



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

QUILISALUD E.S.E.

**MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS,
FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS
DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT/FPADM) Y DEL SUBSISTEMA PARA LA
ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)**

SANTANDER DE QUILICHAO CAUCA, (MAYO DE 2026)

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

1. INTRODUCCIÓN

La ESE QUILISALUD, en su calidad de Empresa Social del Estado y actor fundamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), reconoce la importancia crítica de adoptar estándares superiores de transparencia, gestión de riesgos y control interno. En un entorno económico y social dinámico, la sostenibilidad de las instituciones públicas de salud no solo depende de la calidad de su atención asistencial, sino también de la solidez de sus procesos administrativos, financieros y de cumplimiento normativo.

El presente Manual del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF) y del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT/FPADM) se constituye como la carta de navegación institucional para blindar a la ESE frente a riesgos que amenazan su estabilidad financiera, su reputación y su legalidad. Este documento ha sido estructurado en estricto cumplimiento de los lineamientos impartidos por la Superintendencia Nacional de Salud, específicamente lo dispuesto en la Circular Externa 009 de 2016 (referente a la prevención del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo) y la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 (instrucciones para el reporte de información financiera y adopción del SICOF).

A través de la implementación de este manual, la ESE QUILISALUD, busca trascender el mero cumplimiento normativo para instaurar una cultura de autocontrol y gestión integral del riesgo. Por un lado, el componente SICOF establece las políticas y procedimientos necesarios para garantizar que la información financiera preparada y reportada por la ESE cumpla con los atributos de confiabilidad, relevancia, comprensión y oportunidad, asegurando así la transparencia en el manejo de los recursos públicos y una toma de decisiones gerenciales basadas en datos financieros íntegros.

Simultáneamente, el componente SARLAFT/FPADM define los mecanismos, instrumentos y controles para identificar, medir, controlar y monitorear las situaciones que podrían exponer a la ESE a ser utilizada como instrumento para el lavado de activos, la financiación del terrorismo o la proliferación de armas de destrucción masiva. Esto incluye la debida diligencia en el conocimiento de clientes, proveedores, contratistas y empleados, así como el informe oportuno de operaciones sospechosas a la UIAF.

En consecuencia, este documento integra las directrices de la Gerencia, la (el) Oficial de Cumplimiento y los líderes de procesos, estableciendo un marco de actuación unificada que protege el patrimonio público, fortalece la confianza de los grupos de interés y garantiza la continuidad del negocio en beneficio de la salud de la población usuaria. Aquí tienes los objetivos redactados técnicamente, alineando el propósito del SICOF (Información Financiera) y el SARLAFT/FPADM (Lavado de Activos) según las exigencias de la Superintendencia Nacional de Salud.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer y documentar las políticas, procedimientos, metodologías y controles necesarios para la implementación integral del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF) en la E.S.E. QUILISALUD, con el fin de prevenir la materialización de riesgos asociados al lavado de activos, garantizando la confiabilidad, relevancia y transparencia de la información contable y financiera, y asegurar el cumplimiento de las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud en las Circulares Externas 009 de 2016 y 20211700000005-5 de 2021, protegiendo así el patrimonio público, la reputación institucional y la sostenibilidad financiera de la ESE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Para el componente SARLAFT (Circular 009 de 2016):

- Definir las etapas y elementos del SARLAFT para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo a los que se exponen la ESE en sus relaciones con contrapartes (clientes, proveedores, contratistas, empleados).
- Establecer los procedimientos de Debida Diligencia y conocimiento del cliente/contraparte, asegurando la verificación de listas restrictivas y el origen de fondos antes de establecer cualquier vínculo contractual o comercial.
- Formalizar los mecanismos de reporte interno y externo, incluyendo el reporte de Operaciones Sospechosas (ROS) a la UIAF y los reportes de Ausencia de Operaciones Sospechosas, garantizando la oportunidad y confidencialidad de la información.
- Institucionalizar la figura del Oficial de Cumplimiento y asignar roles y responsabilidades claros a la Junta Directiva, Gerencia y empleados para la cultura de prevención del riesgo LA/FT.

2.2.2 Para el componente SICOF (Circular 20211700000005-5 de 2021):

- Diseñar e implementar políticas contables y controles financieros que aseguren que la preparación y presentación de los estados financieros reflejen fielmente la realidad económica de la ESE, minimizando el riesgo de errores materiales o fraudes.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Garantizar la calidad de la información financiera bajo los atributos de integridad, exactitud, oportunidad y cumplimiento normativo, para facilitar la toma de decisiones gerenciales y el control fiscal.
- Fortalecer el ambiente de control en los procesos del ciclo financiero (presupuesto, tesorería, cartera, contabilidad), definiendo segregación de funciones y niveles de autorización adecuados.
- Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación periódica a la efectividad de los controles financieros, asegurando la mejora continua del sistema y la depuración contable permanente requerida por los entes de control.

3. MARCO LEGAL

- Constitución Política de Colombia (Artículos 209 y 269): Establece que la administración pública debe tener un control interno y obliga a las entidades a diseñar métodos y procedimientos de control interno conforme a la ley.
- Ley 87 de 1993: "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones".
- Ley 526 de 1999: "Por medio de la cual se crea la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF)".
- 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): "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".
- Resolución 356 de 2007 (Contaduría General de la Nación - CGN): "Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos del Régimen de Contabilidad Pública".
- Resolución 193 de 2016 (Contaduría General de la Nación - CGN): "Por la cual se incorpora, en los Procedimientos Transversales del Régimen de Contabilidad Pública, el procedimiento para la evaluación del control interno contable".
- Circular Externa 009 de 2016 (Superintendencia Nacional de Salud): "Instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT".
- Circular Externa 018 de 2021 (Superintendencia Nacional de Salud): "Modificación a la Circular Externa 009 de 2016 referente al SARLAFT".
- Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 (Superintendencia Nacional de Salud): "Instrucciones para el reporte de información financiera, de negocios y administrativa a la Superintendencia Nacional de Salud".

4. ALCANCE

El presente Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y del Subsistema de Administración del Riesgo

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF) tiene una cobertura integral, transversal y de cumplimiento obligatorio para todos los niveles de la ESE QUILISALUD, aplicado de la siguiente manera:

4.1 COBERTURA ORGANIZACIONAL Y DE TALENTO HUMANO:

Involucra a todos los servidores públicos (de planta y provisionales), trabajadores oficiales, contratistas, asesores externos, la Revisoría Fiscal, el Oficial de Cumplimiento, la Alta Gerencia y los miembros de la Junta Directiva. Nadie en la organización está exento de la aplicación de los controles y políticas aquí descritas.

4.2 COBERTURA RESPECTO AL SARLAFT (CIRCULAR 009/2016):

Aplica a todas las contrapartes y relaciones jurídicas o comerciales que establezca la ESE. El alcance inicia desde la etapa precontractual o de vinculación y se mantiene durante toda la vigencia de la relación, a cubrir:

- Gestión Contractual: Proveedores de bienes, servicios, medicamentos y tecnología.
- Gestión del Talento Humano: Empleados y contratistas.
- Gestión Financiera: Entidades bancarias, aseguradoras y pagadores (EPS, Entes Territoriales).
- Usuarios y Donantes: Particulares que realizan pagos directos o donaciones a la ESE.
- Se extiende a la identificación, medición, control y monitoreo de operaciones inusuales o sospechosas y su respectivo reporte a la UIAF.

4.3 COBERTURA RESPECTO AL SICOF (CIRCULAR 005/2021):

Aplica a todos los procesos, áreas, funcionarios, contratistas y terceros con los cuales la ESE establece relaciones administrativas, contractuales, financieras o asistenciales. El alcance inicia desde la planeación y estructuración de las actividades institucionales y se mantiene durante toda la ejecución, seguimiento y cierre de las mismas, cubriendo:

- Gestión Contractual: Procesos de contratación de bienes, servicios, medicamentos, tecnología biomédica y obras, con el fin de prevenir riesgos de corrupción, colusión, sobrecostos o conflictos de interés.
- Gestión del Talento Humano: Directivos, empleados, contratistas y personal asistencial, promoviendo principios de transparencia, ética pública y prevención de conductas fraudulentas o conflictos de interés.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- **Gestión Financiera y Presupuestal:** Manejo de recursos públicos, pagos a proveedores, recaudo de cartera y administración financiera, para evitar riesgos de fraude, desviación de recursos o manipulación de información financiera.
- **Gestión Asistencial y Relación con Usuarios:** Prestación de servicios de salud, asignación de citas, referencia y contrarreferencia, facturación y auditoría de cuentas médicas, previniendo prácticas fraudulentas o irregularidades en la prestación del servicio.
- **Relación con Terceros y Entidades del Sistema:** EPS, proveedores, entes territoriales, organismos de control y demás actores del sistema de salud con los que se establecen relaciones institucionales o comerciales.

4.4 LIMITACIÓN:

Este manual regula los mecanismos de prevención y control interno propios de la ESE. No sustituye las responsabilidades penales o fiscales individuales de los funcionarios, ni reemplaza las funciones de inspección, vigilancia y control propias de la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría, sino que actúa como la herramienta interna para asegurar el cumplimiento ante dichas instancias.

5. DEFINICIONES


5.1 DEFINICIONES RELACIONADAS CON SARLAFT (Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo)

- **Apetito de riesgo:** Es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar, relacionado con sus objetivos, el marco legal y las disposiciones de la Alta Dirección y del Órgano de Gobierno. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar.
- **Causa:** todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.
- **Enlace:** funcionario, servidor o contratista de cada proceso, designado por el líder para llevar a cabo las actividades relacionadas con gestión de riesgos en sus diferentes etapas de identificación, medición, control y monitoreo.
- **Esquema de reportes:** Estructura organizada que define cómo se debe, presentar y monitorear la información que se analiza en los informes regulares desde los diferentes subsistemas de riesgo, este esquema asegura que la información clave se recopile de manera coherente, se analice y de distribuya a las partes interesadas para la toma de decisiones informada.
- **Factores de Riesgo:** Son aquellas circunstancias y características de las contrapartes personas naturales y jurídicas, y de las operaciones que hacen que

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

exista una mayor probabilidad de corresponder con una operación sospechosa de LA/FTPADM.

- **Gestión del riesgo de LA/FTPADM:** Consiste en la adopción de políticas y procedimientos que permitan prevenir y controlar el riesgo de LA/FTPADM.
- **Herramientas de SARLAFT:** Son los medios que utiliza la entidad para prevenir que se presente el riesgo de LA/FT y para detectar operaciones intentadas, inusuales o sospechosas. Dentro de dichas herramientas se deben mencionar, entre otras, las señales de alerta, indicadores de operaciones inusuales, programas para administración de riesgos empresariales y hojas electrónicas de control.
- **Impacto:** consecuencias que puede ocasionar a la Entidad la materialización del riesgo.
- **Impacto financiero:** Pérdida económica producto de la posible materialización de un evento de riesgo.
- **Impacto reputacional:** Nivel de afectación sobre la imagen y/o exposición pública de la entidad por la posible materialización de un evento de riesgo.
- **Impacto Legal:** se refiere a las consecuencias que pueda enfrentar la Entidad en caso de un incumplimiento normativo o de la materialización de un evento de riesgo.
- **Matriz de riesgos LAFTPADM:** documento con la información resultante del proceso de gestión y calificación de los riesgos.
- **Nivel de riesgo:** Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos.
- **Riesgo de LAFTPADM:** Es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad, por su propensión a ser utilizada directa o a través de sus operaciones, como instrumento para cometer los delitos de Lavado de Activos o la canalización de recursos para la Financiación del Terrorismo.
- **Riesgo de Contagio:** En el marco de SARLAFT, 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.
- **Riesgo Legal:** En el marco de SARLAFT, 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.
- **Riesgo Operativo:** En el marco de SARLAFT, 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.
- **Riesgo Reputacional:** En el marco del SARLAFT, 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

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

de su base de clientes, disminución de los negocios o ingresos, o incurrir en procesos judiciales.

- **Riesgo inherente:** nivel de riesgo operacional propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto nos permite determinar el nivel de exposición inherente.
- **Riesgo residual:** el resultado de la exposición del riesgo operacional al aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.
- **Lavado de Activos (LA):** Proceso mediante el cual organizaciones criminales buscan dar apariencia de legalidad a recursos generados de actividades ilícitas (como narcotráfico, corrupción, secuestro, extorsión, trata de personas, entre otros). En términos simples, es hacer que el "dinero sucio" parezca "dinero limpio".
- **Financiación del Terrorismo (FT):** Es el acto de proporcionar apoyo financiero, directo o indirecto, a terroristas o grupos terroristas, con el fin de que realicen actos violentos contra la población o la infraestructura. A diferencia del lavado, los fondos pueden tener un origen lícito o ilícito, pero su *destino* es ilegal.
- **SARLAFT:** Sigla que corresponde al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. Es el conjunto de políticas, procedimientos, documentación, estructura organizacional, órganos de control, infraestructura tecnológica, divulgación y capacitación, implementadas para proteger a la ESE de ser utilizada para LA/FT.
- **Oficial de Cumplimiento:** Es el funcionario designado por la Junta Directiva o el máximo órgano social, responsable de liderar, verificar y monitorear la implementación y funcionamiento efectivo del SARLAFT en la ESE. Es el enlace directo con la UIAF.
- **UIAF (Unidad de Información y Análisis Financiero):** Entidad del Estado adscrita al Ministerio de Hacienda, encargada de recibir, analizar y centralizar la información financiera para prevenir y detectar operaciones de lavado de activos. Es el destinatario de los informes ROS.
- **Operación Inusual:** Es aquella operación cuya cuantía o características no guardan relación con la actividad económica ordinaria o normal de la contraparte (cliente, proveedor, empleado), o que, por su número, cantidad o características, se sale de los parámetros de normalidad establecidos por la ESE.
- **Operación Sospechosa (ROS):** Es una operación inusual que, después de ser analizada y confrontada con la información disponible, no puede ser justificada razonablemente, o sobre la cual se tienen indicios de estar vinculada con actividades delictivas. Esta se debe reportar obligatoriamente a la UIAF.
- **Listas Restrictivas / Vinculantes:** Bases de datos nacionales e internacionales que relacionan personas y empresas vinculadas con actividades delictivas (ej. Lista OFAC o "Lista Clinton", Lista de Terroristas de la ONU, Antecedentes de Policía, Contraloría, Procuraduría).
- **PEP (Personas Expuestas Políticamente):** Servidores públicos o particulares que administran recursos públicos o tienen funciones de alto perfil (ej. Gobernadores,

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

Alcaldes, Gerentes de ESE, Congressistas), quienes por su cargo representan un mayor riesgo de corrupción o lavado de activos.

- **Debida Diligencia:** Proceso de investigación y conocimiento que debe realizar la ESE sobre sus contrapartes (clientes, proveedores, empleados) antes de iniciar una relación contractual, para verificar su identidad, antecedentes y origen de fondos.
- **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 secundarla aquellas relacionadas con el sector salud y que pueden llegar a presentar a manera de ejemplo las siguientes situaciones:
 - Características inusuales de las actividades, productos o lugares de procedencia.
 - Inconsistencias en la información relacionada con la existencia, identificación, dirección del domicilio, o ubicación del tercero y sus beneficiarios finales.
 - Inconsistencias en la información que suministra la contraparte frente a la que suministran otras fuentes.
 - Facturas que contengan precios ostensiblemente diferenciales frente a las tendencias del proceso.

5.2 DEFINICIONES RELACIONADAS CON SICOF (Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude)

- **Administración de Riesgos:** Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.
- **Alta gerencia:** Personas del más alto nivel jerárquico en el área administrativa o corporativa de la entidad. Son responsables del giro ordinario del negocio de la entidad y encargadas de idear, ejecutar y controlar los objetivos y estrategias de esta. Se incluyen también el director general o presidente ejecutivo y El Contralor Interno.
- **Análisis del riesgo:** Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del riesgo.
- **Beneficiario Final:** La(s) persona(s) natural(es) que posee(n) o controla(n) a un cliente y/o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción.
- **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 propio:** El servidor público que reciba para sí o para otro, dinero u otra utilidad, o acepte promesa remuneratoria, directa o indirectamente, para retardar u

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

omitir un acto propio de su cargo, o para ejecutar uno contrario a sus deberes oficiales.

- **Cohecho impropio:** El servidor público que acepte para sí o para otro, dinero u otra utilidad o promesa remuneratoria, directa o indirecta, por acto que deba ejecutar en el desempeño de sus funciones.
- **Cohecho por dar u ofrecer:** El que dé u ofrezca dinero u otra utilidad a servidor público, en los casos de cohecho propio o impropio.
- **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 un servidor público, debido a su actividad se enfrenta a distintas situaciones frente a las cuales podría tener interés particular y directo en su regulación, gestión, control o decisión, o lo tuviere su cónyuge, compañero o compañera permanente, o algunos de sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o su socio o socios de hecho o de derecho.
- **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.
- **Confidencialidad:** Propiedad de la información que la hace no disponible, es decir, divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados.
- **Contraparte:** Es toda persona natural o jurídica con quien la Entidad formaliza una relación contractual o vínculo legal, sea contratista, proveedor, usuario, empleado, beneficiario de pagos, entre otros con los que la ADRES se relacione.
- **Contratista:** Persona natural o jurídica que, mediante un contrato, se obliga a ejecutar una obra, prestar un servicio o suministrar bienes a cambio de una contraprestación económica, sin que exista una relación de subordinación con la entidad contratante.
- **Control del riesgo:** 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

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

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 recae sobre recursos públicos.
- **Debida Diligencia:** Equivale al proceso mediante el cual se identifican y evalúan las contrapartes y terceros, con el fin de verificar la identidad, idoneidad, legalidad y fiabilidad de la contraparte, permitiendo a su vez la identificación de alertas o información de interés que le permita a la Entidad tomar decisiones 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 entidad durante un intervalo particular de tiempo. Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.
- **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.
- **Fraude Externo:** Se define como los actos realizados por una persona externa a la entidad, que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de esta o incumplir normas o leyes.
- **Fraude Interno:** Se define como todos los actos que buscan la apropiación indebida de activos o causan pérdidas ocasionadas por actos cometidos para defraudar, malversar los activos o la propiedad de la entidad. Estos actos son realizados por al menos un empleado o administrador de la Entidad.
- **Gestión del riesgo:** Consiste en la adopción de políticas y procedimientos que permitan prevenir y controlar el riesgo de COF.
- **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.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- **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 que verifica la eficiencia y eficacia de una política o proceso, identificando sus logros y debilidades para recomendar medidas correctivas para 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:** El Oficial de Cumplimiento, o máxima persona encargada de cumplir el SICOF, es un funcionario de la entidad vigilada encargado de verificar el cumplimiento de los manuales y políticas de procedimiento de la entidad y de su implementación. A su vez, es el encargado de realizar los reportes a la UIAF y a la Superintendencia Nacional de Salud.
- **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.
- **Políticas para la gestión del riesgo COF:** 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 de ocurrencia del riesgo. Esta puede ser medida con criterios de frecuencia o factibilidad. Está asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando.
- **Riesgo:** cualquier evento, amenaza, acto u omisión que en algún momento pueda comprometer el logro de los objetivos de la entidad.
- **Segmentación:** proceso por el que se separan 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:** Acción de ofrecer, prometer, dar o recibir dinero, bienes u otra ventaja indebida para influir en las decisiones o acciones de una persona en contra de sus deberes legales o contractuales. En el ámbito público, este acto se tipifica en el Código Penal Colombiano como cohecho (Artículos 405 y 406) cuando involucra a

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

servidores públicos, y como corrupción privada (Artículo 250A) cuando ocurre en el sector privado.

- **Tráfico de influencias:** Utilización indebida, en provecho propio o de un tercero, de influencias derivadas del ejercicio del cargo público o de la función pública, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer. Incluye el ejercicio indebido de influencias de un particular sobre un servidor público en cuestión que este se encuentre conociendo o deba conocer, para obtener cualquier beneficio económico.

6. DESARROLLO DEL MANUAL


6.1 ROLES Y RESPONSABILIDADES

Para la adecuada administración del riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, se debe de contar con la participación de los órganos de dirección y administración de la ESE, del oficial de cumplimiento, de los líderes de cada área y en general de todos los empleados y colaboradores.

Según la estructura organizacional definida es preciso definir las funciones mínimas de los órganos de administración y de control para una correcta Gestión y Prevención del Riesgo LA/FT/FPADM.

6.1.1 Funciones de la Junta Directiva

- Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.
- Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición.
- Aprobar las actuaciones en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición o cualquier excepción de las políticas, así como los planes de contingencia a adoptar en caso de presentarse escenarios extremos.
- Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo del SARLAFT.
- Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y Reporte de las Operaciones Sospechosas (ROS).
- Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de corrupción, opacidad y fraude de la ESE.
- Asignar un presupuesto anual para contratación de la plataforma tecnológica, contratación del líder, capacitación, asesorías, consultorías, y lo necesario para mantener la operación del SARLAFT y SICOF y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento.
- Designar al Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026


- Designar las instancias responsables del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de las operaciones inusuales.
- Diseñar y actualizar las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM/C/O/F que harán parte del SARLAFT y SICOF.
- Incluir en el orden del día de sus reuniones, la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento, por lo menos dos veces al año o cuando éste lo determine necesario.
- Pronunciarse sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento, la Revisoría Fiscal, Control Interno y los órganos de control, para realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones.

6.1.2 Funciones del Representante Legal

- Disponer de los recursos técnicos, humanos, presupuestales y de soporte en atención a las instrucciones de la Junta Directiva, necesarios para la implementación y sostenimiento para un correcto funcionamiento del SARLAFT y SICOF, el cual debe estar acorde a las características particulares de la ESE.
- Aprobar las vinculaciones o cualquier relacionamiento, sea comercial, laboral o contractual con aquellas personas catalogadas como Personas Políticamente Expuestas -PEP.
- Tomar las decisiones pertinentes para la mejora del SARLAFT y SICOF según los reportes presentados por el Oficial de Cumplimiento.
- Solicitar a los Coordinadores, Líderes de Procesos o Servicios, a cargo la atención oportuna de las acciones de mejora necesarias para el correcto desempeño del SARLAFT y SICOF y el cumplimiento a los controles establecidos para la prevención de riesgos LA/FT/FPADM/C/O/F.
- Apoyo oportuno y efectivo al o la Oficial de Cumplimiento en la administración y gestión del riesgo LA/FT/FPADM/C/O/F.
- Mantener en todo momento y a disposición de la SNS los documentos propios del SARLAFT y SICOF.
- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas, procedimientos y elementos propios del SARLAFT y SICOF.
- Velar por la implementación de las estrategias para prevenir los Riesgos.

6.1.3 Funciones del Oficial de Cumplimiento

- a) El oficial de cumplimiento debe cumplir como mínimo, los siguientes requisitos:
- Ser designado por la Junta Directiva y dejar constancia de su aprobación mediante acto administrativo.
 - Tener capacidad decisoria en la gestión del riesgo.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Acreditar conocimiento integral en sistemas de administración de riesgos, especialmente en LAFT/FPADM/SICOF.
- No pertenecer a órganos de control ni a las áreas directamente relacionadas con las actividades previstas en el objeto social principal que hacen parte del máximo órgano de dirección de la institución.
- Ser empleado vinculado que se encuentre dentro de la estructura organizacional en el segundo nivel jerárquico, que dependa directamente de la junta directiva, ser empleado que tenga comunicación directa con los diferentes actores de la institución, pero especialmente con los órganos directivos.
- No tener antecedentes de conductas éticas, legales o investigaciones en curso, no tener conflicto de interés al interior de la ESE especialmente con cargos directivos o con personal de apoyo directo al desarrollo del SARLAFT y no estar reportado en listas internacionales vinculantes para Colombia.

b) Las funciones que debe de desarrollar son:

- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el SARLAFT y SICOF.
- Diseñar y ejecutar los procesos, procedimientos, estructura, instrumentos y metodologías a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas por la Junta Directiva para la implementación del SARLAFT y SICOF.
- Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM/C/O/F en las operaciones que realiza la ESE.
- Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM/C/O/F en las operaciones, negocios o contratos que realiza la ESE.
- Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT/FPADM/C/O/F de la ESE.
- Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de LA/FT/FPADM/C/O/F y velar por su cumplimiento.
- Proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas del SARLAFT y SICOF.
- Proponer a la administración la actualización del manual de procedimientos y velar por su divulgación a los funcionarios.
- Implementar un sistema de reporte, interno y externo, para la prevención y detección de las conductas LA/FT/FPADM/C/O/F.
- Recibir y analizar los reportes internos operaciones inusuales, intentadas. • Realizar todos los reportes a la SNS, incluidas las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos.
- Gestionar adecuadamente los datos y usuarios de la ESE en el (SIREL).



MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF

CÓDIGO MC-PG-02

VERSION 01

FECHA Mayo 2026

- Diseñar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT y SICOF.
- Analizar los informes presentados por Control Interno, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas.
- Elaborar y someter a la aprobación de la Junta Directiva o el órgano que haga sus veces, los criterios objetivos para la determinación de operaciones sospechosas, así como aquellos para determinar cuáles serán objeto de consolidación, monitoreo y análisis de operaciones inusuales.
- Presentar cuando menos, de forma semestral a los administradores y anualmente a la Junta Directiva, un informe por escrito donde exponga la evolución del SARLAFT y SICOF.
- Consultar, monitorear y revisar con la debida diligencia las listas sobre sanciones financieras dirigidas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas que den lugar a posibles vínculos con delitos relacionados con Lavado de Activos y/o Financiación del Terrorismo.
- Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los riesgos de corrupción, opacidad y fraude medidos.
- Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la ESE e informarlo al órgano correspondiente.
- Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, para ello, tendrá en cuenta la política integral de gestión de riesgos de la Clínica.
- Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOF.

c) Funciones del oficial de cumplimiento suplente

- Tener capacidad decisoria frente a los reportes y temas relacionados con la prevención del riesgo.
- Acreditar conocimiento integral en sistemas de administración de riesgos, especialmente en LAFT/FPADM, y que acredite certificación expedida por parte de instituciones del Ministerio de Educación Nacional en formación en dicha materia, que conste que la intensidad horaria no sea inferior a 90 horas, además del certificado del curso de e-learning de la UIAF.
- No pertenecer a órganos de control ni a las áreas directamente relacionadas con las actividades previstas en el objeto social principal que hacen parte del máximo órgano de dirección de la institución.
- Vinculado con la ESE, que tenga comunicación directa con los diferentes actores de la institución, pero especialmente con los órganos directivos.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- No tener antecedentes de conductas éticas, legales o investigaciones en curso, no tener conflicto de interés al interior, especialmente con cargos directivos o con personal de apoyo directo al desarrollo del SARLAFT y no estar reportado en listas internacionales vinculantes para Colombia.

d) Funciones del Revisor Fiscal

- Cerciorarse de las operaciones y contratos que celebre la ESE, se ajustan a las instrucciones y políticas aprobadas por la Junta Directiva y a los lineamientos dados por los entes rectores (Minsalud, Min hacienda, MinTic, Secretaria de Transparencia).
- Dar cuenta por escrito, cada semestre, a la Junta Directiva, del cumplimiento o incumplimiento a las disposiciones contenidas en el SARLAFT y el SICOF.
- Poner en conocimiento del Oficial de Cumplimiento, las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación del SARLAFT y SICOF o de los controles establecidos.
- Rendir informes sobre el cumplimiento del SARLAFT y SICOF cuando lo solicite la SNS.
- Poner en conocimiento al líder de gestión de riesgos las inconsistencia y falencias que se detecte respecto a la implementación del sistema de gestión de riesgos o de los controles establecidos por cada una de las área o servicios.

e) Funciones Control Interno

- Realizar revisión periódica de los procesos relacionados con la parametrización de las metodologías, indicadores cualitativos y/o cuantitativos.
- Evaluar la efectividad del cumplimiento de las etapas y los elementos del SARLAFT y SICOF, con el fin de determinar las fallas y las posibles soluciones.
- Informar al Oficial de Cumplimiento y la Junta Directiva los resultados de la evaluación semestral.

f) Funciones del área de apoyo de Tecnología de la Información

- Disponer de Plataforma tecnológica y sistemas informáticos necesarios para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del SARLAFT y SICOF.
- Contar con la posibilidad de captura y actualización periódica de la información.
- Realizar mantenimiento a las herramientas tecnológicas.
- Realizar las copias de seguridad de la información en todos los procesos de la organización para garantizar la seguridad de la información pertinente a la gestión de riesgos LA/FT/FPADM/C/O/F.
- Contar con un plan de conservación, custodia y seguridad de la información tanto documental como electrónica.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Facilitar el acceso y la disponibilidad de la información para la elaboración de reportes, segmentación de los factores de riesgo o de cualquier otro informe pertinente a la gestión de los sistemas de riesgos.
- Contar con controles que garanticen el cumplimiento de las políticas aquí establecidas.
- Revisar de manera periódica como mínimo una vez al año, los parámetros utilizados en las aplicaciones informáticas para el cumplimiento de las políticas SARLAFT y SICOF.

g) Funciones del área de apoyo de Comunicación.

- Darle apoyo al Oficial de Cumplimiento en las estrategias que se requieran para la divulgación y comunicación de lo referente al SARLAFT y SICOF.

h) Demás áreas de apoyo

- Identificar y calificar los riesgos propios de su proceso.
- Implementar los controles que considere necesario para mitigar los riesgos propios de su proceso.
- Cumplir con las funciones designadas por el Oficial de Cumplimiento para el apoyo de la gestión del riesgo LA/FT/FPADM/C/O/F.
- Apoyar al Oficial de Cumplimiento en la campañas y labores de prevención, control y detección del riesgo LA/FT/FPADM/C/O/F.
- Acatar las políticas e implementar los protocolos, procedimientos y controles descritos en el presente manual.
- Reportar al Oficial de Cumplimiento toda situación que se salga de los parámetros establecidos y que se catalogue como operación intentada o sospechosa.
- Apoyar las solicitudes de información de las autoridades competentes.
- Atender las auditorías internas o externas planeadas para verificar la implementación de las políticas y procedimientos establecidos para la gestión LA/FT/FPADM/C/O/F
- Participar en las actividades propias del SARLAFT y SICOF, en especial en la inducción, reinducción y jornadas de capacitación.

6.2 POLÍTICAS GENERALES

La presente política establece los principios y directrices fundamentales para la prevención, administración y control de los riesgos asociados al Lavado de Activos (LA), Financiamiento del Terrorismo (FT), Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FP), Corrupción, Opacidad y Fraude dentro de la ESE QUILISALUD.

Nuestro compromiso es operar con los más altos estándares de ética, integridad y transparencia, protegiendo así la reputación, solidez financiera y sostenibilidad de la

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

organización, y contribuyendo a la lucha global contra estos delitos. Estas políticas buscan asegurar el cumplimiento de la legislación nacional e internacional vigente en la materia.

Esta política es de aplicación obligatoria para:

- Todos los miembros de la Junta Directiva.
- Todos los funcionarios, sin importar su nivel jerárquico o tipo de contratación.
- Contratistas, consultores, proveedores, ó cualquier tercero que actúe en nombre o en representación de la ESE QUILISALUD.
- Todos los procesos y servicios ofertados por la ESE.

6.2.1 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

- Tolerancia Cero: La organización mantiene una política de tolerancia cero ante cualquier acto relacionado con LA/FT/FP, corrupción, opacidad o fraude.
- Debida Diligencia: Diseñar e Implementar procedimientos eficientes para el adecuado conocimiento de las personas naturales o jurídicas con las que tiene algún tipo de vínculo contractual, comercial, entre otros. Así mismo, se realiza la identificación y medición del riesgo que implica dicho relacionamiento
- Colaboración con Autoridades: Cooperar plenamente con las autoridades competentes en la prevención y persecución de estos delitos, de acuerdo con la legislación aplicable.
- Competencias: diseñar y ejecutar programas de capacitación del SARLAFT y SICOF para todos los funcionarios, en la medida en que todos deben conocer y ser instruidos acerca del cumplimiento de las normas, políticas y procedimientos de control para la prevención de este riesgo.
- QUILISALUD, tiene como justa causa para la terminación de una relación contractual el registro positivo de las partes en las listas internacionales y nacionales vinculantes y restrictivas.
- La información y documentación de las contrapartes deberá ser actualizada a la firma de cada contrato.
- La ESE evitará relaciones contractuales con contrapartes, que tengan negocios cuya naturaleza dificulte la verificación de la transparencia de la actividad, procedencia de los recursos o que se rehúsen a facilitar la información y la documentación requerida
- La ESE no mantendrá relaciones de ningún tipo con funcionarios, colaboradores, prestadores de servicios, proveedores o terceros que hayan sido condenados por actividades ilícitas relacionadas con el lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación para la proliferación de armas de destrucción masivas, fraude, corrupción o el soborno.
- No tolera que sus funcionarios, colaboradores, prestadores de servicios, proveedores, contratistas y cualquier tercero obtengan resultados económicos,

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

comerciales o de cualquier otra índole, a cambio de violar la ley o actuar de manera deshonesta.

- Se garantiza que ningún denunciante sufrirá consecuencias negativas por prevenir, rechazar o denunciar actos de esta naturaleza.

6.3 POLÍTICA DE CONOCIMIENTO DE TERCEROS

La presente política establece los principios y procedimientos para la identificación, evaluación, aprobación y monitoreo de los terceros con los que la E.S.E. QUILISALUD interactúa. El objetivo es mitigar los riesgos de Lavado de Activos (LA), Financiamiento del Terrorismo (FT), Financiamiento de la Proliferación (FP), Corrupción, Fraude, incumplimiento normativo y daño reputacional que puedan surgir de dichas relaciones.

Esta política se aplica a todas las áreas o servicios, de la ESE QUILISALUD, involucrados en la selección, contratación, gestión y supervisión de terceros.

Se considera "tercero" a cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, con la que la ESE QUILISALUD, establece o busca establecer una relación contractual o comercial, incluyendo a:

- Proveedores de bienes y servicios (críticos y no críticos)
- Contratistas y subcontratistas
- Consultores y asesores externos
- Agentes, distribuidores y representantes comerciales
- Socios de alianzas estratégicas
- Intermediarios
- Donatarios y beneficiarios de donaciones
- Cualquier otra contraparte relevante que pudiera exponer a la organización a los riesgos identificados.

6.3.1 Principios Fundamentales

- **Enfoque Basado en Riesgos:** La profundidad y el nivel de la debida diligencia sobre un tercero se determinarán en función del riesgo asociado a la naturaleza de la relación, la jurisdicción, la complejidad de la estructura, el monto de la operación y el perfil del tercero.
- **Integridad y Transparencia:** Solo se establecerán relaciones con terceros que demuestren un compromiso con la ética y la transparencia, y que no representen un riesgo inaceptable para la organización.
- **Debida Diligencia Continua:** El conocimiento del tercero no es un proceso estático; se mantendrá un monitoreo continuo durante toda la vigencia de la relación.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- **Cumplimiento Normativo:** Todas las acciones derivadas de esta política se realizarán en estricto apego a la legislación local e internacional aplicable en materia de LA/FT/FP, anticorrupción y protección de datos.

6.3.2 Procedimiento de Conocimiento de Terceros

El proceso de Conocimiento de Terceros (KYTP) se estructura en las siguientes etapas:


a) Identificación y Clasificación del Tercero

- Todo departamento o unidad de negocio que pretende establecer una relación con un tercero deberá identificarlo y proporcionar la información básica inicial.
- Se realizará una clasificación preliminar del tercero y de la relación propuesta (ej. proveedor estratégico, proveedor recurrente, proveedor ocasional, agente, etc.).

b) Evaluación de Riesgos y Debida Diligencia

- **Recolección de Información:**
 - ✓ Identificación Legal: Razón social, identificación fiscal, dirección legal, objeto social, información de contacto.
 - ✓ Estructura Accionaria y Beneficiarios Finales: Identificación de los accionistas y beneficiarios finales hasta la persona natural, especialmente si la estructura es compleja o involucra jurisdicciones de riesgo.
 - ✓ Información Financiera: Solvencia, capacidad económica, en la medida que sea relevante para la relación.
 - ✓ Reputación: Búsqueda en bases de datos públicos y privados para identificar noticias negativas, litigios, investigaciones, sanciones o antecedentes de corrupción, fraude, LA/FT/FP.
 - ✓ Listas Restrictivas: Verificación del tercero y sus beneficiarios finales en listas de sanciones nacionales e internacionales (ej. OFAC, ONU, listas locales de LA/FT).
 - ✓ Personas Expuestas Políticamente (PEP): Identificación si el tercero o sus beneficiarios finales son PEP o están relacionados con PEP.
 - ✓ Cuestionarios de Debida Diligencia: El tercero deberá completar cuestionarios específicos diseñados para evaluar su programa de cumplimiento, políticas anticorrupción y LA/FT/FP.
 - ✓ Jurisdicciones de Riesgo: Evaluar si el tercero opera o tiene vínculos con países o jurisdicciones consideradas de alto riesgo por organismos internacionales (ej. GAFI) o por la propia organización.

c) Análisis y Nivel de Debida Diligencia:

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- En función del riesgo inherente, se determinará el nivel de Debida Diligencia Requerida:
 - ✓ DDT Simplificada: Para terceros de bajo riesgo (ej. transacciones de bajo valor, proveedores de servicios básicos no críticos).
 - ✓ DDT Normal: Para la mayoría de los terceros, cubriendo la información básica y verificaciones de listas.
 - ✓ DDT Reforzada: Para terceros de alto riesgo (ej. PEP, beneficiarios finales complejos, jurisdicciones de alto riesgo, actividades de alto riesgo, agentes/intermediarios). Esto podría incluir la revisión de estados financieros auditados, visitas in situ, entrevistas o la contratación de servicios de inteligencia reputacional externa.

6.3.3 Aprobación y Formalización

- Una vez completada la Debida Diligencia, la Oficial de Cumplimiento y el representante legal, evaluará el perfil de riesgo del tercero y decidirá sobre la aprobación o rechazo de la relación.
- En caso de aprobación, se incluirán cláusulas contractuales estándar relacionadas con el cumplimiento de LA/FT/FP, anticorrupción y COF.

6.3.4 Monitoreo continuo

- Se realizará un monitoreo periódico de los terceros, con una frecuencia determinada por su nivel de riesgo (ej. Semestral para riesgo alto, anual para riesgo medio, o ante eventos disparadores).
- El monitoreo incluye la revisión de listas restrictivas, noticias negativas y la actualización de la información proporcionada por el tercero.
- Cualquier cambio relevante en el perfil de riesgo del tercero deberá ser evaluado y podría requerir la aplicación de una DDT reforzada o incluso la reevaluación de la relación.

6.3.5 Custodia y Conservación de Documentos

- Toda la información y documentación recopilada durante el proceso de Debida Diligencia deberá ser archivada de forma segura y conservada durante los plazos mínimos exigidos por la legislación aplicable y las políticas internas.

6.3.6 Roles y Responsabilidades

- Junta Directiva/Representante Legal: Aprueba esta política y proporciona los recursos necesarios para su implementación.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Oficial de Cumplimiento: Es el responsable de la administración de esta política, de desarrollar los procedimientos operativos, de asesorar a las unidades de negocio y de realizar el seguimiento de los terceros de alto riesgo.
- Área y servicios (ej. Compras, Legal, Facturación): Son responsables de la aplicación inicial de la debida diligencia, de reportar cualquier anomalía y de colaborar con el Oficial de Cumplimiento.
- Todo el Personal: Responsable de comprender y aplicar esta política en sus interacciones con terceros y de reportar cualquier señal de alerta.

6.3.7 Consecuencias del Incumplimiento

El incumplimiento de esta política por parte de un empleado puede resultar en medidas disciplinarias, incluyendo la terminación del contrato. El incumplimiento por parte de un tercero puede llevar a la rescisión del contrato y a la inclusión en listas internas de terceros no aptos. Sin perjuicio de las acciones legales que puedan proceder.

6.3.8 Revisión y Actualización

Esta política será revisada y actualizada al menos anualmente, o con mayor frecuencia si se producen cambios en la legislación, el entorno regulatorio, la estructura de la organización, los riesgos identificados o las mejores prácticas internacionales.

6.4 POLÍTICA DE CONOCIMIENTO DE FUNCIONARIOS, EMPLEADOS Y COLABORADORES (KYE)

La presente política establece los principios y procedimientos para la debida diligencia en la vinculación, permanencia y desvinculación de todos los funcionarios, empleados y colaboradores de la ESE QUILISALUD. El objetivo principal es mitigar los riesgos internos de Lavado de Activos (LA), Financiamiento del Terrorismo (FT), Financiamiento de la Proliferación (FP), Corrupción, Fraude, hurto, uso indebido de información privilegiada y otros delitos económicos, así como riesgos reputacionales y operativos. Buscamos asegurar que nuestro personal sea íntegro, confiable y que sus acciones estén alineadas con los valores y el marco de cumplimiento de la organización, promoviendo un ambiente de transparencia y confianza.

Esta política aplica a:

- Todos los miembros de la Junta Directiva
- Todos los empleados, sin importar su nivel jerárquico, tipo de contrato o duración de la vinculación (permanentes, temporales, en período de prueba, practicantes).

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Consultores, asesores, contratistas y cualquier persona natural que preste servicios directamente con la ESE y que tenga acceso a información sensible, sistemas o recursos de la entidad.

6.4.1 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

- Integridad y Ética: Se espera que todo el personal actúe con la máxima integridad y ética en todas sus funciones y relaciones.
- Enfoque Basado en Riesgos: Los procedimientos de debida diligencia se aplicarán y adaptarán en función del nivel de riesgo asociado al cargo o función del colaborador, considerando el acceso a recursos, información sensible o la capacidad de tomar decisiones críticas.
- Confidencialidad y Protección de Datos: Toda la información recopilada será tratada con estricta confidencialidad y de acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de datos personales.
- Consistencia: Los procedimientos se aplicarán de manera consistente y no discriminatoria.

6.4.2 PROCEDIMIENTO DE CONOCIMIENTO DE FUNCIONARIOS Y COLABORADORES

a) Debida Diligencia Pre-Vinculación (Proceso de Selección)

- Verificación de Identidad: Documentos de identificación válidos y actualizados.
- Verificación de antecedentes:
 - ✓ Judiciales y Disciplinarios: Consulta en bases de datos públicos y autorizadas (ej. certificados de antecedentes penales, disciplinarios).
 - ✓ Académicos y Laborales: Verificación de títulos, certificaciones y referencias laborales previas.
- Evaluación Psicométrica y de Competencias: Para asegurar idoneidad para la carga.
- Declaración de No Conflicto de Interés: Requerir al aspirante que declare cualquier potencial conflicto de interés o vinculación con PEPs, o cualquier relación de parentesco con personal activo de la organización.
- Consulta de Listas Restrictivas: Para cargos críticos o de alto riesgo, se consultarán listas de sanciones nacionales e internacionales (ej. LA/FT).
- Análisis de Medios Abiertos (OSINT): Para cargos de alta gerencia o con exposición significativa, se podrá realizar una búsqueda de información reputacional en fuentes públicas.

b) Debida Diligencia Durante la Vinculación (Permanencia)

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Actualización periódica de información: Los colaboradores deben actualizar su información personal, de contacto y cualquier cambio relevante que pueda afectar su perfil de riesgo (ej. estado civil, cambios en vinculación familiar, nuevas actividades externas). La frecuencia de actualización se definirá por el tipo de carga (ej. anual para gerencias, bienal para otros).
- Declaración de Conflicto de Interés: Declaraciones periódicas o cuando surja una nueva situación que pueda generar un conflicto.
- Declaración de PEP: Para cargos de alto nivel o que interactúan con el gobierno, se requerirá una declaración sobre si el colaborador o sus familiares cercanos son PEP.
- Monitoreo Transaccional (para ciertos roles): En áreas sensibles (ej. tesorería, compras, ventas), se podrán establecer monitoreos de transacciones inusuales o que excedan límites preestablecidos, de acuerdo con las políticas internas y la legislación.
- Rotación de Personal en Áreas Sensibles: Considere la rotación de funciones en cargos que involucren riesgo operativo o financiero para prevenir el fraude.
- Canales de Denuncia Interna: Promover el uso de canales seguros y confidenciales para el reporte de actividades sospechosas o incumplimientos a la ética o normatividad.
- Capacitación Continua: Programas de formación obligatoria sobre políticas de cumplimiento, código de ética, LA/FT/FP y anticorrupción.

c) Debida Diligencia Post-Vinculación

- Entrevista de Salida: Para recopilar información relevante y asegurar la entrega de activos y responsabilidades.
- Cierre de Accesos: Deshabilitación inmediata de todos los accesos a sistemas, información y activos de la organización.
- Recordatorio de Confidencialidad: Reforzar las obligaciones de confidencialidad y no divulgación de información sensible, incluso después de finalizada la relación laboral.

6.4.3 Roles y Responsabilidades

- Junta Directiva/Representante Legal: Aprueba esta política y proporciona los recursos necesarios para su implementación.
- Gerencia de Recursos Humanos: Responsable primario de la ejecución de la debida diligencia previnculación y de la actualización de datos durante la permanencia, en coordinación con el Oficial de Cumplimiento.
- Oficial de Cumplimiento: Asesora en la definición de perfiles de riesgo por carga, valida los procedimientos de DDC, realiza la consulta de listas restrictivas y evalúa los informes de anomalías.
- Jefes de Área/Directores: Supervisan a su personal, identifican posibles cambios de riesgo y promueven la cultura de cumplimiento.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Todos los Colaboradores: Tienen la obligación de conocer y cumplir esta política, proporcionar información veraz y completa, y reportar cualquier situación irregular o que pueda generar un conflicto de intereses.

6.4.4 Confidencialidad y Protección De Datos

Toda la información personal y de antecedentes de los colaboradores será manejada con la máxima confidencialidad, de acuerdo con la política de privacidad y protección de datos de la organización y la legislación aplicable. El acceso a dicha información estará restringido al personal autorizado.

6.4.5 CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

El incumplimiento de esta política por parte de cualquier colaborador, incluyendo la omisión de información relevante o la falsedad en las declaraciones, podrá dar lugar a medidas disciplinarias que van desde amonestaciones hasta la terminación del contrato de trabajo, sin perjuicio de las acciones legales que puedan emprenderse.

6.5 POLÍTICAS PARA EL PAGO Y MANEJO DE EFECTIVO

La presente política establece las directrices y procedimientos para la gestión, recepción, custodia, diseño y registro de todas las transacciones de efectivo y pagos realizados por la ESE QUILISALUD.

El objetivo principal es:

- Minimizar los riesgos de fraude, malversación, hurto y error.
- Asegurar la exactitud e integridad de los registros contables.
- Garantizar el cumplimiento de las normativas internas y la legislación vigente en materia fiscal, antilavado de activos y financiamiento del terrorismo.
- Promover la eficiencia y transparencia en todas las operaciones financieras que involucran efectivo y pagos.

Esta política se aplica a todos, los funcionarios, Coordinadores o líderes y cualquier persona que, en el ejercicio de sus funciones o en representación de la ESE QUILISALUD, realice o apruebe transacciones de efectivo, pagos o maneje fondos o efectivo.

6.5.1 Principios Fundamentales

- Segregación de funciones: Las responsabilidades de autorización, ejecución, registro y conciliación de transacciones deben estar separadas entre diferentes personas.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Autorización: Todas las transacciones deben contar con la autorización adecuada y conforme a los límites establecidos.
- Documentación: Todos los documentos de la transacción deben estar debidamente respaldados por válidos, claros y completos.
- Seguridad: El efectivo y los fondos de la organización deben ser protegidos con medidas de seguridad adecuadas.
- Transparencia y Trazabilidad: Todas las operaciones deben ser transparentes y permitir su trazabilidad completa desde el origen hasta el destino.
- Minimización del Efectivo: Se promoverá el uso de medios de pago electrónicos siempre que sea posible para reducir la exposición al riesgo de manejo de efectivo.

6.5.2 Políticas Generales de Pagos

6.5.2.1 Autorización de Pagos

- Todos los pagos deben ser previamente autorizados por el nivel jerárquico correspondiente, de acuerdo con la línea de autoridad correspondiente y límites de aprobación interna.
- Las autorizaciones deben ser por escrito (físico o electrónico) y adjuntas al soporte del pago.
- Ninguna persona podrá autorizar un pago a sí misma, a una entidad en la que tenga interés personal o comercial.

6.5.2.2 Documentación de Respaldo

- Todo pago debe estar respaldado por la documentación original y completa, como factura electrónica, cuenta de cobro, contratos, informes de servicio y otros que estén estipulados internamente.
- La documentación debe ser verificada para asegurar su exactitud, legitimidad y que corresponde al servicio o bien recibido.
- Los soportes de pago deben estar marcados como "Pagado" o "Cancelado" para evitar duplicidades.

6.5.2.3 Medios de Pago Preferentes

- Se priorizará el uso de transferencias electrónicas, cheques nominativos y otros medios bancarizados para la realización de pagos, especialmente para montos elevados.
- El uso de efectivo para pagos se limitará a situaciones estrictamente necesarias ya montos pequeños, según lo definido en la sección de Manejo de Efectivo y si se cuenta con autorización de caja menor.

6.5.2.4 Prohibiciones y Restricciones

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Se prohíbe realizar pagos a la orden del portador (al portador) o pagos que no permitan la identificación clara del beneficiario.
- No se realizarán pagos sin el respaldo documental completo.
- Se prohíben los pagos "bajo la mesa" o cualquier práctica que implique el ofrecimiento o recepción de sobornos o pagos indebidos.
- Los pagos a proveedores o terceros deben ser directamente a la cuenta bancaria del beneficiario registrado, salvo excepciones justificadas y debidamente autorizadas.

6.5.2.5 Términos de Pago

- Los pagos se realizarán de acuerdo con los términos y condiciones acordados con los proveedores y estipulados en los contratos u órdenes de compra.
- Se buscará optimizar los ciclos de pago para aprovechar descuentos por pronto pago o evitar cargos por mora, siempre dentro de un marco ético y transparente.

6.5.3 Políticas de Manejo de Efectivo


6.5.3.1 Recepción de Efectivo

- Solo el personal autorizado (ej. Auxiliares de Facturación) podrá recibir efectivo.
- Toda recepción de efectivo debe ser registrada inmediatamente en un registro oficial, numerado consecutivamente, que indique la fecha, el monto, el concepto y la identificación del pagador. Se entregará una copia al pagador.
- El efectivo recibido debe ser custodiado de forma segura hasta su entrega al Coordinador Administrativo recomendación diaria.
- Límites de recepción: No se permite que se acumule más de tres días en la caja de cada NAP.

6.5.3.2 Custodia de Efectivo

- El efectivo en caja debe ser guardado en un lugar seguro (ej. caja fuerte, cajón con llave) que sea accesible solo para el personal autorizado.
- Las llaves o códigos de seguridad deben ser gestionados de forma segura y solo por el personal designado.
- No se permitirá mantener efectivo al finalizar la jornada.

6.5.3.3 Depósito de Efectivo

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Todo el efectivo recibido debe ser depositado en las cuentas bancarias de la ESE con la mayor prontitud posible, preferiblemente el mismo día o al día hábil siguiente a su recepción.
- El depósito debe ser realizado por personal autorizado y en un horario seguro.
- Se debe conservar el comprobante de depósito bancario y adjuntarlo a los registros contables.

6.5.3.4 Conciliación de Efectivo

- El responsable del manejo de efectivo debe realizar conciliaciones diarias del efectivo en caja contra los registros de ingresos y egresos.
- Cualquier diferencia, sobrante o faltante, debe ser investigada de inmediato y reportada a la Gerencia y al departamento de Contabilidad.

6.5.3.5 Prohibición de Uso Personal

- Se prohíbe estrictamente el uso de fondos de la ESE para fines personales, incluyendo préstamos, adelantos o pagos de gastos no relacionados con la actividad de la empresa.

6.5.3.6 Detección de Operaciones Inusuales o Sospechosas

- Cualquier transacción en efectivo que parezca inusual, injustificada o que pueda estar relacionada con actividades LAFT o COF, debe ser reportada inmediatamente al Oficial de Cumplimiento, de acuerdo con la Política de Prevención de LA/FT/FP de la ESE.

6.5.4 Roles y Responsabilidades

- Junta Directiva/Representante Legal: Aprobar esta política y asegurar la asignación de recursos para su cumplimiento.
- Área Administrativa y Financiera: Supervisar la correcta aplicación de la política, realizar auditorías internas periódicas, garantizar la exactitud de los registros y realizar las conciliaciones bancarias.
- Oficial de Cumplimiento: Asesorar sobre aspectos de LA/FT/FP y COF relacionados con el manejo de efectivo y recibir informes de operaciones inusuales.
- Supervisores/Jefes de Área: Asegurar que el personal bajo su carga conozca y cumpla la política, y autorice pagos de acuerdo con los límites establecidos.
- Personal con Manejo de Efectivo: Es responsable directo de la correcta aplicación de los procedimientos de recepción, custodia, desembolso y registro de efectivo.
- Todo el Personal: Conocer y cumplir esta política, y reportar cualquier incumplimiento o irregularidad de la que tenga conocimiento.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

6.5.5 Registro y Conservación de Documentos

Toda la documentación de respaldo de pagos y manejo de efectivo debe ser archivada de forma segura y conservada por el tiempo estipulado por las leyes fiscales y comerciales, y las políticas internas de la organización.

6.6 POLÍTICA DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)

La presente política establece los lineamientos y procedimientos para la identificación, evaluación, aceptación y monitoreo de las relaciones con Personas Expuestas Políticamente (PEP), así como con sus familiares y asociados cercanos.

El objetivo principal de esta política es:

- Prevenir y mitigar los riesgos de Lavado de Activos (LA), Financiamiento del Terrorismo (FT), Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FP), soborno y corrupción.
- Proteger la reputación e integridad de la E.S.E. Quilisalud.
- Asegurar el cumplimiento estricto de la legislación nacional e internacional vigente en materia de prevención de LA/FT/FP y anticorrupción.
- Garantizar que todas las relaciones con PEP se establecerán y mantendrán con una Debida Diligencia Reforzada (DDR) adecuada.

Esta política es de aplicación obligatoria para:

- Todos los funcionarios, coordinadores y de la ESE QUILISALUD.
- Todas las área y servicios involucrados en relaciones con clientes, beneficiarios finales, proveedores y cualquier otra contraparte.
- Se aplica a toda persona natural o jurídica que sea identificada como PEP, o que tenga vínculos cercanos con una PEP, con la que la organización establezca o mantenga una relación.

6.6.1 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

- Enfoque Basado en Riesgos: La identificación y el tratamiento de las relaciones con PEP se realizarán con un enfoque basado en riesgos, aplicando niveles de Debida Diligencia proporcionales al riesgo identificado.
- Tolerancia Cero a la Ilícitud: La organización tiene tolerancia cero a cualquier actividad de LA/FT/FP, corrupción, soborno o financiamiento ilegal.
- Debida Diligencia Reforzada (DDR): Se aplicarán de DDR a todas las relaciones identificadas como PEP o de alto riesgo asociado a PEP.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Aprobación del Representante Legal: La vinculación o continuación de relaciones con PEP de alto riesgo requerirá la aprobación del Representante Legal o del Comité de Control Interno
- Monitoreo Continuo: Las relaciones con PEP serán objeto de un monitoreo constante y riguroso.
- Transparencia: Todas las decisiones y acciones relativas a las relaciones con PEP deben ser transparentes, documentadas y trazables.

6.6.2 Procedimiento de Identificación y Gestión de PEP

6.6.2.1 Identificación en la Vinculación

- Cuestionarios y Declaraciones: Al inicio de cualquier relación comercial, contractual o laboral (proveedor, empleado), se requerirá a la contraparte que declare si es una PEP, familiar de PEP o asociado cercano de PEP.
- Consultas en Listas y Bases de Datos: Se realizarán consultas en bases de datos públicos y privados de PEP (nacionales e internacionales), listas de sanciones y búsqueda de noticias negativas (medios abiertos - OSINT).
- Identificación de Beneficiarios Finales: En el caso de personas jurídicas, se identificarán los beneficiarios finales y se verificará si alguno de ellos es una PEP o está relacionado con una.

6.6.2.2 Evaluación del Riesgo PEP

- Si se identifica una PEP, se evaluará el nivel de riesgo asociado, considerando factores como:
 - ✓ El cargo específico de la PEP y el nivel de influencia que ejerce.
 - ✓ La jurisdicción de la PEP (nacional, extranjera, de alto riesgo).
 - ✓ La naturaleza y el monto de la relación o transacción propuesta.
 - ✓ El origen de los fondos o el patrimonio.
 - ✓ La reputación de la PEP.

6.6.2.3 Aplicación de Debida Diligencia Reforzada (DDR) Para las relaciones con PEP identificadas, se aplicarán las siguientes medidas de DDR:

- Obtención de Aprobación Superior: Antes de establecer o continuar la relación, se deberá obtener la aprobación de la Alta Gerencia, del Oficial de Cumplimiento o del Comité de Cumplimiento (según el nivel de riesgo y la estructura interna).
- Identificación del Origen de Fondos y Patrimonio: Se obtendrá información detallada sobre el origen de los fondos y el patrimonio de la PEP (ej. salarios, inversiones, herencias, ventas de activos).

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- **Comprensión del Propósito de la Relación:** Se documentará y comprenderá claramente el propósito y la naturaleza de la relación comercial o transaccional.
- **Información Adicional:** Se podrán solicitar documentos adicionales, referencias o realizar investigaciones más exhaustivas a través de fuentes externas confiables.

6.6.2.4 Monitoreo continuo

- Las relaciones con PEP serán objeto de un monitoreo más riguroso y frecuente, acorde con el perfil de riesgo.
- Se realizarán verificaciones periódicas contra listas de PEP y bases de datos de noticias negativas para identificar cambios en la situación de la PEP o en su perfil de riesgo.
- Se mantendrá una vigilancia especial sobre las transacciones realizadas por la PEP para detectar cualquier comportamiento inusual o inconsistente con el perfil conocido.

6.6.2.5 Manejo de PEPS que Dejan su Función Pública

- Una persona que deja de ejercer una función pública destacada seguirá siendo considerada PEP y se le aplicará la DDR por un período mínimo de 24 meses, después de haber cesado en sus funciones, o por un período mayor si el perfil de riesgo así lo amerita.

6.6.2.6 Registro y Archivo

- Toda la información obtenida, los análisis de riesgo, las aprobaciones superiores y las acciones de monitoreo realizadas sobre las PEP, sus familiares y asociados cercanos, deberán ser documentadas y archivadas de forma segura por los plazos establecidos por la ley y la política de retención de documentos de la organización.

6.6.2.7 Roles y Responsabilidades

- **Junta Directiva/Alta Gerencia:** Responsable de la aprobación y supervisión de esta política y de asegurar la asignación de recursos. Deberá aprobar las relaciones con PEP de alto riesgo.
- **Oficial de Cumplimiento:** Es el responsable principal de la implementación, interpretación, supervisión y actualización de esta política. Asesora a las unidades de negocio, realiza las consultas en bases de datos y coordina las acciones de DDR.
- **Unidades de Negocio/Comerciales:** Son responsables de la identificación inicial de las PEP en sus procesos de vinculación y de reportar cualquier hallazgo al Oficial de Cumplimiento.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Recursos Humanos: Responsable de la identificación de PEP entre los aspirantes y empleados, de acuerdo con la Política de Conocimiento de funcionarios (KYE).
- Todo el Personal: Tiene la obligación de conocer esta política y reportar al Oficial de Cumplimiento cualquier indicio o sospecha de que una persona es una PEP y no ha sido identificada como tal.

6.6.2.8 Confidencialidad y Protección de Datos

Toda la información obtenida sobre las PEP será tratada con la máxima confidencialidad y de acuerdo con la política de privacidad y protección de datos personales de la organización y la legislación aplicable.

6.6.2.9 Consecuencias del Incumplimiento

El incumplimiento de esta política, ya sea por acción u omisión, podrá dar lugar a medidas disciplinarias severas, incluyendo la terminación del contrato de trabajo o la relación comercial, sin perjuicio de las acciones legales que puedan emprenderse por parte de la organización o las autoridades competentes.

6.7 ETAPAS DE IMPLEMENTACIÓN MANUAL

Para el desarrollo del SARLAFT y SICOF, la ESE QUILISALUD, utiliza la metodología descrita por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, Versión 7, publicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública “DAFP”, la cual se encuentra detallada en el Manual para el Sistema de Gestión Integral del Riesgo (MAGES-01, Versión 2, diciembre 2025), propio de la ESE. Como consecuencia, desarrolla las siguientes actividades:

6.7.1 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Los líderes de Procesos y Servicios, con el acompañamiento del Oficial de Cumplimiento, identificarán aquellas situaciones que pueden ser generadores de riesgo y que pueden afectar el desarrollo de cada uno de los Procesos y Servicios. Teniendo en cuenta:

- Identificación de los procesos y servicios de la ESE y las partes interesadas con las que interactúa.
- Evaluar el contexto interno y externo que permita identificar a las partes interesadas (stakeholders), factores de riesgo, riesgos asociados, entre otros.
- Identificar los riesgos potenciales y ocurridos en cada uno de los procesos.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

Adicionalmente, cualquier colaborador podrá identificar situaciones que puedan constituirse como riesgos, caso en el cual deberá notificar al líder de proceso y al Oficial de Cumplimiento para proceder con su respectivo análisis.

6.7.1.1 Fuentes de riesgo

a) SICOF

Los riesgos del SICOF se refieren a las debilidades o fallas que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos operativos, financieros, de cumplimiento y estratégicos de la ESE. Las fuentes de estos riesgos suelen ser de naturaleza interna o inherentes al funcionamiento de la entidad pública.

- **Talento Humano:**

- ✓ Falta de capacitación o cualificación: Personal sin las competencias necesarias para ejecutar sus funciones de forma correcta y controlada (ej. diligenciamiento de H.C., manejo de equipos, gestión de recursos).
- ✓ Alta rotación de personal: Pérdida de conocimiento institucional y dificultad para mantener la estandarización de procesos.
- ✓ Ausencia de una cultura de autocontrol y ética: Personal que no asume la responsabilidad por sus acciones o que no valora la transparencia.
- ✓ Conflictos de interés: Situaciones donde los intereses personales del funcionario prevalecen sobre los institucionales.
- ✓ Carga laboral excesiva: Genera errores por fatiga, estrés o priorización inadecuada de tareas.

- **Procesos y Procedimientos:**

- ✓ Procesos manuales o con excesiva intervención humana: Propensos a errores y fraudes, y difíciles de auditar.
- ✓ Falta de procedimientos estandarizados o actualizados (POE): La ausencia de guías claras para realizar las tareas lleva a la variabilidad en la ejecución y a errores.
- ✓ Debilidad en la segregación de funciones: Una sola persona tiene el control total sobre una transacción o proceso crítico (ej. quien compra también paga o recibe).
- ✓ Controles internos deficientes o ausentes: Ausencia de validaciones, autorizaciones, conciliaciones o supervisiones en puntos clave de los procesos.
- ✓ Inadecuada gestión documental y archivística: Pérdida de soportes, documentos incompletos, dificultad para la trazabilidad de la información.

- **Tecnología y Sistemas de Información:**

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- ✓ Sistemas de información fragmentados o no integrados: Dificulta la visión integral de la gestión y la generación de información confiable (ej. Facturación, no integrada con auditoría o cartera).
 - ✓ Software con vulnerabilidades: Riesgos de ciberseguridad, pérdida de datos, fallas en la operación.
 - ✓ Ausencia de copias de seguridad (backups) o planes de continuidad tecnológica: Riesgo de pérdida irrecuperable de información.
 - ✓ Falta de trazabilidad o auditoría en los sistemas: Imposibilidad de saber quién, cuándo y qué modificó en un registro.
- **Información y Comunicación:**
 - ✓ Información incompleta, inexacta o inoportuna: Dificulta la toma de decisiones y el seguimiento a la gestión (ej. reportes financieros o de indicadores de calidad).
 - ✓ Canales de comunicación interna ineficaces: Falta de difusión de políticas, procedimientos o directrices a todo el personal.
 - ✓ Carencia de indicadores de gestión y desempeño: Dificultad para medir el avance de los objetivos y la efectividad de los controles.
 - **Infraestructura y Dotación:**
 - ✓ Instalaciones físicas inadecuadas o con deficiencias de mantenimiento: Riesgos para la seguridad del paciente, el personal o la conservación de insumos (ej. problemas eléctricos, goteras, falta de cadena de frío).
 - **Gobernanza y Direccionamiento Estratégico:**
 - ✓ Falta de compromiso visible con el control interno y la cultura de integridad.
 - ✓ Comités institucionales inoperantes o ineficaces: Decisiones no tomadas, falta de seguimiento a acuerdos.
 - ✓ Inadecuada articulación entre la planeación y la ejecución: Planes que no se aterrizan a la realidad operativa.

b) FUENTES DE RIESGOS SARLAFT (Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo)

Los riesgos SARLAFT se centran en las vulnerabilidades de la ESE a ser utilizada por criminales para dar apariencia de legalidad a dinero ilícito o para financiar actividades terroristas. Las fuentes de estos riesgos se clasifican típicamente en factores de riesgo:

- **Clientes/Usuarios (Pacientes y sus Acudientes):**
 - ✓ Identificación del cliente deficiente: Fallas en los procesos de verificación de identidad, suplantación de identidad.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- ✓ Personas Expuestas Políticamente (PEP) o sus familiares/asociados: La posición de poder de estas personas puede ser utilizada para el tráfico de influencias o corrupción, que luego deriva en Atención Prioritaria.
 - ✓ Terceros pagadores no habituales: Pagos de servicios de salud por parte de personas o empresas no relacionadas con el paciente.
- **Proveedores y Contratistas:**
 - ✓ Proveedores de alto riesgo: Empresas o personas jurídicas ubicadas en jurisdicciones de alto riesgo (GAFI) o con actividades económicas atípicas.
 - ✓ Intermediarios y consultores no transparentes: Utilización de intermediarios para ocultar el verdadero beneficiario de un contrato.
 - ✓ Procesos de contratación débiles: Favorecimiento, sobrecostos, fraccionamiento de contratos, lo que facilita el desvío de fondos.
 - **Canales de Distribución:**
 - Cajas y ventanillas con manejo de efectivo: Múltiples puntos de recaudo de dinero en efectivo sin controles estrictos.
 - Pagos a través de terceros: Realizar pagos a cuentas de personas o empresas diferentes al proveedor o empleado.
 - **Talento Humano (Facilitadores Internos):**
 - ✓ Empleados involucrados en actos de corrupción o fraude: Quienes, por su posición, pueden facilitar operaciones de LA/FT o no reportar las sospechas.
 - ✓ Falta de capacitación en SARLAFT: Empleados que no saben identificar señales de alerta o tipologías de LA/FT.

6.7.1.2 Factores de Riesgos

a) SICOF

En el contexto del subsistema de administración de riesgos de corrupción, opacidad y fraude (alineado a MIPG y MECI), los factores de riesgo son las circunstancias internas o externas que pueden afectar el logro de los objetivos, la integridad de la información financiera y la protección de los recursos.

- **Factor: ENTORNO DE CONTROL Y GOBERNANZA:** Relacionado con la ética, la estructura y la directriz institucional.
 - ✓ Ausencia de un Código de Integridad socializado y apropiado.
 - ✓ Deficiencia en la segregación de funciones (una misma persona pide, compra y paga).

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- **Factor: PROCESOS OPERATIVOS Y ADMINISTRATIVOS:** Fallas en el diseño o ejecución de las actividades diarias.
 - ✓ Debilidades en el control de inventarios (farmacia y almacén) que facilitan la pérdida o hurto.
 - ✓ Falta de conciliación oportuna entre las áreas de presupuesto, contabilidad y tesorería.
 - ✓ Inexistencia de manuales de procedimientos actualizados.
- **Factor: TECNOLOGÍA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN:** Vulnerabilidades en el software, hardware y manejo de datos.
 - ✓ Sistemas de información no integrados (Software asistencial no habla con el financiero).
 - ✓ Permisos de usuario genéricos o sin control de acceso (cualquiera puede modificar una factura).
 - ✓ Falta de copias de seguridad (Backups) automatizadas.
 - ✓ Obsolescencia tecnológica que impide el reporte a entes de control.
- **Factor: TALENTO HUMANO:** Idoneidad, competencia y honestidad del personal.
 - ✓ Personal no capacitado en normas contables (NICSP) o de contratación estatal.
 - ✓ Sobrecarga laboral que induce al error humano.
 - ✓ Nombramiento de personal sin verificar requisitos mínimos (Idoneidad).
 - ✓ Desmotivación laboral que puede llevar a fraude interno.
- **Factor: LEGAL Y NORMATIVO:** Cambios en la legislación o incumplimiento de la misma.
 - ✓ Desconocimiento de nuevas normas fiscales o tributarias.
 - ✓ Incumplimiento de reportes a la Contraloría, Supersalud o Ministerio (Sist. CHIP, SIHO).
 - ✓ Demandas en contra de la entidad por mala práctica médica o administrativa.

Resumen para Matriz de Riesgos:

SISTEMA	FACTORES CLAVE (AGRUPADORES)
SARLAFT	1. Clientes/Usuarios 2. Productos/Servicios 3. Canales de Distribución 4. Jurisdicciones

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

SISTEMA	FACTORES CLAVE (AGRUPADORES)
SICOF / MECI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entorno de Control 2. Operacional/Procesos 3. Tecnológico 4. Talento Humano 5. Legal/Normativo

b) SARLAFT

En la metodología SARLAFT, los factores de riesgo son los agentes generadores del riesgo de LA/FT. Para la ESE QuilisaLud, se deben identificar y segmentar los siguientes:

- **Factor: PROVEEDORES:** Son los servicios o productos que contrata la ESE para garantizar su operatividad
 - ✓ Estructuras Jurídicas Opacas: Proveedores cuya estructura accionaria es compleja o no permite identificar fácilmente al Beneficiario Final (quién es el dueño real detrás del papel).
 - ✓ Inconsistencias Financieras: Empresas recién creadas con capitales enormes injustificados o, por el contrario, empresas con capital ínfimo que licitan contratos multimillonarios (posibles empresas de papel).
 - ✓ Precios Fuera de Mercado: Proveedores que ofrecen insumos o medicamentos a precios excesivamente bajos (sospecha de contrabando o lavado) o excesivamente altos (sobrecostos para desviar recursos).
 - ✓ Jurisdicciones de Riesgo: Proveedores ubicados en zonas geográficas fronterizas de alto riesgo o paraísos fiscales, sin justificación logística clara.
 - ✓ Antecedentes Negativos: Aparición del representante legal, socios o revisor fiscal en listas restrictivas (Lista Clinton/OFAC, ONU) o boletines de la Contraloría/Procuraduría por delitos financieros.
 - ✓ Resistencia a la Debida Diligencia: Proveedores que se niegan a entregar documentación legal, financiera o a actualizar el formulario de conocimiento del tercero.
- **Factor: USUARIOS:** posibilidad de que pacientes, acudientes o terceros pagadores utilicen los servicios de salud o los procesos administrativos de la ESE para dar apariencia de legalidad a recursos ilícitos.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- ✓ Identificación Dudosa: Pacientes que presentan documentos de identidad con inconsistencias, borrones, o se niegan a actualizar sus datos básicos en el sistema de admisión.
- Factor: funcionarios: Posibilidad de que un colaborador interno sea utilizado por organizaciones criminales, o actúe por voluntad propia, para facilitar el lavado de activos o la financiación del terrorismo desde adentro.
 - ✓ Enriquecimiento Injustificado: funcionarios que exhiben un nivel de vida, bienes (carros, casas, viajes) o gastos que no corresponden a su salario en la ESE.
 - ✓ Omisión de Controles (Ceguera Voluntaria): Empleados encargados de admisiones, facturación o tesorería que deliberadamente omiten reportar operaciones sospechosas, no solicitan documentos de identidad o manipulan el sistema para favorecer a terceros.
 - ✓ Relaciones Inusuales con Proveedores: funcionarios de compras o almacén que tienen vínculos personales o reciben dádivas de proveedores, facilitando la entrada de facturas ficticias o insumos de contrabando.
 - ✓ Cambio de Comportamiento: Empleados que se niegan a tomar vacaciones, son recelosos con su puesto de trabajo o evitan la rotación de funciones (típico indicio de ocultamiento de fraudes).
 - ✓ Fraccionamiento de Transacciones: Cajeros que manipulan los ingresos de efectivo para evitar que el sistema genere alertas automáticas por montos elevados.
 - ✓ Inconsistencias en Hoja de Vida: Datos falsos sobre experiencia o estudios, o periodos de tiempo no justificados que podrían ocultar actividades ilícitas previas.

6.7.3 Evaluación y Medición de riesgos COF y LAFT

6.7.3.1 Paso 1 Identificación y descripción del riesgo

a) Identificación de riesgos claves y asociación de estos frente a los objetivos previamente identificados:

Son aquellos eventos que podrían afectar de forma previsible el logro de los objetivos del proceso. En el análisis se considera, además del objetivo, la estructura, sus actividades claves y la participación dentro de la cadena de valor o ciclo de los procesos.

b) Identificación de áreas de impacto:

Consecuencia económica o reputacional, a la que se expone a la ESE en caso de materializarse un riesgo.

c) Descripción del Riesgo

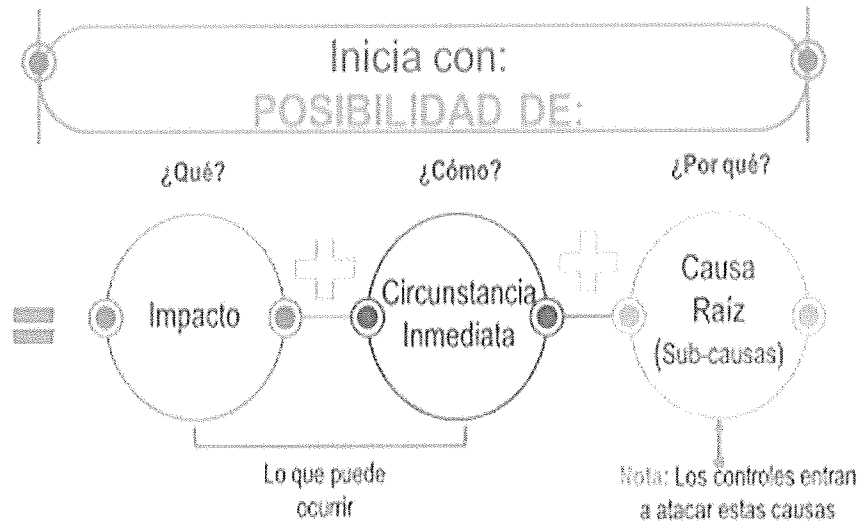
	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

A partir del punto de riesgo, área de impacto y área(s) de factor(es) de riesgo identificados, se debe proceder con la descripción del riesgo.

- Impacto: las consecuencias (afectación económica (o presupuestal) y/o afectación reputacional) que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.
- Causa inmediata: circunstancia o situación más evidentes sobre la cual se presenta el riesgo, las mismas no constituyen la causa principal para que se presente el riesgo.
- Estos dos elementos permiten plantear el evento no deseado (¿qué puede ocurrir?), es decir la situación, acción, condición o suceso incierto que, si ocurre, podría afectar el logro de los objetivos de la entidad.
- Características clave: Debe ser específico y claro, no genérico. Expresado en términos de qué podría pasar.
- Causa raíz: Se plantea ¿por qué puede ocurrir? el evento, bajo análisis de la causa principal o básica, razones por la cuales se puede presentar el riesgo, información esencial para definición de controles, del paso 3 diseño y análisis de controles. Para un mismo riesgo pueden existir más de una causa o subcausas que se analiza.
- Las características clave: Identificar causas raíz y condiciones contribuyentes que se clasifican: humanas, tecnológicas, normativas, ambientales, organizacionales.
- Un adecuado análisis de causa raíz: Diferencia la causa raíz, de la causa inmediata, entendida esta última como las circunstancias más evidentes sobre la cual se presenta el riesgo y que en ocasiones, no constituyen la causa principal del riesgo. Para facilitar la redacción adecuada del riesgo y desplegar detalles necesarios para la identificación, se propone la siguiente estructura. Ver figura No. 1 y 2.

Figura No. 1 Estructura para la redacción del riesgo

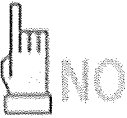
	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026



Fuente: Elaboración Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. 2025

Figura No. 2

- No describir como riesgos fallas ni desviaciones del control
- No describir riesgos como la negación de un control.
- No existen riesgos transversales, lo que pueden existir son causas transversales.



Ejemplo: posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimientos a la gestión documental, debido a la pérdida de expedientes del archivo central

En este caso se trata de un riesgo asociado a la gestión documental, pero esta causa raíz relacionada con la pérdida de expedientes puede representar un riesgo frente a la gestión contractual, la gestión jurídica y en cada proceso sus responsables y controles son específicos.

Fuente: Elaboración Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. 2025

Bajo las anteriores consideraciones, una representación simplificada del modelo de descripción del riesgo contiene los siguientes elementos:

- Evento no deseado y sus posibles consecuencias: ¿Qué puede pasar?

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Causas: ¿Por qué puede pasar?
- Tipología: ¿A qué categoría pertenece?
- Factor de riesgo: ¿Qué condición aumenta su probabilidad?

6.7.3.2 Paso 2: Análisis de Riesgo Inherente

a) Determinar la probabilidad:

Posibilidad de ocurrencia del riesgo, está asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad. La probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo (1 año). Con ello se determina la frecuencia con la que se lleva a cabo la actividad que genera la exposición al riesgo identificado. Ejemplo de actividades relacionadas con la gestión, para definir escala de probabilidad: Ver Tabla No. 1


Tabla 1 Actividades relacionadas con la gestión en entidades públicas

Actividad	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad frente al Riesgo
Planeación estratégica	1 vez al año	Muy baja
Actividades de talento humano, jurídica, administrativa	Mensual	Media
Contabilidad, cartera	Semanal	Muy Alta
*Tecnología (incluye disponibilidad de aplicativos), tesorería *Nota: En materia de tecnología se tiene en cuenta 1 hora funcionamiento = 1 vez. Ej.: Aplicativo FURAG está disponible durante 2 meses las 24 horas, en consecuencia su frecuencia se calcularía 60 días * 24 horas= 1440 horas.	Diaría	Muy alta

Fuente: Elaboración Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. 2025

La exposición al riesgo está asociada al proceso o actividad que se esté analizando, es decir, al número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año, en la Tabla 2 se establecen los criterios para definir el nivel de probabilidad.

Tabla 2 Criterios para definir el nivel de probabilidad

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

Probabilidad	Frecuencia de la Actividad
Muy Baja – 20%	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año
Baja – 40%	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año
Media – 60%	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 25 a 500 veces por año
Alta – 80%	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 500 veces al año y máximo 5000 veces por año
Muy Alta – 100%	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año

Fuente: Elaboración Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. 2025

b) Determinar el Impacto

Consecuencias de materialización del riesgo. Cómo Impactos económicos y reputacionales como variables principales, afectaciones de ejecución presupuestal, pagos de sanciones económicas, indemnización a terceros, sanciones por incumplimientos legal; afectación a la imagen institucional por vulneraciones a la información o por fallas en la prestación del servicio, estos temas se agrupan en impacto económico y reputacional, para facilitar y evitar la subjetividad del análisis por parte de líderes. Cuando se presenten ambos impactos para un riesgo, tanto económico como reputacional con diferentes niveles, se deberá tomar el nivel más alto. Ejemplo: Se tiene un impacto económico en nivel mayor y uno reputacional en nivel moderado, se tomará el más alto, el del nivel mayor. se establecen los criterios para definir el nivel de impacto.

Tabla 3 Criterios para definir el nivel de impacto

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

Nivel de Impacto	Afectación Económica	Afectación Reputacional
Leve-20%	Afectación menor a 10 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de algún área de la entidad.
Menor-40%	Mayor a 10 SMLMV y Menor a 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel interno, de conocimiento general, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.
Moderado-60%	Mayor a 50 SMLMV y Menor a 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor-80%	Mayor a 100 SMLMV y Menor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico-100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

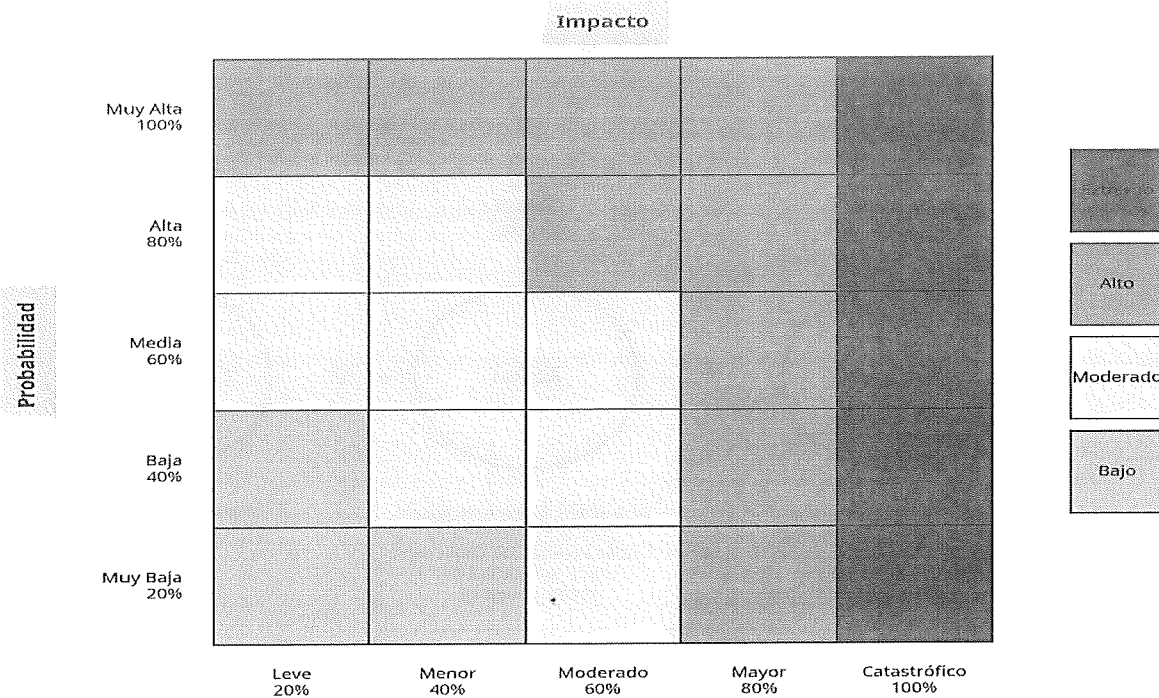
Fuente: Elaboración Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. 2025

c) Análisis de severidad:

Determinar los niveles de severidad a través de la combinación entre la probabilidad y el impacto. Se definen 4 zonas de severidad en la matriz de calor (ver Figura No. 3)

Figura No. 3 Matriz de calor (niveles de severidad del riesgo)

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026



Fuente: Elaboración Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. 2025

A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se busca determinar el nivel de **RIESGO INHERENTE**.

6.7.3.3 Paso 3: Diseño y Análisis de Controles

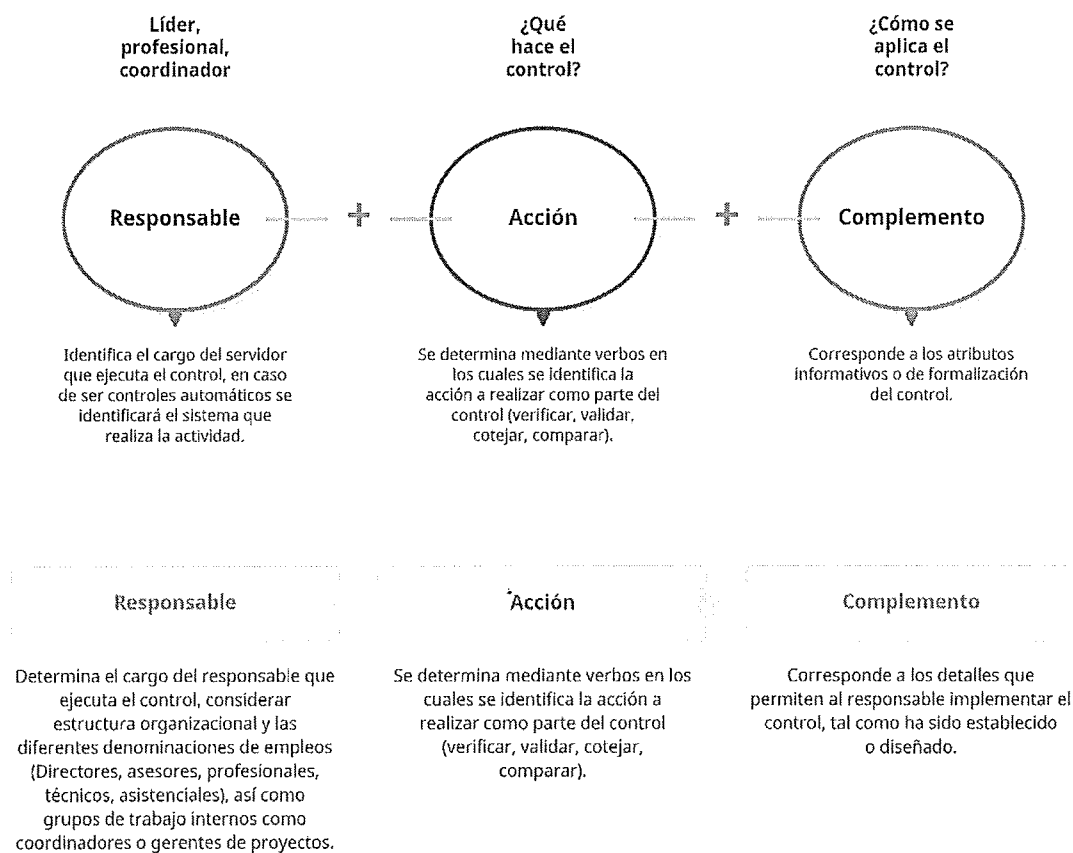
Son acciones concretas, con atributos específicos establecidas a través de políticas, procedimientos u otras directrices o documentos institucionales e implementadas con el propósito de ofrecer una seguridad razonable respecto al logro de los objetivos. Para la identificación o bien el diseño de controles se debe tener en cuenta que:

- Se diseñan y establecen para cada riesgo a través de diferentes mecanismos, entrevistas con los líderes de procesos o servidores expertos, o a través del análisis de procedimientos, manuales, guías y/o instructivos que el líder del proceso haya diseñado para la gestión de la actividad que genera la exposición al riesgo.
- Considerar los diferentes atributos de las actividades de control para asegurar: responsables de ejecución, segregación de funciones y niveles de autoridad.
- Las actividades de control atenderán las causas raíz y se enfocarán en la gestión de factores de riesgo. Estas serán mayormente efectivas cuando cuenten con todos sus atributos y cuando estén directamente relacionadas con las causas y los factores.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

a) Estructura para la Descripción del Control: Se despliega en la figura 4.

Figura 4. Estructura para la redacción de controles



Atributos del Control

Fuente: Elaboración Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. 2025

Desglosando la estructura propuesta tenemos el despliegue de atributos para el control así:

- **Responsable:** Cargo de la persona que ejecuta el control, estructura organizacional y las denominaciones de empleo (Gerente, coordinadores, profesionales, asistenciales), su despliegue en grupos de trabajo internos, incluye coordinadores de proyectos. Cuando se trate de controles automáticos se identifica el responsable de su calibración o parametrización periódica en el software a través del cual opere el control. Considerar que cuente con un nivel de autoridad apropiado de cara a la actividad de control, así como aspectos básicos de segregación de funciones para evitar que quién sea la fuente generadora de riesgo, sea el único que aplica alguna actividad de control.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Acción: Determina para qué se realiza el control, se utilizar verbos fuertes como: Verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar, detectar.
- Atributos Informativos o de formalización del control: Corresponde a los detalles que permiten al responsable implementar el control, tal como ha sido establecido o diseñado. Se contemplan los siguientes aspectos:
 - ✓ Documentación: se refiere a la fuente documental de los controles, bien sea que su definición esté en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso.
 - ✓ Frecuencia: corresponde a la periodicidad con la cual se ejecuta una actividad de control debe ser adecuada para detectar o prevenir el riesgo en función de su nivel de exposición inherente. (puede ser periódica o por evento).
 - ✓ Evidencia: permite contar con una trazabilidad en la ejecución del control. Puede ser registro físico manual o registro electrónico.
 - ✓ Ejecución: establece cómo se ejecuta el control (fuentes de información confiables), al igual acciones a tomar en caso de desviaciones o situaciones que se detecten.


Se tiene entonces que, para la redacción del control es necesario aplicar todos los atributos acá descritos, de manera tal que se constituyan en una herramienta de control efectiva, los cuales se agrupan a través de la estructura para la redacción del control.

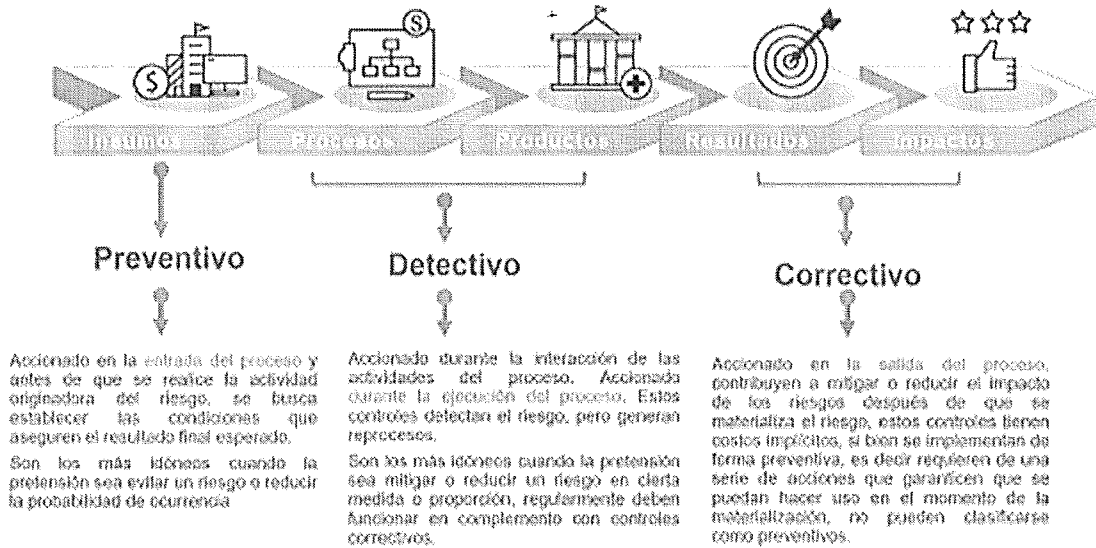
b) Tipologías de Controles:

Para establecer la tipología de controles para su validación, es necesario acudir al ciclo de los procesos, con el fin de precisar cuándo se activa un control y, por lo tanto, determinar si se trata de un control preventivo, defectivo o correctivo, o bien una combinación de estos.

Para comprender esta estructura conceptual, a continuación, se consideran desde la cadena de valor de los procesos, con el fin de establecer en qué momento se activa el control en función de las actividades clave del proceso, base para la definición de los controles aplicables en sus 3 tipologías que se explican más adelante (Ver figura 5):

Figura No. 5 Tipos de Controles y su aplicación

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026



Fuente: Elaboración Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. 2025

De acuerdo con el anterior esquema en el ciclo de un proceso, tenemos las siguientes tipologías de controles:

- **Control preventivo:** accionado en la entrada del proceso y antes de que se realice la actividad originadora del riesgo, se busca establecer las condiciones que aseguren el resultado final esperado.
- **Control detectivo:** accionado durante la ejecución del proceso. Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos.
- **Control correctivo:** Accionado en la salida del proceso y después de que se materializa el riesgo, tienen costos implícitos. Se contemplan pólizas de seguro, copias de seguridad (*backup*), bancos de datos u otros mecanismos que permiten enfrentar el riesgo una vez materializado, los cuales se implementan de forma preventiva, es decir requieren de una serie de acciones que garanticen que se puedan hacer uso en el momento de la materialización, pero no pueden clasificarse como preventivos, ya que sería una sobrevaloración de control que podría generar análisis errados en los niveles de severidad. En consecuencia, si bien estos controles requieren en su diseño que se apliquen actividades con un enfoque preventivo, al momento de materialización del riesgo deben ser considerados como controles correctivos. Así mismo, de acuerdo con la forma como se ejecutan tenemos:
 - ✓ **Control manual:** ejecutados por personas.
 - ✓ **Control automático:** ejecutados por un sistema o software previamente programado diseñado.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

c) Valoración de Controles:

La tabla aplicable para la valoración de controles, determina la forma como se califican los atributos o características de **Eficiencia**. Los atributos informativos o de formalización del control, de la figura No. 9 Estructura para la Descripción del Control no se aplican en la valoración, pero deben analizarse para garantizar su diseño. Ver tabla No. 4 y 5.

Tabla No. 4 Valoración de controles			Tabla No.5 Valoración de controles																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Características de Eficiencia</th> <th>Peso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Tipo</td> <td>Preventivo</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Detectivo</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>Correctivo</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Implementación <small>Nota: En implementación no se tienen controles semiautomáticos.</small></td> <td>Automático</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Manual</td> <td>15%</td> </tr> </tbody> </table>			Características de Eficiencia		Peso	Tipo	Preventivo	25%	Detectivo	15%	Correctivo	10%	Implementación <small>Nota: En implementación no se tienen controles semiautomáticos.</small>	Automático	25%	Manual	15%	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Características de Eficiencia</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Documentación</td> <td>Procedimientos</td> <td>Basados en la estructura del Modelo de Operación por procesos, despliegues desde cada proceso, sus procedimientos y esquemas asociados, que se encuentren documentados.</td> </tr> <tr> <td>Sistemas de información</td> <td>Sistemas de información de apoyo a la ejecución del control (si existen).</td> </tr> <tr> <td>Otros Esquemas</td> <td>Políticas de operación, manuales o guías específicas.</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Frecuencia</td> <td>Siempre que se ejecuta la actividad</td> <td>La oportunidad en que se ejecuta el control debe ayudar a prevenir la mitigación del riesgo o a detectar la materialización del riesgo de manera oportuna.</td> </tr> <tr> <td>Periódicamente (diario, mensual, bimestral, trimestral, semestral).</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Evidencia (Trazabilidad de la ejecución)</td> <td>Con registro manual</td> <td>Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control.</td> </tr> <tr> <td>Con registro electrónico</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Ejecución (Fuentes de información internas o externas)</td> <td>Interna</td> <td>Formatos o registros internos formales.</td> </tr> <tr> <td>Externa</td> <td>Registros externos confiables (extractos bancarios, confirmaciones de autenticidad de documentos, SECOP, SIF, SIGEP, bases de datos).</td> </tr> </tbody> </table>		Características de Eficiencia		Descripción	Documentación	Procedimientos	Basados en la estructura del Modelo de Operación por procesos, despliegues desde cada proceso, sus procedimientos y esquemas asociados, que se encuentren documentados.	Sistemas de información	Sistemas de información de apoyo a la ejecución del control (si existen).	Otros Esquemas	Políticas de operación, manuales o guías específicas.	Frecuencia	Siempre que se ejecuta la actividad	La oportunidad en que se ejecuta el control debe ayudar a prevenir la mitigación del riesgo o a detectar la materialización del riesgo de manera oportuna.	Periódicamente (diario, mensual, bimestral, trimestral, semestral).		Evidencia (Trazabilidad de la ejecución)	Con registro manual	Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control.	Con registro electrónico		Ejecución (Fuentes de información internas o externas)	Interna	Formatos o registros internos formales.	Externa	Registros externos confiables (extractos bancarios, confirmaciones de autenticidad de documentos, SECOP, SIF, SIGEP, bases de datos).
Características de Eficiencia		Peso																																										
Tipo	Preventivo	25%																																										
	Detectivo	15%																																										
	Correctivo	10%																																										
Implementación <small>Nota: En implementación no se tienen controles semiautomáticos.</small>	Automático	25%																																										
	Manual	15%																																										
Características de Eficiencia		Descripción																																										
Documentación	Procedimientos	Basados en la estructura del Modelo de Operación por procesos, despliegues desde cada proceso, sus procedimientos y esquemas asociados, que se encuentren documentados.																																										
	Sistemas de información	Sistemas de información de apoyo a la ejecución del control (si existen).																																										
	Otros Esquemas	Políticas de operación, manuales o guías específicas.																																										
Frecuencia	Siempre que se ejecuta la actividad	La oportunidad en que se ejecuta el control debe ayudar a prevenir la mitigación del riesgo o a detectar la materialización del riesgo de manera oportuna.																																										
	Periódicamente (diario, mensual, bimestral, trimestral, semestral).																																											
Evidencia (Trazabilidad de la ejecución)	Con registro manual	Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control.																																										
	Con registro electrónico																																											
Ejecución (Fuentes de información internas o externas)	Interna	Formatos o registros internos formales.																																										
	Externa	Registros externos confiables (extractos bancarios, confirmaciones de autenticidad de documentos, SECOP, SIF, SIGEP, bases de datos).																																										

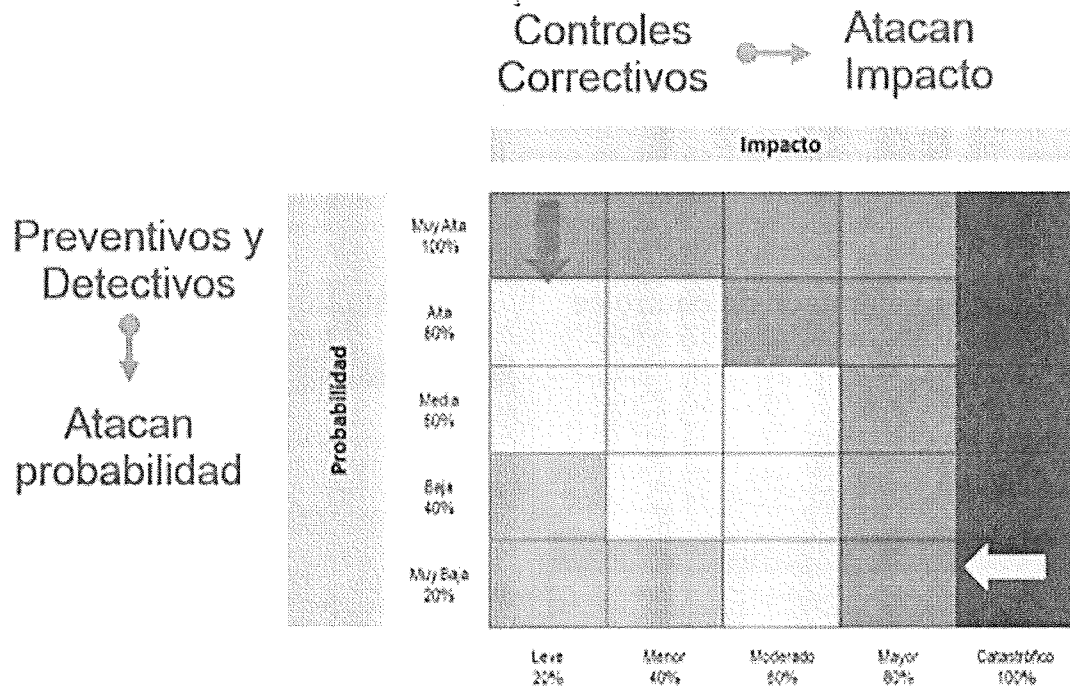
Fuente: Elaboración Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. 2025

d) Aplicación de Controles en la matriz de severidad:

Teniendo en cuenta que es a partir de los controles que se dará el movimiento en la matriz de calor, se muestra cuál es el movimiento en el eje de probabilidad y en el eje de impacto de acuerdo con los tipos de controles. Ver Figura No. 6

Figura No.6 Movimiento en la matriz de calor acorde con el tipo de control

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026



Fuente: Elaboración Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. 2025

6.7.3.4 Paso 4: Valoración de Riesgo Residual

Es el resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente. Para la aplicación de los controles se debe tener en cuenta que, estos mitigan el riesgo de forma acumulativa, esto quiere decir que una vez se aplica el valor de uno de los controles, el siguiente control se aplicará con el valor resultante luego de la aplicación del primer control. Para mayor claridad, se despliega un ejemplo, donde se observan los cálculos requeridos para la aplicación de 2 controles, uno preventivo y uno detectivo. Ver Tabla No. 6

Tabla No.6 Aplicación de controles para establecer el riesgo residual

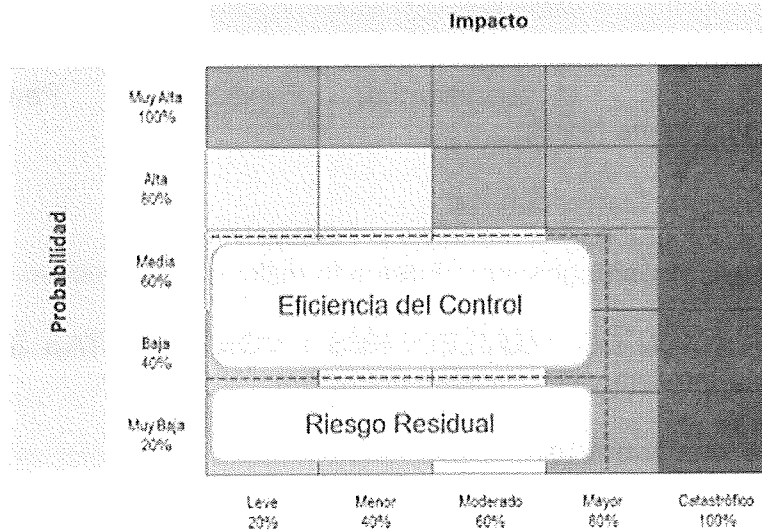
	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

Riesgo	Datos relacionados con la probabilidad e impacto inherentes		Datos valoración de controles		Cálculos requeridos
	Valoración de Probabilidad				
Posibilidad de pérdida económica por multa y sanción del ente regulador debido a la adquisición de bienes y servicios sin el cumplimiento de los requisitos normativos.	Probabilidad inherente	60%	Valoración control 1 preventivo	40%	$60\% \cdot 40\% = 24\%$ $60\% - 24\% = 36\%$
	Valor probabilidad para aplicar 2º control				36%
	Valoración control 2 detectivo			30%	$36\% \cdot 30\% = 10,8\%$ $36\% - 10,8\% = 25,2\%$
	Probabilidad Residual				25,2%
	Valoración de Impacto				
	Impacto Inherente	80%			
	No se tienen controles para aplicar al impacto	N/A	N/A	N/A	N/A
	Impacto Residual				59%

Fuente: Elaboración Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. 2025

Gráficamente el movimiento en la matriz de calor se muestra en la figura 7:

Figura No. 7 Movimiento en la matriz de calor con el ejemplo propuesto



Fuente: Elaboración Dirección de Gestión y Desempeño Institucional. 2025

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

6.8 SEGMENTACIÓN DE FACTORES DE RIESGO (SICOF Y SARLAFT) ESE QUILISALUD

La ESE Quilisalud, en cumplimiento de la metodología de administración del riesgo, ha definido los siguientes criterios de segmentación para agrupar y diferenciar los factores de riesgo, permitiendo una gestión focalizada y eficiente de los controles.

6.8.1 SEGMENTACIÓN PARA SARLAFT (Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo)

El objetivo de esta segmentación es detectar operaciones inusuales comparando a un cliente o contraparte con su "grupo de pares". Si alguien se comporta muy diferente a su segmento, es una señal de alerta.

a) **SEGMENTACIÓN DE CLIENTES / USUARIOS (Pacientes y Pagadores)** Se agrupan según su naturaleza jurídica, capacidad de pago y tipo de vinculación:

- **Por Tipo de Vinculación:**
 - ✓ *Régimen Subsidiado:* (Riesgo bajo de LA/FT, riesgo alto de fraude por suplantación).
 - ✓ *Régimen Contributivo:* (Riesgo medio).
 - ✓ *Particulares / Privados:* (Riesgo alto - manejan recursos propios).
 - ✓ *Extranjeros:* (Riesgo alto - dificultad de verificación).
- **Por Actividad Económica:**
 - ✓ Asalariados, Independientes, Pensionados, Personas Expuestas Políticamente (PEP).
- **Por Volumen Transaccional:**
 - ✓ Usuarios con pagos menores a 1 SMMLV.
 - ✓ Usuarios con pagos superiores a [5 millones] en efectivo.

b) **SEGMENTACIÓN DE PROVEEDORES Y CONTRATISTAS** Se agrupan según el tipo de bien/servicio y su criticidad financiera:

- **Por Objeto del Contrato:**
 - ✓ Suministros Médicos y Medicamentos: (Alto volumen financiero).
 - ✓ Obras de Infraestructura: (Montos elevados, alto riesgo de corrupción/lavado).
 - ✓ Servicios Generales y Administrativos.
- **Por Monto de Contratación:**
 - ✓ Mínima Cuantía, Menor Cuantía, Licitación Pública.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- **Por Ubicación Geográfica:**

- ✓ Proveedores Locales (Municipio de Quilichao).
- ✓ Proveedores Nacionales.
- ✓ Proveedores de Zonas de Alto Riesgo o Frontera.

c) SEGMENTACIÓN DE PRODUCTOS Y SERVICIOS (Institucionales) Se clasifican según su vulnerabilidad para ser usados en ilícitos:

- Servicios Asistenciales POS: (Bajo riesgo, pagos cruzados por ADRES/EPS).
- Servicios NO POS / Particulares: (Alto riesgo, pagos directos).
- Alquiler de Infraestructura: (Cafeterías, parqueaderos - manejo de efectivo).

d) SEGMENTACIÓN DE CANALES DE DISTRIBUCIÓN

- Canales Presenciales con Efectivo: Cajas de recaudo en ventanilla (Alto Riesgo).
- Canales Financieros: Transferencias bancarias, pagos PSE (Riesgo Medio - Trazable).
- Canales de Convenio: Giros directos del Ministerio/ADRES (Bajo Riesgo LA/FT).

6.8.2 SEGMENTACIÓN PARA SICOF (Control Interno y Financiero)

En SICOF, la segmentación busca agrupar procesos y cuentas contables para priorizar dónde poner los controles antifraude y de calidad de la información financiera.

a) SEGMENTACIÓN DE PROCESOS (Macroprocesos)

- Procesos Estratégicos: Gerencia, Planeación, Calidad.
- Procesos Misionales (Core del Negocio): Consulta Externa, Apoyo Diagnóstico. (Aquí se genera la facturación y el riesgo de pérdida de ingresos).
- Procesos de Apoyo: Talento Humano, Financiero, Compras, Sistemas, Jurídica.
- Procesos de Evaluación: Control Interno, Control Disciplinario.

b) SEGMENTACIÓN DE CUENTAS CONTABLES (Críticidad Financiera) Se agrupan las cuentas según su materialidad y riesgo de error o fraude:

- Cuentas de Alto Riesgo:
 - ✓ Efectivo y equivalentes: (Cajas menores, Bancos).
 - ✓ Cuentas por Cobrar (Cartera): (Riesgo de deterioro, glosas o fraude en facturación).
 - ✓ Inventarios: (Medicamentos e insumos - alto riesgo de pérdida/hurto).
 - ✓ Propiedad, Planta y Equipo.
- Cuentas de Riesgo Medio: Pasivos estimados, provisiones.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Cuentas de Bajo Riesgo: Patrimonio institucional.

c) SEGMENTACIÓN DE TALENTO HUMANO (Por Nivel de Responsabilidad)

- Nivel Directivo / Ordenadores del Gasto: (Gerente, Subgerentes - Alto riesgo de corrupción/decisión).
- Nivel Asesor y Profesional Especializado: (Jefes de oficina, Coordinadores médicos).
- Nivel Técnico y Asistencial: (Manejo operativo, riesgo de error humano).
- Manejo de Valores: Funcionarios con responsabilidad fiscal (Tesorero, Cajeros, Almacenista).

Resumen de la Utilidad para la ESE: Al tener segmentados estos factores, la ESE Quilisalud no aplica el mismo control a todos. Por ejemplo:

- A un Proveedor de Infraestructura (Alto Riesgo) se le pide Sarlaft, Estados Financieros Auditados y visita técnica.
- A un Proveedor de Papelería (Bajo Riesgo) se le pide solo RUT y Cámara de Comercio.

Esto optimiza recursos y enfoca la vigilancia donde realmente importa.

6.8.3 Señales de Alerta

a) SARLAFT (Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo)

Estas alertas buscan identificar dinero de origen ilícito o intentos de ocultar el beneficiario final.

• Relacionadas con el Cliente/Paciente:

- ✓ Pagos Fraccionados (Pitufeo): Un paciente o usuario intenta realizar múltiples pagos en efectivo por montos pequeños el mismo día o en días consecutivos para evitar el diligenciamiento de formularios de control.
- ✓ Resistencia a la Información: El usuario se niega a actualizar sus datos básicos, presenta documentos de identidad ilegibles, o da información falsa (direcciones o teléfonos inexistentes).
- ✓ Recursos Injustificados: Pacientes (especialmente del régimen subsidiado) que solicitan y pagan en efectivo servicios.
- ✓ Interés por los Controles: El usuario pregunta insistentemente sobre los límites de efectivo permitidos o sobre los reportes que la ESE envía a las autoridades.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- ✓ Cancelación y Reembolso: Un usuario paga un servicio costoso por adelantado, lo cancela repentinamente sin justificación médica y pide el reembolso mediante cheque a nombre de un tercero o transferencia a una cuenta diferente.
- **Relacionadas con Proveedores y Contratistas:**
 - ✓ Empresas Recientes: Proveedores constituidos recientemente con capitales muy bajos que licitan contratos de alta cuantía.
 - ✓ Precios Anormales: Ofertas de insumos o servicios con precios significativamente por debajo o por encima del mercado sin justificación técnica (posible contrabando o sobrecostos).
 - ✓ Cambios en la Cuenta Bancaria: Solicitudes frecuentes de cambio de cuentas bancarias para recibir pagos, o solicitud de pagos a cuentas en el exterior (especialmente paraísos fiscales) o a nombre de personas naturales distintas al contratista.
 - ✓ Estructura Opaca: Dificultad para identificar a los socios reales o beneficiarios finales de la empresa proveedora.

b) SEÑALES DE ALERTA SICOF (Fraude, Corrupción y Control Financiero)

Estas alertas buscan identificar robos internos, malversación de fondos o errores contables graves.

- **Relacionadas con Tesorería y Manejo de Efectivo:**
 - ✓ **Faltantes o Sobrantes Recurrentes:** Diferencias constantes en los cuadros de caja diarios, aunque sean montos pequeños.
 - ✓ **Documentación Alterada:** Recibos de caja manuales con borrones, tachaduras, o uso de corrector líquido en fechas o montos.
 - ✓ **Jineteo de Fondos:** Retraso injustificado entre el momento en que se recibe el dinero del paciente y el momento en que se consigna en el banco.
 - ✓ **Cheques Girados a "Portador":** O cheques girados sin el sello restrictivo de "Páguese al primer beneficiario".
- **Relacionadas con Inventarios (Farmacia y Almacén):**
 - ✓ Ajustes de Inventario Excesivos: Frecuentes ajustes contables por "pérdida", "vencimiento" o "merma" sin la debida investigación o acta de baja.
 - ✓ Compras de Urgencia Repetitivas: Adquisiciones constantes por fuera de la planeación (compras directas) alegando urgencia vital, favoreciendo siempre al mismo proveedor.
 - ✓ Recepción sin Verificación: Ingreso de mercancía al sistema sin el soporte de la remisión o factura física, o sin conteo ciego.
- **Relacionadas con Facturación y Cartera:**

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- ✓ Anulación de Facturas: Un alto volumen de facturas anuladas o notas crédito emitidas por un mismo funcionario sin justificación clara.
 - ✓ Cuentas por Cobrar Antiguas: Saldos pendientes de cobro que permanecen estáticos por mucho tiempo sin gestión de cobro coactivo evidenciada.
 - ✓ Doble Facturación: Identificación de procedimientos cobrados dos veces a diferentes aseguradoras o al paciente y a la EPS simultáneamente.
- **Relacionadas con Talento Humano (Comportamiento del Funcionario):**
 - ✓ Estilo de Vida Ostentoso: Funcionarios con gastos, vehículos o propiedades que no concuerdan con su nivel salarial en la ESE.
 - ✓ Resistencia a Vacaciones: Empleados que manejan recursos (tesoreros, almacenistas) que se niegan a tomar vacaciones o incapacidades, impidiendo que otro revise su trabajo.
 - ✓ Relación Estrecha con Proveedores: Funcionarios de compras que reciben regalos, invitaciones frecuentes o tienen familiaridad excesiva con contratistas.

NOTA IMPORTANTE PARA LA GESTIÓN: La identificación de una señal de alerta **NO** implica automáticamente culpabilidad. Significa que el proceso debe detenerse o revisarse a profundidad (Reporte de Operación Sospechosa - ROS interno o Auditoría Express) para confirmar si existe una irregularidad.

6.8.4 Procedimiento para Identificar y Evaluar Operaciones Inusuales

a) FASE 1: DETECCIÓN Y REPORTE INICIAL (POR CUALQUIER FUNCIONARIO)

- **Detección de Señales de Alerta / Operación Inusual**
 - ✓ Responsable: Todo el personal de la ESE Quilisalud.
 - ✓ Descripción: Cualquier servidor público o contratista que, en el ejercicio de sus funciones, detecte una o varias señales de alerta o considere que una operación o transacción es inusual (según las señales de alerta definidas en la política SARLAFT/SICOF), debe proceder a documentarla.
 - ✓ Punto de Control: El personal debe estar capacitado para reconocer las señales de alerta propias de su área.
- **Diligenciamiento del Reporte Interno de Operación Inusual (RIOI)**
 - ✓ Responsable: Funcionario/Contratista que detecta la operación.
 - ✓ Descripción: En un plazo máximo de [24 horas] desde la detección, se debe diligenciar el Formato FR-OC-01: Reporte Interno de Operación Inusual (RIOI), describiendo claramente la operación, la fecha, las señales de alerta identificadas, las personas o entidades involucradas y cualquier otra información relevante.
 - ✓ Punto de Control: El reporte debe ser confidencial y el funcionario no debe realizar ninguna indagación adicional o comunicar su sospecha a terceros.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- **Envío del RIOI**

- ✓ Responsable: Funcionario/Contratista reportante.
- ✓ Descripción: El RIOI diligenciado debe ser enviado directamente y de forma confidencial a:
 - ✦ Oficial de Cumplimiento (OC): Si la operación tiene relación con SARLAFT (dinero, proveedores, clientes, jurisdicción).
 - ✦ Jefe de la Oficina de Control Interno (OCI): Si la operación tiene relación con Fraude/Corrupción (SICOF) (desvío de recursos, malversación, manipulación de información).
 - ✦ *(Nota: Si el funcionario no está seguro, debe enviarlo a ambos o al OC quien redireccionará).*
- ✓ Punto de Control: Está prohibida cualquier represalia contra el funcionario que realice un reporte de buena fe.

b) FASE 2: ANÁLISIS PRELIMINAR Y EVALUACIÓN (POR OC O OCI)

- **Recepción y Registro del RIOI**

- **Responsable:** Oficial de Cumplimiento (para SARLAFT) / Jefe de la OCI (para SICOF).
- **Descripción:** Se recibe el RIOI, se registra en la bitácora o sistema de seguimiento de casos, asignándole un número único. Se garantiza la confidencialidad de la identidad del reportante.

- **Análisis y Búsqueda de Información**

- ✓ **Responsable:** Oficial de Cumplimiento / Jefe de la OCI.
- ✓ **Descripción:** Se realiza una investigación interna para recopilar toda la información relevante sobre la operación y las partes involucradas. Esto puede incluir:
 - ✦ Revisión de expedientes de cliente/proveedor (Due Diligence).
 - ✦ Análisis de movimientos contables y transacciones financieras.
 - ✦ Consulta de bases de datos internas (contratos, pagos, historia clínica).
 - ✦ Consulta de bases de datos externas (listas restrictivas, antecedentes disciplinarios/fiscales, Cámara de Comercio).
 - ✦ Entrevistas con personal involucrado (con discreción y sin revelar la sospecha inicial).
- **Punto de Control:** La indagación debe ser discreta, confidencial y no debe alertar a los involucrados en la operación. No se debe realizar ninguna acción que pueda poner en riesgo la operación o la investigación.

- **Evaluación y Clasificación de la Operación**

- ✓ Responsable: Oficial de Cumplimiento / Jefe de la OCI.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- ✓ Descripción: Con base en la información recopilada, se evalúa si la operación:
 - * a) Es Normal: Se encuentra justificación económica, legal o administrativa.
 - * b) Es Inusual (pero no sospechosa): No tiene justificación clara, pero no hay indicios de LA/FT o Fraude. Requiere monitoreo y quizás refuerzo de controles.
 - * c) Es Sospechosa: Existen indicios razonables para inferir que puede estar relacionada con LA/FT o Fraude/Corrupción, y no se encuentra una justificación aparente.
- ✓ Producto: Informe de Evaluación de Operación Inusual (IEOI).

c) FASE 3: ESCALAMIENTO Y TOMA DE DECISIONES

- **Presentación a Comité**

- ✓ **Responsable:** Oficial de Cumplimiento / Jefe de la OCI.
- ✓ **Descripción:** Los casos clasificados como "Sospechosos" deben ser escalados y presentados al **Comité de Riesgos** o **Comité SARLAFT** (para LA/FT) o al **Comité de Ética/Gerencial** (para Fraude/Corrupción) en la sesión inmediatamente posterior. El informe debe incluir el análisis realizado y la recomendación.

- **Decisión del Comité**

- ✓ **Responsable:** Comité de Riesgos / Comité SARLAFT / Comité de Ética/Gerencial.
- ✓ **Descripción:** El comité analiza el informe y la evidencia, y toma una de las siguientes decisiones:
 - * Archivar el caso: Si considera que no existen suficientes elementos para considerarla sospechosa.
 - * Monitoreo Continuo: Si considera que la operación es inusual pero no llega a ser sospechosa, se ordena un monitoreo especial.
 - * Reporte Externo (para SARLAFT): Si considera que es sospechosa de LA/FT, se instruye al Oficial de Cumplimiento para elaborar el ROS a la UIAF.
 - * Inicio de Investigación Formal (para SICOF/Fraude): Si considera que es sospechosa de fraude/corrupción, se instruye a la OCI para iniciar una investigación disciplinaria, fiscal o penal y/o realizar el reporte a las autoridades competentes (Fiscalía, Procuraduría, Contraloría).
- ✓ **Punto de Control:** Toda decisión del comité debe quedar plasmada en el acta respectiva.

d) FASE 4: ACCIONES POSTERIORES Y CIERRE DEL CASO

- **Reporte a Autoridades Externas (si aplica)**

- ✓ **Responsable:** Oficial de Cumplimiento (para UIAF) / Jefe de la OCI (para otras autoridades).

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

✓ **Descripción:** El OC elabora y envía el ROS a la UIAF en el formato y plazos establecidos, sin que la persona o entidad involucrada sea advertida (prohibición de "tip-off"). Para Fraude/Corrupción, se realiza el reporte correspondiente según la gravedad.

- **Cierre Interno del Caso**

- ✓ **Responsable:** Oficial de Cumplimiento / Jefe de la OCI.

- ✓ **Descripción:** Se archiva toda la documentación del caso de forma segura y confidencial. Se documentan las lecciones aprendidas para actualizar las señales de alerta y reforzar los controles.

- ✓ **Punto de Control:** La gestión del caso debe dejar una trazabilidad completa de las decisiones y acciones tomadas.

6.9 PUNTOS DE CONTROL Y SEGURIDAD

- Confidencialidad: La información del RIOI y la investigación interna debe manejarse con estricta reserva.
- Prohibición de "Tip-off": Está absolutamente prohibido informar a la persona o entidad sobre la que se realiza el reporte de operación sospechosa.
- No Represalias: Garantizar la protección del funcionario que realiza un reporte de buena fe.
- Oportunidad: Los plazos de reporte y evaluación deben cumplirse rigurosamente para garantizar la efectividad de la acción.


6.10 DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Reporte Interno de Operación Inusual (RIOI).
- Informe de Evaluación de Operación Inusual (IEOI).
- Actas de Comité de Riesgos/SARLAFT.
- Actas de Comité de Ética/Gerencial.
- Listado de Señales de Alerta SARLAFT y SICOF.
- Formato de ROS (UIAF).

6.11 REPORTES INTERNOS Y EXTERNOS (SARLAFT Y SICOF)

6.11.1 Internos

La ESE Quilisalud establece un sistema de reportes internos y externos que permite la comunicación oportuna y estructurada de la información relevante sobre la gestión de riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Fraude/Corrupción (SICOF). Esto garantiza la toma de decisiones informadas, el cumplimiento de la normativa y la protección institucional.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

a) REPORTES INTERNOS

Los reportes internos tienen como finalidad informar a la Alta Dirección, los Comités y los líderes de proceso sobre el estado de la gestión de riesgos, la identificación de operaciones inusuales y la efectividad de los controles, facilitando la toma de decisiones y la mejora continua.

• Para Riesgos SARLAFT:

- ✓ Reporte Interno de Operación Inusual (RIOI):
 - ✓ Propósito: Notificar la detección de una operación o situación inusual que, por sus características, pueda generar sospecha de LA/FT.
 - ✦ Generador: Cualquier servidor público o contratista de la ESE.
 - ✦ Receptor: Oficial de Cumplimiento.
 - ✦ Frecuencia: Cada vez que se detecte una operación inusual (Activación por Evento).

- ✓ Informe de Evaluación de Operación Inusual (IEOI):
 - ✦ Propósito: Documentar el análisis y la investigación interna realizada por el Oficial de Cumplimiento sobre un RIOI, concluyendo si se trata de una operación sospechosa o si se archiva el caso.
 - ✦ Generador: Oficial de Cumplimiento.
 - ✦ Receptor: Comité de Riesgos / Comité SARLAFT (para casos que escalan a sospechosos), o archivo interno para los demás.
 - ✦ Frecuencia: Cada vez que se complete una evaluación de un RIOI.

- ✓ Informe de Gestión del Oficial de Cumplimiento:
 - ✦ Propósito: Presentar al Comité de Riesgos/SARLAFT y a la Gerencia el panorama general del SARLAFT, incluyendo la gestión de riesgos identificados, la ejecución de controles, las capacitaciones realizadas, las operaciones inusuales y sospechosas detectadas y el seguimiento a los ROS.
 - ✦ Generador: Oficial de Cumplimiento.
 - ✦ Receptor: Comité de Riesgos / Comité SARLAFT y Gerencia General.
 - ✦ Frecuencia: Trimestral o Semestral, y en cualquier momento que se requiera por situación especial.

• Para Riesgos SICOF (Fraude y Corrupción):

- ✓ Reporte Interno de Irregularidades o Fraude:

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- ✦ Propósito: Notificar la detección de indicios de fraude, corrupción, malversación de fondos o cualquier incumplimiento grave a las políticas o procedimientos internos.
 - ✦ Generador: Cualquier servidor público, contratista o tercero a través de los canales de denuncia.
 - ✦ Receptor: Jefe de la Oficina de Control Interno (OCI) o Comité de Ética.
 - ✦ Frecuencia: Cada vez que se detecte un indicio (Activación por Evento).
- ✓ Informe de Auditoría o Investigación Interna:
- ✦ Propósito: Presentar los hallazgos detallados de las auditorías internas de la OCI o de las investigaciones iniciadas por reportes de irregularidades.
 - ✦ Generador: Jefe de la Oficina de Control Interno.
 - ✦ Receptor: Gerencia General, Comité de Ética, Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) y áreas involucradas.
 - ✦ Frecuencia: Según el Plan Anual de Auditorías o cuando se complete una investigación.
- ✓ Informe de Gestión de la Oficina de Control Interno:
- ✦ Propósito: Evaluar la efectividad del sistema de control interno, el estado de la gestión del riesgo (incluido el de fraude y corrupción), y el seguimiento a los planes de mejoramiento.
 - ✦ Generador: Jefe de la Oficina de Control Interno.
 - ✦ Receptor: Gerencia General y CIGD.
 - ✦ Frecuencia: Mensual o Trimestral, según lo establecido en el PAA de la OCI.
- b) REPORTES EXTERNOS:** Los reportes externos son comunicaciones obligatorias a las autoridades competentes, derivados del cumplimiento normativo o de la detección de irregularidades que exceden el ámbito interno de la ESE.
- **Para Riesgos SARLAFT:**
 - ✓ Reporte de Operación Sospechosa (ROS):
 - ✦ Propósito: Informar a la autoridad competente sobre operaciones que el Oficial de Cumplimiento califica como sospechosas de LA/FT, sin encontrar justificación económica, comercial o legal.
 - ✦ Generador: Oficial de Cumplimiento.
 - ✦ Receptor: Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF).
 - ✦ Frecuencia: Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la calificación de la operación como sospechosa por parte del Comité de Riesgos/SARLAFT.
 - **Para Riesgos SICOF (Fraude y Corrupción):**

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- ✓ Informe Pormenorizado del Estado del Control Interno:
 - * Propósito: Evaluar la gestión y resultados del Sistema de Control Interno de la ESE, incluyendo la gestión de riesgos de fraude y corrupción.
 - * Generador: Jefe de la Oficina de Control Interno.
 - * Receptor: Presidente de la República, Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, Auditor General de la República y Gerencia General.
 - * Frecuencia: Semestral.

- ✓ Denuncia Penal/Disciplinaria/Fiscal:
 - * Propósito: Poner en conocimiento de las autoridades competentes (Fiscalía, Procuraduría, Contraloría) la presunta comisión de delitos o faltas disciplinarias/fiscales identificadas a través de investigaciones internas.
 - * Generador: Gerencia General, Jefe de la Oficina Asesora Jurídica o Jefe de la Oficina de Control Interno.
 - * Receptor: Fiscalía General de la Nación (delitos), Procuraduría General de la Nación (faltas disciplinarias), Contraloría General de la República (daño patrimonial al Estado).
 - * Frecuencia: Inmediatamente se tengan indicios serios de la comisión de un delito o falta grave, y previa decisión del Comité de Ética o Gerencial.

- ✓ Reportes a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD):
 - * Propósito: Informar sobre hechos de corrupción o fraude que afecten la prestación del servicio de salud, la calidad, la seguridad del paciente o la gestión de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 - * Generador: Gerencia General o Jefe de la Oficina Asesora Jurídica.
 - * Receptor: Superintendencia Nacional de Salud.
 - * Frecuencia: Según los requerimientos específicos de SUSALUD o cuando se materialice un riesgo de alto impacto.

• **Consideraciones Generales para los Reportes:**

- ✓ Confidencialidad: Todos los reportes, especialmente los relacionados con sospechas, deben manejarse con la máxima confidencialidad.
- ✓ Trazabilidad: Todos los reportes deben quedar debidamente documentados y archivados para efectos de auditoría y seguimiento.
- ✓ Oportunidad: Los plazos de envío de los reportes, tanto internos como externos, deben cumplirse rigurosamente.

Reporte	Entidad	Observaciones
Reporte de operación sospechosa-ROS	UIAF	Son de carácter reservado 8 días desde el conocimiento de la situación

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

Reporte de transacciones en efectivo	UIAF	10 primeros días calendario del mes
Reporte ausencia de operación sospechosa	UIAF	10 primeros días calendario del mes
Reporte de ausencia de transacciones en efectivo	UIAF	10 primeros días calendario del mes
Reporte coincidencia en listas y noticias	UIAF	Una vez se conozca el hecho
Reporte de transacciones en efectivo relacionadas con proveedores	UIAF	10 primeros días calendario del mes
Reportes sobre Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva	Fiscalía General UIAF	Una vez se conozca el hecho
Reporte sobre Corrupción, Opacidad o Fraude	SNS	Una vez se conozca el hecho

Durante el tiempo que transcurre desde que se notifica a las autoridades la novedad y se recibe la orden de implementar medidas cautelares, se sugiere que no se termine unilateralmente la relación contractual con la contraparte, ni se haga entrega de bienes o fondos, ya que se podría considerar como colaboración en la comisión del delito.

Se garantizará la seguridad y confidencialidad de la información reportada, protegiendo al denunciante y a la persona que revisa y comunica la denuncia ante las entidades respectivas.

6.11.2 Controles

A continuación, se presentan algunos controles que deben adoptar los procesos con el fin de evitar la materialización de los riesgos LA/FT/FPADM/C/O/S:

- Segregación de funciones: Evitar que un colaborador tenga el control sobre dos o más fases de una operación, lo que permite reducir las oportunidades para que esté en la posición de perpetrar u ocultar errores o fraudes en el curso normal de sus funciones.
- Controles contables: Definir una política contable que cumpla con los requisitos normativos vigentes y con el marco de información financiera. Se debe contar con controles tales como el monitoreo del procedimiento de pagos a terceros, cuadros diarios de caja, verificación de registros contables (arqueos, conciliaciones, inventarios, circularizaciones, controles tributarios), entre otros.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Controles de seguridad de la información: Se deberán implementar políticas, procedimientos y controles que garanticen que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (efectividad, eficiencia y confiabilidad) y cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes.
- Controles del Talento Humano: Controles tales como, adecuación de competencias, verificación de antecedentes, visitas domiciliarias, monitoreo al cumplimiento del plan de vacaciones, monitoreo de la

6.12 Formación y capacitación

La ESE cuenta con un plan institucional de capacitación anual cuyo objetivo será la formación de los colaboradores en temas relativos al SARLAFT/FPADM y SICOF. Objeto, que los colaboradores tengan la capacidad de identificar señales de alerta, operaciones inusuales, intentadas y sospechosas, saber cuándo deben reportarse, el medio y a quien hacerlo.

Tipos de capacitación:

- Inducción: Capacitación para los nuevos colaboradores.
- Reinducción: Se hará por lo menos una vez al año una capacitación relativa a los temas de los subsistemas de gestión de los riesgos de SARLAFT/FPADM y SICOF.

Adicionalmente, en el transcurso del año el Oficial de Cumplimiento podrá realizar otras actividades lúdicas y campañas de comunicación con el fin de fortalecer y ampliar el conocimiento relacionados de los riesgos SARLAFT/FPADM y SICOF.

Metodología:

- Las capacitaciones deben ser actualizadas y revisadas conforme a las nuevas prácticas para la gestión del riesgo de LAFTPADM.
- Los funcionarios relacionados con los procesos de vinculación de proveedores, contratistas y empleados, pagos, y recursos humanos, entre otros, recibirán una capacitación dirigida, especialmente de debida diligencia como mínimo anualmente, o cuando lo considere el Oficial de Cumplimiento.
- Después de recibida la capacitación, los funcionarios deberán realizar una evaluación con el fin de garantizar que los conceptos fueron asimilados. Los resultados de las capacitaciones deberán ser archivadas por la dependencia de Cumplimiento, de acuerdo con las políticas documentales establecidas.
- Se debe dejar constancia del material utilizado durante la capacitación, la asistencia y la evaluación realizada.
- Los medios para la realización de la capacitación podrán ser presenciales o virtuales.
- El Oficial de Cumplimiento deberá gestionar en compañía de la dependencia de contratación y talento humano las sesiones de inducción para los nuevos funcionarios y la capacitación anual para aquellos que hayan cumplido un año en la entidad.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

Plan de capacitación:

El Oficial de Cumplimiento, en compañía de la dependencia de Talento Humano y de Contratación, anualmente elaborará un cronograma de capacitación con el objetivo de que los funcionarios de la ADRES conozcan las políticas, procedimientos y señales de alerta enmarcadas en el SARLAFT/FPADM y SICOF Para ello, y con el fin de asegurar que todos los funcionarios independientemente de las dependencias en la que desempeñan sus funciones, se sensibilicen y conozcan la importancia de la administración de los riesgos asociados al LAFTPDAM, se definen las siguientes actividades:

- Capacitación de inducción: en el momento de vinculación de cualquier persona como funcionario de la ADRES, se realiza una capacitación de inducción, en la cual se divulgarán las políticas de cumplimiento enmarcadas en el SARLAFT y SICOF de la E.S.E.

El oficial de cumplimiento agenda una (1) sesión mensual, a la cual son remitidos los contratistas y empleados nuevos, por la dependencia de contratación y talento humano, respectivamente; quienes, a su vez deberán validar que los empleados vinculados durante el mes anterior cumplieron con este requisito.

- Capacitación anual: el oficial de cumplimiento realizará, dos (2) veces al año una sesión de capacitación de todos los empleados y contratistas activos de la Entidad, con el apoyo de la dependencia de contratación y de talento humano.

- Evaluación: se deberá evaluar la eficiencia de las capacitaciones con el fin de conocer si se están cumpliendo los resultados y objetivos establecidos por la entidad.

- Evidencia: tanto el oficial de cumplimiento como las dependencias de contratación de talento humano deberán garantizar el archivo y documentación de la evidencia de asistencia y evaluación relativas a las capacitaciones.

Agenda y principales temáticas: como parte de las temáticas generales a cubrir durante la capacitación de SARLAFT, se abordarán, pero sin limitarse a, los siguientes temas:

SARLAFT:

✓ **Breve descripción del marco regulatorio del riesgo LA/FT/FPADM:**

Presentación del contexto normativo que regula la prevención del Lavado de Activos (LA), la Financiación del Terrorismo (FT) y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM) en el sector salud, incluyendo los lineamientos establecidos por la Circular Externa 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, así como las disposiciones complementarias emitidas por organismos nacionales e internacionales para la gestión de estos riesgos.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

✓ **Conceptos claves y definición de los riesgos – ¿Qué es el LA/FT/FPADM?:**

Explicación de los conceptos fundamentales relacionados con el SARLAFT, incluyendo definiciones de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva. Se abordarán también conceptos como cliente o contraparte, beneficiario final, operaciones inusuales y sospechosas, listas restrictivas, debida diligencia y gestión del riesgo LA/FT/FPADM.

✓ **Explicación de la política, procedimientos, herramientas y reportes relacionados con SARLAFT:**

Descripción de la política institucional de prevención del riesgo LA/FT/FPADM, así como de los procedimientos establecidos para la identificación, medición, control y monitoreo de este riesgo. Se presentarán las herramientas utilizadas por la entidad para la debida diligencia, verificación de información y control de operaciones, así como los reportes que deben generarse ante las autoridades competentes.

✓ **Monitoreo a las contrapartes:**

Explicación de los mecanismos implementados por la entidad para realizar el seguimiento y control a sus contrapartes (usuarios, proveedores, contratistas y empleados), incluyendo la verificación en listas restrictivas, la actualización periódica de la información y el análisis de comportamientos o transacciones inusuales.

✓ **Riesgos y señales de alerta específicos de LA/FT/FPADM:**

Identificación de las principales tipologías, riesgos y señales de alerta que pueden presentarse en el desarrollo de las actividades de la entidad, tales como pagos por terceros no relacionados, inconsistencias en la información suministrada, proveedores con actividades económicas atípicas o comportamientos financieros inusuales.

✓ **Conflictos de interés:**

Identificación de situaciones en las que los intereses personales, familiares o económicos de los funcionarios o contratistas pueden interferir en el cumplimiento objetivo de sus funciones, generando posibles riesgos asociados a la transparencia, la integridad institucional y el cumplimiento del SARLAFT.

✓ **Canales y mecanismos de denuncia y reporte:**

Socialización de los mecanismos institucionales establecidos para el reporte de operaciones inusuales o sospechosas, así como de posibles situaciones relacionadas con LA/FT/FPADM. Se explicarán los canales de denuncia internos,

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

los procedimientos de reporte y las garantías de confidencialidad y protección para los denunciantes.

✓ **Preguntas y conclusiones de la capacitación:**

Espacio destinado a resolver inquietudes de los participantes, reforzar los conceptos clave abordados durante la capacitación y resaltar la importancia del compromiso institucional en la prevención del lavado de activos y la financiación del terrorismo.

✓ **Evaluación:**

Aplicación de un instrumento de evaluación para verificar el nivel de comprensión de los temas tratados durante la capacitación y medir la efectividad del proceso formativo.

SICOF:

✓ **Breve descripción del marco regulatorio del SICOF:**

Contexto normativo, alcance y responsabilidades de las entidades vigiladas frente a la prevención del fraude, la corrupción y la opacidad.

✓ **Conceptos claves y definiciones relacionadas con el SICOF:**

¿Qué es el fraude? ¿Qué es la corrupción? ¿Qué se entiende por opacidad? Diferencias entre fraude interno y externo.

✓ **Objetivos, alcance y estructura del SICOF en la entidad:**

Explicación de los componentes del sistema y su relación con la gestión institucional y el control interno.

✓ **Política institucional de prevención del fraude, corrupción y opacidad:**

Principios, lineamientos y compromisos adoptados por la entidad para fortalecer la transparencia y la integridad.

✓ **Procesos, procedimientos y controles asociados al SICOF:**

Herramientas, metodologías de identificación y gestión de riesgos de fraude, así como controles implementados en los procesos institucionales.

✓ **Identificación de riesgos y señales de alerta de fraude, corrupción y opacidad:**

Principales tipologías y alertas que pueden presentarse en la gestión administrativa, financiera, contractual o asistencial.

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

✓ **Roles y responsabilidades frente al SICOF:**

Responsabilidades de directivos, funcionarios, contratistas y del oficial o responsable del sistema.

✓ **Conflictos de interés y principios de integridad:**

Identificación, manejo y reporte de posibles conflictos de interés dentro de la entidad.

✓ **Canales y mecanismos de denuncia y reporte:**

Procedimientos institucionales para reportar situaciones de fraude, corrupción u opacidad, garantizando confidencialidad y protección al denunciante.

✓ **Monitoreo, seguimiento y mejora continua del SICOF:**

Mecanismos de evaluación, control y fortalecimiento del sistema dentro de la entidad.

✓ **Preguntas, discusión y conclusiones de la capacitación.**

✓ **Evaluación de la capacitación:**

Aplicación de instrumentos para verificar la comprensión de los contenidos abordados.

6.13 PLATAFORMA TECNOLÓGICA

La ESE cuenta con una herramienta tecnológica para la administración de los riesgos de LA/FT/FPADM/C/O/F. Denominada DesQubra.

6.14 INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE MANUAL

Los incumplimientos a las políticas y procedimientos establecidos en la prevención del riesgo de LA/FT/FPADM/C/O/F estarán sujetas a las sanciones establecidas en el Reglamento Interno de Trabajo de la Clínica y a las disposiciones legales vigentes.

Cuando el hecho violatorio por parte del colaborador pueda constituir alguno de los delitos tipificados en el Código Penal, se informará a la autoridad competente, para que adelante la correspondiente investigación y establezca la comisión del ilícito.

6.15 DIVULGACIÓN DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

	MANUAL DE SARLAFT/FPADM Y SICOF	CÓDIGO	MC-PG-02
		VERSION	01
		FECHA	Mayo 2026

- Las políticas y procedimientos que conforman los subsistemas de administración de riesgos LA/FT/FPADM/C/O/F se encuentran publicados en la página web de la institución, con el fin de que las partes interesadas tengan acceso a los mismos.

7. APROBACIÓN



El presente manual que incluye políticas, etapas, elementos y lineamientos generales sobre procedimientos del SARLAFT/FPADM y SICOF fue revisado y aprobado por la Junta Directiva de la E.S.E QUILISALUD.

8. BIBLIOGRAFIA

- Circular Externa 009 DE 2016 por la cual se imparten instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT)
- Circular Externa 2025151000000005-5 De 2025 Modificación de la Circular Externa 001 de 2020, en cuanto a criterios de Auditoría, Responsables, Plazos, Planes de Mejoramiento y Otras Disposiciones.
- Manual SARLAFT Y SICOF. Clínica CES. Versión 4 de 2024.

9. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción del cambio	Fecha Vigencia
01	Creación del Manual.	Mayo de 2026.

Elaborado por: 	Revisado por: 	Aprobado por: La Junta Directiva de la E.S.E. Quilisalud.
Nombre: Naslly Abanis.	Nombre: Martha Lucia Diaz Castro.	
Proceso: Líder de transparencia y ética pública	Proceso: Planeación y calidad.	
Fecha: Mayo 2026	Fecha: Mayo 2026.	

