



**MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN  
DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD,  
FRAUDE Y SOBORNO -  
SICOF**

Código: SRF-MA-01

Versión: 03

## **1. OBJETIVO GENERAL**

Implementar un Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno (SICOF), mediante la definición de políticas, metodologías y procedimientos que permitan a la Fundación identificar, medir, controlar y monitorear de manera eficaz estos riesgos, adoptar acciones preventivas frente a las situaciones que puedan presentarse en sus operaciones y, en consecuencia, minimizar la posibilidad de que la Institución sea utilizada para la comisión de actividades al margen de la ley o contrarias a sus principios éticos.

### **1.1. Objetivos específicos**

- Fortalecer el diseño, implementación y efectividad de controles preventivos y detectivos orientados a la prevención de actos de corrupción, opacidad, fraude y soborno, de acuerdo con el nivel de riesgo identificado.
- Prevenir y reducir el nivel de exposición de la Fundación frente a los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno que puedan materializarse en el desarrollo de sus operaciones.
- Establecer y mantener procedimientos que permitan la detección oportuna de situaciones de riesgo, a través de mecanismos de monitoreo, alertas y canales institucionales.
- Fortalecer la cultura de control, legalidad y cumplimiento, mediante la participación de las líneas de defensa y la articulación con el Sistema de Control Interno.
- Promover y fortalecer los valores y principios éticos institucionales, en coherencia con el Código de Buen Gobierno, Conducta e Integridad (DG-MA-01), como eje transversal para la prevención de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno.

## **2. ALCANCE**

Las políticas contenidas en el presente Manual son de obligatorio cumplimiento para:

- Todos los colaboradores, directivos, miembros de junta directiva, órganos de gobierno y representantes legales de la Clínica Shaio, sin excepción.
- Sociedades médicas vinculadas, contratistas, proveedores, clientes y cualquier persona natural o jurídica —nacional o extranjera— que tenga o llegue a tener relación contractual, comercial o institucional con la Clínica.
- Usuarios particulares nacionales o extranjeros, y/o sus pagadores, que accedan a servicios prestados directamente por la Clínica con recursos propios, por fuera de esquemas de aseguramiento obligatorio o voluntario.
- Todos aquellos donantes en dinero o en especie.

### 3. DEFINICIONES

- **Administración de Riesgos:** Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.
- **Análisis del Riesgo:** Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del riesgo.
- **Canal Anticorrupción:** Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de fraude, opacidad o corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.
- **Ciberdelito:** Actividades ilícitas que se llevan a cabo para robar, alterar, manipular, enajenar o destruir información o activos (como dinero, valores o bienes desmaterializados) de compañías, valiéndose de herramientas informáticas y tecnológicas.
- **Cohecho:** Delito que comete un particular, que ofrece a un funcionario público o persona que participa en el ejercicio de la función pública dádiva, retribución o beneficio de cualquier clase para sí o para un tercero, para que ejecute una acción contraria a sus obligaciones, o que omita o dilate el ejercicio de sus funciones.
- **Colusión:** Pacto o acuerdo ilícito, es decir, acuerdo anticompetitivo para dañar a un tercero en procesos de contratación pública.
- **Concusión:** Acción realizada por un funcionario público en abuso de su cargo, para inducir a otra persona a dar o prometer a él mismo o a una tercera persona, el pago de dinero u otra utilidad indebida.
- **Conducta Irregular:** Hace referencia a incumplimientos de leyes, regulaciones, políticas internas, reglamentos o expectativas de las organizaciones respecto a la conducta, ética empresarial y comportamientos no habituales.
- **Conflicto de Interés:** Situación en virtud de la cual una persona (funcionario, contratista o tercero vinculado), 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 Entidad y sus filiales y subordinadas tiene vínculos comerciales, de negocios, contractuales o

jurídicos de cualquier orden. Es decir, accionistas, socios, colaboradores o empleado, 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.
- **Cortesías:** Demostración hacia otro individuo a través de favores, regalos, viajes, hospedajes, comidas, entretenimiento, beneficios, bienes muebles o inmuebles, artículos, descuentos, dinero en efectivo u otros medios, boletas de ingreso a espectáculos, abonos a ferias o espectáculos deportivos culturales y similares entre otros.
- **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.
- **Denuncia:** Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
- **Estafa:** Es un delito contra el patrimonio económico, donde una persona denominada estafador, genera una puesta en escena y se aprovecha de la buena voluntad para presentar negocios inexistentes y obtener algún beneficio como sumas de dinero.
- **Evento:** Incidente o situación que ocurre en la empresa durante un intervalo particular de tiempo. Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.
- **Evaluación del Riesgo:** Proceso de comparación de resultados del análisis del riesgo con los criterios técnicos para determinar si el riesgo, su magnitud (nivel) o ambos son aceptables o tolerables.
- **Factores de Riesgo:** Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.

- **Favoritismo:** Preferencia dada al “favor” sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante.
- **Fraude:** Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios. A continuación, se enuncian algunas actividades constitutivas de Fraude, sin que se constituya en una lista taxativa cerrada:
  - ✓ 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.
  - ✓ 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 esta o incumplir normas o leyes.
- **Fraude Interno:** Se define como todos aquellos actos que de forma intencional buscan la apropiación indebida de activos o busca causar las pérdidas que se ocasionan por actos cometidos con la intención de defraudar, malversar los activos o la propiedad de la entidad. Estos actos son realizados por al menos un empleado o administrador de la Entidad.
- **Hurto:** Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro.
- **Identificación del Riesgo:** Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo. Implica la identificación de las fuentes de riesgo, los eventos, sus causas y consecuencias potenciales.
- **Impacto:** Consecuencias o efectos que puede generar la materialización del Riesgo 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.
- **Material P.O.P.:** Se refieren a los recursos gráficos, de publicidad o las exhibiciones utilizadas para la promoción y difusión de una marca, categoría o producto.

- **Monitoreo:** Es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y eficacia de una política o de un proceso, mediante la identificación de sus logros y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados.
- **Nivel de Riesgo:** Magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos expresada en probabilidad e impacto o consecuencias.
- **Opacidad:** Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.
- **Peculado:** Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones.
- **Piratería:** Obtención o modificación de información de otros, sin la debida autorización, ya sea una página web, una línea telefónica, computador o cualquier sistema informático de una entidad.
- **Política para la Gestión del Riesgo:** Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.
- **Prevaricato por Acción:** Actuación voluntaria de un funcionario público para proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.
- **Prevaricato por Omisión:** Actuación voluntaria de un funcionario público para dejar de ejecutar o cumplir con un acto propio de sus funciones.
- **Probabilidad / Posibilidad:** Oportunidad que algo suceda.
- **Riesgo:** Cualquier evento, amenaza, acto u omisión que en algún momento pueda comprometer el logro de los objetivos de la entidad.
- **Segmentación:** Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos homogéneos al interior de ellos y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).
- **Soborno:** Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control.

- **Soborno Transnacional:** El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional.
- **Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF:** Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:
  - ✓ Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de las entidades sometidas a inspección y vigilancia evitando situaciones de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno. Para el efecto, se entiende por eficacia la capacidad de alcanzar las metas y/o resultados propuestos; y por eficiencia la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.
  - ✓ Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Sobornos, originados tanto al interior como al exterior de las organizaciones.
  - ✓ Realizar una gestión adecuada de los Riesgos.
- **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.
- **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.

#### **4. MARCO LEGAL Y NORMATIVO**

La gestión de riesgo es una parte fundamental en las buenas prácticas de mitigación de delitos. Esta gestión requiere que se mantenga una cultura de administración del riesgo, fundamentada en lineamientos y políticas que se documentan basados en directrices emitidas por el Gobierno Nacional y las buenas prácticas establecidas por organismos internacionales, los cuales se citan a continuación:

#### 4.1. 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 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 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”.
- **Circular Externa 2021170000005-5 del 17 de septiembre de 2021:** expedida por la Superintendencia Nacional de Salud en la que se dan las instrucciones generales relativas al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno (SICOF).

#### 4.2. Normas 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.

### 5. ETAPAS DEL SICOF

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, se instrumenta a través de cuatro etapas sistemáticas e interrelacionadas, las cuales adoptarán procedimientos y herramientas ajustadas a las características particulares de la entidad, tales como objeto social, tamaño y estructura organizacional.

Las metodologías usadas para el desarrollo de las etapas de identificación, medición, control y monitoreo se encuentran definidas en el documento: **DG-PO-06 Política de Gestión del riesgo.**

#### 5.1.1. Etapa de Identificación

El objetivo en esta etapa es buscar los riesgos a los que pueda estar expuesta la Fundación, al materializarse en sus operaciones un delito de corrupción, opacidad, fraude y/o soborno.

### ➤ Mapa de procesos

La entidad cuenta con el documento **Mapa de Procesos**, el cual consolida y grafica los procesos estratégicos, misionales, de valor y evaluación, los documentos que soportan este mapa se encuentran debidamente inventariados y administrados por el área de Calidad, a través del software Almera.



### ➤ Contexto externo

La Prestación de Servicios de Salud en Colombia se encuentra reglamentada por la política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, obedeciendo a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, cuyos principales objetivos son:

- Garantizar el acceso y la calidad de los servicios.
- Optimizar el uso de los recursos.
- Promover los enfoques de atención centrada en el usuario.
- Lograr la sostenibilidad financiera del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud).

Así mismo, el Sistema de Salud cuenta con:



**MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN  
DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD,  
FRAUDE Y SOBORNO -  
SICOF**

Código: SRF-MA-01

Versión: 03

- La Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016: “El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país”.
- El SOGCS que está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.
- La Resolución 3100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud".

La Fundación es un Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) fundada en el año 1957 y con énfasis en enfermedad cardiovascular y de alta complejidad.

La Fundación fue el primer centro del país y de Latinoamérica en realizar tratamiento quirúrgico para tratar anomalías congénitas cardiovasculares en niños. Desde 1958 se han realizado múltiples procedimientos quirúrgicos para tratar estas patologías pediátricas. De igual forma, fue uno de los primeros centros en Colombia en utilizar los fibrinolíticos y la angioplastia primaria para el tratamiento del infarto agudo de miocardio.

En cuanto a su estructura corporativa, la Fundación Abood Shaio es una Institución de utilidad común sin ánimo de lucro, perteneciente al subsector privado del sector salud con autonomía jurídica, patrimonial y administrativa, con fines sociales, que se rige por lo consagrado en los estatutos fundacionales, las normas que regulan a las instituciones de utilidad común y la regulación aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud sometidas a la vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud y pertenece al grupo de entidades clasificada en el grupo C1.

De igual forma y de conformidad con su actividad meritoria, tiene la capacidad de atender pacientes con afiliaciones a diferentes regímenes como el contributivo, subsidiado, planes voluntarios y particulares.

La Fundación es una institución acreditada y especializada en la atención de patologías cardiovasculares y de alta complejidad.

Cada actuación, inspirada en una filosofía ético – humanista, se realiza soportada en la idoneidad, profesionalismo y calidad científica del talento humano que la integra.

Para una adecuada gestión de riesgos en la Institución se estableció el contexto externo de la institución a nivel de las condiciones económicas, sociales, culturales, políticas, legales, ambientales y tecnológicas nacionales e internacionales, identificando los factores de riesgo que se pueden originar en el desarrollo de su objeto social, igualmente, dentro de esta fase,



**MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN  
DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD,  
FRAUDE Y SOBORNO -  
SICOF**

Código: SRF-MA-01

Versión: 03

fue necesario identificar las partes externas interesadas y la forma como éstas se relacionan e interactúan con la Fundación.

Esta actividad fue muy importante porque con ella se pudo analizar si las actividades de las partes involucradas y sus objetivos guardaban relación con los criterios establecidos para la gestión de riesgo.

➤ **Contexto interno**

La operación de la Fundación se fundamenta en los valores institucionales, reflejados en su misión y fortalecimiento de su visión, las cuales indicamos a continuación:

**Valores Institucionales:** Compromiso, Trabajo en Equipo, Liderazgo, Innovación, Actitud de Servicio, Servicio Humanizado.

**Misión:** Somos una institución con excelencia en la atención, investigación y educación en medicina cardiovascular y de alta complejidad, con responsabilidad social. Contamos con el talento humano idóneo, tecnología de punta e innovación para garantizar el cumplimiento de altos estándares de calidad, seguridad y humanización en la atención.

**Visión:** Como Hospital Universitario, se el centro de excelencia cardiovascular y de alta complejidad basados en la investigación.

Así mismo, dentro de sus actividades de control, La Fundación cuenta con diferentes comités internos que sesionan periódicamente para la toma de decisiones, entre ellos se encuentran los siguientes:

COMITÉ	PERIODICIDAD
Comité Ambiental	Mensual
Comité de Buen Trato	Eventual
Comité de Calidad	Mensual
Comité de Compras	Semanal
Comité de Convivencia Laboral	Trimestral
Comité de Educación	Mensual
Comité de Emergencias	Mensual
Comité de Ética Asistencial	Bimestral
Comité de Ética e Investigaciones	Mensual
Comité de Farmacia y Terapéutica	Mensual
Comité de Gestión del riesgo	Bimestral
Comité de Historias Clínicas	Mensual
Comité de Infecciones	Mensual
Comité de Mortalidad	Mensual
Comité de Obras	Semanal

Comité de Reanimación	Mensual
Comité de Seguridad	Bimestral
Comité de Transfusiones	Trimestral
Comité de Trasplante	Mensual
Comité Docencia Servicio	Trimestral
Comité Gestión del Riesgo	Trimestral
Comité Médico	Mensual
Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo	Mensual
Comité de Control Interno	Mensual

La Fundación adopta el modelo de tres líneas de defensa dentro de su ambiente de control, ayudando de esta manera a evitar confusiones, duplicidad e ineficiencia en la gestión de riesgos:



Adicionalmente se da cumplimiento a la implementación y puesta en marcha de los diferentes sistemas requeridos por la Superintendencia Nacional de Salud, en aras de proteger la entidad y coadyuvar en el fortalecimiento institucional del sector salud colombiano.

➤ **Factores de riesgo**

Se definen como factor de riesgo, las fuentes generadoras de riesgo que pueden generar pérdidas. Para la entidad se definen los siguientes:



**MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN  
DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD,  
FRAUDE Y SOBORNO -  
SICOF**

Código: SRF-MA-01

Versión: 03

- **Recurso Humano**

Hace referencia a las pérdidas asociadas con negligencias, fraudes, actos de corrupción, ocultamiento de información, sabotajes, robos, espionaje, soborno, lavado de activos, así como las derivadas de conflictos laborales o de un ambiente laboral inadecuado, ocasionadas por una o varias personas vinculadas directa o indirectamente con la ejecución de los procesos. A continuación, la clasificación de este factor:

**Inversionistas:** Toda persona natural o jurídica que compromete todo o parte de su capital en la adquisición de título, a fin de obtener una ganancia.

**Colaborador:** Toda persona natural, quien bajo los lineamientos del código sustantivo del trabajo se vincule directamente con la Fundación y se establezca una relación contractual directa.

**Prestadores:** Toda persona natural, profesional en medicina o carreras afines, que directamente o a través de una figura jurídica preste servicios en la institución, estableciendo una relación contractual por prestación de servicios.

**Junta Directiva:** Toda persona natural que haga parte del cuerpo colegiado de Junta Directiva.

**Practicante / Estudiante:** Persona natural que realiza actividad servicio educativa en calidad de práctica.

**Voluntariado:** Personas naturales o jurídicas que prestan servicios a la Entidad, sin que por ello reciban una contraprestación.

- **Usuarios y/o Pacientes**

Toda persona natural que reciba atención en los servicios de la entidad; este factor genera riesgo cuando busca acceder de forma privilegiada a los servicios de la entidad, hace uso indebido o hurtar activos.

- **Proveedores**

Personas naturales o jurídicas que prestan servicios o suministran productos a la entidad, a cambio de una contraprestación, se puede generar riesgo por la materialización de actos de soborno, corrupción, fraude en beneficio de la obtención de un negocio.

- **Procesos**

Los procesos se definen como el conjunto interrelacionado de actividades para la transformación de elementos de entrada en productos o servicios, para satisfacer una necesidad, en este factor se pueden clasificar pérdidas relacionadas con procesos críticos

indebidamente diseñados o con procedimientos inexistentes que pudieran traducirse en el desarrollo deficiente y/o suspensión de los servicios, también se pueden incluir aspectos como la evaluación inadecuada de contratos y operaciones, el incumplimiento de plazos y presupuestos planificados, los errores en las transacciones o en la información contable.

- **Tecnología**

Se define como el conjunto de herramientas empleadas para soportar los procesos de la entidad. Incluye: hardware, software y telecomunicaciones y como factor se relaciona con pérdidas derivadas del mal uso de los sistemas de información y demás tecnologías relacionadas, así como la vulneración de la integridad, confidencialidad y/o disponibilidad de la información, esto a beneficio y/o por interés de un tercero interno o externo a la entidad.

- **Infraestructura**

Definida como el conjunto de elementos de apoyo para el funcionamiento de la entidad. Entre otros se incluyen: edificios, espacios de trabajo, almacenamiento, logística y transporte. El riesgo está relacionado con el hurto, malversación, uso indebido, reportes fraudulentos, mantenimientos inadecuados, entre otros.

- **Acontecimiento Externos**

Los acontecimientos externos son situaciones ocasionadas por terceros, que escapan en cuanto a su causa y origen al control de la entidad, está relacionado con el riesgo de pérdidas por conflictos legales, administrativos, delictivos o políticos.

- **Etapa de Medición**

En esta etapa se medirán los riesgos por la probabilidad de ocurrencia y su impacto en caso de materializarse. Para llevar a cabo esta etapa se deben tener en cuenta todos los lineamientos de la **DG-PO-06 Política de Gestión del riesgo**.

El resultado de esta etapa determinará el perfil de riesgo inherente, es decir antes de controles.

- **Etapa de Control**

El propósito de esta etapa es establecer medidas que le permitan a la entidad disminuir la probabilidad y/o impacto del riesgo y definir el manejo que se le dará al riesgo residual. Para ello la entidad a través de las áreas ejecuta diferentes actividades que le permiten controlar el riesgo. Entre las principales medidas operativas aplicadas por las áreas se encuentran las siguientes:



**MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN  
DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD,  
FRAUDE Y SOBORNO -  
SICOF**

Código: SRF-MA-01

Versión: 03

ACTIVIDAD	¿QUÉ PERMITE?	ÁREA
La Fundación cuenta con diferentes políticas institucionales	Dar lineamientos específicos sobre la ejecución de los procesos	Institucional
Proceso de vinculación de contrapartes establecidos desde el SARLAFT	Realizar el conocimiento de contrapartes	Todas las que hacen vinculación
Estudio de seguridad para la vinculación del recurso humano	Determinar si una persona es realmente quien dice ser, y para conocer su historia de comportamiento social y criminal	Talento Humano
Proceso de poligrafía a cargos que realizan manejo de dinero y cargos que manejan inventarios	Determinar rasgos de confiabilidad y una medición objetiva y estandarizada de una muestra de comportamientos	Talento Humano
Se cuenta con registro de novedades y registro de ingreso y salida biométrica	Validar que el colaborador estuvo en la prestación del servicio	Talento Humano
Cláusulas contractuales para la vinculación de personal y encuesta para declaración del conflicto de interés	Partir del principio de buena fe sobre el reporte oportuno del conflicto de interés y el uso adecuado de la información	Talento Humano
Proceso disciplinario para los trabajadores con vínculo laboral	Tomar acciones correctivas en casos de materialización de riesgos	Talento Humano
Certificación de donaciones a través de la Revisoría Fiscal	Contar con la validación de un ente de control	Sostenibilidad y Responsabilidad Social
Revisión por parte del área Jurídica de las minutas de los contratos con clientes y proveedores	Asegurar que se cuenten con cláusulas que le permiten a la Fundación cubrirse frente a la materialización de un riesgo	Jurídica
Se realiza inventario generar una vez al año a las bodegas de almacenamiento de equipos e insumos administrativos	Contar con la validación y revisión del proceso por parte de un ente de control	Control Interno
Control Interno acompaña los procesos de bajas de inventarios de medicamentos por vencimiento o avería	Contar con la validación y revisión del proceso por parte de un ente de control	Control Interno
Uso de tarjeta de crédito corporativo	Evitar que los gastos personales se integren con los gastos corporativos Controlar de forma directa los gastos realizados	Tecnología de la Información
Se cuenta con políticas de seguridad de la información que contiene los lineamientos y prohibiciones en materia del uso de los activos de la información, acceso áreas restringidas, control de usuarios, infraestructura, internet, intranet y software	Generar control de los activos tecnológicos y de información	Tecnología de la Información
Recursos administrados en las cajas: - Cierre al final de cada turno por parte del facturador - Cierre diario - Arqueo por parte de Control Interno - Devolución de dinero con aprobación del jefe de Área + documentos soporte	Asegurar que se traten de forma oportuna diferencias de los recursos administrados	Facturación y Admisiones Tesorería Control Interno
Se cuenta con un comité de compras para el análisis y posterior aprobación de las necesidades de la Fundación, estimadas con base en los históricos de consumo y que sean superiores a 1 millón de pesos	Asegurar que se dé cumplimiento a los principios éticos en el proceso de compras	Compras
Proceso de evaluación anual de proveedores principales	Asegurar que los proveedores mantengan las condiciones de confiabilidad y calidad con las que fueron vinculados	Compras
Los pagos realizados se hacen a través de medios electrónicos, no se realizan en efectivo	Asegurar que el dinero se use para el pago de los productos y/o servicios requeridos por la Fundación	Tesorería
Conciliación de la relación de exámenes versus las	Asegurar que los valores cobrados	Cuentas Médicas



**MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN  
DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD,  
FRAUDE Y SOBORNO -  
SICOF**

Código: SRF-MA-01

Versión: 03

tarifas negociadas versus validación de la historia clínica	hayan sido efectivamente ejecutados	
Comunicación de las casas comerciales sobre la exoneración de compromisos por parte de la Fundación	Evitar que las casas comerciales consideren una contraprestación por los apoyos educativos o patrocinios que otorgan	Apoyo Asistencial
Se realiza inventario generar una vez al año a las bodegas de medicamentos Una vez al mes a los medicamentos Cada tres meses de forma general	Asegurar que se traten de forma oportuna las diferencias en inventario	Farmacia

### ➤ **Etapas de Monitoreo**

El objetivo de esta etapa es hacer seguimiento al perfil del riesgo de la entidad, realizando los reportes acerca del estado de exposición al riesgo y los reportes externos requeridos por los entes de regulación y control.

- **Modelos de segmentación**

La Fundación cuenta con la segmentación como su principal metodología de monitoreo, ya que la misma se basa en el uso de los modelos desarrollados en el capítulo de elementos del sistema y la operativización de los mismos. El resultado de este monitoreo se puede observar en el documento ***Metodología de Segmentación***.

- **Informe de perfil de riesgo**

El Oficial de Cumplimiento de manera semestral generará un informe relacionado con el seguimiento y comparación del perfil de riesgo inherente y residual, el cual deberá ser presentado a la Junta Directiva y estar a disposición de las autoridades competentes.

- **Evaluación de controles**

Con la finalidad de evaluar que los controles estén funcionando en forma oportuna, efectiva y eficiente, el Oficial de Cumplimiento realiza pruebas de campo que deberán quedar debidamente documentadas. Esta actividad podría ser apoyada con los diferentes órganos de control de la Fundación.

- **Informes de los entes de control**

Como fuente del proceso de monitoreo, se tendrán en cuenta los informes que suministren los órganos de control, entes reguladores y los responsables de las áreas misionales y de apoyo que se designen. Esta información resulta muy útil, en la medida que por intermedio de estos documentos se generan recomendaciones o se da cuenta de falencias detectadas en el sistema, y de nuevos riesgos a controlar.

- **Implementación de planes de acción para eventos**

Se implementarán planes de acción de acuerdo con el nivel del impacto que represente el evento y en el que se pueda verificar su cumplimiento. Para la implementación del plan de acción, se debe tener en cuenta:

- a. El proceso o procedimiento donde pueden ocurrir los eventos de riesgo identificados y aquellos que pueden verse afectados por la ocurrencia del riesgo.
- b. La descripción de la acción o medida a tomar.
- c. Los niveles de atribución definidos por la Matriz de Riesgos definida como parte del sistema, para la toma de decisiones respecto a los riesgos identificados.
- d. Fecha de inicio de la medida o del plan de acción.
- e. Fecha de culminación de la medida (si es transitoria) o del plan de acción.
- f. Responsable de la gestión.
- g. Dejar por escrito o a través de las herramientas técnicas que se definan para la administración del SICOF.
- h. Se debe registrar el plan de acción en el sistema de gestión Almera.

## **5.2. ELEMENTOS DEL SICOF**

Los elementos del SICOF son el conjunto de componentes a través de los cuales se instrumenta en forma organizada y metódica la administración del Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno en la Fundación, dentro de los cuales se encuentran las políticas, los procedimientos, la documentación, la estructura organizacional, los órganos de control, los reportes y la capacitación.

### **5.2.1. Políticas del SICOF**

Con el fin de gestionar el subsistema de administración de riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, se adoptan las siguientes políticas las cuales permitirán un adecuado funcionamiento del sistema.

Es deber de los órganos de control, administración, de gestión y todos los colaboradores de la Fundación, aplicar de forma estricta la ejecución de las siguientes políticas:



**MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN  
DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD,  
FRAUDE Y SOBORNO -  
SICOF**

Código: SRF-MA-01

Versión: 03

- **Políticas de Cumplimiento**

- La Fundación está comprometida con una política de CERO TOLERANCIA frente a los delitos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y soborno transnacional, promoviendo una cultura de lucha contra los mismos que permita conducir sus operaciones con altos estándares éticos, en cumplimiento de las leyes y regulaciones vigentes.
- El Manual del Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno SICOF, es un documento dinámico, susceptible de modificaciones las cuales serán aprobadas por la Junta Directiva.
- La Junta Directiva de la Fundación es la encargada de aprobar las políticas que permitan administrar el riesgo.
- El Representante Legal es el encargado de mantener una cultura de autogestión al interior de todos los procesos, asignar los recursos humanos, financieros, técnicos, tecnológicos y logísticos que sean necesarios para la gestión de los riesgos COF/Soborno y asegurar que el Oficial de Cumplimiento cuente con las facultades y recursos necesarios para el adecuado ejercicio de sus funciones.
- Los directivos y demás colaboradores de la Institución deben comprometerse a prevenir que en la Fundación se presenten actos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y soborno transnacional.
- Los procedimientos y políticas definidas en este manual serán informadas a todos los terceros que tengan algún vínculo con la entidad, esto se realizará a través de mecanismos de capacitación, información publicada en las redes internas y en la página web.
- Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones legales que rigen el SICOF, la Fundación adopta las normas de conducta y lineamientos establecidos en las políticas Institucionales consagradas en su Sistema de Gestión Documental relacionadas con fuentes generadoras del riesgo o con aspectos relevantes para el SICOF.

- **Políticas de las Etapas**

La entidad debe contar con la totalidad de los procesos identificados, inventariados, relacionados y documentados.

Se debe revisar, evaluar y analizar el contexto interno y externo, de tal suerte que permita la identificación de las contrapartes, factores de riesgo, riesgos asociados, entre otros.

El sistema debe establecer la o las metodologías que permitan identificar adecuadamente los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.

Las metodologías usadas en esta etapa deben ser aplicables a los procesos de la Fundación.

La identificación de los riesgos debe hacerse de forma previa a la implementación o modificación de cualquier proceso.

La entidad debe contar con la posibilidad de recibir de forma eficaz, eficiente y ágil el reporte de eventos de Corrupción, Opacidad, Fraude o Soborno.

Todos los Miembros de la Junta Directiva, colaboradores, proveedores, clientes y demás contrapartes tienen la responsabilidad y el deber de reportar cualquier situación que atente contra los valores y principios, esto sin temor a represalias.

La Fundación no tomará represalias en contra de las contrapartes que informen sobre eventos relacionados con actos de corrupción, opacidad o fraude.

Esta etapa debe permitir la medición de la probabilidad e impacto de los riesgos identificados.

Las mediciones de probabilidad e impacto le permiten a la entidad obtener el riesgo inherente al que se ve expuesto.

Los controles identificados deben permitir mitigar la probabilidad y/o el impacto de los riesgos y que sean consistentes con el costo/beneficio.

Todos los riesgos identificados deben contar con actividades de control.

Un control deberá contar en su redacción como mínimo con la respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Quién?
- ¿Cada cuánto?
- ¿Para qué?
- ¿Cómo?
- ¿Qué se hace si existen desviaciones?
- ¿Cuál es la evidencia?

El proceso de monitoreo del subsistema de prevención de los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno se realizará como mínimo una vez al año, con el fin de detectar sus deficiencias, y proceder a su corrección, identificación de falencias para instaurar acciones de mejora.

El Oficial de Cumplimiento será el responsable de la etapa de monitoreo.



**MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN  
DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD,  
FRAUDE Y SOBORNO -  
SICOF**

Código: SRF-MA-01

Versión: 03

En caso de identificar variaciones con incremento de riesgo se procederá a implementar los planes de acción a que haya lugar con el fin de que el riesgo residual retorne a los niveles aceptados.

- **Políticas de los Elementos**

Las políticas y procedimientos son de obligatorio cumplimiento para todos los Miembros de la junta directiva, miembros de la alta gerencia, colaboradores, prestadores, clientes, proveedores y demás terceros vinculados.

La Fundación establece y promueve dentro de toda la organización, una cultura institucional encaminada a fortalecer la transparencia como valor y principio de toda actuación.

La Fundación no mantiene relaciones de ningún tipo con Miembros de la Junta Directiva, directores, colaboradores, prestadores de servicios, proveedores o terceros que hayan sido condenados por actividades ilícitas relacionadas con el fraude, la corrupción, la opacidad o el soborno.

- **Políticas de la Documentación**

El SICOF contará con políticas, procedimientos, manual, estructura organizacional, registro de eventos, órganos de control, apoyo tecnológico y divulgación periódica de información. Dicha documentación estará bajo los lineamientos establecidos en el manual **MC-MA-01 Gestión Documental**.

Los procedimientos y políticas del SICOF garantizan que la documentación generada cuenta con las medidas de integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.

La documentación del SICOF estará disponible para la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades que la requieran en el ejercicio de sus funciones.

La documentación relacionada con el SICOF conservará los criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de los documentos de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 962 de 2005, deben conservarse por un período de diez (10) años. Vencidos dichos periodos, pueden ser destruidos siempre que, por cualquier medio técnico adecuado, se garantice su reproducción exacta, sin perjuicio de los términos establecidos en normas especiales.

La documentación asociada a los controles y prevención implementados, serán responsabilidad de cada área de proceso.

La documentación asociada a los riesgos, análisis e investigaciones relacionadas con la prevención los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, estará a cargo del Oficial de Cumplimiento.

- **Políticas de la Estructura Organizacional**

Los miembros de la Junta Directiva, Representante Legal, el Oficial de Cumplimiento y los líderes de las áreas designados por parte de la Fundación, con funciones en materia de gestión del SICOF, se comprometen a cumplir cabalmente sus funciones y ejercer sus facultades en relación con el subsistema implementado.

Los órganos de control se comprometen a evaluar el SICOF de acuerdo con los estándares aplicables.

Los colaboradores tienen prohibido revelar a terceros, cualquier información relacionada con los reportes internos o externos del SICOF.

Los colaboradores serán capacitados, por lo menos, una vez al año en el SICOF. Los empleados nuevos y los terceros vinculados recibirán esta capacitación como parte del proceso de inducción o vinculación.

La Junta Directiva, Representante Legal, la Alta Dirección, los Órganos de Control y las demás personas que presten sus servicios a la Fundación, deben asegurar el cumplimiento de las normas internas y/o externas relacionadas con el SICOF.

El Oficial de Cumplimiento y su equipo de apoyo, será el responsable de diseñar las metodologías para la medición y monitoreo de los riesgos y aplicarlas para la determinación de los perfiles de riesgo inherente y residual, así como monitorearlos periódicamente.

- **Políticas de Capacitación**

La Fundación, ha diseñado un programa de capacitación el cual comprenderá las políticas, procedimientos, herramientas y controles que se han definido para dar cumplimiento al SICOF.

El proceso de capacitación será coordinado entre el Oficial de Cumplimiento y el área Talento Humano y Educación.

Los procesos de capacitación podrán realizarse a través de medios físicos o virtuales.

- **Políticas de la Plataforma Tecnológica**

La Fundación contará con las herramientas tecnológicas que le permitan realizar una adecuada administración del SICOF.

Para garantizar la oportunidad en la divulgación de la información, la Fundación contará con una plataforma tecnológica documental donde todos los colaboradores pueden consultar las políticas y procedimientos.



**MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN  
DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD,  
FRAUDE Y SOBORNO -  
SICOF**

Código: SRF-MA-01

Versión: 03

- **Políticas de Comunicación y Divulgación**

El SICOF implementado en la Fundación garantiza que los requerimientos de autoridades, interno y externos se atienden de forma efectiva, eficiente y oportuna.

La información del SICOF será administrada por el Oficial de Cumplimiento, quien la dispondrá a los entes internos y externos de conformidad con la finalidad requerida y conservando las características de confidencialidad.

La entidad establecerá mecanismos a través de los cuales se puedan recibir reportes internos y externos relacionados con situaciones de riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.

Por lo menos cada semestre el Oficial de Cumplimiento elaborará un reporte que permita establecer el perfil de riesgo residual, la evolución individual y general de los perfiles de riesgo, de las fuentes de riesgo y de los riesgos asociados, el cual se dará a conocer a la Alta Dirección, a la Junta Directiva y se incluirá en el informe de gestión del cierre de cada ejercicio anual.

- **Política de Protección a Denunciantes**

Toda contraparte que presente denuncias mediante el Canal de Denuncias de la Fundación, gozará de la debida protección y se garantizará el anonimato, confidencialidad y seguridad de las personas que reportan. La información recibida será mantenida en estricta reserva durante todo su proceso, para así evitar riesgos o represalias sobre los denunciantes, de acuerdo con los siguientes principios y deberes:

- **Responsabilidad de Reportar**

Todos colaboradores de la Fundación tienen la responsabilidad de reportar conductas irregulares que vayan en contra de lo especificado en las políticas, manuales y procedimientos corporativos y que comprende comportamientos como mal uso de recursos, conflicto de interés, revelación de información confidencial, lavado de dinero, situaciones de corrupción, entre otros.

En consecuencia de lo anterior, la Fundación, con su política de puertas abiertas, ha puesto a disposición de todas las contrapartes, un canal abierto que cuenta con las medidas de confidencialidad, seguridad y disponibilidad necesarias para el tratamiento de la información reportada, por ello en caso de ser evidenciado un evento, este deberá ser reportado a través del Canal de Denuncias del software DesQubra, al cual podrá acceder a través del link: [https://desqubra.com.co/listas/public/denuncias/responder\\_denuncias/94](https://desqubra.com.co/listas/public/denuncias/responder_denuncias/94).

El denunciante podrá asignar un código al reporte realizado, de tal forma que posteriormente le puede hacer seguimiento, esto a través del siguiente link: [https://desqubra.com.co/listas/public/consulta\\_denuncia](https://desqubra.com.co/listas/public/consulta_denuncia)



**MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN  
DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD,  
FRAUDE Y SOBORNO -  
SICOF**

Código: SRF-MA-01

Versión: 03

Una vez se realiza el registro, el sistema notificará a través de correo al Oficial de Cumplimiento, y le permitirá documentar la gestión realizada. Si la denuncia no corresponde a temas relacionados con posibles faltas a la ética, reporte de operaciones inusuales, intentadas o sospechosas o relacionadas con el incumplimiento al SICOF, al SARLAFT o al PTEE, el Oficial de Cumplimiento dará traslado al área correspondiente y cerrará con esta aclaración la denuncia.

El Oficial de Cumplimiento para la gestión y análisis de las denuncias podrá apoyarse con otras áreas de la Fundación e incluso dar traslado a áreas como Recursos Humanos, Control Interno, Jurídica, entre otros.

En caso de que durante el análisis y gestión de la denuncia se determina la posible materialidad de un delito de corrupción, opacidad, soborno y/ fraude se procede a realizar la notificación ante la Superintendencia Nacional de Salud por los canales que esta determine.

➤ **Buena Fe**

Las personas que reportan al canal de denuncias se obligan a que sus actuaciones sean de buena fe y que tengan elementos para creer que la información entregada sea verídica y que de indicios de violación a las políticas y regulaciones de la Fundación.

➤ **Reportes Falsos y Maliciosos**

Cualquier reporte respecto del cual se encuentre que la información suministrada ha sido manipulada para desinformar, o en el que se determine que se entregó la información a sabiendas de que se trataba de información falsa, será considerado como una falta disciplinaria grave de la persona que reporta.

➤ **Confidencialidad**

La identidad de la persona que reporta en el Canal de Denuncias es manejada de forma confidencial en los casos en los cuales el denunciante lo solicite, así como de forma anónima cuando se presente de esta manera. Las investigaciones se realizarán de forma discreta para no revelar los detalles de la fuente, sin embargo, esta política de confidencialidad no aplicará para situaciones en las que se determine la existencia de mala fe en el reporte o medie una solicitud por parte de un ente de investigación.

➤ **No Retaliación**

Cualquier persona que reporte información de buena fe, no podrá ser víctima de acoso, retaliaciones, o cualquier otra forma de maltrato. En el caso en que se incumpla con lo anteriormente citado, la persona que ejerza acciones contra el denunciante será sujeto de investigaciones disciplinarias y se procederá a manejar la situación como una falta grave, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo.

- **Políticas de Sanciones**

El incumplimiento o violación de las políticas y normas del SICOF constituye una falta grave. En consecuencia y en los casos en que haya lugar, se aplicarán los procedimientos y las sanciones establecidas en el Reglamento Interno de Trabajo.

En la divulgación de esta política a los funcionarios, se darán a conocer las sanciones que acarreará el no cumplir y acatar las políticas y normas relacionadas.

Es responsabilidad de todos los colaboradores, el cumplimiento a cabalidad de las instrucciones impartidas y el reporte inmediato de cualquier situación irregular que atañe al SICOF.

- **Política de Conflicto de Interés**

Se entiende por conflicto de interés, toda situación en la que un interés personal, familiar, económico o de otra índole interfiere o puede interferir en el cumplimiento de las funciones y responsabilidades frente a la Fundación.

Los directivos, colaboradores, miembros de Junta Directiva y demás contrapartes de la Fundación, están obligados a revelar conflictos de interés reales o potenciales so pena de las sanciones que haya lugar por ocultamiento de información. Los lineamientos emitidos por la Fundación en la materia se encuentran en el documento **Código de buen gobierno, conducta e integridad (DG-MA-01)** y en la **Política de conflictos de interés y guía para su tratamiento (DG-PO-25)**.

- **Política frente a prebendas o dádivas por parte de los colaboradores de la Fundación**

Se deberá tener en cuenta lo establecido en el ordenamiento jurídico colombiano, específicamente la Ley 1438 de 2011, o cualquier norma que la complemente, modifique o sustituya, respecto de la prohibición de prebendas o dádivas en el sector de la salud, la cual indica en su artículo 106:

*“PROHIBICIÓN DE PREBENDAS O DÁDIVAS A TRABAJADORES EN EL SECTOR DE LA SALUD. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas, dádivas a trabajadores de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y trabajadores independientes, sean estas en dinero o en especie, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras, comercializadoras u otros, de medicamentos, insumos, dispositivos y equipos, que no esté vinculado al cumplimiento de una relación laboral contractual o laboral formalmente establecida entre la institución y el trabajador de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*”



**MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN  
DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD,  
FRAUDE Y SOBORNO -  
SICOF**

Código: SRF-MA-01

Versión: 03

*PARÁGRAFO 1. Las empresas o instituciones que incumplan con lo establecido en el presente artículo serán sancionadas con multas que van de 100 a 500 SMMLV, multa que se duplicará en caso de reincidencia. Estas sanciones serán tenidas en cuenta al momento de evaluar procesos contractuales con el Estado y estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.*

*PARÁGRAFO 2. Los trabajadores de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud que reciban este tipo de prebendas y/o dádivas, serán investigados por las autoridades competentes. Lo anterior, sin perjuicio de las normas disciplinarias vigentes.”*

También se deberá tener en cuenta lo establecido por la Ley 1474 al respecto: “Artículo 22. Omisión de control en el sector de la salud. La Ley 599 de 2000 tendrá un artículo 325B, el cual quedará así: El empleado o director de una entidad vigilada por la Superintendencia de Salud, que con el fin de ocultar o encubrir un acto de corrupción, omita el cumplimiento de alguno o todos los mecanismos de control establecidos para la prevención y la lucha contra el fraude en el sector de la salud, incurrirá, por esa sola conducta, en la pena prevista para el artículo 325 de la Ley 599 de 2000.”

- **Política frente a cortesías**

Recibir o dar cortesías puede ser una práctica comercial aceptable para construir relaciones de negocio o mostrar agradecimiento de manera legítima; sin embargo, en La Fundación no se permite que los colaboradores o representantes acepten u otorguen cortesías que sean o puedan ser percibidos como un soborno o que de alguna forma comprometan el ejercicio de su función, por lo que deben gestionarse siempre de acuerdo con lo definido en este manual, la cual establece el marco de actuación para los colaboradores y terceros relacionados.

No son considerados cortesías los objetos comúnmente conocidos como merchandising o material P.O.P, tales como lapiceros, cuadernos, calendarios, gorras, camisetas y, en general, todo material publicitario contramarcados con el logo o la marca de una empresa y que su valor individual no supere medio ( $\frac{1}{2}$ ) salario mínimo legal mensual vigente (SMMLV) o su equivalente en moneda extranjera.

El ofrecimiento o la aceptación de regalos, atenciones o beneficios inapropiados puede generar graves riesgos reputacionales, disciplinarios, administrativos y legales para la Fundación, así como comprometer la confianza de los pacientes, autoridades y demás grupos de interés, razón por la cual su manejo deberá realizarse con estricto apego a los principios de transparencia, legalidad y buen gobierno institucional.

- **Cortesías prohibidas**

Los colaboradores no deberán prometer, ofrecer, otorgar ni aceptar cortesías que tengan por objeto influir indebidamente o que pudiera percibirse como un intento para influir indebidamente en las decisiones de quien los recibe o crear una obligación comercial sobre

cualquier tercero o parte relacionada. Queda prohibido el aceptar u ofrecer regalos que cumplan con uno o varios de los siguientes elementos:

- En ninguna circunstancia se deberán otorgar, ofrecer o prometer regalos a Servidores Públicos nacionales o extranjeros, sus familiares, socios o sociedades de las que el servidor público forme parte.
- Todo ofrecimiento de cortesías proveniente de servidores públicos deberá ser rechazado de manera inmediata y reportado al Oficial de Cumplimiento.
- No se podrá ofrecer, solicitar o recibir regalos durante procesos de negociación, licitación, contratación, evaluación, selección o renovación de proveedores, contratistas, sociedades médicas o prestadores de servicios.
- No se podrá ofrecer o aceptar regalos en dinero en efectivo, títulos valores, bonos, transferencias electrónicas, criptomonedas o equivalentes.
- No se podrá ofrecer o aceptar regalos entregadas o recibidas en domicilios personales, direcciones privadas o lugares distintos a los canales institucionales autorizados.
- No se podrá ofrecer o aceptar Regalos que, por su naturaleza, valor o frecuencia, excedan la razonabilidad, generen dependencia, reciprocidad esperada o afecten la imagen institucional.

➤ **Actividades permitidas por la política de cortesías**

Previa aprobación de la Dirección general, los colaboradores podrán:

- Recibir invitaciones a eventos relacionados con el giro ordinario de la actividad económica, tales como congresos, desayunos, cenas, cocteles, talleres y seminarios.
- Viajes o invitaciones para realizar actividades con fines académicos o presentación de nuevos productos, con aquellos contratistas, proveedores o terceros con los cuales exista un vínculo comercial y cuando estas invitaciones aporten un valor agregado al negocio.
- La Dirección General podrá aprobar el ofrecimiento de cortesías que correspondan a gastos razonables y de buena fe a funcionarios públicos en actividades relacionadas con la promoción, demostración o explicación de productos o servicios o en la realización de visitas de entes de control.
- Se aceptarán cortesías de forma directa por la Fundación para fines de celebraciones institucionales, (Ej. fiesta de fin de año, día del médico, entre otras). Estas cortesías serán solicitadas a los proveedores y gestionadas por el área de Apoyo Hospitalario.

- Las cortesías permitidas que superen un valor de medio ( $\frac{1}{2}$ ) salario mínimo legal mensual vigente (SMMLV), deberán reportarse utilizando el **Formato de recepción y entrega de cortesías (GIO-FT-11)**, su no diligenciamiento podrá acarrear para el colaborador, las sanciones previstas en el Código de buen gobierno, conducta e integridad (DG-MA-01), Reglamento Interno de Trabajo (NOR-10.2-03) y demás normas laborales aplicables, sin perjuicio de las acciones contemplada en la regulación nacional, inclusive de índole penal, aplicable por parte de las autoridades competentes.
- Este formato deberá ser enviado al Oficial de Cumplimiento quien realizará la validación de las cortesías recibidas.
- Cuando las cortesías no se envíen a un colaborador en específico, será la Dirección de Apoyo Hospitalario la que defina la política de repartición.

### **5.3. RECURSOS PARA EL SICOF**

La Fundación dispone de los recursos de soporte, técnicos, humanos y presupuestales necesarios para la operatividad del Subsistema de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno SICOF. Entre los recursos disponibles se resaltan:

- Intervención y soporte de las áreas de apoyo necesarias como tecnología, comunicaciones, calidad y recursos humanos. Lo anterior, sin perjuicio del soporte que en cualquier momento pueda requerirse de otras áreas.
- Soporte tecnológico para administrar la información.
- Servicio externo de consulta a listas restrictivas y vinculantes
- Software que soporta el desarrollo metodológico de la segmentación.
- Designación por parte de la Junta Directiva de un Oficial de Cumplimiento.

Para el manejo de la información de la gestión del riesgo institucional, se cuenta con una solución metodológica automatizada, integrada progresivamente para la administración de la información del riesgo COF y Soborno, previa consideración de factores como las actividades, operaciones, riesgo y tamaño de la Fundación.

### **5.4. MEDIDAS DISCIPLINARIAS**

El propósito de este ítem es describir el procedimiento disciplinario a seguir cuando se presenten incumplimientos al Manual del SICOF por parte del personal asistencial o administrativo vinculado con la Fundación, mencionados en el alcance de este Manual.

El incumplimiento de las políticas y/o del Manual SICOF se considera como una falta grave en los términos del Reglamento Interno de Trabajo.

Los incumplimientos al Manual SICOF que identifique el Oficial de Cumplimiento, en desarrollo de sus funciones de seguimiento, serán:

- Documentados de forma clara y oportuna indicando la fecha del evento, nombre completo, descripción del hecho específico.
- Informados a la Dirección de Recursos Humanos para que se siga el procedimiento sancionatorio previsto en el Reglamento Interno de Trabajo para faltas graves, sin perjuicio de las acciones contemplada en la regulación nacional, inclusive de índole penal, aplicable por parte de las autoridades competentes.

## **5.5. MECANISMOS**

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF permitirle establecer cuándo existe una posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude, para ello, cuenta con las siguientes:

- **Indicadores del subsistema**

Para el monitoreo del SICOF la entidad cuenta con indicadores descriptivos y prospectivos que permiten evidenciar la evolución de los potenciales riesgos. En el anexo Indicadores del SICOF se encuentra el detalle de la estructuración del indicador y sus mediciones. Los indicadores se encuentran en el documento ***Indicadores del SICOF***.

- **Encuestas de conflicto de interés**

La Fundación a través del área de Talento Humano aplicará durante el proceso de vinculación y anualmente, la encuesta de conflicto de interés, la cual busca promover una cultura de integridad e identificar situaciones de riesgo en el desarrollo de las funciones desarrolladas por los trabajadores. El resultado de esta encuesta será analizado por el Oficial de Cumplimiento, en aras de fortalecer el proceso de identificación, control y monitoreo.

- **Señales de Alerta**

Las señales de alerta están definidas como hechos, situaciones, eventos, cuantías, indicadores cuantitativos y cualitativos, que la entidad determine como relevante, a partir de los cuales se puede inferir oportuna y/o prospectivamente la posible existencia de un hecho o situación que escapa a lo que se ha determinado como normal

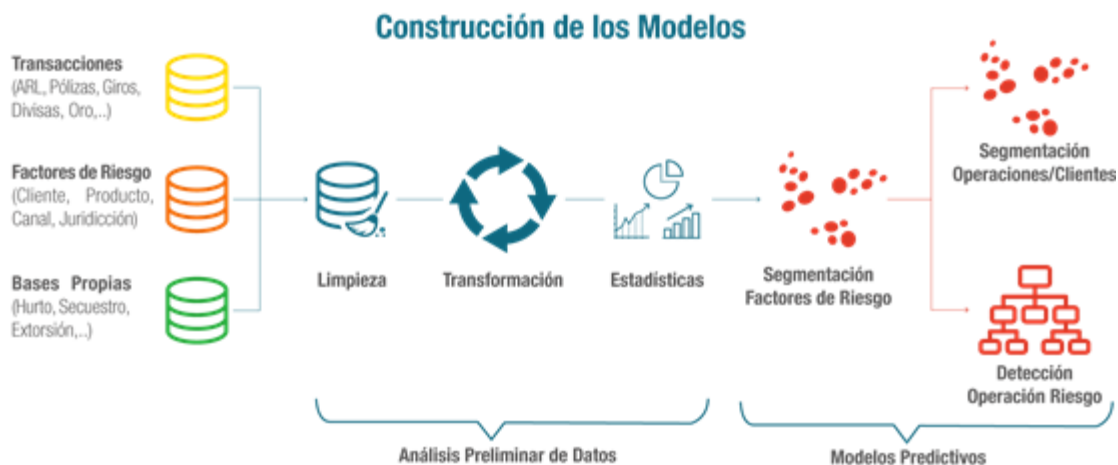
Para la Fundación se han establecido algunas señales de alerta que no son taxativas y que han resultado de análisis del contexto externo y estudios en materia de prevención de los riesgos COF y de soborno:

- Poca independencia entre gobierno y dirección
- Falta de transparencia
- Ausencia de objetivos u objetivos irreales
- Percepción de falta de equidad interna y externa
- Falta de formación y de oportunidades de promoción

- Inexistencia de sistemas de evaluación
- Controles internos débiles o inexistentes
- Poco respeto a la normativa
- Fallas en la gestión de los comités
- Transacciones no relacionadas con la naturaleza de las operaciones
- Inesperadas disminuciones en saldos de tesorería
- Importes elevados en cuentas de gastos a justificar por empleados
- Uso inadecuado de tarjetas de crédito corporativas
- Pagos de horas extraordinarias sin aparente justificación
- Oscilaciones no razonables en la ratio compra/venta
- Ventas de activos, desinversiones por debajo del precio de mercado

- **Segmentación**

La segmentación es un proceso en el que se busca tener grupos homogéneos al interior y heterogéneos entre ellos, este proceso se realiza por medio de mecanismos estadísticos. La metodología usada por la Fundación es CRISP DM, que sirve para construir los modelos predictivos de segmentación de factores de riesgo y análisis de operaciones con el objetivo de generar señales de alerta temprana para la detección de operaciones inusuales y/o sospechosas de estar en riesgo de COF/Soborno. Se ejecutaron y documentaron todas las etapas sugeridas por la mencionada metodología de la siguiente forma:



### **Fase 1: Comprensión del problema**

**Objetivo:** Conocer el contexto del problema a solucionar en la Fundación

A través de la aplicación del formato de levantamiento de información, se realizó un acercamiento inicial que permitió conocer de forma detallada los procesos de negocio, sus procedimientos asociados y las aplicaciones (software) que los soportan; en función de los factores de riesgo identificados para análisis: jurisdicciones, proveedores, prestadores, accionistas y clientes y de las operaciones para monitoreo relacionada con estos. Como

resultado de esta etapa, se generó un documento de solicitud de información detallada y bases de datos de las diferentes áreas de la compañía involucradas en el análisis.

### **Tareas**

- Validar metas y objetivos del proyecto.
- Revisar información contextual que ayude a la comprensión de la problemática.
- Determinar fuentes de datos.

### **Fase 2: Selección de Datos**

**Objetivo:** Crear el grupo objetivo de datos

Una vez fue recolectada la información solicitada en la etapa 1, se realizó el levantamiento del inventario de datos con relación de fuentes y formatos. Se seleccionaron las variables oportunas para la construcción de los modelos predictivos de segmentación y se evaluaron con 3 indicadores: Oportunidad, Disponibilidad, Coherencia, estos 3 indicadores se promedian para el cálculo del indicador final denominado “Usabilidad”, que determina si la variable será incluida en la construcción del modelo.

### **Tareas:**

- Encontrar características útiles para representar los datos y acorde con los objetivos planteados.
- Definición y aplicación de técnicas de muestreo que permitan seleccionar el grupo objetivo de atributos y datos útiles para el propósito de la investigación y sobre los cuales el proceso de descubrimiento de conocimiento será ejecutado.

### **Fase 3: Pre procesamiento**

**Objetivos:** Ejecutar rutinas de limpieza de datos que garanticen la coherencia y calidad de los atributos y datos seleccionados.

En esta etapa los datos fueron llevados a un repositorio para su procesamiento, limpieza y transformación. Se realizaron labores de: integración de fuentes, discretización de variables, limpieza de datos nulos y registros duplicados, identificación y corrección de outliers.

### **Tareas:**

- Detectar y eliminar registros duplicados
- Detectar y eliminar atributos redundantes
- Detectar y definir el camino a tomar con los datos vacíos o faltantes.
- Detectar y eliminar atributos que no colaboren en el cumplimiento de los objetivos planteados.
- Detectar y eliminar datos fuera de rango o no concordantes con su universo.

#### **Fase 4: Transformación**

**Objetivos:** Formatear los datos para que puedan ser manejados por los algoritmos de minería de datos.

**Tareas:**

- Definir y ejecutar si es necesario realizar agrupamientos de variables.
- Definir y ejecutar si es necesario realizar derivación de atributos.

#### **Fase 5: Minería de datos**

**Objetivos:** Definir y Ejecutar la técnica de minería de datos apropiada según los objetivos planteados.

Se utilizaron dos técnicas de minería de datos de reconocido valor para la creación de los modelos predictivos. En primera instancia se construyó un modelo de clustering para cada factor de riesgo usando el algoritmo K-MEDIAS; como resultado de esta ejecución se marcaron todas las contrapartes analizadas asociándoles un nivel de riesgo de acuerdo con el segmento al que pertenecen. Una vez finalizado este proceso, se procedió a construir arboles de decisión aplicando el algoritmo C4.5 para analizar las operaciones realizadas con cada una de las contrapartes; cada segmento generado en la etapa 1 es usado como input para enriquecer el análisis en la etapa 2.

**Tareas:**

- Alistar las técnicas de minería de datos que serán aplicadas: árboles de decisión y clustering.
- Seleccionar el algoritmo a ejecutar.
- Crear el modelo a ejecutar, incluyendo la definición de las medidas y parámetros de validez apropiados según el objetivo planteado y el algoritmo seleccionado.
- Ejecutar de manera repetitiva el algoritmo en busca de la información y el conocimiento que permita cumplir el objetivo

#### **Fase 6: Consolidación del conocimiento descubierto.**

**Objetivos:** Interpretar la información descubierta.

Los modelos creados en la etapa anterior son ahora evaluados y revisados con usuarios del área de cumplimiento para su aprobación; como resultado de dicho proceso, algunos fueron ajustados añadiéndoles nuevas variables o enriqueciendo su análisis. A cada segmento obtenido, se le realiza un análisis en función del riesgo inherente y se configuran las señales de alerta para cada operación con las contrapartes que involucren los factores de riesgo modelados.

**Tareas:**

- Identificar entre la información obtenida, aquella que es realmente relevante e interesante.
- Comprobar que las conclusiones obtenidas son válidas y suficientemente satisfactorias
- Consolidar los hallazgos para su presentación.
- Preparar la BD a entregar que cumple con los hallazgos encontrados según los objetivos de la investigación.

**Fase 7: Implementación de la solución DesQubra y operación del sistema.**

**Objetivos:** Implementar la solución y entrar en operación del sistema.

Dadas las condiciones de información dentro de la Fundación, se diseñaron formatos de recolección de información que permiten consolidar los datos necesarios para asegurar el uso continuo de los modelos creados y la generación de señales de alerta de forma periódica, cuando estas aparezcan.

**Tareas:**

- Instalar la aplicación en el servidor dispuesto por la Fundación.
- Implementar los modelos construidos.
- Desarrollar los servicios web para integración con el software del cliente.
- Pruebas de funcionamiento y puesta en operación

El resultado del proceso de segmentación del SICOF se presenta en el documento ***Metodología de Segmentación***

## **5.6. DOCUMENTACIÓN**

El SICOF contará mínimo con los siguientes documentos sobre los cuales se garantiza su integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad:

- Manual del Subsistema de Administración de los Riesgos de Corrupción, la Opacidad, el Fraude y el Soborno, que contiene las políticas, etapas y elementos para la adecuada gestión del subsistema.
- Los informes de la Junta Directiva, el Representante Legal y los órganos de control
- Matriz de Riesgos
- Documento que soporte la comunicación a todos los funcionarios de la entidad del mapa de Riesgos y de las políticas y metodologías del SICOF
- Los análisis del registro de eventos de Corrupción, Fraude, Opacidad y soborno.
- Indicadores del subsistema

## **5.7. CAPACITACIÓN**

La Fundación incluirá en el programa de capacitación de colaboradores y demás partes interesadas, un espacio para explicar las políticas, procedimientos, herramientas y controles adoptados para dar cumplimiento al SICOF.

El proceso de capacitación del SICOF tendrá dos periodicidades: uno durante el proceso de inducción establecido para toda persona que ingrese a la Institución y otro de reinducción por lo menos una vez al año, que será programado en coordinación con las áreas de educación y recursos humanos.

## **5.8. PLATAFORMA TECNOLÓGICA**

La Fundación contará con una plataforma tecnológica necesaria para dar cumplimiento y garantizar el funcionamiento del Subsistema de Administración del Riesgo Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.

La plataforma contará con las siguientes herramientas tecnológicas:

- **Sistema de Gestión Integral Almera**

Plataforma que permite la gestión, evaluación, medición, planificación, orientar los procesos y mejorar la calidad de los servicios de la Fundación.

- **Plataforma Educativa Virtual PEV**

Esta plataforma permite realizar el desarrollo y seguimiento a los procesos de formación relacionados con los diferentes procesos de la Fundación, entre ellos la capacitación requerida para los subsistemas de administración de riesgos. Su acceso es a través de la cuenta corporativa de Moodle.

- **DesQubra Segmentación**

Este módulo permite gestionar los modelos predictivos construidos en la fase de consultoría, para lo cual podrá:

- Automatizar y operar los modelos predictivos, para:
  - Realizar marcación individual o masiva del segmento a que pertenece una contraparte.
  - Realizar monitoreo individual o masivo de operaciones.
- Visualizar espacialmente los niveles de riesgo en sus jurisdicciones.
- Observar sus segmentos en escala de colorimetría según el nivel de riesgo.

- Recibir notificaciones ante eventos como:
  - Detección de posibles operaciones inusuales.
  - Marcación individual o masiva de contrapartes.
  - Cambios de segmento de la contraparte.
- Integrar los resultados de los pronósticos con las herramientas de gestión de la organización.

- **DesQubra Consulta Listas**

La aplicación permite que ingresando número de cédula y/o nombre, se puedan realizar consultas para validar si una contraparte se encuentra vinculada en alguna de las más de 118 listas incluidas en el sistema.

El sistema permite consultar listas restrictivas, vinculantes, sancionatorias, boletines, que se agrupan en:

- Listas nacionales
- Listas internacionales
- Noticias
- Listas propias
- PEP's

- **DesQubra Debida Diligencia**

El sistema permite que a través de este módulo se documente y almacene evidencia de verificación, en la gestión de debida diligencia que puede ser simple, mejorada, ampliada o intensificada, el sistema permite involucrar en el análisis a funcionarios de otras áreas, en formato tipo Work Flow, permitiendo el seguimiento a casos abiertos, en proceso o cerrados, permitiendo adjuntar la documentación requerida.

- **DesQubra Formulario Electrónico**

El sistema permite la creación de múltiples formularios de conocimiento que podrán ser diligenciados directamente en la aplicación por cada persona o entidad requerida. La configuración permite determinar mecanismos de firma que desea tener, entre:

- Impresión del documento para firma física y que posterior a escanear suba el formato.
- Envío de mensaje al celular para verificación de identidad.
- Firma digital a través del mouse del computador.

El usuario autorizado puede enviar un link, a través del cual la contraparte ingresa a diligenciar on-line el formulario y posteriormente los pasa la contraparte por el módulo de **Consulta de Listas** y los modelos de **Segmentación**.

## **5.9. RESPONSABLES**

Con el fin de garantizar un adecuado funcionamiento del sistema, se ha definido un modelo organizacional acorde a las exigencias normativas, el cual permite establecer las funciones y asignar las responsabilidades a los diferentes colaboradores y órganos de la Fundación en relación con el SICOF, en el cual se incorpora a la Junta de Directiva, al Representante Legal, el Oficial de Cumplimiento y todas las áreas relacionadas con las principales operaciones.

### **5.9.1. Junta Directiva**

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

Todas las decisiones que tome la Junta Directiva respecto del SICOF, deben constar por escrito en el acta respectiva.

### **5.9.2. Representante Legal**

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del SICOF.
- Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
- Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la administración de este riesgo implica para la entidad.
- Velar por la correcta aplicación de los controles del riesgo inherente, identificado y medido.
- Recibir y evaluar los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF, de acuerdo con los términos establecidos en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.
- Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.
- Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada administración del Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

### **5.9.3. Oficial de Cumplimiento**

- Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva, el manual de prevención de la corrupción, la opacidad, el fraude y el soborno y sus actualizaciones.
- Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad administre efectivamente sus riesgos de prevención y detección de la corrupción, la opacidad, el fraude y el soborno, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 y las normas que complementen o modifiquen.
- Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la corrupción, la opacidad y el fraude de la entidad.
- Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno medidos.
- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 y las normas que complementen o modifiquen.
- Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.
- Desarrollar los programas de capacitación relacionados con el SICOF.
- Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al Representante Legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo,

entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.

- Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.
- Informar a la Junta Directiva sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.
- Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración de la Junta Directiva.
- Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
- Proponer a la Junta Directiva programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
- Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
- Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
- Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOF.

El Oficial de Cumplimiento es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de prevención y control, y verificar al interior de la Fundación su operatividad y su adecuado funcionamiento, para lo cual debe demostrar la ejecución de los controles que le corresponden.

El Oficial de Cumplimiento debe dejar constancia documental de sus actuaciones en esta materia, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto. Adicionalmente, debe mantener a disposición del auditor interno, el revisor fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SICOF, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.

#### **5.9.4. Revisoría Fiscal**

- Elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable, en el que informe acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad, el Fraude y el Soborno - SICOF.
- Poner en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOF, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la Junta Directiva.

### **5.9.5. Control Interno**

- Evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOF, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones e informar los resultados de la evaluación al Representante Legal y a la Junta Directiva.

### **5.9.6. Líderes de las áreas**

- Conocer y cumplir con las disposiciones de este documento y demás establecidas por la Fundación.
- Promover la cultura de cumplimiento del SICOF dentro de cada área de trabajo y sus compañeros de trabajo.
- Servir de enlace con el Oficial de Cumplimiento y prestarle apoyo en las labores de prevención, control y administración de los riesgos COF y soborno.
- Aplicar y supervisar la aplicación de las normas, políticas y procedimientos de prevención y control de los riesgos COF y soborno en el área de su responsabilidad.
- Asesorar y apoyar al personal de su área en lo relacionado con los procedimientos de prevención, control y en la normativa vigente sobre SICOF.
- Velar por que acaten las normas, políticas y procedimientos establecidos en el SICOF y reportar al Oficial de Cumplimiento las fallas que detecten.
- Apoyar el área de su responsabilidad con capacitación y entrenamiento en temas de riesgos COF y de soborno o a las áreas que sean designadas.
- Participar activamente en los procesos de capacitación.
- Reportar por los canales dispuestos cualquier situación que atenten contra la ética, las políticas y los valores de la compañía.
- Mantener actualizados los documentos relacionados con la ejecución de las actividades, en especial lo relacionado con la prevención de actividades al margen de la ley.

### **5.9.7. Todos los colaboradores y terceros vinculados a la Fundación**

- Promover la cultura de cumplimiento del SICOF dentro del área de trabajo.
- Participar activamente en los procesos de capacitación.
- Reportar de manera inmediata y por el canal de denuncias cualquier anomalía y violaciones a las políticas de la Institución.
- Aplicar las normas, políticas y procedimientos de prevención y control de los riesgos SICOF en el área de su responsabilidad.
- Mantener actualizados sus datos e información diligenciando el Formato de Conocimiento Hoja de Vida de los Colaboradores y el Formato de conflictos de interés.



**MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN  
DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD,  
FRAUDE Y SOBORNO -  
SICOF**

Código: SRF-MA-01

Versión: 03

## **5.10. PROCEDIMIENTOS PARA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS DE AUTORIDADES**

### **• Objetivos**

Describir los métodos establecidos por la Fundación para atender la solicitud de información y documentos que puedan ser solicitados por las autoridades competentes.

### **• Lineamientos**

El Oficial de Cumplimiento recibirá de las autoridades competentes los oficios o requerimientos que puedan presentarse.

Una vez recibida la información será revisada y clasificada con el fin de realizar el siguiente procedimiento:

- a. Analizar el requerimiento de información y/o documentación con el fin de solicitar los soportes para su respuesta.
- b. Identificar fuentes, procesos, responsables.
- c. Requerir documentos, archivos, información general y/o específica a las áreas y/o procesos a quienes se identificó previamente.
- d. Realizar el análisis de dicha información en caso de que así lo requiera.
- e. Preparar respuesta oficial.
- f. Dirigir respuesta a la Secretaría General y/o Dirección General para su conocimiento y comentarios.
- g. Remitir la respuesta junto a los soportes a través de los medios a que haya lugar.

La respuesta y los soportes correspondientes deben ser archivados junto al requerimiento recibido.

## **6. DOCUMENTOS DE APOYO O RELACIONADOS**

- Código de buen gobierno, conducta e integridad (DG-MA-01)
- Política de Gestión del Riesgo (DG-PO-06).
- Política Comercial ( DG-PO-22).
- Política de Gestión de la Información (DG-PO-07)
- Política de Compras (DG-PO-06)
- Política de Administración del Recurso humano (PO-15)
- Política de Educación (PO-16).
- Política de Confidencialidad (PO-18).
- Política de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales (PO-23).
- Política de Investigaciones Interinstitucional (PO-17).
- Política de Comunicaciones (PO-05)
- Política Ambiental (PO-10)
- Política de la Gestión Tecnológica (DG-PO-16)
- Política de Patrocinio e Incentivos Educativos (PO-28)



**MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN  
DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD,  
FRAUDE Y SOBORNO -  
SICOF**

Código: SRF-MA-01

Versión: 03

- Política de Manejo Seguro de Medicamentos de Alto Riesgo y Similares (LASA) (PO-33)
- Manual del sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (SRF-MA-02)
- Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) (DG-PG-01)
- Política de conflicto de interés y guía para su tratamiento (DG-PO-25)
- Formato de recepción y entrega de cortesías (GIO-FT-11)

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Circular Externa 009 de 2016. Instrucciones SARLAFT / FPADM (modificada por la C.E. 2021170000005-5 de 2021).
- Circular Externa 016 de 2016. Instrucciones relativas sobre el reporte de información financiera para efectos de supervisión.
- Circular Externa 003 de 2018. Instrucciones Generales para la Implementación de Mejores Prácticas Organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno IPS de los Grupo C1 y C2. Página 17 de 109.
- Circular Externa 20211700000004-5 de 2021. Instrucciones Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas de Administración de Riesgos,
- Circular Externa 20211700000005-5 de 2021. Instrucciones Generales al Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
- Circular Externa 202215100000053-5 de 2022. Lineamientos Programa de Transparencia y Ética Empresarial PTEE.
- ABECÉ de la Circular Externa 009 de 2016 modificada por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 – implementación del SARLAFT y FPADM.
- ABECÉ de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 - Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos – IPS Página 18 de 109.
- ABECÉ de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 que deroga la Circular Externa 018 de 2015.

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN
3	Enero 2026	Actualización del documento
2	Noviembre 2023	Actualización y Estructuración del documento
1	Agosto 2022	Creación documento

<b>Elaboró o modificó:</b> Katia Ogaza Montes	<b>Revisó:</b> Gilberto Andrés Mejía Estrada	<b>Aprobó:</b> Junta Directiva
<b>Cargo:</b> Oficial de Cumplimiento	<b>Cargo:</b> Representante Legal	<b>Cargo:</b> Junta Directiva
<b>Fecha:</b> Diciembre 2025	<b>Fecha:</b> Diciembre 2025	<b>Fecha:</b> Enero 2026