

MANUAL DE SARLAFT /PADM






	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 2 de 49

Tabla de Contenido


1.	Introducción	5
2.	Marco Normativo	6
2.1.	Recomendaciones internacionales sobre LA/FT:	6
2.2.	Normatividad Vigente	7
2.2.1	Normas y Estándares Internacionales	10
2.2.2	Circulares	10
2.2.3.	Normas Nacionales	11
3	Objetivos	11
4	Estrategias para desarrollar con éxito el SARLAFT /PADM en Centro Médico Crecer ¹²	
5	Alcance	13
6	Definiciones	13
7	Sistema De Administración Del Riesgo De Lavado De Activos De La Financiación Del Terrorismo Y Financiación De La Proliferación De Armas De Destrucción Masiva –SARLAFT /PADM.	25
7.1.	Etapas del SARLAFT	25
7.1.1	Identificación del Riesgo	25
7.1.2	Evaluación y Medición	26
7.1.3	Controles	26
7.1.4	Seguimiento y Monitoreo	26
7.2	Elementos del SARLAFT	27
7.2.1	Políticas	27
7.2.1.1	Políticas en Materia de Administración del Riesgo del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo	27
7.2.1.2	Política de Auditoria al SARLAFT	27
7.2.1.3	Política de vigilancia para Personas Expuestas públicamente “PEP” 28	
7.2.1.4	Política de los requerimientos de autoridades competentes	28
7.2.1.5	Política para imponer sanciones	28
7.2.1.6	Política de Responsabilidades	29

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 3 de 49

7.2.1.7	Política de consulta, validación verificación y actualización de la información de los clientes y/o contrapartes	29
7.2.1.8	Política de grado de aportación de los colaboradores al Oficial de Cumplimiento	29
7.2.1.9	Política de Conservación de Documentos	29
7.2.1.10	Política de pagos en efectivo:.....	30
7.2.1.11	Política de Transparencia	30
7.2.2	Procedimientos.....	31
7.2.2.1	Aprobación de Procedimientos.....	31
7.2.2.1.1	Identificar las situaciones que le generen riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad.	31
7.2.2.1.2	Verificación procesos de debida diligencia	32
7.2.2.1.2.1	Conocimiento de los clientes y/o contrapartes	32
7.2.2.1.2.2	Conocimiento de personas expuestas públicamente PEP's:	33
7.2.2.1.2.3	Conocimiento de trabajadores, empleados o proveedores.....	33
7.2.2.1.2.4	Determinación del monto máximo de efectivo que puede manejarse al interior de Centro Médico Crecer por tipo de cliente/usuario:	34
7.2.2.1.2.5	Herramientas para identificar operaciones inusuales y/o sospechosas.	34
7.2.2.1.2.5.1	Señales de alerta.....	34
7.2.2.1.2.5.2	Segmentación de los factores de riesgo.....	35
7.2.2.1.2.5.3	Seguimiento de operaciones.....	35
7.2.3	Instrumentos.....	35
7.2.3.1	Consolidación electrónica de operaciones en efectivo:	35
7.2.3.2	Matriz de riesgo:.....	35
7.2.4	Documentación.....	36
7.3	Junta Directiva	36
7.4	Oficial de Cumplimiento	37
7.4.1	Requisitos del Oficial de Cumplimiento.....	37
7.4.2	Funciones del Oficial de Cumplimiento:.....	38
7.5	Revisor Fiscal.....	40

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 4 de 49

8	Grupos de Interés Asociados a SARLAFT	40
8.1	Debida diligencia Grupos de Interés.....	41
9	Lineamientos Generales	41
10	Reportes	42
10.1	Reportes Internos	42
10.1.1	Reportes Inusuales.....	42
10.2	Reportes Externos	43
10.2.1	Reportes de Operaciones Sospechosas	43
10.2.2	Transacciones en efectivo.....	44
10.2.3	Requerimientos de información por parte de autoridades	44
11	Documentación y Conservación de la misma.....	44
12	Capacitación.....	46
13	Infraestructura Tecnológica	47
14	Mecanismos para la Prevención y el Manejo de los Conflictos de Interés	47
15	Actualización y Divulgación del Manual LA/FT/FPADM.	47
16	CONTROL DE CAMBIOS	49
17	CONTROL DE DOCUMENTO	49


	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 5 de 49

1. Introducción

El lavado de activos y la financiación del terrorismo representan una amenaza significativa para la estabilidad económica, social y política de un país y de los mercados a nivel mundial. De allí se deriva la atención que los gobiernos y los organismos de control prestan actualmente a este fenómeno, exigiendo a las empresas tanto del sector financiero como del sector salud, la implementación de un Sistema de Administración de Riesgos para la prevención y administración de estos.

Por lo tanto, para Centro Médico Crecer, resulta muy importante asegurar el cumplimiento de las normas para prevenir y controlar el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo. Es un compromiso ineludible de los colaboradores de la empresa, el cumplimiento de la ley y las políticas que la institución defina en tal materia, con la finalidad de desarrollar y fortalecer los principios y valores éticos de la empresa.

El presente manual se convierte en una herramienta clara y sencilla para transmitir conocimientos básicos, mecanismos de control y políticas definidas por la Centro Médico Crecer para la administración de riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LA/FT/PADM), orientadas a evitar la realización de cualquier operación en la cual se pueda utilizar a la empresa como instrumento de ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento de dinero u otros provenientes de actividades delictivas o destinadas a ellas, o para dar apariencia de legalidad a dichas actuaciones.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 6 de 49

2. Marco Normativo

2.1. Recomendaciones internacionales sobre LA/FT:


La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico ilícito de Estupefacientes del año 1988 y el Convenio Internacional de las Naciones Unidas para la Represión de la FT del año 2000, determinaron la importancia y necesidad de adoptar medidas y utilizar herramientas efectivas que permitan minimizar y eliminar las prácticas relacionadas con el LA/FT. Por otra parte, la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción del año 2003, establecieron medidas preventivas y la eficaz penalización de dichos actos.

A su vez, en el año de 1990 el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI), diseñó cuarenta (40) recomendaciones para prevenir el LA y posteriormente estableció nueve (9) recomendaciones especiales contra el Financiamiento del Terrorismo, las cuales fueron actualizadas y unificadas en febrero de 2012, modificación que incluyó la prevención y la lucha contra la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción masiva.

El 8 de diciembre de 2000 se creó en Cartagena de Indias, Colombia, el GAFILAT como una organización intergubernamental de base regional que agrupa a 16 países de América del Sur y Centroamérica para combatir el lavado de dinero y la financiación del terrorismo, a través del compromiso de mejora continua de las políticas nacionales contra ambos temas y la profundización en los distintos mecanismos de cooperación entre los países miembros. Su creación se formalizó mediante la firma del Memorando de Entendimiento Constitutivo del grupo por los representantes de los gobiernos de nueve países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Posteriormente se incorporaron como miembros plenos México (2006), Costa Rica y Panamá (2010), Cuba (2012), Guatemala, Honduras y Nicaragua (2013).

Colombia, mediante la Ley 1186 de 2008 adoptó las recomendaciones de este organismo. Este grupo adquirió el compromiso de adoptar las recomendaciones del GAFI.

De igual manera, es necesario tener en cuenta las Resoluciones 1267 de 1999, la 1373 de 2001, la 1718 y 1737 de 2006, la 1989 de 2011, la 2178 de 2014, la 2253 de 2015 y la Resolución 2270 de 2016 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, siendo el marco general en la política de lucha y prevención del Lavado de Activos, la

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 7 de 49

Financiación del Terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.


En este escenario y debido a la importancia que ostentan los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) resulta necesario emitir instrucciones con el fin de que adopten las previsiones que sean necesarias para analizar adecuadamente la información de sus usuarios y aquella que reportan, y si fuere el caso, realizar reportes de Operaciones Sospechosas (ROS) a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF).

2.2. Normatividad Vigente

El Artículo 113 de la Constitución Política en su último inciso señala que los diferentes órganos del Estado tienen funciones separadas, pero deben colaborar armónicamente para la realización de sus fines, dado que el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo se han constituido como un riesgo y una amenaza en múltiples actividades de origen lícito, afectando la seguridad económica de todos los colombianos. Lo anterior motiva a que todos los organismos del Estado competentes impulsen políticas públicas y procedimientos de prevención y detección de este fenómeno en el que confluyen grandes flujos de dinero, fue así como nuestro país reguló por medio del Código penal colombiano ley 599 de 2000, artículos 323 y 345, los tipos penales de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

De acuerdo con los artículos 48 y 49 de la Constitución de 1991, la Seguridad Social es un derecho irrenunciable que debe ser garantizado por el Estado. La atención de la salud es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

El artículo 10 de la Ley 526 de 1999, señala que las autoridades que ejerzan funciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), deben instruir a sus vigilados sobre las características, periodicidad y controles en relación con la información que deben reportar a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), de acuerdo con los criterios e indicaciones que de ésta reciban, relacionados con la prevención del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 8 de 49

Por su parte, el Decreto 1497 de 2002 que reglamentó la Ley 526 de 1999, hoy Decreto Único 1068 de 2015, en su artículo 2.14.2 dispone que las entidades públicas y privadas pertenecientes a sectores diferentes al financiero, asegurador y bursátil, deben reportar Operaciones Sospechosas (ROS) a las UIAF, de acuerdo con el literal d) del numeral 2 del artículo 102 y en los términos de los artículos 103 y 104 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, cuando dicha Unidad lo solicite, en la forma y oportunidad que les señale.


Asimismo, el artículo 68 de la Ley 715 de 2001 determinó que la Superintendencia Nacional de Salud realiza la Inspección, Vigilancia y Control del cumplimiento de la Constitución y disposiciones normativas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así como sus recursos: “La Superintendencia Nacional de salud tendrá como competencia realizar la Inspección, Vigilancia y Control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud y de los recursos del mismo”.

A su vez, la Ley 1122 de 2007 determinó las funciones de IVC asignadas a la SNS, estableciendo que el sistema de la IVC es un conjunto de normas que buscan el cumplimiento de los principios constitucionales a través de procesos y procedimientos establecidos.

Por otra parte, la Ley 1438 de 2011 determina el alcance de la IVC sobre los sujetos vigilados y la forma en que se fortalece dicho mecanismo por parte de la Superintendencia.

También, la Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción – dispuso en su artículo 12 lo siguiente:

“Sistema preventivo de prácticas riesgosas financieras y de atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Créase el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud que permita la identificación oportuna, el registro y seguimiento de estas conductas. La Superintendencia Nacional de Salud definirá para sus sujetos vigilados, el conjunto de medidas preventivas para su control, así como los indicadores de alerta temprana y ejercerá sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre la materia. Dicho sistema deberá incluir indicadores que permitan la identificación, prevención y reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El no reporte de información a dicho sistema, será sancionado conforme al artículo 131 de la Ley 1438 de 2011”.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 9 de 49

Por otra parte, el artículo 27 de la Ley 1121 de 2006, determina que “El Estado colombiano y las Entidades Territoriales en cualquier proceso de contratación deberán identificar plenamente a las personas naturales y a las personas jurídicas que suscriban el contrato, así como el origen de sus recursos; lo anterior con el fin de prevenir actividades delictivas”.


Asimismo, en el artículo 20 de la Ley 1121 de 2006 menciona el procedimiento para la publicación y cumplimiento de las obligaciones relacionadas con listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el Derecho Internacional, donde el Ministerio de Relaciones Exteriores transmitirá las listas de personas y entidades asociadas con organizaciones terroristas, vinculantes para Colombia conforme al Derecho Internacional y solicitará a las autoridades competentes que realicen una verificación en las bases de datos con el fin de determinar la posible presencia o tránsito de personas incluidas en las listas y bienes o fondos relacionados con éstas.

Las autoridades consultadas deberán realizar las verificaciones pertinentes e informar a la fiscalía general de la Nacional, quien evaluará la pertinencia de la información y comunicará los resultados obtenidos al Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, a través del Ministerio de Relaciones Exteriores.

Los particulares que conozcan de la presencia o tránsito de una persona incluida en una de las listas mencionadas o de bienes o fondos relacionados con éstas deberán informar oportunamente a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), para lo de su competencia. Al suministro de esta información se le aplicará el régimen de responsabilidad previsto en el artículo 42 de la Ley 190 de 1995.

Finalmente, la Ley Estatutaria de Salud Ley 1751 de 2015 determina que “el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”.

De esta manera, le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud generar las directrices propias del SARLAFT en el sector de la salud, dado que, en virtud de las

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 10 de 49

disposiciones constitucionales y legales vigentes, la vigilancia del cumplimiento de las políticas públicas sobre LA/FT/FPADM del SGSSS, le corresponde a esta entidad.


El cumplimiento de todo esto y la implementación del SARLAFT se dará bajo la figura jurídica que consideren más adecuada en atención a las funciones de IVC a las que están sometidas y al principio de autonomía administrativa que rige a cada entidad.

2.2.1 Normas y Estándares Internacionales

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

2.2.2 Circulares

Circular externa 000009 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 026 de 2008	Derogación, modificación e incorporación de formatos e instructivos relacionados con el reporte de información a la Unidad Administrativa Especial de Información y Análisis Financiero – UIAF- y precisiones al SARLAFT. Superintendencia Financiera de Colombia.
Circular externa 022 de 2007	Instrucciones relativas a la administración del riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo. Superintendencia Financiera de Colombia.
Circular externa 100-00005 de 2014	Sistema de autocontrol y gestión del riesgo de LA/FT. Reporte obligatorio de información a la UIAF
Circular externa 170 de 2002	Prevención y control al Lavado de Activos. La presente circular sustituye la circular 088 del 12 de octubre de 1999. DIAN

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 11 de 49


2.2.3. Normas Nacionales

- Ley 599 de 2000 “Por la cual se expide el Código Penal”.
- Ley 715 de 2001 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 906 de 2004 “Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal”.
- Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1186 de 2008 - Por medio de la cual se aprueba el "Memorando de entendimiento entre los gobiernos de los Estados del Grupo de Acción Financiera de Sudamérica contra el lavado de activos (GAFISUD)”
- Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de Corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
- Ley 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1778 de 2016 “Por medio de la cual se dictan normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de Corrupción transnacional y se dictan otras disposiciones en materia de lucha contra la corrupción”.
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000: 2009.
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 37001: 2016

3 Objetivos

Objetivo General

Centro Médico Crecer, para cumplir con la Circular externa 20211700000005-5 de 2021, la cual modifica la Circular 009 de 21 abril de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, tiene como objetivo definir las políticas y lineamientos para Implementar el Sistema De Administración Del Riesgo De Lavado De Activos De La Financiación Del Terrorismo Y Financiación De La Proliferación De Armas De Destrucción Masiva –SARLAFT /PADM, con el fin de prevenir y controlar que la Entidad sea utilizada por terceros para la Financiación de Actividades Terroristas y/o el Lavado de Activos y de esta manera mitigar los riesgos inherentes a las actividades que desarrolla la empresa.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 12 de 49


Objetivos Específicos

- Evitar que la Centro Médico Crecer sea utilizada como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento, en cualquier forma, de dineros u otros bienes provenientes de las actividades ilícitas señaladas en el artículo 323 y 345 del Código Penal, o para dar apariencia de legalidad a éstas.
- Establecer los procedimientos que deben tenerse en cuenta para detectar operaciones inusuales o sospechosas tendientes a servir de instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma, de dineros o bienes provenientes de actividades ilícitas. (art. 247 Código Penal).
- Establecer las reglas que conforman los requisitos mínimos que Centro Médico Crecer debe cumplir para la implementación de sus propios sistemas de prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo a través de las actividades propias del sector donde adelanta sus actividades.

4 Estrategias para desarrollar con éxito el SARLAFT /PADM en Centro Médico Crecer

En este aparte se contemplan las estrategias mínimas que debe desarrollar la organización, con el fin de asegurar que las Políticas y demás disposiciones, procedimientos, informes y reportes contemplados en este Manual se desarrollen con la eficiencia y eficacia esperadas:

- ✓ La Junta Directiva y la Gerencia trimestralmente deben incluir en sus agendas el monitoreo y seguimientos al sistema SARLAFT /PADM, para asegurar que se están cumpliendo con los procesos, procedimientos y las medidas de eficiencia y eficacia diseñadas.
- ✓ Desarrollar una cultura organizacional orientada a operar en un ambiente de control de riesgos de Lavado de Activos y Financiación del terrorismo al interior de la organización.
- ✓ Desarrollar e implementar proyectos de capacitación sobre LA/FT y PADM en todos los niveles de la organización.
- ✓ Asignar los recursos económicos, tecnológicos y humanos necesarios para implementar y mantener el SARLAFT /PADM.
- ✓ Adecuar las plataformas tecnológicas y los sistemas de información para que el SARLAFT obtenga los resultados de eficiencia y eficacia esperados.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 13 de 49

- ✓ Diseñar un sistema de indicadores de eficiencia y eficacia que permita el monitoreo al desempeño del Sistema de Administración de Riesgos SARLAFT /PADM.


5 Alcance

Este manual es aplicable a todos los procesos en los que se presenten factores de riesgos LA/FT/PADM y su aplicación es de manera específica por parte de los Directivos y de todos los colaboradores directos e indirectos de la Entidad, principalmente: Gerente, Revisoría Fiscal, Oficial de Cumplimiento, Tesorero, y en forma general todos los colaboradores de los diferentes niveles organizacionales.

6 Definiciones

Para la aplicación del presente manual se tendrán en cuenta las siguientes definiciones, las cuales fueron tomadas de las Circulares externas 20211700000005-5 de 2021 y 009 de 21 abril de 2016 emitidas por SNS:


- **Administración de riesgos:** Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.
- **Análisis del riesgo:** Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del riesgo.
- **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 gerente y el Control Interno. Incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona u otra estructura jurídicas.
- **Beneficiario Final:** Se refiere a la(s) persona(s) natural(es) que finalmente posee(n) o controla(n) a un cliente y/o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción. Incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona u otra estructura jurídicas.
- **Cliente y/o contraparte:** Es toda persona natural o jurídica con quien la entidad formaliza y mantiene una relación contractual o legal, sea contratista, proveedor,

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 14 de 49


suministro de medicamentos e insumos, contrato de red de prestadores, compradores y/o cualquier figura contractual que suponga inyección efectiva de recursos, como lo son los afiliados a los planes voluntarios de salud.

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


- **Control del riesgo de LA/FT:** Comprende la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras acciones existentes que actúan para minimizar el riesgo de LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realice la entidad.
- **Canal anticorrupción:** Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de fraude, opacidad o corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.
- **Cibercrimen:** Actividades ilícitas que se llevan a cabo para robar, alterar, manipular, enajenar o destruir información o activos (como dinero, valores o bienes desmaterializados) de compañías, valiéndose de herramientas informáticas y tecnológicas.
- **Cohecho:** Delito que comete un particular, que ofrece a un funcionario público o persona que participa en el ejercicio de la función pública dádiva, retribución o beneficio de cualquier clase para sí o para un tercero, para que ejecute una acción contraria a sus obligaciones, o que omita o dilate el ejercicio de sus funciones
- **Colusión:** Pacto o acuerdo ilícito, es decir, acuerdo anticompetitivo para dañar a un tercero en procesos de contratación pública.
- **Concusión:** Acción realizada por un funcionario público en abuso de su cargo, para inducir a otra persona a dar o prometer a él mismo o a una tercera persona, el pago de dinero u otra utilidad indebida.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 15 de 49

- **Conducta irregular:** Hace referencia a incumplimientos de leyes, regulaciones, políticas internas, reglamentos o expectativas de las organizaciones respecto a la conducta, ética empresarial y comportamientos no habituales.
- **Conflicto de interés:** Situación en virtud de la cual una persona (funcionario, contratista o tercero vinculado al sector salud), debido a su actividad se enfrenta a distintas situaciones frente a las cuales podría tener intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede ser privilegiado en atención a sus obligaciones legales o contractuales.
- **Consecuencia:** Efectos generados por la ocurrencia de un riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la entidad. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento.
- **Contraparte(s):** Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la organización y sus filiales y subordinadas tiene vínculos comerciales, de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Es decir, accionistas, socios, colaboradores o empleados de la empresa, clientes y proveedores de bienes y servicios.
- **Control de riesgos:** Parte de la administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos para minimizar los riesgos adversos.
- **Corrupción:** Obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información.
- **Corrupción privada:** El que directamente o por interpuesta persona prometa, ofrezca o conceda a directivos, administradores, empleados o asesores de una sociedad, asociación o fundación una dádiva o cualquier beneficio no justificado para que le favorezca a él o a un tercero, en perjuicio de aquella. En este tipo el beneficio es para una persona natural o empresa privada.
- **Corrupción pública:** Cuando en el acto de Corrupción intervienen funcionarios públicos y/o la acción reprochable recaiga sobre recursos públicos.


	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 16 de 49

- **Debida Diligencia:** Equivale a ejecutar algo con suficiente cuidado. Existen dos interpretaciones sobre la utilización de este concepto en la actividad empresarial. La primera, se concibe como actuar con el cuidado que sea necesario para evitar la posibilidad de llegar a ser considerado culpable por negligencia y de incurrir en las respectivas responsabilidades administrativas, civiles o penales. La segunda, de contenido económico y proactiva, se identifica como el conjunto de procesos necesarios para poder adoptar decisiones suficientemente informadas.
- **Denuncia:** Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
- **Estafa:** Es un delito contra el patrimonio económico, donde una persona denominada estafador, genera una puesta en escena y se aprovecha de la buena voluntad para presentar negocios inexistentes y obtener algún beneficio como sumas de dinero.
- **Evento:** Incidente o situación que ocurre en la empresa durante un intervalo particular de tiempo. Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.
- **Evaluación del riesgo:** Proceso de comparación de resultados del análisis del riesgo con los criterios técnicos para determinar si el riesgo, su magnitud (nivel) o ambos son aceptables o tolerables.
- **Factores de Riesgo de LA/FT:** Son aquellas circunstancias y características de los clientes y/o contraparte, personas naturales y jurídicas, y de las operaciones que hacen que exista una mayor probabilidad de corresponder con una operación sospechosa de LA/FT.
- **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.


	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 17 de 49

A continuación, se enuncian algunas actividades constitutivas de Fraude, sin que se constituya en una lista taxativa cerrada:

- ✓ Cualquier acto encaminado a defraudar o que se ejecute con intención deshonestas;
 - ✓ Apropiación indebida de fondos, títulos valores, suministros de oficina o cualquier otro activo de la entidad y/o sus clientes;
 - ✓ Manejo inapropiado de dinero o transacciones financieras, incluyendo los respectivos reportes;
 - ✓ Generación de ganancias personales a partir del conocimiento de información de las actividades internas de la Entidad;
 - ✓ Revelar información confidencial y propietaria a terceros con el fin de obtener una ganancia, y
 - ✓ Cualquier irregularidad similar o relacionada con las aquí mencionadas.
- **Fraude externo:** Se define como los actos realizados por una persona externa a la entidad, que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de la misma o incumplir normas o leyes.
 - **Fraude interno:** Se define como todos aquellos actos que de forma intencional buscan la apropiación indebida de activos o busca causar las pérdidas que se ocasionan por actos cometidos con la intención de defraudar, malversar los activos o la propiedad de la entidad. Estos actos son realizados por al menos un empleado o administrador de la Entidad.
 - **Financiación del terrorismo:** Delito que comete toda persona que incurra en alguna de las conductas descritas en el artículo 345 del Código Penal.
 - **Fuentes de riesgo de LA/FT:** Son los agentes generadores de riesgo de LA/FT en una entidad y se deben tener en cuenta para identificar las situaciones que puedan generarle este riesgo en las operaciones, negocios o contratos que realiza.
 - **Gestión del riesgo de LA/FT:** Consiste en la adopción de políticas y procedimientos que permitan prevenir y controlar el riesgo de LA/FT.


	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 18 de 49

- **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.
- **Hurto:** Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajena contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro.
- **Identificación del riesgo:** Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo. Implica la identificación de las fuentes de riesgo, los eventos, sus causas y consecuencias potenciales.
- **Impacto:** Consecuencias o efectos que puede generar la materialización del Riesgo de Corrupción en la entidad.
- **Información privilegiada:** Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello.
- **Lavado de activos:** Delito que comete toda persona que busca dar apariencia de legalidad a bienes o dinero provenientes de alguna de las actividades descritas en el artículo 323 del Código Penal.
- **Listas nacionales e internacionales:** Relación de personas que de acuerdo con el organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo, como lo son las listas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, que son vinculantes para Colombia. Adicionalmente, pueden ser consultadas por Internet u otros medios técnicos las listas OFAC, INTERPOL, Policía Nacional, entre otras.
- **Máximo Órgano Social:** Es el máximo órgano de gobierno de la entidad. Es la Asamblea General o quien haga sus veces y puede variar su denominación según la figura jurídica de la que se trate. Se conforman por accionistas en caso de una sociedad comercial por acciones, por socios en las sociedades comerciales con cuotas o partes de interés, por asociados en caso de las organizaciones de


	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 19 de 49

economía solidaria, por afiliados en caso de una caja de compensación familiar que cuentan con autorización para operar programas de salud. Su principal función es velar por el cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad, mediante la realización de asambleas, que puede darse de manera ordinaria o extraordinaria, según lo establece el Código de Comercio o la norma que regule cada tipo especial de la entidad y los estatutos.

- **Monitoreo:** Es el proceso continuo y sistemático que realizan los sujetos obligados, y mediante el cual se verifica la eficiencia y la eficacia de una política o de un proceso, así como la identificación de sus fortalezas y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados. Es condición para rectificar o profundizar la ejecución y para asegurar la retroalimentación entre los objetivos, los presupuestos teóricos y las lecciones aprendidas a partir de la práctica.
- **Nivel de riesgo:** Magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos expresada en probabilidad e impacto o consecuencias.
- **Oficial de Cumplimiento:** Colaborador de la entidad vigilada encargado de verificar el cumplimiento de los manuales y políticas de procedimiento de la entidad, así como de la implementación del SARLAFT. Es un trabajador de mínimo segundo nivel jerárquico dentro de la entidad, que depende directamente del Órgano de Dirección dentro de la estructura organizacional y funcional de la entidad, y, es nombrado por la Junta Directiva. A su vez, es el encargado de realizar los reportes a la UIAF y a la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho funcionario podrá ser nombrado con la entrada en vigencia de la circular externa número 000009 del 21 de abril de 2016 o su función podrá ser delegada a un funcionario ya existente en la entidad vigilada, siempre y cuando reúna las condiciones ya reseñadas y las señaladas en el numeral 6.2.1 de la circular ya mencionada, nombrándolo como cargo adjunto o de desempeño alterno a otra función que realice en la entidad.
- **Omisión de Denuncia de particular:** Consiste en tener conocimiento de la comisión de los delitos señalados en el artículo 441 del Código Penal y no denunciarlos ante las autoridades competentes.


	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 20 de 49

- **Omisión de Reporte:** Determinado por el artículo 325ª del Código Penal colombiano que establece que: “Aquellos sujetos sometidos a control de la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) que deliberadamente omitan el cumplimiento de los reportes a esta entidad para las transacciones en efectivo o para la movilización o para el almacenamiento de dinero en efectivo, incurrirán, por esa sola conducta, en prisión de treinta y ocho (38) a ciento veintiocho (128) meses y multa de ciento treinta y tres punto treinta y tres (133.33) a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes”.
- **Operación Intentada:** Se configura cuando se tiene conocimiento de la intención de una persona natural o jurídica de realizar una operación sospechosa, pero no se perfecciona por cuanto quien intenta llevarla a cabo desiste de la misma o porque los controles establecidos o definidos por los agentes del SGSSS no permitieron realizarla. Estas operaciones también deberán reportarse a la UIAF.
- **Opacidad:** Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.
- **Operación Inusual:** Aquella cuya cuantía o características no guardan relación con la actividad económica de los clientes y/o contrapartes, o que, por su número, por las cantidades transadas o por sus características particulares, se salen de los parámetros de normalidad establecidos.
- **Operación Sospechosa:** Es aquella que por su número, cantidad o características no se enmarca dentro de los sistemas y prácticas normales de los negocios, de una industria o de un sector determinado y, además, que de acuerdo con los usos y costumbres de la actividad que se trate, no ha podido ser razonablemente justificada. Cuando se detecten esta clase de operaciones, deben ser reportadas a la UIAF.
- **Órgano de Administración o Dirección:** Es la Junta Directiva o quien haga sus veces y puede variar su denominación según la figura jurídica de la que se trate. En organizaciones de economía solidaria, se denomina Consejo de Administración. En el caso de las cajas de compensación familiar, se denomina Consejo Directivo. Estos consejos directivos se apoyarán de un Comité de Dirección de EPS, integrado por un subconjunto de los miembros del Consejo Directivo e invitados externos. Sus


	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 21 de 49

principales funciones son las de dirigir y representar a la entidad en la gestión técnica, administrativa y financiera, logrando realizar los objetivos y estrategias de la misma. Asimismo, establecer los principios y procedimientos para la selección de sus miembros, sus funciones y responsabilidades, la forma de organizarse, deliberar y las instancias para evaluación y rendición de cuentas.

- **Órgano de Control:** Es la instancia creada al interior de la persona jurídica para ejercer las funciones de control interno. Sus principales funciones son las de evaluar, monitorear y verificar que los procesos y procedimientos a cargo de la entidad, cumplan las metas y propósitos previamente planteados en torno a una gestión con calidad.
- **Personas Expuestas Públicamente (PEP):** Son personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre estos o gozan o gozaron de reconocimiento público. Las PEP extranjeras son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas prominentes en otro país, como por ejemplo los jefes de Estado o de Gobierno, políticos de alto nivel, funcionarios gubernamentales o judiciales de alto nivel o militares de alto rango, ejecutivos de alto nivel de corporaciones estatales, funcionarios de partidos políticos importantes. Las PEP domésticas como miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la Junta o funciones equivalentes. La definición de PEP no pretende cubrir a individuos en un rango medio o más subalterno en las categorías anteriores.
- **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.


	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 22 de 49

- **Política para la gestión del riesgo:** Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.
- **Prevaricato por acción:** Actuación voluntaria de un funcionario público para proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.
- **Prevaricato por omisión:** Actuación voluntaria de un funcionario público para dejar de ejecutar o cumplir con un acto propio de sus funciones.
- **Probabilidad / posibilidad:** Oportunidad que algo suceda.
- **Políticas:** Son los lineamientos, orientaciones o aspectos que fundamentan la prevención y el control del riesgo de LA/FT en la entidad. Deben hacer parte del proceso de gestión del riesgo de LA/FT.
- **Reportes internos:** Son aquellos que se manejan al interior de la entidad y están dirigidos al Oficial de Cumplimiento y pueden ser efectuados por cualquier empleado o miembro de la organización, que tenga conocimiento de una posible operación intentada, inusual o sospechosa.
- **Riesgo de LA/FT:** 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.
- **Riesgos Asociados al LA/FT:** Son aquellos a través de los cuales se puede llegar a materializar el riesgo de LA/FT, estos son: contagio, legal, operativo y reputacional.
- **Riesgo de Contagio:** En el marco de SARLAFT, es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una 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


	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 23 de 49

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 de su base de clientes, disminución de los negocios o ingresos, o incurrir en procesos judiciales.
- **Riesgo Inherente:** Es el nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control.
- **Riesgo Neto o Residual:** Es el nivel resultante del riesgo después de la aplicación de los mecanismos de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.
- **Segmentación:** Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos que comparten características homogéneas al interior de ellos y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).
- **Señales de alerta:** Son circunstancias particulares que llaman la atención y justifican un mayor análisis. Son realizadas por personas naturales o jurídicas que presentan como actividad económica principal o secundaria aquellas relacionadas con el sector salud y que pueden llegar a presentar a manera de ejemplo las siguientes situaciones:

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 24 de 49

- ✓ Características inusuales de las actividades, productos o lugares de procedencia.
 - ✓ Inconsistencias en la información relacionada con la existencia, identificación, dirección del dominio o ubicación del usuario.
 - ✓ Inconsistencias en la información que suministra el cliente y/o contraparte frente a la que suministran otras fuentes.
 - ✓ Facturas que contengan precios ostensiblemente diferenciales frente a los del mercado.
- **Soborno:** Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control.
 - **Soborno transnacional:** El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional.
 - **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 por parte de un particular sobre un servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico.
 - **Transacciones en Efectivo:** Es el recibo o entrega de dinero en efectivo de billetes o monedas, donde el sujeto de la transacción debe tener la condición de cliente y/o contraparte de la entidad vigilada.
 - **Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF):** Es una Unidad Administrativa Especial, de carácter técnico, adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, creada por la Ley 526 de 1999, modificada por la Ley 1121 de 2006, y que tiene como objetivo la prevención y detección de operaciones que puedan ser utilizadas para el Lavado de Activos o la Financiación del Terrorismo.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 25 de 49

Asimismo, impone obligaciones de reporte de operaciones a determinados sectores económicos.

- **Usuario:** Es toda persona natural a la que, sin ser cliente y/o contraparte, la entidad le suministra o presta un servicio.
- **Vandalismo:** Acciones físicas que atenten contra la integridad de los elementos informáticos, la infraestructura, entre otros, cuya finalidad es causar un perjuicio, por ejemplo, la paralización de las actividades, como medio de extorsión o cualquier otro.

7 Sistema De Administración Del Riesgo De Lavado De Activos De La Financiación Del Terrorismo Y Financiación De La Proliferación De Armas De Destrucción Masiva –SARLAFT /PADM.

Por medio de Circular Externa 20211700000005-5 DE 2021 se modifica asunto descrito en Circular Externa 009 de 2016, estableciéndose de la siguiente manera:


“Por la cual se imparten instrucciones relativas al sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y reporte de información”

7.1. Etapas del SARLAFT

El Sistemas de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y La Financiación del Terrorismo – SARLAFT comprende las siguientes etapas:

7.1.1 Identificación del Riesgo

El SARLAFT permite reconocer, explorar exhaustivamente y documentar los riesgos inherentes de LA/FT/FPADM en el desarrollo las actividades, teniendo en cuenta los factores de riesgo y señales de alerta identificadas en la Circular Externa 20211700000005-5 DE 2021, más las que logre identificar la entidad mediante el desarrollo normal del negocio. Asimismo, debe identificarse el riesgo derivado de un nuevo producto o por la modificación de los existentes, así como situaciones que generen algún grado de incertidumbre por su magnitud o expectativas en el mercado o que supongan la intervención de terceros inversionistas, variación de coberturas, contratos o cualquier otra operación de los Agentes.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 26 de 49

Para identificar el riesgo de LA/FT/FPADM, se establecen metodologías para la segmentación de los factores de riesgo. Al aplicar estas metodologías, la organización debe estar en capacidad de identificar los factores de riesgo de LA/FT/FPADM, los efectos potenciales y los riesgos asociados. Ésta podrá seleccionar las metodologías y técnicas que considere más adecuadas.

7.1.2 Evaluación y Medición

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

Estas mediciones podrán ser de carácter cualitativo o cuantitativo, al establecer metodologías de medición o evaluación para construir el perfil de riesgo inherente de LA/FT de la entidad y las mediciones agregadas en cada factor de riesgo y en sus riesgos asociados.

7.1.3 Controles


Se toman las medidas necesarias para controlar el riesgo inherente al que se ve expuesta la organización, en razón de los factores de riesgo y de los riesgos asociados. Para eso, la institución establece las metodologías para definir las medidas de control del riesgo de LA/FT/FPADM, los niveles de exposición y efectuar los Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS) a la UIAF. Como resultado de esta etapa, la entidad debe establecer el perfil de riesgo residual de LA/FT/FPADM. El control debe traducirse en una disminución de la posibilidad de ocurrencia y/o del impacto del riesgo de LA/FT/FPADM, en caso de materializarse, al buscar detectar operaciones que se pretendan realizar o se hayan realizado.

Todas las acciones de gestión del riesgo identifican formalmente responsables, plazos, formas de ejecución, y reportes de avances. Asimismo, deberán estar aprobadas por la instancia del Gobierno Organizacional que corresponda.

7.1.4 Seguimiento y Monitoreo

Esta etapa le permite hacer seguimiento del perfil de riesgo y, en general, del SARLAFT, así como llevar a cabo la detección de operaciones inusuales o sospechosas. Para estos efectos se permite comparar la evaluación del riesgo inherente con el riesgo residual de cada factor de riesgo y de los riesgos asociados.

La entidad desarrolla reportes que permiten establecer la evolución del riesgo, así como la eficacia de los controles implementados, para así poder establecer si se ha logrado

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 27 de 49

corregir oportunamente eventuales deficiencias. En esta etapa cobra importancia la comunicación y entrega de resultados a todos los involucrados y responsables, en especial a los órganos de seguimiento definidos por el Gobierno Organizacional.

El control seguimiento y monitoreo se realizará, con la ejecución y desarrollo de los siguientes apoyos:

- a. Sistema de indicadores
- b. Matriz de riesgos
- c. Procedimientos SARLAFT
- d. Formatos

7.2 Elementos del SARLAFT

7.2.1 Políticas


Son los lineamientos generales que adopta Centro Médico Crecer con relación al SARLAFT.

7.2.1.1 Políticas en Materia de Administración del Riesgo del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo

Buscan estandarizar los lineamientos para obtener el efectivo y oportuno funcionamiento, los cuales se reflejan en conductas y procedimientos que regulan la entidad en el fortalecimiento del Sistema de Administración del Riesgo para la prevención y control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, evitando que sea utilizada como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma, de dineros u otros bienes provenientes de actividades delictivas, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas, transacciones, operaciones y fondos vinculados con las mismas.

7.2.1.2 Política de Auditoría al SARLAFT

Con el fin de evitar que se omitan procedimientos que expongan a un nivel de riesgo mayor, ocasionándole pérdida de imagen o riesgo reputacional, riesgo legal, operativo y de contagio u otros tipos de riesgo, el Representante Legal, el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal de Centro Médico Crecer velarán por el cumplimiento de las normas que regulan el reglamento interno de trabajo y lo contemplado en este Manual SARLAFT y demás disposiciones contenidas en la Circular externa 20211700000005-5 DE 2021.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 28 de 49

7.2.1.3 Política de vigilancia para Personas Expuestas públicamente “PEP”

Las personas expuestas públicamente son personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan o han manejado recursos públicos, tienen disposición sobre estos o gozan o gozaron de reconocimiento público.

Al establecer la relación contractual con una PEP’s se debe indagar sobre la autorización para contratar o negociar, otorgada por el órgano competente para el caso en que los servicios adquiridos no sean para su beneficio personal, así como también se debe establecer el origen de los recursos.

Para efectos de establecer relaciones contractuales o convenios con personas identificadas como PEP, se deberá informar al Empleado de Cumplimiento, para que éste realice la consulta y validación en las principales listas nacionales e internacionales en materia de lavado de activo y la financiación del terrorismo e incluirlo en la base de datos de PEP’s de la entidad.

Una vez concluido con el procedimiento de Vinculación, la entidad debe tener una base de datos de estos clientes, ya sea en el aplicativo o en una lista especial que permita su plena identificación.

Anualmente el Oficial de Cumplimiento debe realizar seguimiento a clientes y usuario marcados con esta característica, y los resultados de esta gestión debe ser informada a la Junta Directiva.


El procedimiento diseñado para este fin deberá aplicarse en todo su contenido.

7.2.1.4 Política de los requerimientos de autoridades competentes

Los requerimientos de los órganos competentes, de control, Administración y justicia, recibirán por parte de los Directivos y demás colaboradores de Centro Médico Crecer, toda la debida diligencia, la atención inmediata y oportuna que dichos requerimientos así lo ameriten. Igualmente, se les brindará respuesta precisa y real de los temas abordados con reserva y confidencialidad.

7.2.1.5 Política para imponer sanciones

El Representante Legal de Centro Médico Crecer se encuentra facultado para determinar las sanciones que impondrá por el incumplimiento, desacato, y omisión de los procedimientos implementados en el sistema administración del riesgo del lavado de activos y de la financiación del terrorismo SARLAFT, sin menoscabo, de las demás sanciones que por ley le correspondan. Así mismo cuando no se ejecute las funciones con responsabilidad y calidad de acuerdo con el reglamento interno de trabajo.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 29 de 49

7.2.1.6 Política de Responsabilidades

El representante legal, la Junta Directiva, el oficial de Cumplimiento y cada uno de los colaboradores de Centro Médico Crecer, serán responsables por implementar planes estratégicos para sensibilizar toda la estructura organizacional frente al gran flagelo del LA/FT, para que se apliquen los procedimientos diseñados de manera oportuna, situación que permitirá mitigar el riesgo para evitar que se materialicen, además, cada uno de los integrantes de la organización deberán aportar al desarrollo de la cultura institucional de Prevención y Control de LA/FT.

7.2.1.7 Política de consulta, validación verificación y actualización de la información de los clientes y/o contrapartes

Todo cliente o contraparte y usuarios a quien no se le pueda confirmar la información mientras no se demuestre su veracidad y calidad será considerada como un evento inusual. El Gerente o el Oficial de Cumplimiento, podrán ordenar, realizar visitas empresariales o marcar a los clientes y/o contrapartes y usuarios como un riesgo potencial, mientras se logran confirmar los datos.


Todos los clientes y/o contrapartes tendrán que confirmar o enviar la información veraz y real. Anualmente se solicitará Cámara de Comercio para verificar su existencia y representación legal, se realizará la consulta y validación en las principales listas nacionales e internacionales restrictivas y vinculantes al representante legal de las persona naturales y jurídicas.

7.2.1.8 Política de grado de aportación de los colaboradores al Oficial de Cumplimiento

Todos los colaboradores podrán comunicarse con el Oficial de Cumplimiento. Los responsables de ejecutar procedimientos relacionados con el SARLAFT deberán enviar reportes físicos mensuales al Oficial de cumplimiento y cualquier inquietud que se presente sobre los clientes y/o contrapartes, trabajadores de planta o por prestación de servicios, lo deberán realizar por escrito y debidamente documentado, toda vez, que en últimas la decisión de catalogar como sospechosa una operación se encuentra bajo la responsabilidad del Oficial de Cumplimiento.

7.2.1.9 Política de Conservación de Documentos

Los documentos y registros relacionados con el cumplimiento de las normas sobre prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo se conservarán dentro del archivo de gestión Sistema de Administración de Riesgo LA/FT durante un año, luego del cual se conservarán en el archivo general mínimo durante 3 años,

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 30 de 49

pasado este tiempo y si no se ha efectuado ningún requerimiento al respecto por autoridad competente, podrá ser microfilmado o entregado al área de gestión documental para su respectivo proceso de archivo.

7.2.1.10 Política de pagos en efectivo:

Para las transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica, superiores o iguales a \$ 5.000.000 y/o su equivalente en otras monedas, se deberá diligenciar el formato de declaración voluntaria de origen de fondos (DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS EN EFECTIVO.) y se procederá a informar a la UIAF.

De igual manera para las transacciones múltiples en efectivos realizadas por una misma persona natural o jurídica que en su conjunto en un mismo mes, iguale o supere los \$ 25.000.000 o su equivalente en otras monedas.


Cuando en un periodo de reporte (Un mes) no se reporten transacciones en efectivo individuales o múltiples se reportará este hecho a la UIAF como una ausencia de transacción en efectivo.

7.2.1.11 Política de Transparencia

Dentro del marco de los Principios de Ética empresarial, Centro Médico Crecer sustenta el desarrollo de sus actividades empresariales, en la vivencia de los valores Humanos y Organizacionales, de tal manera que los colaboradores, desarrollen en el día a día, sus funciones con base en la verdad y la transparencia, generando con ello, entornos de negocios más éticos y confiables en la relación con proveedores, contratistas, el Estado en todas sus dimensiones y comunidad en general, logrando de ésta manera, una cadena de valor fortalecida en la verdad y la confiabilidad, factores fundamentales para la sostenibilidad y credibilidad del sector público en Colombia.

Por esta razón, la organización no permite, rechaza, prohíbe y sanciona toda conducta, proceso o acción de corrupción, de soborno en cualquiera de sus manifestaciones, toda acción deshonesta y de quebranto a las directrices de transparencia y verdad consagrada en la presente Política.

Centro Médico Crecer consciente del momento histórico que vive el país y el mundo con los flagelos de la corrupción y el soborno, se une en la construcción del propósito nacional en la lucha contra éstos dos flagelos a través de la puesta en marcha de los lineamientos contemplados en la presente Política; la institución recorre así, el sendero que conduce al camino de la auténtica libertad, el verdadero progreso, aquel que se percibe en el crecimiento sustentado y sostenible de las empresas, como también, en

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 31 de 49

la tranquilidad de conciencia de sus miembros y la felicidad que se refleja en sus rostros por tomar las decisiones por convicción de honestidad, la que nunca traiciona y siempre está lista para respaldar y prosperar.

7.2.2 Procedimientos

A continuación, se relacionan los procedimientos del Sistema de Administración del Riesgo del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo - SARLAFT establecidos por Centro Médico Crecer (Ver Anexo):

- ✓ PROCEDIMIENTO DE CONOCIMIENTO SELECCIÓN Y VINCULACION DE NUEVOS CLIENTES.
- ✓ PROCEDIMIENTO DE CONOCIMIENTO SELECCION Y VINCULACION DE EMPLEADOS.
- ✓ PROCEDIMIENTO DE CONOCIMIENTO SELECCIÓN Y VINCULACION DE NUEVOS PROVEEDORES.
- ✓ PROCEDIMIENTO PARA REQUERIMIENTOS DE INFORMACION
- ✓ PROCEDIMIENTO PARA DETECCIÓN DE OPERACIONES INUSUALES.
- ✓ PROCEDIMIENTO PARA REPORTE DE OPERACIONES SOSPECHOSAS.
- ✓ PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR OPERACIONES SOSPECHOSAS.
- ✓ PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER RELACIONES CON PEPS.
- ✓ PROCEDIMIENTO CONSULTA EN LISTAS RESTRICTIVAS.
- ✓ PROCEDIMIENTO PARA GESTION DOCUMENTAL DE LA- FT.
- ✓ PROCEDIMIENTO PARA CONOCIMIENTO DEL MERCADO.


7.2.2.1 Aprobación de Procedimientos

La Junta Directiva o quien haga sus veces es el responsable de aprobar el Manual de SARLAFT /PADM que se aplicará en la organización.

En este sentido, debe estar conformado por medidas y procedimientos suficientes que permitan dar cumplimiento a este objetivo e incluir por lo menos lo siguiente:

7.2.2.1.1 Identificar las situaciones que le generen riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad.

Los procedimientos para la prevención del riesgo de LA/FT/FPADM contemplan la revisión de todas las etapas del SARLAFT y las operaciones, negocios y contratos que realiza la entidad, con el propósito de identificar las situaciones que puedan generarle riesgo de LA/FT/FPADM. Esta identificación implica evaluar los cambios y la evolución de los controles y de los perfiles de riesgo inherente y residual, en situaciones tales

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 32 de 49

como operaciones con clientes y/o contrapartes, usuarios, productos, canales de distribución y jurisdicción territorial. La identificación puede hacerse a través del examen a los procesos establecidos, o consultando la experiencia y opiniones de los asociados, administradores y empleados.

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

Asimismo, cuando la institución incursione en nuevos mercados u ofrezca nuevos bienes o servicios, el Oficial de Cumplimiento con la participación de la subdirección administrativa y financiera, evalúan el riesgo de LA/FT/FPADM que implica, dejando constancia de este análisis.

7.2.2.1.2 Verificación procesos de debida diligencia

Para verificar los procesos de debida diligencia, se tendrán en cuenta como mínimo los siguientes procesos:


7.2.2.1.2.1 Conocimiento de los clientes y/o contrapartes

La debida diligencia en el conocimiento de los clientes y/o contrapartes será implementada según las características particulares del negocio y de la comercialización de los servicios que presta.

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

Frente a la prestación de los servicios de salud, no podrá restringirse la atención en salud por parte del prestador o para el aseguramiento obligatorio, movilidad o autorización de atención en salud por la ausencia del conocimiento de los clientes y usuarios.

Los soportes y la verificación del conocimiento de clientes y/o Contrapartes implican recaudar y conservar como mínimo información que permita identificar a la persona

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 33 de 49

natural o jurídica (siendo firmado por este) por un término no menor a cinco (5) años.

- ✓ Dicho conocimiento de los clientes y/o Contrapartes deberán contener como mínimo la siguiente información: Procedimiento Conocimiento selección y vinculación de nuevos clientes, Estudios de actuales y nuevos clientes, Vinculación de proveedores. Los cuales deben ser diligenciados por los clientes y/o contrapartes.

Asimismo, para el análisis de las operaciones con clientes y usuarios, se debe construir una base de datos que le permita consolidar e identificar alertas tempranas o futuras. Para los casos de proveedores, grupos de factor y clientes, la identificación del cliente/usuario es obligatoria dentro del diseño de las políticas definidas en el presente manual.


7.2.2.1.2.2 Conocimiento de personas expuestas públicamente PEP's:

Si la entidad celebra operaciones con personas expuestas públicamente, como aquellas que por razón de su cargo manejan recursos públicos, se debe indagar sobre la autorización para contratar o negociar otorgada por el órgano competente para el caso en que los servicios adquiridos no sean para su beneficio personal, así como establecer el origen de los recursos.

- ✓ En todo caso, los procesos para el conocimiento de esta clase de clientes/usuarios son más estrictos, la negociación debe ser aprobada por la mitad más uno de los miembros principales de la Junta Directiva de Centro Médico Crecer, previa recomendación del Oficial de Cumplimiento. En este tema, lo importante es que la organización tome las medidas necesarias, para no ser utilizada en la canalización de recursos provenientes de actos de corrupción, lavado de activos y/o financiación del terrorismo. En dicho conocimiento se tendrá en cuenta el **PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER RELACIONES CON PEP'S.**

7.2.2.1.2.3 Conocimiento de trabajadores, empleados o proveedores

Centro Médico Crecer debe verificar los antecedentes de sus trabajadores, empleados o proveedores antes de su vinculación y realizar por lo menos una actualización anual de sus datos.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 34 de 49

Cuando se detecten comportamientos inusuales en cualquier persona que labore o tenga relación con la institución, se debe analizar tal conducta. Para llevar a cabo dicho conocimiento se deberá tener presente el PROCEDIMIENTO DE CONOCIMIENTO SELECCION Y VINCULACION DE EMPLEADOS.

7.2.2.1.2.4 Determinación del monto máximo de efectivo que puede manejarse al interior de Centro Médico Crecer por tipo de cliente/usuario:

Para prevenir el riesgo de LA/FT, la entidad establece controles y procedimientos para reglamentar la cantidad máxima de dinero en efectivo que puede operarse con los diferentes segmentos de clientes/usuarios en lo posible utilizando los medios de pago que ofrecen las instituciones financieras, para lo cual fija el monto máximo las transacciones en efectivo realizadas por personas naturales o jurídicas de manera individual menor a \$ 5.000.000 y para las transacciones múltiples en efectivo hasta un valor menor a \$ 25.000.000.

7.2.2.1.2.5 Herramientas para identificar operaciones inusuales y/o sospechosas.


Centro Médico Crecer cuenta con herramientas que permiten identificar operaciones inusuales y/o sospechosas.

Una vez identificada y analizada una operación inusual y/o sospechosa, deben conservarse los soportes físicos que dieron lugar a calificarla en una u otra categoría, deben tener el respectivo nivel de seguridad de forma tal que se permita su consulta sólo por el Oficial de cumplimiento principal y suplente, debe contar con los criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de esta. Esto con el fin de que cuando sean solicitados, puedan ser remitidos de forma oportuna, clara y eficiente a la UIAF o a las entidades judiciales.

Se deberá tener presente el PROCEDIMIENTO PARA DETECTAR DE OPERACIONES INUSUALES y PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR OPERACIONES SOSPECHOSAS.

7.2.2.1.2.5.1. Señales de alerta.

Se refiere a los datos y detalles que la entidad considera importantes, como eventos, cifras, medidas cuantitativas y cualitativas, así como aspectos financieros, que permiten deducir de manera adecuada y/o anticipada la eventual presencia de circunstancias fuera de lo que la entidad ha establecido como la norma dentro del marco del SARLAFT.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 35 de 49

7.2.2.1.2.5.2. Segmentación de los factores de riesgo.

Las instituciones deben dividir, al menos, cada uno de los factores de riesgo según sus particularidades, asegurándose de que las variables utilizadas en el análisis garanticen la uniformidad dentro de los grupos y la diversidad entre ellos, de acuerdo con la metodología previamente establecida por la entidad. Para llevar a cabo esta segmentación, las instituciones deben considerar como variables, entre otras, la información obtenida durante los procedimientos de identificación del cliente y, en general, los procesos descritos en este capítulo.

7.2.2.1.2.5.3. Seguimiento de operaciones.

Las instituciones deben tener la capacidad de supervisar las transacciones realizadas por sus clientes y usuarios con una frecuencia apropiada según la evaluación de riesgo de los distintos factores involucrados, así como monitorear las operaciones efectuadas en cada uno de los segmentos de riesgo. Además, las entidades supervisadas deben cumplir plenamente con las normativas relacionadas con la protección de datos personales y la privacidad, tal como se estipula para la implementación de medidas de conocimiento del cliente más rigurosas, como se detalla en los apartados anteriores.

7.2.3. Instrumentos.


7.2.3.1. Consolidación electrónica de operaciones en efectivo:

Centro Médico Crecer cuenta con la capacidad de reunir electrónicamente, las transacciones realizadas por sus clientes y usuarios a través de los diversos productos, canales y jurisdicciones disponibles en la institución.

7.2.3.2. Matriz de riesgo:

Centro Médico Crecer dispone de una matriz de riesgos donde se aplican e implementan las fases del SARLAFT, esta se encuentran Sitio de planeación de Share Point. La matriz de riesgos sigue la metodología AMEF, donde se registran variables, como:

- Los riesgos identificados, junto con sus respectivas causas y el impacto de su materialización.
- La relación existente entre los riesgos identificados y cada uno de los segmentos de los factores de riesgo en los que se podrían materializar los mismos.
- La relación existente entre los riesgos identificados y cada uno de los riesgos asociados.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 36 de 49

- Las mediciones de probabilidad e impacto, tanto inherentes como residuales, para cada uno de los riesgos identificados y a nivel consolidado.
- Los controles que mitigan cada uno de los riesgos identificados, junto con las variables consideradas para la medición de su efectividad.
- Indicadores que permiten efectuar permanente seguimiento al perfil de riesgo de LA/FT/FPADM de la entidad.

7.2.4. Documentación.

Las etapas del ciclo general de riesgos y los elementos del SARLAFT implementados por Centro Médico Crecer plasmados en documentos y registros, garantizando la integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.

Los procesos y procedimientos mencionados en el numeral **7.2.2**, los cuales fueron adoptados y consolidados en Sitio de Control Documental; en los cuales deben estar claramente definidas las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas para cada uno de los funcionarios de los diferentes órganos involucrados en el SARLAFT.

Funciones de los Órganos de Administración y Control

Sin perjuicio de otras funciones asignadas para la implementación del SARLAFT, se establecen las funciones a cargo del órgano directivo, el oficial de cumplimiento y el revisor fiscal de la organización.

7.3 Junta Directiva


Para la implementación del SARLAFT la Junta Directiva debe cumplir cuando menos con:

8.1.1. Diseñar y actualizar las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que harán parte del SARLAFT, para una posterior aprobación por la Asamblea o el máximo órgano social o quien haga sus veces.

8.1.2. Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.

8.1.3. Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT, teniendo en cuenta las características del riesgo de LA/FT/FPADM y el tamaño de la entidad. Este equipo de trabajo humano y técnico debe ser de permanente apoyo para que el Oficial de Cumplimiento lleve a cabalidad sus funciones.

8.1.4. Asignar un presupuesto anual para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de personal, capacitación, asesorías, consultorías, y lo

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 37 de 49

necesario para mantener la operación del SARLAFT en la compañía y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento y su equipo.

8.1.5. Designar al Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente. Para efectos de dar cumplimiento a Circular 2021170000005-5 DE 2021, la Junta Directiva o quien haga sus veces dará a conocer el nombramiento del Oficial de Cumplimiento a la SNS, indicando nombre, profesión, cargo adjunto o de desempeño alterno (si procede), teléfonos de contacto y correo electrónico. Esta información y su respectiva actualización o modificación, deberá realizarse a través del módulo de datos generales o aplicativos de reporte de información que la Superintendencia Nacional de Salud disponga para ellos.

8.1.6. Incluir en el orden del día de sus reuniones, la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento, por lo menos una vez al año o cuando éste lo determine necesario.

8.1.7. Pronunciarse sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal y realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas.

8.1.8. Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y Reporte de las Operaciones Sospechosas (ROS).

8.1.9. Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de las operaciones inusuales.


7.4 Oficial de Cumplimiento

7.4.1 Requisitos del Oficial de Cumplimiento

El oficial de Cumplimiento debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- a) Depender directamente del Órgano de Administración o Dirección dentro de la estructura organizacional y funcional de la entidad, es decir; pertenecer como mínimo al segundo nivel jerárquico en el área administrativa o corporativa de la organización.
- b) Tener capacidad decisoria frente a los reportes y temas relacionados con la prevención de Lavado de Activos y/o Financiación del Terrorismo.

Acreditar conocimiento en materia de administración de riesgos, particularmente en el riesgo de LA/FT, mediante certificación expedida por parte de instituciones autorizadas por el Ministerio de Educación Nacional para impartir formación en dicha materia, en la que conste que la duración del diplomado no sea inferior a 90

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 38 de 49

horas y el curso e-learning de la UIAF. En caso de que sea una especialización, será válida en riesgos general. Si no tiene ninguna de las anteriores certificaciones o acreditaciones, se pueden certificar cuatro (4) años de experiencia laboral en áreas de administración y gestión de riesgos.


- c) 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 Social.
- d) Ser empleado directo de Centro Médico Crecer

En caso de que exista Oficial de Cumplimiento suplente, éste debe cumplir como mínimo, los requisitos establecidos en los numerales b al f.

7.4.2 Funciones del Oficial de Cumplimiento:

Al Oficial de Cumplimiento le corresponde desempeñar como mínimo las siguientes funciones:

- a) Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el SARLAFT.
- b) Elaborar y desarrollar los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación del SARLAFT.
- c) Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones que realiza la organización.
- d) Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realiza la institución.
- e) Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- f) Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT de la institución.
- g) Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de LA/FT y velar por su cumplimiento.
- h) Proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas del SARLAFT.
- i) Proponer a la administración la actualización del manual de procedimientos y velar por su divulgación a los funcionarios.
- j) Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte de estas dos últimas a la UIAF.
- k) Realizar todos los reportes a la SNS, incluidas las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos.


	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 39 de 49

- l) Mantener actualizados los datos de Centro Médico Crecer y el oficial de cumplimiento con la UIAF, utilizando los canales de comunicación correspondientes.
- m) Informar a la UIAF cualquier cambio de usuario del Sistema de Reporte en Línea – SIREL.
- n) Gestionar adecuadamente los usuarios del Sistema de Reportes en Línea –SIREL.
- o) Revisar los documentos publicados por la UIAF en la página web como anexos técnicos, manuales y utilidades que servirán de apoyo para la elaboración de los reportes.
- p) Diseñar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT.
- q) Analizar los informes presentados por la auditoría interna o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas de SARLAFT.
- r) Elaborar y someter a la aprobación de la Junta Directiva los criterios objetivos para la determinación de las operaciones sospechosas, así como aquellos para determinar cuáles de las operaciones efectuadas por usuarios serán objeto de consolidación, monitoreo y análisis de operaciones inusuales.
- s) Presentar cuando menos, de forma semestral al representante legal y anualmente a la Junta Directiva, un informe por escrito donde exponga el resultado de su gestión.

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

La designación del Oficial de Cumplimiento no exime a los administradores y demás empleados sobre la obligación de comunicarle y/o informales internamente a éste, sobre la ocurrencia de operaciones inusuales, sospechosas o intentadas (anormalidades dentro de las actividades y/u operaciones propias de Centro Médico Crecer, de acuerdo con el procedimiento que se haya establecido.

Adicional a las anteriores funciones, el Oficial de Cumplimiento también debe consultar, monitorear y revisar con la debida diligencia las listas sobre sanciones financieras dirigidas del Consejo de Seguridad de la Naciones Unidas que den lugar a posibles

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 40 de 49

vínculos con delitos relacionados con Lavado de Activos y/o Financiación del Terrorismo. De encontrar algún vínculo con alguna persona natural o jurídica relacionada con la institución, el Oficial de Cumplimiento deberá informar sobre este punto en particular, a la Fiscalía General de la Nación.

Para el caso del Oficial de Cumplimiento suplente, debidamente designada al interior de la organización (quien será el reemplazo en ausencia parcial o total del Oficial de Cumplimiento), debe cumplir como mínimo, los requisitos establecidos en los literales b al f del presente numeral.

7.5 Revisor Fiscal

De conformidad con lo previsto en los numerales 1,2 y 3 del artículo 207 del Código de Comercio, el revisor fiscal deberá cerciorarse que las operaciones, negocios y contratos que celebre o cumpla Centro Médico Crecer, se ajustan a las instrucciones y políticas aprobadas por el máximo órgano social.

Asimismo, deberá dar cuenta por escrito cuando menos, de forma anual a la Junta Directiva, del cumplimiento o incumplimiento a las disposiciones contenidas en el SARLAFT/PADM.

De igual forma, deberá poner en conocimiento del Oficial de Cumplimiento, las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación del SARLAFT/PADM o de los controles establecidos.


Finalmente, deberá rendir los informes que, sobre el cumplimiento a las disposiciones contenidas en la circular externa 00009 de 21 de abril de 2016 y 20211700000005-5 DE 2021, le solicite la Superintendencia Nacional de Salud.

En consecuencia, el revisor fiscal debe establecer las medidas necesarias que le permitan cumplir con lo señalado en este apartado.

8 Grupos de Interés Asociados a SARLAFT

PARTES IMPACTADAS POR SARLAFT EN CENTRO MÉDICO CRECER

- ✓ Servicios, clientes y usuarios
- ✓ Persona natural
- ✓ Gestión Humana (Trabajadores directos y empleados por prestación de servicios)
- ✓ Sociedad
- ✓ PEP´S
- ✓ Proveedores

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 41 de 49

- ✓ Contratistas
- ✓ Entes territoriales (UIAF, SNS, Fiscalía General de la Nación, etc.)

8.1 Debida diligencia Grupos de Interés


El conocimiento apropiado de cada uno de los integrantes de los grupos de interés de la institución supone la realización de un análisis adecuado y oportuno al momento de tener o realizar una relación comercial o contractual, esto con el fin de evitar que la institución sea utilizada como un medio para la ejecución de actividades ilícitas que puedan llevar a incurrir en algún riesgo jurídico, operacional, de contagio, o reputacional.

Centro Médico Crecer define un procedimiento que se ajusta a cada uno de los grupos de interés impactados al interior de la organización, así como los criterios clasificadores que permiten tener un orden de cómo deben ser indagadas las personas que hacen parte de dichos grupos.

Los proveedores de personal quedaran obligados a partir de la vigencia del presente manual a realizar el conocimiento del personal que provean, realizando su respectiva actualización anual.

9 Lineamientos Generales

- ✓ Es deber de todos los empleados informar al Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces, a través de los diferentes canales que se dispongan para tal efecto sobre alguna anomalía u operación inusual en uno o varios de los procesos de la Institución que se relacionen con riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo; tales como: Correo institucionales, formatos o cualquier otro medio idóneo legalmente establecido.
- ✓ El conocimiento apropiado de cada uno de los integrantes del grupo de interés del Centro Médico Crecer supone un análisis adecuado y oportuno de información personal, características de las actividades económicas y participación en los diferentes mercados. Esto debe realizarse, previo a tener una relación comercial o contractual con el tercero.
- ✓ Los programas de capacitación del SARLAFT serán revisados permanentemente, para garantizar que al interior de la institución se cree una cultura de prevención de LA/FT y que se encuentran actualizados conforme a las normas vigentes sobre la prevención del riesgo LA/FT, asegurando de manera razonable el cumplimiento de la normatividad interna de ésta. La gerencia, el oficial de cumplimiento y el área de talento humano definirán el cronograma anual de capacitación a empleados y

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 42 de 49

servidores que prestan sus servicios al interior del Centro Médico Crecer.


- ✓ Es deber de gerencia y el Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces, realizar revisión y actualización de las políticas, procedimientos, mecanismos, metodologías y documentación que conforman la administración del manual SARLAFT con el propósito de garantizar un funcionamiento eficiente, efectivo y oportuno que se enmarque dentro de la normatividad vigente y facilite el cumplimiento del propósito, la estrategia, los objetivos y fines del Centro Médico Crecer tanto de origen estatutario como legal.
- ✓ Los empleados que incumplan con lo escrito en el presente manual estarán sujetos a sanciones de acuerdo con lo previsto en el régimen disciplinario vigente en la Institución y deberán anteponer el cumplimiento de normas LA/FT, al logro de las metas comerciales y adquisición de bienes y servicios en los que incurra el Centro Médico Crecer.
- ✓ Centro Médico Crecer colaborará con las autoridades competentes cuando éstas estén en el desarrollo de investigaciones de lavado de activos y financiación del terrorismo, mediante la Oficina de Cumplimiento suministrando la información que esté a su alcance. El Oficial de Cumplimiento principal y suplente, se encargarán de realizar consultas masivas de los grupos de interés de manera periódica. Para ello, recolectarán de los diferentes procesos la información respectiva.

10 Reportes

10.1 Reportes Internos

10.1.1 Reportes Inusuales

Son el resultado de la aplicación de las señales de alerta y los mecanismos de control que permiten conocer operaciones y transacciones que exceden los presupuestos normales de la actividad económica suministrada inicialmente por el cliente o por un usuario, lo cual amerita un seguimiento especial por parte del Oficial de Cumplimiento. En estos casos, si a ello hay lugar, debe inicialmente buscarse con el potencial o cliente actual aclaración a la situación identificada como factor de alerta; la cual puede darse mediante la presentación de documentos que lo desvirtúen y/o justifiquen. De su análisis, el Oficial de Cumplimiento determina si la operación inusual está razonablemente justificada para decidir si continuar o si procede a rechazar la prestación del servicio por justa causa, dar continuidad al monitoreo o se enmarca plenamente una operación sospechosa y se diligencia en un acta.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 43 de 49

Si se considera sospechosa, el Oficial de Cumplimiento debe conducir a generar el reporte a la UIAF de inmediato. Es responsabilidad de las personas de las áreas que tienen contacto con cada uno de los grupos de interés, informar al Oficial de Cumplimiento cuando se enteren de algún cambio relevante en los datos de vinculación, especialmente cambios en la razón social, domicilio y/o teléfono, cambio en las líneas de negocio, entre otras.

Informe Junta Directiva: El Oficial de Cumplimiento deberá presentar anualmente a la Junta Directiva del Centro Médico Crecer Ltda., el cual contendrá los siguientes aspectos:

- ✓ Los resultados de la gestión realizada.
- ✓ El cumplimiento que se ha dado con el envío de reportes a las diferentes autoridades.
- ✓ El cumplimiento y resultado del Manual SARLAFT de la Institución.
- ✓ Resumen de los requerimientos y respuestas dadas a antes de control.


10.2 Reportes Externos

10.2.1 Reportes de Operaciones Sospechosas

Los reportes de operaciones sospechosas (ROS) son realizados por la Oficina de Cumplimiento, específicamente por el Oficial de Cumplimiento Principal o su Suplente, mediante comunicación directa a la UIAF, sobre el caso y las evidencias recolectadas el organismo encargado de definir si existe o no una operación relacionada con LA/FT es la Unidad de Análisis Financiero (UIAF), el reporte debe realizarse a través de la página web www.uiaf.gov.co. (Ver Formato Interno ROS y diligenciar el acta de reunión).

Adicional al reporte inmediato de los ROS identificados, mensualmente la Oficina de Cumplimiento deberá realizar el reporte de **ROS NEGATIVOS**. Cuando no se haya identificado la existencia de algún ROS, este reporte deberá realizarse en la página web los primeros 10 días del mes siguiente.

No se requiere que el Centro Médico Crecer Ltda. tenga certeza de que se trata de una actividad delictiva, ni identificar el tipo penal o que los recursos involucrados provienen de tales actividades.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 44 de 49

10.2.2 Transacciones en efectivo

Para las transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por parte de una misma persona Natural o jurídica, superiores o iguales a \$ 5.000.000 y/o su equivalente en otras monedas

De igual manera para las transacciones múltiples en efectivos realizadas por una misma persona natural o jurídica que en su conjunto en un mismo mes, iguales o superiores a los \$ 25.000.000 o su equivalente en otras monedas.

10.2.3 Requerimientos de información por parte de autoridades

Las respuestas a los requerimientos de información en procesos de LA/FT/PADM que hagan a Centro Médico Crecer las diferentes autoridades competentes, corresponde al Oficial de Cumplimiento o persona encargada en su momento.

Cuando la respuesta requiera anexar documentos soporte, se anexarán copias.

El Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces, deberá evaluar el tipo de respuesta y los documentos que enviará a los entes requeridores. Para el caso de aquellos entes controladores como: Auditoría Interna, la DIAN, UIAF, podrán entregar de acuerdo a su criterio toda la información necesaria para el ente de control.


11 Documentación y Conservación de la misma.

Los archivos documentales resultado de los procesos de prevención de riesgos LA/FT/PADM, deberán ser administrados por la Oficina de Cumplimiento . La demás áreas y empleados de Centro Médico Crecer deberán contar con la debida autorización de la Oficina de Cumplimiento y tendrán acceso sólo a la información que estos les autoricen o que se relacione con el desarrollo de su función en la organización.

Dichos archivos se conservarán durante cinco (3) años desde la fecha de su último asiento.

Al cabo de este tiempo lo documentos podrán ser destruidos, si se han cumplido las siguientes condiciones:

- ✓ Que no medie solicitud de entrega de estos formulada por autoridad competente.
- ✓ Que se conserve en medio electrónico que garantice una posterior reproducción, para un futuro proceso de investigación, como evidencia probatoria para la autoridad competente.


	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 45 de 49

Los informes que se realicen en virtud del SARLAFT/PADM, serán totalmente confidenciales y deben referirse como mínimo a los siguientes aspectos:

- Los procesos establecidos para llevar a la práctica las políticas aprobadas, sus adiciones o modificaciones.
- Los resultados del monitoreo y seguimiento para determinar la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- Las medidas adoptadas para corregir las falencias encontradas al efectuar el monitoreo de los controles.
- El cumplimiento a los requerimientos de las diferentes autoridades, en caso de que éstos se hubieran presentado.
- Las propuestas de ajustes o modificaciones a las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/PADM que considere pertinentes.
- El cumplimiento a los ajustes o modificaciones a las políticas de prevención y de control del riesgo de LA/FT/PADM aprobados por la Junta Directiva o quien haga sus veces.
- Las últimas normas o reglamentaciones expedidas sobre la prevención y control del riesgo de LA/FT/PADM y las medidas adoptadas para darles cumplimiento a las mismas.

Por último, los documentos que se deben mantener en todo momento y a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud son:

- a) Las actas de la Junta Directiva de la institución donde conste la aprobación de las políticas del SARLAFT/PADM, así como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.
- b) Los instructivos o manuales que contengan los procesos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas y procedimientos aprobados del SARLAFT. Estos documentos deberán ser firmados por el representante legal principal y ser de fácil consulta y aplicación al interior de la organización.
- c) Los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento.
- d) Los informes presentados por el Revisor Fiscal sobre el funcionamiento del SARLAFT.
- e) Las constancias de envío de los reportes de operaciones sospechosas (ROS) remitidos a la UIAF, y demás reportes solicitados por esta unidad.
- f) Las constancias de las capacitaciones impartidas a todo el personal de la

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 46 de 49

g) institución sobre el SARLAFT.

h) Las actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento y del Revisor Fiscal.

12 Capacitación

El oficial de Cumplimiento en coordinación del área de Talento Humano de Centro Médico Crecer tienen la obligación de desarrollar programas de capacitación dirigidos a todas las áreas y colaboradores de institución. Debe cuando menos cumplir con las siguientes características:


- Deben hacer parte del programa de inducción para colaboradores nuevos.
- Deben hacer parte del programa periódico de reinducción.
- El plan de capacitación y el contenido de cada programa deben ser revisados y actualizados permanentemente.
- Se deben establecer mecanismos de evaluación para medir la eficacia de los programas de capacitación.
- El área de cumplimiento debe dejar evidencia escrita de los programas, metodologías y procedimientos para llevar a cabo la capacitación.

Los programas de capacitación y de actualización sobre normas vigentes serán definidos por parte de la Oficial de Cumplimiento en coordinación con el área de formación de Gestión Humana.

Estos programas deberán destacar entre otros temas, los roles y responsabilidades definidos y aprobados para el Sistema de Prevención de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, así como las consecuencias, disciplinarias, civiles y fiscales derivadas de su desatención.

Los programas de capacitación deben ser revisados permanentemente por la Oficina de Cumplimiento, garantizando su actualización conforme a las normas vigentes sobre la prevención del riesgo LA/FT/FPADM y garantizando el cumplimiento de la normatividad interna de la CLÍNICA CRECER.

Se deberá conservar el listado de asistencia a las diferentes charlas y programas (diplomados, inducción, reinducción), y realizar un seguimiento a su participación y cubrimiento.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 47 de 49

13 Infraestructura Tecnológica

Centro Médico Crecer por medio de la gerencia y la Dirección Administrativa y Financiera garantizan la infraestructura tecnológica necesaria para la adecuada administración del riesgo de LA/FT/FPADM, proporcionando los soportes tecnológicos acorde con sus actividades, operaciones, riesgo y tamaño así:

Recurso Humano:

- ✓ Nombramiento del oficial de cumplimiento Principal y suplente.
- ✓ Un colaborador con conocimientos básico en contabilidad o similares, manejo de Excel, Power Point y Word.

Tecnológicos:

- ✓ Equipo de cómputo portátil (Buena capacidad para almacenamiento de información).
- ✓ Equipo de cómputo de mesa (Buena capacidad para almacenamiento de información).
- ✓ Software asociado para desarrollar la labor.

Físicos:

- ✓ Oficina para funcionamiento del área de cumplimiento.
- ✓ Archivador para gestión documental.
- ✓ Demás útiles de oficina.


Las herramientas tecnológicas con que cuenta la entidad deberán ponerse al servicio para garantizarle la información oportuna para los reportes que debe realizar el oficial de cumplimiento en especial las transacciones en efectivos individuales y múltiples.

14 Mecanismos para la Prevención y el Manejo de los Conflictos de Interés

La regulación interna contenida en el Código de Ética y Buen Gobierno, sobre prevención y tratamiento de conflictos de interés, será aplicable en su totalidad a los órganos equipos y trabajadores responsables del desarrollo de las actividades propias del SARLAFT.


15 Actualización y Divulgación del Manual LA/FT/FPADM.

Este manual se actualizará cada vez que sea necesario, teniendo en consideración nuevas reglamentaciones o modificaciones a las políticas y procedimientos establecidos, los cuales podrán variar según el actuar normal del mercado y de la institución.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 48 de 49

La divulgación de este manual estará a cargo de la Oficina de Cumplimiento o quien haga sus veces, quién en coordinación con el área de Talento Humano elaborarán un plan anual ajustado y debidamente aprobado por la Gerencia.

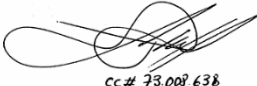


La aprobación del presente manual y sus modificaciones está a cargo de la Junta Directiva de Centro Médico Crecer.

	CENTRO MÉDICO CRECER	Código: MA-GER-DES-20052022-1
	SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 2.0
	MANUAL SARLAFT /PADM	Emisión: 25-05-2022
		Página: 49 de 49

16 CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	INFORMACIÓN DE CAMBIOS	
		Descripción/Justificación	Responsable
1.0	15-12-2016	Creación del Manual de Sarlaft.	Luis Hernán Villarraga Morales Director Administrativo y Financiero
2.0	20-05-2022	Actualización de Manual con base en Circular externa 20211700000005-5 DE 2021 de SNS.	Luis Hernán Villarraga Morales Director Administrativo y Financiero

17 CONTROL DE DOCUMENTO

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 cc# 73.008.638 Luis Hernán Villarraga Morales Director Administrativo y Financiero	 Alvaro Miguel Guete Herrera Director de Calidad	 Victoria Eugenia Martínez Puello Gerente General
Fecha: 20-05-2022	Fecha: 23-05-2022	Fecha: 25-05-2022