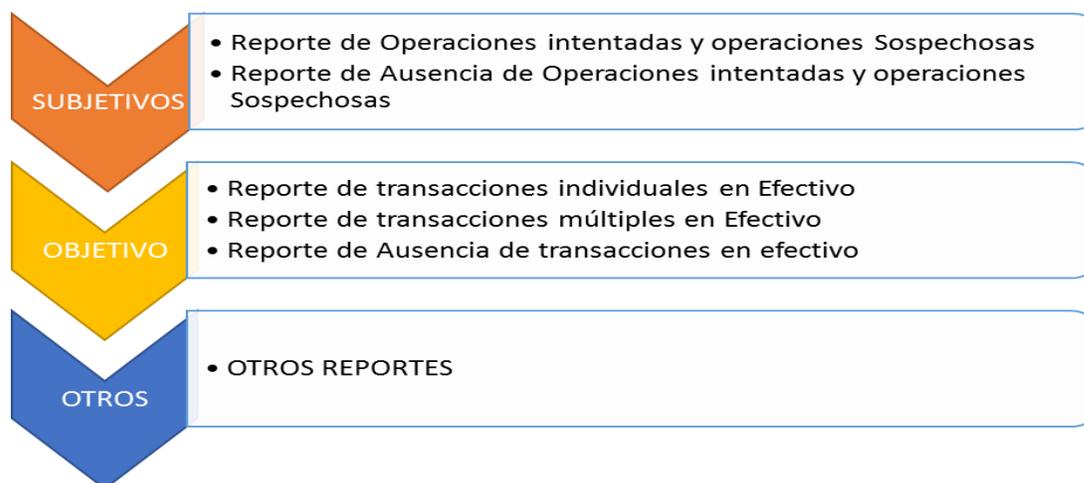
- **REPORTES INTERNOS**

Los reportes internos se harán a la junta directiva semestralmente, donde se detallará la gestión por parte del oficial de cumplimiento. Y los reportes internos que

se recopilen de los empleados, terceros que de alguna forma hagan llegar el **FORMATO DE REPORTES INTERNOS SARLAFT/PADM 55.18-FOR-01** a la unidad de cumplimiento.

Este tipo de informes no son enviados a la UIAF y el propósito es verificar el cumplimiento y desarrollo óptimo de la dependencia.

- **REPORTES A LA UIAF**



- **REPORTE DE OPERACIONES INTENTADAS O SOSPECHOSAS**

Estos deben reportarse de manera inmediata como ROS directamente a la UIAF, no se debe tener certeza que se trate de una actividad delictiva, tan solo se requiere que la operación sea sospechosa en los términos definidos en la circular 009 de 2016 de la SNS y las políticas aquí descritas.

Se deben conservar por mínimo 5 años los soportes con los que el oficial de cumplimiento considero sospechosa la operación en la identificación del riesgo LA/FT.

- **REPORTE AUSENCIA DE OPERACIONES INTENTADAS O SOSPECHOSAS**

En el caso de no tener las operaciones mencionadas en el inciso anterior, también se deberá reportar que no se efectuaron.

El plazo para el presente reporte son los primeros 10 días calendario del mes siguiente.

Nº	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTO	RESPONSABLE
1	Detección de la Operación intentada o sospechosa.	NA	Empleado o cualquier persona
2	Revisión del caso	NA	Oficial de cumplimiento
3	Reporte a la UIAF	NA	Oficial de cumplimiento
4	Archivo de los documentos	NA	Oficial de cumplimiento

- **REPORTE DE TRANSACCIONES INDIVIDUALES EN EFECTIVO**

En este reporte se debe enviar a la UIAF dentro de los 10 días calendarios del mes siguiente, todas las transacciones en efectivo realizadas en una sola oportunidad por parte de una persona, ya sea natural o jurídica, por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE (\$5.000.000) y/o su equivalente en otras monedas.

Teniendo en cuenta que solo el área de caja está autorizado a recibir dinero dentro de clínica Santa María, las personas encargadas deben llenar el FORMATO DE TRANSACCIONES EN EFECTIVO 55.18-FOR-02, y hacerlo llegar a la unidad de SARLAFT, máximo 2 días después de ocurrido el hecho.

- **REPORTE DE TRANSACCIONES MÚLTIPLES EN EFECTIVO**

En este reporte se debe enviar a la UIAF dentro de los 10 días calendarios del mes siguiente, todas las transacciones en efectivo realizadas en múltiples oportunidades por parte de una persona, ya sea natural o jurídica, por un valor igual o superior a veinticinco millones de pesos M/CTE (\$25.000.000) y/o su equivalente en otras monedas.

Teniendo en cuenta que solo el área de caja está autorizado a recibir dinero dentro de clínica Santa María, las personas encargadas deben recopilar la información y llenar el FORMATO DE TRANSACCIONES EN EFECTIVO 55.18-FOR-02, para hacerlo llegar a la unidad de SARLAFT, los primeros 3 días del mes siguiente.

Nº	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTO	RESPONSABLE
1	Recepción del informe por parte de tesorería - Caja	FORMATO DE TRANSACCIONES EN EFECTIVO 55.18-FOR-02	Tesorería
2	Revisión informe	FORMATO DE TRANSACCIONES EN EFECTIVO 55.18-FOR-02	Oficial de cumplimiento
3	Envío de reporte a la UIAF	NA	Oficial de cumplimiento
4	Archivo de los documentos	NA	Oficial de cumplimiento

### 7.3 FUNCIONES DE LOS ORGANOS DE ADMINISTRACION Y CONTROL

#### JUNTA DIRECTIVA

- a. Diseñar y actualizar las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que harán parte del Manual SARLAFT/PADM, para una posterior aprobación por la Asamblea o el máximo órgano social o quien haga sus veces.
- b. Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.
- c. Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieren para implementar y mantener en funcionamiento del SARLAFT/PADM, teniendo en cuenta las características del riesgo de LA/FT. Este equipo de trabajo humano y técnico debe ser de permanente apoyo para que el oficial de cumplimiento lleva a cabalidad sus funciones.
- d. Asignar un presupuesto anual para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de personal, capacitación, asesorías, consultorías, y lo necesario para mantener la operación del SARLAFT/PADM en la compañía y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento y su equipo.
- e. Designar al oficial de cumplimiento y su respectivo suplente.
- f. Incluir en el orden del día de sus reuniones, la representación del informe del oficial de cumplimiento, por lo menos semestralmente o cuando este lo determine necesario.

- g. Pronunciarse sobre los informes presentados por el oficial de cumplimiento y la revisoría fiscal y realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas.
- h. Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT.
- i. Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de las operaciones inusuales.

## **GERENCIA GENERAL**

- Aprobar las operaciones de cualquier naturaleza que la IPS pretenda realizar con personas expuestas políticamente – PEP, que le informen los líderes de proceso o el Oficial de Cumplimiento
- Disponer de los recursos técnicos, humanos, de soporte y presupuestales, en atención a las instrucciones de la Junta Directiva, que sean necesarios para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT / PADM.
- Tomar las medidas necesarias para subsanar los asuntos que le sean informados por el Oficial de Cumplimiento.
- Solicitar a los líderes de proceso la atención oportuna de las acciones de mejora que sea necesario adoptar para el mejoramiento y buen funcionamiento del SARLAFT / PADM.
- Prestar efectivo, eficiente y oportuno apoyo al Oficial de Cumplimiento.
- Pronunciarse sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal relacionado sobre SARLAFT / PADM, y realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas.

## **OFICIAL DE CUMPLIMIENTO PRINCIPAL Y SUPLENTE**

- a. Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conformen el SARLAFT/PADM.
- b. Elaborar y desarrollar los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación del SARLAFT/PADM.
- c. Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones que realiza la entidad.

- d. Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad.
- e. Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y a la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- f. Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT/FPADM.
- g. Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de LA/FT/FPADM y velar por su cumplimiento.
- h. Proponer a la junta directiva los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas del SARLAFT/PADM, para posterior aprobación por el máximo órgano social.
- i. Proponer a la administración la actualización del manual de procedimientos y velar por su divulgación a los funcionarios.
- j. Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte a la UIAF.
- k. Realizar todos los reportes que solicite la SNS en materia del SARLAFT/PADM.
- l. Mantener actualizados los datos de la entidad y el oficial de cumplimiento con la UIAF, utilizando los canales de comunicación correspondiente.
- m. Informar a la UIAF cualquier cambio de usuario del Sistema de Reporte En Línea (SIREL).
- n. Gestionar adecuadamente los usuarios del SIREL.
- o. Revisar los documentos publicados por la UIAF en la página web como anexos técnicos, manuales y utilidades que servirán de apoyo para la elaboración de los reportes.
- p. Diseñar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT/PADM.

- q. Analizar los informes presentados por la auditoría interna, y los informes presentados por el revisor fiscal.
- r. Elaborar y someter a la aprobación de la junta directiva los criterios objetivos para la determinación de las operaciones sospechosas, así como aquellos para determinar cuáles son las operaciones efectuadas por usuarios serán objeto de consolidación, monitoreo y análisis de operaciones inusuales.
- s. Presentar cuando menos, de forma semestral a la gerencia general y junta directiva un informe del resultado de su gestión.

### **REVISOR FISCAL**

- a. Cerciorarse que las operaciones, negocios y contratos que celebre la CLINICA SANTA MARIA, se ajustan a las instrucciones y políticas SARLAFT/PADM aprobadas por la junta directiva.
- b. Dar cuenta por escrito cuando menos, una vez al año a la junta directiva del cumplimiento o incumplimiento a las disposiciones contenidas en el SARLAFT/PADM.
- c. Poner en conocimiento del oficial de cumplimiento, las inconsistencias y falencias que detecte respecto al SARLAFT/PADM.
- d. Rendir los informes que le solicite la SNS en materia de SARLAFT/PADM.

### **PARA LAS AREAS DE TALENTO HUMANO, JURIDICA, COMPRAS Y ADMISIONES, CENTRAL DE ESTERILIZACION Y SERVICIO FARMACEUTICO**

- a) Identificación del riesgo inherente de LA/FT/FPADM, mediante la debida diligencia de los candidatos a ingresar como empleados a la Clínica.
- b) Apoyar en el desarrollo de sus funciones el cumplimiento de las políticas del SARLAFT/PADM.
- c) Garantizar el diligenciamiento y actualización mínimo una vez cada año del FORMATO DE VINCULACION de todos los empleados.

- d) Verificación en listas vinculantes para ello utilizara una herramienta tecnológica, o en las páginas oficiales de la policía, contraloría, procuraduría, OFAC, Naciones unidas, entre otras.
- e) Diligenciar Formato de REGISTRO CONTROL DE VINCULACIÓN.
- f) .
- g) Archivar las evidencias del proceso de manera física y/o digital.
- h) Informar al Oficial de cumplimiento en caso de sospecha de riesgos de LA/FT/FPADM o hallar inconsistencia en la información reportada por algún tercero.

### **TESORERIA - CAJA**

- a) Identificación del riesgo inherente de LA/FT/FPADM, mediante el reporte de operaciones inusuales, sospechosas o intentadas en la clínica.
- b) Apoyar en el desarrollo de sus funciones el cumplimiento de las políticas del SARLAFT/PADM.
- c) Diligenciar FORMATO DE TRANSACCIONES EN EFECTIVO, en caso de recibir transacciones en efectivo igual o superior a \$5.000.000 en una sola transacción o que sea igual o superior a \$25.000.000 en múltiples transacciones.
- d) Archivar las evidencias del proceso de manera física y/o digital.
- e) Informar al Oficial de cumplimiento en caso de sospecha de riesgos LA/FT/FPADM o hallar inconsistencia en la información reportada por algún tercero

### **DEMÁS EMPLEADOS**

- a) Apoyar en el desarrollo de sus funciones el cumplimiento de las políticas del SARLAFT/PADM.
- b) Asistir y participar activamente de las capacitaciones brindadas por el área de cumplimiento.
- c) Mostrar una cultura de legalidad y ser transparente en todas las actividades tanto personales como de la empresa.
- d) Informar al Oficial de cumplimiento en caso de sospecha o riesgo de LA/FT/FPADM.
- e) Suministrar los documentos y diligenciar los formularios necesarios para su debida diligencia.

- f) Actualizar la información personal por lo menos 1 vez al año o cuando sea solicitado por el área de cumplimiento.

## 8. REGIMEN SANCIONATORIO

Las normas contenidas en el presente manual son de estricto y obligatorio cumplimiento, cualquier acto deliberado que violente las políticas, disposiciones y normas de buen gobierno u omisión de los controles establecidos, participe y/o tenga vínculos con actividades de LA/FT/FPADM, incurrirá en una falta grave que podrá ser causal de terminación de contrato con justa causa, esto no lo exime de su responsabilidad civil, penal o administrativa a que haya lugar.

De acuerdo con el artículo 345 del código penal colombiano, el que esté vinculado a delitos **de Financiación del terrorismo**, incurrirá en prisión de trece (13) a veintidós (22) años y multa de mil trescientos (1.300) a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Según lo consagrado en el artículo 323 del código penal colombiano, El que cometa delito de **lavado de activos**, incurrirá por esa sola conducta, en prisión de diez (10) a treinta (30) años y multa de mil (1.000) a cincuenta mil (50.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. La misma pena se aplicará cuando las conductas descritas en el inciso anterior se realicen sobre bienes cuya extinción de dominio haya sido declarada. El lavado de activos será punible aun cuando las actividades de que provinieren los bienes, o los actos penados en los apartados anteriores, se hubiesen realizado, total o parcialmente, en el extranjero.

Por su parte el incumplimiento a la circular externa 009 de 2016 de supersalud, dará lugar a multas hasta por 2500 SMMLV a las entidades vigiladas, y de hasta 200 SMMLV a título personal a los Representantes Legales, directores o secretarios de salud y demás funcionarios responsables de la admón. y manejo de los recursos del sector salud, o la revocatoria del certificado de habilitación, si a ello hubiere lugar, sin perjuicio de las acciones que le correspondan a otras autoridades (Art 130 y 131 Ley 1438 de 2011).

**9. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS:**

NOMBRE	CÓDIGO	TIPO	TIEMPO DE RETENCIÓN (años)		DISPOSICIÓN FINAL			
			Archivo Gestión	Archivo Central	Escanear	Backups	Reciclar	Destruir/ Eliminar
FORMATO REGISTRO DE VINCULACION	55.18-FOR-05	R	5 Años	NA		X		
FORMATO DE TRANSACCIONES EN EFECTIVO	55.18-FOR-02	D	5 Años	10 Años	X			
FORMATO DE REPORTES INTERNOS SARLAFT/PADM	55.18-FOR-01	D	5 Años	10 Años	X			
FORMATO DE VINCULACION SARLAFT/PADM	55.18-FOR-03	D	5 Años	10 Años	X			
FORMATO VINCULACION EMPLEADOS	55.18-FOR-04	D	5 Años	10 Años	X			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO SARLAF-TFPADM_V1	55.18-FOR-06	D	5 Años	10 Años	X			

**10. HISTORIAL DE CAMBIOS:**

N° VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FECHA
01	Creación del documento.	13/12/2016
01_	Se hace Inclusión de un nuevo formato y se mantiene la versión.	4/04/2017
01_	Se cambia el código del procesos y sus registros y se cambia la palabra "MACROPROCESO" por "PROCESO"	05/07/2017
02	Se actualiza Manual de Políticas y Procedimientos SARLAFT haciendo ajustes y modificaciones para mejorar el proceso entre ellos los objetivos de la actividad, se incluye indicadores, se descentraliza las actividades del proceso asignándole funciones a las dependencias encargadas de la vinculación se crea Formato Registro Control de Vinculados, se adiciona numeral 7.4 Sanciones, se incluyen otras definiciones importantes de la actividad.	10/08/2020
	-Se elimina funciones del área de ADMINISTRACION debido a que ellos no cumplen funciones directamente	

N° VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FECHA
03	<p>relacionadas con el perfil de riesgo que ha definido la clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- se adiciona nueva normatividad y se complementan las existentes.</li> <li>-se actualiza concepto de PEP personas políticamente expuestas antes llamadas públicamente expuestas.</li> <li>- se crea metodología para cada una de las etapas del SARLAFT.</li> <li>-se adiciona una parte para explicar la segmentación.</li> <li>- se elimina función a tesorería: Garantizar el diligenciamiento y actualización de FORMATO UNICO DE VINCULACION de los clientes y/o usuarios <b>servicio de esterilización.</b></li> </ul> <p>y Verificación en listas de consulta (policía, contraloría, procuraduría, OFAC, Naciones unidas, entre otras).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- se agregan nuevas áreas como central de esterilización y servicio farmacéutico.</li> <li>- se adiciona función de identificación del riesgo inherente a todas las áreas.</li> <li>- se complementa el régimen sancionatorio.</li> <li>- De acuerdo con la Circular Externa 5-5 de 2021 se incluye todo lo relacionado con el riesgo de financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva – FPADM</li> <li>-Se elimina una parte de los procedimientos los cuales se harán de manera más detallada en otro documento.</li> <li>-Todas Estas Modificaciones Son Aprobadas Por Junta Directiva El Día 13/09/2022,Se procede a realizar ajustes al documento solicitando las modificaciones al SGC el día 27/10/2022</li> </ul>	<p>13/09/2022 (Aprobación de junta directiva)</p> <p>27/10/2022 (solicitud de inclusión en el SGC)</p>
04	Los formularios únicos de vinculación que se diligenciaban de manera manual se crearon en el nuevo software DESQUBRA, los cuales podrán ser diligenciados de manera online desde cualquier dispositivo electrónico.	31 De Julio 2023
05	Los indicadores fueron actualizados con el objetivo de mejorar la precisión en la medición del cumplimiento de los procesos de vinculación bajo el sistema SARLAFT	15 De mayo 2025