
**MANUAL Y PROCEDIMIENTOS
DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS,
FINANCIACION DEL TERRORISMO y FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACION
DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA
SARLAFT FPADM**

1. INTRODUCCIÓN

La Clínica de Oftalmología de Cali S.A., en adelante la Clínica, institución vigilada por la Superintendencia de Salud, reconoce que, el lavado de activos, la financiación del terrorismo y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva representan una gran amenaza para la estabilidad del sistema de salud y la integridad de los servicios de salud, por su carácter global y las redes utilizadas para el manejo de tales recursos. En ese sentido, la Clínica está comprometida con mantener mecanismos para combatir esos fenómenos de ilegalidad y prevenir las consecuencias adversas que pudieran derivarse de su materialización. Es por esto que, la Clínica a implementado el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y del Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, en adelante SARLAFT o el sistema, con el propósito de prevenir que la institución sea utilizada para canalizar recursos provenientes o destinados hacia dichos delitos.

Es así como, en línea con lo establecido por el ente regulador, el sistema de la Clínica se compone de dos fases, a saber: la primera, que corresponde a la prevención del riesgo y cuyo objetivo es prevenir que a la institución se introduzcan recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos y/o de la financiación del terrorismo y/o el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva, en adelante LAFT/FPADM, y la segunda, que corresponde al control y cuyo propósito principal consiste en detectar y reportar las operaciones que se pretendan realizar o se hayan realizado, para intentar dar apariencia de legalidad a operaciones vinculadas al LAFT/FPADM.

En línea con lo anterior, la Clínica desarrolla sus negocios con sujeción a las normas legales y a los más altos principios éticos. Por tal motivo, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa 0016 de 2016 y Circular Externa 5.5 de 2021, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, la Junta Directiva aprobó el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, y de la Financiación del Terrorismo y el Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, en adelante SARLAFT o el sistema, el cual es de obligatorio cumplimiento por parte de los Administradores y en general de todos los funcionarios de la institución.

De otra parte, la Clínica armoniza sus políticas y procedimientos frente al direccionamiento estratégico, acatando los principios sobre los cuales se debe fundamentar la estructura del SARLAFT.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Clínica de Oftalmología de Cali aplica el SARLAFT en todas las operaciones que realiza, ya sean en moneda nacional o extranjera. La Clínica no aplica el SARLAFT y FPADM en la vinculación de las personas naturales y jurídicas que realizan transacciones a través de las entidades financieras vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia en marco de los convenios suscritos con éstas.

Es de resaltar la obligatoriedad de aplicación para todos los colaboradores, representantes, órgano directivo, profesionales de la salud, proveedores, contratistas, clientes y/o toda persona natural y jurídica con vínculo vigente con la Clínica de Oftalmología de Cali. Igualmente, aplica para los usuarios particulares y sus pagadores que requieran servicios ofertados por la Clínica, cuando el pago se realice directamente con recursos propios y no a través del sistema de aseguramiento obligatorio y/o voluntario.

3. PRINCIPIOS

La Clínica de Oftalmología de Cali S.A., de acuerdo con los lineamientos corporativos, acoge los siguientes principios sobre los cuales fundamenta y estructura el SARLAFT. Tales principios son expresiones para una presentación y valoración justa y transparente de dichos riesgos. Lo anterior permite hacer una adecuada identificación de los controles que mitigan razonablemente los riesgos identificados.

3.1. PRINCIPIO 1: Adoptar y mantener una sólida cultura del riesgo LAFT/FPADM

La clínica, ha establecido una sólida cultura de administración de riesgos LAFT/FPADM. La misma contiene directrices apropiadas para el comportamiento profesional y responsable de todos los miembros de la institución. En este sentido, es responsabilidad de todas las áreas adoptar una fuerte cultura de gestión del riesgo frente al lavado de activos, la financiación del terrorismo y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva en la organización.

3.2. PRINCIPIO 2: Implementar y mantener un Marco de Gestión del Riesgo – LAFT/FPADM

La Clínica, ha desarrollado como marco integrado con los procesos de gestión de sus riesgos generales el modelo NTC ISO 31000.

3.3. PRINCIPIO 3: Asegurar la Administración y Gestión del Riesgo LAFT/FPADM

El Comité de auditoría conoce periódicamente el resultado de las evaluaciones realizadas al sistema. Así mismo, la Junta Directiva mantiene informada para asegurarse que las políticas, procesos y sistemas se aplican eficazmente en todos los niveles de decisión y administración.

3.4. PRINCIPIO 4: Cero Tolerancia a los delitos de LAFT/FPADM

Clínica de Oftalmología de Cali, está comprometida con una política de cero tolerancia frente a los delitos de LAFT/FPADM, promoviendo una cultura de lucha contra los mismos que permita conducir sus negocios y operaciones con altos estándares éticos, en cumplimiento de las leyes y regulaciones vigentes.

3.5. PRINCIPIO 5: Compromiso de la Administración

La Administración de la institución ha desarrollado una estructura de gestión clara, eficaz y robusta, con líneas de responsabilidad definidas, transparentes y coherentes, aprobada por la Junta Directiva. La Administración ha implementado en toda la organización, políticas, actividades, procesos y sistemas para la adecuada gestión del riesgo LAFT/FPADM.

3.6. PRINCIPIO 6: Identificación, evaluación y control de riesgos operativos

La Administración ha identificado y evaluado los riesgos de LAFT/FPADM que se encuentran inmersos en los procesos, productos, actividades y sistemas tecnológicos; para asegurar que dichos riesgos son comprendidos, ha tenido en cuenta los siguientes aspectos:

3.6.1. Enfoque de arriba hacia abajo en su seguimiento, lo que significa que los riesgos con eventual impacto material para la clínica se abordan adecuadamente.

3.6.2. Proceso para identificar y evaluar los riesgos susceptibles de eventos potenciales con impactos significativos.

3.6.3. Procedimientos de evaluación de riesgos que involucran una comprensión detallada de la institución, su entorno y su control interno. Dichos procedimientos determinan la probabilidad y magnitud de los potenciales eventos y hallazgos relacionados con los diferentes factores de riesgo.

3.6.4. La metodología requiere, entre otros:

- Monitoreo permanente que permita validar si se presentan cambios significativos en los procesos.
- Reforzar el entendimiento de los riesgos a través de capacitaciones

3.7. PRINCIPIO 7: La Gestión del Cambio

El SARLAFT de la Clínica, cada año realiza autoevaluación del sistema para asegurar que se evalúan los riesgos LAFT/FPADM para todos los nuevos procesos, actividades, productos y sistemas.

3.8. PRINCIPIO 8: Seguimiento

La Clínica de Oftalmología de Cali, monitorea regularmente los perfiles de riesgo de LAFT/FPADM, a través de la matriz de riesgos.

3.9. PRINCIPIO 9: Control y mitigación

Clínica cuenta con un ambiente de control estructurado mediante políticas, procesos, sistemas, controles internos adecuados, así como mecanismos para mitigación de riesgos.

3.10. PRINCIPIO 10: Principio general de las dos líneas de defensa

La clínica ha estructurado las funciones y responsabilidades frente al LAFT/FPADM, siguiendo la metodología de las tres líneas de defensa, esto es, considerando (i) la gestión del riesgo por parte de los dueños de procesos y líneas de negocio, (ii) una función de administración del riesgo LAFT/FPADM.

3.10.1. Primera Línea de Defensa

La primera línea de defensa la constituyen las áreas operativas que gestionan el negocio (p.e. las actividades de cara al público y en contacto directo con los terceros vinculados). Esto significa que el gobierno del riesgo LAFT/FPADM reconoce que dicha línea es la responsable de identificar, evaluar, gestionar y controlar los riesgos inherentes a los productos, actividades, procesos y sistemas de los que es responsable. Esta línea debe conocer y aplicar las políticas y procedimientos, así como disponer de los recursos suficientes para realizar eficazmente estas tareas.

Para el efecto la Clínica:

- Especifica las políticas y procedimientos claramente por escrito y los comunica a todos los colaboradores.
- Incluye descripciones claras de las obligaciones de los colaboradores y de las instrucciones que deben seguir, así como orientaciones para que la actividad de la institución cumpla las regulaciones.
- Tiene implementados procedimientos internos para detectar y notificar operaciones inusuales y/o sospechosas.
- Dispone de políticas y procesos adecuados para seleccionar a su personal, presente y futuro, a fin de garantizar unos elevados principios éticos y profesionales.
- Tiene implementados programas de formación del personal de modo que sus colaboradores estén adecuadamente capacitados para aplicar las políticas y procedimientos de Riesgos sobre LAFT/FPADM en la institución, teniendo en cuenta que las necesidades de formación varían dependiendo de las funciones de los colaboradores y de las responsabilidades de los distintos puestos de trabajo, así como de la antigüedad. En esta misma línea, los nuevos colaboradores reciben formación tras su contratación. También se imparten cursos de actualización para garantizar que el personal recuerda sus obligaciones y que sus conocimientos y destrezas se mantienen al día.

3.10.2. Segunda Línea de Defensa

La segunda línea de defensa asigna responsabilidades al Oficial de Cumplimiento, la cual debe hacer un seguimiento continuo del cumplimiento de todas las obligaciones en materia de riesgo LAFT/FPADM por parte de la institución. Esto implica hacer una labor de monitoreo de la normatividad, de manera que sus resultados puedan ser comunicados a la alta dirección, junta directiva y/o al comité de auditoría de la clínica, utilizando los sistemas de información de riesgo LAFT/FPADM.

Así mismo, la Clínica debe administrar la ocurrencia de conflictos de interés, de tal manera que el Oficial de Cumplimiento no interfiera en las actividades de la primera línea de defensa, ni en la función de auditoría interna. Por otra parte, ante cualquier conflicto entre las líneas-áreas de negocio y las atribuciones del Oficial de Cumplimiento, se deberán aplicar procedimientos que garanticen que los análisis de los riesgos asociados con LAFT/FPADM reciban una consideración objetiva al más alto nivel.

El Oficial de Cumplimiento debe rendir cuentas directamente a la alta dirección y/o a la junta directiva. Igualmente, tiene la responsabilidad de notificar y hacer seguimiento a los reportes sobre operaciones sospechosas (ROS), debe contar con recursos suficientes para realizar eficazmente

todas sus funciones y desempeñar un papel central y proactivo en los aspectos relacionados con LAFT/FPADM.

3.10.3. Tercera Línea de Defensa

La tercera línea de defensa la constituye control interno, siendo esta Revisoría Fiscal y la Auditoría Interna.

4. DEFINICIÓN DEL RIESGO LAFT/FPADM

Se define el riesgo de lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, en adelante riesgo de LAFT/FPADM, como la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad por su propensión a ser utilizada directamente o a través de sus operaciones como instrumento para el lavado de activos y la financiación del terrorismo y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas o el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva, o cuando se pretenda el ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades. El riesgo de LAFT/FPADM se materializa a través de los riesgos asociados, estos son: riesgo legal, reputacional, operativo y de contagio a los que se expone la clínica, con el consecuente efecto económico negativo que ello puede representar para su estabilidad financiera, cuando es utilizada para tales actividades.

5. ALCANCE DEL SARLAFT

La Clínica en cumplimiento de lo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud en materia de prevención y control del LAFT/FPADM, ha adoptado el SARLAFT, el cual es administrado por el Oficial de Cumplimiento.

El sistema se compone de etapas y elementos; Las etapas son las fases o pasos sistemáticos e interrelacionados mediante los cuales se administra el riesgo de LAFT/FPADM; los elementos son el conjunto de componentes a través de los cuales se instrumenta de forma organizada y metódica la administración del riesgo de LAFT/FPADM. A su vez, contiene los mecanismos que permiten revisar con una periodicidad anual cada uno de sus componentes, a fin de realizar los ajustes necesarios para su efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento.

El alcance del SARLAFT abarca todas las actividades y negocios que se realizan en la Clínica en desarrollo de su objeto social principal. El SARLAFT tiene dos fases a saber:

- **Fase I:** Corresponde a la prevención del riesgo, y su objetivo es impedir que se introduzcan a la clínica recursos provenientes de actividades relacionadas con riesgo LAFT/FPADM.

- **Fase II:** Corresponde al control, y su propósito consiste en detectar oportunamente y reportar las operaciones que se pretendan realizar o se hayan realizado, para intentar dar apariencia de legalidad a operaciones vinculadas al LAFT/FPADM.

La administración de riesgos es el término aplicado a un método lógico y sistemático que permite establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorear y comunicar los riesgos asociados. Dichos conceptos, equivalen a los elementos del sistema de gestión de riesgos bajo el estándar internacional NTC-ISO 31000 2018, aplicando los siguientes principios metodológicos:

1. La Clínica reconoce el SARLAFT como una herramienta gerencial para la toma de decisiones, mas no como un mecanismo para eliminar de manera absoluta la ocurrencia de riesgos.
2. La ocurrencia cierta de una operación de LAFT/FPADM.
3. Los controles deben traducirse en una disminución de la frecuencia y/o del impacto del riesgo de LAFT/FPADM en caso de materializarse.
4. La obligación de la Clínica en la gestión del riesgo LAFT/FPADM es de medio más no de resultado.
5. Los controles existentes son de tipo preventivo, detectivo y correctivo.

5.1. ETAPAS DEL SARLAFT

El sistema contiene metodologías de administración de riesgos conformadas por pasos sistemáticos e interrelacionados mediante los cuales la Clínica administra el riesgo de LAFT/FPADM.

En efecto, para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos de LAFT/FPADM, la Clínica utiliza matrices de riesgos, que permiten registrar y documentar de manera integral las etapas del sistema, teniendo como referencia las normas expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

En el desarrollo de la metodología mencionada, se emplean componentes que incorporan los contextos interno y externo de la Clínica. Así mismo, se aplican lluvias de ideas, análisis de escenarios y/o juicios basados en la experiencia y conocimiento de expertos, lo que permite la identificación y descripción de eventos de riesgo que puedan generar efectos adversos, así como los niveles de exposición a los riesgos de LAFT/FPADM y los controles para mitigarlos.

Esta metodología tiene por objetivo gestionar los riesgos e integrar el proceso de gestión de riesgos en cada una de sus actividades, las cuales se describen en gráfico del *manual de gestión de riesgo - MGRG-001*.

5.1.1. ESTABLECER EL CONTEXTO

El propósito del establecimiento del contexto es adaptar el proceso de la gestión del riesgo a las características de la institución para permitir una evaluación eficaz y tratamiento apropiado. El contexto y los criterios implican definir el alcance del proceso y comprender los contextos externo e interno en los que la institución desarrolla su actividad.

5.1.1.1. Contexto Interno

El contexto interno de la Clínica está directamente relacionado con su estrategia y las acciones diseñadas para alcanzar su propósito superior y sus objetivos estratégicos, que la llevarán a ser una

institución competitiva y sostenible en el tiempo. La implementación de un enfoque en gestión y administración de riesgos LAFT/FPADM contribuye a lo anterior.

Este contexto da forma a la gestión y administración de riesgos LAFT/FPADM y a las relaciones de la clínica con sus contrapartes a través de su cultura, sus principios, sus procesos, las comunicaciones y su estructura organizacional, de acuerdo con el estándar utilizado por la clínica en su metodología.

5.1.1.2. Contexto Externo

La Clínica reconoce el ambiente externo en el cual busca alcanzar sus objetivos, que incluye:

- (i) El ambiente cultural, social, político, legal, reglamentario, financiero, tecnológico, económico, natural y competitivo, bien sea internacional, nacional, regional o local.
- (ii) Impulsores clave y tendencias que tienen impacto en los objetivos de la organización; y
- (iii) Relaciones con personas y organizaciones que pueden afectar, verse afectada, o percibirse a sí misma como afectada por una decisión o una actividad, y sus percepciones y valores.

5.1.1.3. Factores de riesgo

Producto del análisis del contexto interno y externo se establecen los agentes generadores de eventos de riesgo de LAFT/FPADM. Esta fase se realiza como parte de un proceso continuo que debe abarcar, tanto los negocios, como los procesos de la clínica, para lo cual se tienen definidos los siguientes:

1. Clientes
2. Accionistas
3. Miembros Junta Directiva
4. Proveedores
5. Prestadores (Médicos)
6. Empleados

5.1.2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Para realizar una apropiada gestión de riesgos, el Oficial de Cumplimiento en coordinación con la primera línea de defensa responsable de la identificación de los riesgos LAFT/FPADM, debe efectuar una revisión de las características y particularidades de los factores de riesgo, teniendo en cuenta el contexto de los procesos o actividades que se realizan. Esta validación permite tener una perspectiva para identificar y analizar los riesgos de manera efectiva, y se encuentra documentada en el *Manual de Gestión de Riesgo MGRG-001*.

Así mismo, en esta etapa se considera el análisis de nuevos escenarios que puedan exponer a la Clínica al riesgo de LAFT/FPADM, escenarios que deben ser tenidos en cuenta previamente a: (i) al lanzamiento de nuevo negocio, al uso de nuevas prácticas comerciales, incluyendo nuevos canales de prestación de servicios y el uso de nuevas tecnologías o tecnologías en desarrollo para servicios nuevos o existentes; (ii) la incursión en un nuevo mercado; (iii) la apertura de operaciones en nuevas jurisdicciones.

5.1.2.1. Segmentación de factores de riesgo

A través de la segmentación de los factores de riesgo la Clínica está en capacidad de conocer los segmentos de riesgo por cada factor, y de esta manera identificar eventos de riesgo por segmento.

De igual forma, por la segmentación se determinan características usuales de las transacciones que se desarrollan, a fin de compararlas con aquellas que realizan los clientes y detectar de esta manera operaciones inusuales. Estas operaciones inusuales son fuente para identificar riesgos, los cuales se registran en la correspondiente matriz.

Para la elaboración del modelo de segmentación de la Clínica, se tienen en cuenta metodología de analítica por los líderes de procesos y Oficial de Cumplimiento. Con base en dicha información, se elabora la Segmentación de Factores de Riesgo (ver numeral de “Segmentación de factores de riesgo”) la cual está contenida en los documentos técnicos que forman parte del presente Manual.

La segmentación será actualizada siempre que se modifiquen o se identifiquen nuevas características y particularidades de los factores de riesgo, la cual no será necesaria aprobación de Junta Directiva.

Para identificar las formas a través de las cuales se puede presentar el Riesgo LAFT/FPADM y sus riesgos asociados, se adelantarán las siguientes actividades:

Paso 1: Verificación de las características y particularidades de los factores de riesgo segmentados. Verificar que las características y particularidades mínimas de cada uno de los factores de riesgo han sido contempladas en la segmentación, con el fin de asegurar que los riesgos que se identifiquen correspondan a la realidad de las transacciones.

Paso 2: Identificación de eventos de riesgo.

Con base en las metodologías establecidas en desarrollo del numeral anterior, se identifican las formas a través de las cuales se puede presentar el riesgo de LAFT/FPADM, atendiendo las variables consideradas para cada uno de los factores de riesgo.

De acuerdo con los segmentos obtenidos por cada factor, se genera una lista de los posibles eventos de riesgo considerando el perfil e información relevante y determinante por cada segmento, para tal efecto, se pueden tomar como base las tipologías que se consideren aplicables a la entidad.

5.1.2.2. Identificación del universo de riesgos

Con base en información recolectada mediante fuentes internas y externas, el Oficial de Cumplimiento podrá identificar eventos para ser registrados en la Matriz de Riesgos LAFT/FPADM.

Algunas fuentes de información utilizadas para la formulación de los riesgos son las siguientes:

- Compilación de tipologías de la UIAF
- Informes de auditoría interna y de revisoría fiscal
- Registro de eventos del SARLAFT
- Registros históricos y transaccionales de la clínica
- Experiencias significativas externas o del sector

- Informes de gestión
- Documentación de entes reguladores
- Requerimientos de autoridades
- Noticias de medios de comunicación
- Información obtenida de terceras fuentes
- Recomendaciones del GAFI

5.1.3. MEDICION Y EVALUACIÓN DE RIESGOS

Concluida la etapa de identificación de los riesgos, el SARLAFT contiene metodologías para medir, tanto la frecuencia como el impacto en caso de materializarse. Como resultado de multiplicar estos dos elementos se obtiene la medición del riesgo inherente.

Se establece la **frecuencia** como escala cualitativa en la medición del número de ocurrencias de un evento de riesgo de LAFT/FPADM en un tiempo determinado, de acuerdo las categorías definidas en el *Manual de Gestion del Riesgo*.

5.1.4. ACTIVIDADES DE CONTROL Y CALIFICACIÓN

Como parte de la gestión, se deben tomar las medidas conducentes a controlar el riesgo inherente al que se ven expuestos los negocios de la clinica a través de los factores de riesgo. Dependiendo de la clase de control, la aplicación de éstos puede disminuir la frecuencia o la magnitud del impacto, lo cual se traduce en una disminución del Riesgo Inherente.

Para medir la contribución de los controles en la mitigación de los riesgos, la metodología de la Clinica considera diferentes factores, cada uno con una ponderación diferente dependiendo de su efecto en la eficacia del control; sus calificaciones cuentan con unos pesos definidos en el *Manual de Gestion de Riesgo*.

Se ha definido que el grado de mitigación o desempeño máximo de un control es del 80% sobre cada riesgo.

Los controles pueden ser de naturaleza automáticos o manuales, y de acuerdo con el desempeño o función del control, pueden ser preventivos o detectivos.

Como resultado de esta calificación se obtiene el perfil del riesgo residual o niveles de exposición, cuya metodología y políticas de aceptación se establecen en el punto denominado "Monitoreo de los Riesgos" de este documento.

La descripción de los controles debe responder a los siguientes interrogantes:

¿Quién?: Quien ejecuta el control (responsable)

¿Cómo?: Cómo se lleva a cabo el control (procedimiento)

¿Qué hace?: Objetivo del control

¿Cuándo?: Periodicidad del control

Evidencia: Como se soporta o como se documenta

En todo caso, para la identificación de los controles clave, se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El grado de mitigación máxima de un control es del 80% sobre cada riesgo.
- Se considerará como control preventivo aquel que tiene el propósito de prevenir errores, omisiones o irregularidades.
- Un control detectivo es aquel que permite detectar los errores en el momento en que se presentan.
- El control preventivo desplaza la probabilidad de ocurrencia toda vez que el foco de este tipo de controles es evitar que se materialice el riesgo.
- Los controles detectivos desplazarán la Magnitud del Impacto considerando que, una vez materializado el riesgo, se requiere enfocarse en disminuir su impacto.
- Un control no podrá mitigar a la vez tanto probabilidad como impacto.
- La calificación de los controles que son transversales (mitigan diferentes riesgos), se realizará una sola vez, es decir, que la calificación de Eficacia será la misma en todos los procesos y causas en donde se encuentre asociado.
- Una vez calificada la eficacia del control, esta es promediada con el objetivo de disminuir el riesgo inherente.

5.1.5. MATRIZ DE RIESGO LAFT/FPADM

La clínica cuenta con una matriz de riesgos para la aplicación e implementación de las etapas del SARLAFT, cuyas características se indican a continuación:

- Contiene los riesgos identificados, junto con sus respectivas causas y el impacto de su materialización.
- Indica 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.
- Incluye la relación existente entre los riesgos identificados y cada uno de los riesgos asociados.
- Contiene también 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 LAFT/FPADM de la clínica.

Así mismo, la matriz de riesgos permite administrar el perfil de riesgo inherente y residual de LAFT/FPADM, cuyo objetivo principal es mantener un constante monitoreo de la evolución de dichos perfiles, a fin de aplicar oportunamente los ajustes necesarios que conduzcan a garantizar el adecuado funcionamiento del sistema.

Los criterios metodológicos contemplados en el diseño de la matriz de riesgos, así como sus fuentes de información, son revisados anualmente.

5.1.6. MONITOREO Y REVISIÓN

Es la etapa mediante la cual se realiza el seguimiento al perfil de riesgo y en general del sistema, y permite comparar la evolución del perfil de riesgo inherente con el perfil de riesgo residual de LAFT/FPADM de la clínica.

En cumplimiento de lo establecido en la normativa emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, el sistema de monitoreo de la clínica está compuesto por las siguientes actividades:

No.	ACTIVIDAD	OBJETIVO	RESULTADO (Entregable)	PERIODICIDAD
1	Monitorear el SARLAFT: Evaluar el sistema en general (etapas y elementos).	Detectar oportunamente las fallas y deficiencias del SARLAFT.	Informe de resultados de la evaluación y seguimiento (Informe Gestión SARLAFT).	Semestral
2	Monitorear los riesgos: Realizar el seguimiento y comparación del riesgo inherente y residual de cada factor de riesgo y de los riesgos asociados, mediante la matriz de riesgos.	Identificar exposiciones de riesgo que puedan afectar el logro de los objetivos corporativos.	Perfil de riesgo por cada factor de riesgo, por cada riesgo asociado y consolidado por entidad.	Semestral
3	Monitorear los controles: Revisar la efectividad y diseño de los controles.	Asegurar que todos los riesgos tengan sus controles y que estos funcionen en forma oportuna y efectiva.	Acciones de mejora de los controles.	Semestral
4	Monitorear indicadores de riesgo: Monitorear los indicadores establecidos en el SARLAFT.	Identificar potenciales fuentes de riesgo.	Resultado de indicadores, informe de seguimiento.	De acuerdo con la definición de indicadores.
5	Monitorear los riesgos con base en el seguimiento de las operaciones: Realizar seguimiento a las transacciones teniendo en cuenta los factores de riesgo involucrados en las operaciones.	Detectar operaciones inusuales.	Operaciones inusuales.	De acuerdo con las instrucciones del numeral de "Seguimiento de operaciones" del presente documento.

5.2. ELEMENTOS DEL SARLAFT

Los elementos que conforman el sistema son:

1. Políticas.
2. Procedimientos.
3. Documentación.
4. Estructura organizacional.
5. Órganos de control.
6. Infraestructura tecnológica.
7. Divulgación de información.
8. Capacitación.

5.2.1. POLÍTICAS

5.2.1.1. Políticas Generales

La Junta Directiva de Clínica de Oftalmología de Cali emite los siguientes lineamientos generales que deben cumplirse por parte de todos los colaboradores, con el fin de prevenir y controlar el uso de la clínica y de sus operaciones por parte de organizaciones delictivas. Estas políticas se encuentran orientadas a asegurar un funcionamiento eficiente, efectivo y oportuno del SARLAFT, incluyendo de manera complementaria las reglas incluidas en el Código de Ética y Conducta. En lo no previsto en estas definiciones, se aplicará lo dispuesto en las leyes, decretos y normas emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

1. Es deber de los funcionarios denunciar y alertar sobre hechos que conozcan y que puedan vulnerar la imagen y la reputación de la Clínica, o que puedan derivar en la pérdida de confianza pública hacia la clínica.
2. Antes de ejecutar una operación financiera se debe tener un conocimiento pleno del cliente y de su actividad, de tal manera que se puedan prevenir riesgos que afecten la credibilidad de la clínica por parte de la comunidad, teniendo en cuenta los montos definidos en la política.
3. Previamente al lanzamiento de cualquier servicio, la incursión en un nuevo mercado, apertura de operaciones en nuevas jurisdicciones, lanzamiento o modificación de los canales de distribución, se deberá realizar la identificación y evaluación de los riesgos asociados a LAFT/FPADM.
4. El Sistema será aplicable a todos los productos y servicios ofrecidos por la clínica, en moneda legal o extranjera.
5. La Clínica se abstendrá de realizar inversiones u operaciones o establecer relaciones comerciales con entidades comerciales no constituidas legítimamente, ni con personas naturales o jurídicas que procedan o tengan como destino países de mayor riesgo (lista negra emitida por el GAFI).
6. La clínica se abstendrá de establecer filiales, sucursales u oficinas de representación en países catalogados como de mayor riesgo.
7. La clínica aplicará procedimientos especiales sobre inversiones o relaciones comerciales celebradas con personas naturales o jurídicas que procedan o tengan como destino, países con deficiencias estratégicas en sus sistemas de prevención del riesgo LAFT/FPADM.
8. La clínica no establecerá vínculos con personas naturales, jurídicas o cualquier tercero que se encuentre relacionado en las listas que son vinculantes para Colombia o aquellas integradas por personas y/o entidades asociadas con actividades al margen de la ley o con organizaciones terroristas, conforme al derecho internacional.
9. Toda actuación que contravenga las políticas generales y las de conocimiento del tercero, y aquellas que incumplan los procedimientos contenidos en el manual SARLAFT y que expongan a la entidad a riesgo reputacional, operacional, contagio y/o legal, constituirán faltas del empleado que

serán investigadas y podrán conllevar consecuencias contempladas en el CST, reglamento interno de trabajo, contrato de trabajo, código de ética y conducta, y la normatividad aplicable.

10. Si un cliente activo es registrado en las listas vinculantes para Colombia, la Clínica deberá realizar las actividades necesarias para terminar la relación contractual en el término en que las características de los productos y negocios lo permitan; en estos casos no podrán realizarse nuevas contrataciones con dicho cliente, como tampoco recibir nuevos recursos. Solamente se atenderán aquellas actividades necesarias para el desmonte de los productos vigentes y de la relación comercial. Estos eventos se reportarán a la UIAF como operaciones sospechosas y se registrarán como eventos ciertos.

11. Si una operación ha sido reportada por un hecho de sospecha ante la UIAF, la clínica establece como regla general la terminación unilateral de la relación comercial con los clientes o terceros que se encuentren relacionados con la operación reportada (siempre que no afecte los intereses de la clínica y contractualmente sea permitido). En ese sentido no podrán realizarse nuevas contrataciones con dichos terceros ni recibirse nuevos recursos, salvo cuando de acuerdo con la naturaleza del producto o servicio que tenga el tercero, existan plazos o condiciones pactados previamente u otras circunstancias que no permitan la cancelación del vínculo comercial.

12. Todos los colaboradores o empleados de la clínica deberán desarrollar sus actividades acatando el cumplimiento de las normas y procedimientos para la prevención del riesgo LAFT/FPADM, así como el cumplimiento de los principios éticos y conductuales establecidos en el código de ética y conducta.

13. Los colaboradores o empleados deberán anteponer el cumplimiento de las normas en materia de prevención de LAFT/FPADM al logro de las metas comerciales o de costos de adquisición de productos y servicios.

14. El colaborador o empleado que tenga a cargo la relación comercial legal o contractual con clientes o proveedores que por sus características y perfil expongan a la entidad a un mayor riesgo de LAFT/FPADM, deberá aplicar las medidas intensificadas de conocimiento, a efectos de obtener la información necesaria para la adecuada gestión de dicho riesgo.

15. En los casos de vinculaciones por canales digitales que no requieran la presencia física de la contraparte, la clínica adoptará las medidas necesarias para la identificación e individualización de la persona natural o jurídica con quien se realizará la operación o vinculación, para asegurar su debido conocimiento.

16. La Clínica establecerá mecanismos para realizar un debido conocimiento de sus empleados, desde el momento previo a la selección y hasta la finalización del contrato laboral; de igual forma, se abstendrá de vincular como empleados a personas que se encuentren asociadas o relacionadas en actos o hechos de LAFT/FPADM, reportados por organismos de supervisión o por autoridades del estado, salvo que hayan sido sancionados y cumplido la pena impuesta por Juez de conocimiento.

17. Los colaboradores o empleados no podrán dar a conocer o divulgar información de terceros que hayan efectuado o intenten efectuar operaciones sospechosas, o que en los términos señalados por la Ley se hayan reportado a la UIAF. Por otra parte, la Clínica deberá guardar reserva respecto de esta información y/o documentación.
18. No será objeto del sistema, aquellas transacciones se realicen mediante operaciones bancarias.
19. Aquellos usuarios que cancelen menos de \$5.000.000 en efectivo, están exentos de diligenciar formulario conocimiento. Por tanto, aquel usuario que cancele la suma de \$5.000.000 o más, deberá diligenciar formulario de conocimiento en físico.
20. Los proveedores cuyo monto de transacción sea inferior a \$3.000.000, están exentos de diligenciar formulario conocimiento y consulta en listas.
21. En el último trimestre del año se hará el envío de solicitud de actualización de datos a las contrapartes que hayan estado vigentes en el año inmediatamente anterior dentro del periodo comprendido en junio a julio.
22. Si alguna contraparte se llegara a negar a cumplir las políticas, el oficial de cumplimiento reportará a la gerencia general y se tomará la decisión al respecto, de lo cual deberá quedar documentada.
23. Se deberá tener conocimiento de los accionistas solo de aquellos que tengan una participación dentro de la sociedad, igual o superior al 5%, así como confirmar sus datos y tenerlos actualizados permanentemente.
24. Se deberá solicitar certificación al tercero que suministra el personal temporal de implementación de SARLAFT y que el personal que suministran no tiene problemas LA/FT/PADM y que exoneran a la Clínica de cualquier irregularidad que se llegare a tener con los empleados.
25. Se deberá tener conocimiento del accionista que tenga directa o indirectamente una participación igual o superior al 25% del capital social del potencial proveedor o cliente.
26. En caso de presentar un conflicto de interés, será necesario notificar a la auditoría interna y esta adelantará el procedimiento fijado en el Código de Ética y conducta.
27. Cumplir a cabalidad con las políticas y procedimientos definido en este documento, so pena de incurrir en sanciones.
28. Los proveedores y clientes persona jurídica de economía o naturaleza pública, tales como Gobernación, Alcaldía, Universidades Públicas, entre otros, se exceptúan de la exigencia en el diligenciamiento de formulario de conocimiento.
29. A los proveedores como bancos y aseguradoras se les exceptúan de la exigencia en el diligenciamiento de formulario de conocimiento, en cambio se les solicitara certificado de SARLAFT.

30. Los proveedores cuyo pago se hagan mediante tarjeta de crédito a nombre de la organización, está excepto de la exigencia de diligenciamiento de formulario de conocimiento.

5.2.2. PROCEDIMIENTOS

Son las actividades que permiten dar cumplimiento a las normas y la ejecución de los mecanismos adoptados contra los delitos de LAFT/FPADM, las cuales se establecen para preservar la integridad institucional y evitar que la clínica sea usada como instrumento para el ingreso de operaciones de dudosa procedencia o que no se encuentren dentro de los estándares de normalidad definidos por las instrucciones.

5.2.2.4. Mecanismos

La Clínica tiene implementados los siguientes mecanismos para prevenir y controlar los riesgos de LAFT/FPADM:

- Conocimiento de la contraparte
- Identificación y análisis de operaciones inusuales.
- Consolidación electrónica de operaciones en efectivo
- Indicadores

5.2.2.4.1. Conocimiento de la contraparte

El sistema contiene procedimientos para obtener un conocimiento efectivo, eficiente y oportuno de todos los terceros vinculados actuales y potenciales, así como para verificar su información y soportes documentales.

En desarrollo de la política de conocimiento de la contraparte, el líder del proceso deberá identificar al tercero, de lo cual será indispensable el diligenciamiento de formulario de conocimiento de terceros y el anexo de documentos requeridos en cada formulario.

El conocimiento del tercero, como mecanismo de control para la prevención del riesgo LAFT/FPADM, está orientado a conocer adecuadamente su identidad, actividad económica, características y montos de las transacciones, y establecer la coherencia entre el volumen y movimientos de fondos frente a su actividad económica; así mismo, que el origen de sus recursos provengan de actividades lícitas.

Adicionalmente, la clínica cuenta con sistema de información que garantiza la aplicación de múltiples factores de autenticación electrónica, consulta en listas restrictivas, los cuales permiten la individualización del tercero.

5.2.2.4.1.1. Adopción de medidas intensificadas de conocimiento

Resultado de las consultas en listas restrictivas y vinculantes, si se encuentra algún resultado que genere riesgo de LAFT/FPADM, se generará alerta y este deberá tener medida intensificada de conocimiento.

La aplicación de medidas intensificadas de conocimiento se debe iniciar con el análisis exhaustivo de los anexos del formulario, soportando la fuente origen de los recursos reportada por el tercero, la cual debe guardar relación con su actividad económica, en caso de ser persona jurídica, se deberá solicitar certificado de cumplimiento y adherencia a normativa SARLAFT. En caso de dudas acerca de la coherencia de dicha información, el oficial de cumplimiento deberá solicitar las aclaraciones correspondientes.

5.2.2.4.1.2. Personas Expuestas Políticamente

Comprende a las Personas Expuestas Políticamente, los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando tengan asignadas o delegadas funciones de: expedición de normas o regulaciones, dirección general, formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado, administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos, según la definición contemplada en el Decreto 830 de 2021 (que modificó el Decreto 1081 de 2015) y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen, así como, los PEP extranjeros y los PEP de organizaciones internacionales.

El SARLAFT de la Clínica contiene mecanismos para identificar cuando un cliente y/o potencial cliente: (i) detenta la calidad de PEP; (ii) tiene una sociedad conyugal, de hecho o de derecho con un PEP; (iii) sea familiar hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de un PEP; y (iv) sea asociado cercano de un PEP, cuando el PEP sea socio o asociado de una persona jurídica y, además, sea propietario directa o indirectamente de una participación superior al 25% de la persona jurídica, o ejerza el control de la persona jurídica, en los términos del artículo 261 del Código de Comercio.

La connotación de PEP sugiere un nivel mayor de exposición a riesgos de LAFT/FPADM, ya que dichas personas tienen la posibilidad o facilidad para apropiarse de recursos del Estado, malversar y desviar fondos públicos con destino a intereses particulares, o para financiación de grupos al margen de la ley u otras estructuras o formas de asociación como fundaciones, organizaciones sin fines de lucro que hayan sido creadas con la intención de ocultar o dar apariencia de legalidad a operaciones de LAFT/FPADM o delitos conexos.

Por lo anterior, la clínica contempla medidas de debida diligencia intensificada al establecer y mantener relaciones comerciales, legales o contractuales con terceros que ostenten estas características.

Además de las medidas de debida diligencia intensificada, el tercero relacionado o vinculado con un PEP, deberá contar con aprobación de la gerencia general.

5.2.2.4.3. Operaciones inusuales

Son operaciones inusuales aquellas transacciones que cumplen por lo menos con una de las siguientes características:

- No guardan relación con la actividad económica
- La clínica no ha encontrado explicación o justificación que se considere razonable sobre dicha transacción.

El SARLAFT cuenta con los siguientes mecanismos para detectar operaciones inusuales o señales de alerta que pueden ser entre otras:

- Tercero vinculado que se niegue a diligenciar formulario
- Tercero que diligencie formulario con información falsa

- Parámetros definidos en el proceso de segmentación de los factores de riesgo LAFT/FPADM

La identificación de sí una operación es o no inusual, descansa en el buen criterio del funcionario después de confrontar la operación inusual con la información del tercero vinculado, el cual deberá reportar al Oficial de Cumplimiento.

El Oficial de Cumplimiento analizará cada caso y definirá si lo reporta como operación sospechosa a la UIAF.

5.2.2.4.4. Determinación de operaciones sospechosas

Corresponde al Oficial de Cumplimiento la determinación de las operaciones sospechosas y su reporte a la UIAF. Los criterios aplicables para determinar si una operación es sospechosa o irregular serán, el principio de la inconsistencia y la falta de una explicación razonable conocida en la fuente origen de los recursos.

Las operaciones sospechosas se determinan una vez confrontado las operaciones inusuales con la información de los terceros y comportamiento normal del mercado.

La presencia de cualquiera de las señales de alerta definidas en este documento será también un criterio para determinar operaciones sospechosas.

El Oficial de Cumplimiento, o a quien éste delegue dentro de su equipo de trabajo, es quien se encargará de determinar la operación como sospechosa y efectuar el respectivo reporte ante la UIAF, con base en la información aportada y en su conocimiento sobre las tipologías y demás conceptos relacionados con el LAFT/FPADM

5.2.2.5.2. Segmentación de factores de riesgo

La segmentación de factores de riesgo es un proceso que permite definir grupos dentro de los mismos de acuerdo con las características particulares de cada uno de ellos, garantizando homogeneidad al interior de los segmentos y heterogeneidad entre ellos.

La segmentación de los factores de riesgo cumple con los siguientes objetivos:

- Proporcionar información para la etapa de identificación de riesgos de LAFT/FPADM.
- Establecer las características que la Clínica reconoce como normales dentro de cada segmento, con el fin de identificar aquellas variables que se salen de la normalidad y detectar de esta manera las operaciones y comportamientos inusuales.

La Clínica ha definido la aplicación de un modelo para la segmentación de los factores de riesgo establecidos, como son: Clientes, Productos y Canales de Distribución y Jurisdicciones. Dicho modelo contempla los siguientes criterios:

- **Clientes:** actividad económica, volumen o frecuencia de sus transacciones, monto de ingresos y egresos y patrimonio.
- **Productos:** naturaleza, características.
- **Canales de distribución:** naturaleza, características
- **Jurisdicciones:** ubicación, características, naturaleza de las transacciones

Para los demás factores de riesgo, la Clínica ha definido, mediante métodos descriptivos, los segmentos de esos factores, como resultado de observar y analizar las características particulares de cada uno de ellos, tales como frecuencia y monto de las transacciones, tipos de contrato, y porcentajes de participación.

Factor de riesgo	Segmentos
Proveedores	Habituales y ocasionales
Empleados	Directos, temporales, cargos
Accionistas	Mas o igual a 20.000 acciones, menos de 20.000 acciones
Clientes	Particular, convenios
Prestadores (médicos)	Adscrito, institucional
Miembro Junta Directiva	Externo, accionista

No obstante, la clínica puede ampliar y modificar los criterios establecidos para la segmentación de los factores.

El Oficial de Cumplimiento es el responsable de coordinar las actividades de segmentación de los factores de riesgo.

5.2.3. DOCUMENTACIÓN- REGLAS SOBRE CONSERVACIÓN DE DOCUMENTOS

Las etapas y los elementos del SARLAFT implementados por la clínica se encuentran documentados, garantizando la integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad de su información.

Las siguientes son las reglas de archivo y conservación de documentos que conforman el SARLAFT:

- Respaldo documental
- Contiene los requisitos de seguridad que permiten su consulta sólo por quienes estén autorizados.
- La información entregada por los clientes es de carácter confidencial y debe ser debidamente custodiada por los funcionarios responsables de recibir la documentación para su conservación y digitalización.
- La documentación que soporta el debido conocimiento de la contraparte deberá estar digitalizada de tal forma que permita atender los requerimientos de las autoridades, los análisis de operaciones inusuales y las consultas internas realizadas por las distintas áreas que así lo requieran.
- Los libros y papeles deben conservarse por un período no menor de 5 años, desde la fecha del respectivo asiento, sin perjuicio de los términos establecidos en normas especiales, al cabo de este lapso podrán ser destruidos, una vez cumplidas las siguientes condiciones:
 - Que no medie solicitud de entrega de los mismos, formulada por autoridad competente.

5.2.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La Clínica cuenta con mecanismos de gobierno adecuados que contemplan las responsabilidades de la Junta Directiva, el Representante Legal, el Oficial de Cumplimiento, los órganos de control, y en general las áreas de la clínica, en relación con la administración del riesgo de LAFT/FPADM.

La estructura general de responsabilidades para evitar que la Clínica sea utilizada como instrumento para el LAFT/FPADM sigue la metodología de las tres líneas de defensa, esto es, considerando (i) la gestión de las áreas de negocio y de las de apoyo, (ii) una función de administración del riesgo LAFT/FPADM y (iii) auditorías realizadas por control interno.

6.2.4.1. Junta Directiva

La Junta Directiva de la Clínica cumple con las siguientes funciones:

- a. Aprobar el diseño y actualización de las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que harán parte del SARLAFT, de conformidad con la delegación realizada por parte de la Asamblea a la Junta.
- b. Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.
- c. 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 clínica. Este equipo de trabajo humano y técnico debe ser de permanente apoyo para que el Oficial de Cumplimiento lleve a cabalidad sus funciones.

- d. Asignar un presupuesto anual para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de personal, capacitación, asesorías, consultorías, y lo necesario para mantener la operación del SARLAFT en la compañía y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento y su equipo.
- e. Designar al Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente.
- f. Incluir en el orden del día de sus reuniones, la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento, por lo menos una vez al año o cuando éste lo determine necesario.
- g. Pronunciarse sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal y realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas.
- h. Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y Reporte de las Operaciones Sospechosas (ROS).
- i. Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo del SARLAFT.
- j. 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.

5.2.4.2. Representante Legal

Las funciones a cargo del Representante Legal frente al SARLAFT son:

- Someter a aprobación de la Junta Directiva en coordinación con el Oficial de Cumplimiento, el Manual del SARLAFT y sus actualizaciones.
- Verificar que los procedimientos establecidos, desarrollen todas las políticas adoptadas por la Junta Directiva.
- Adoptar las medidas adecuadas como resultado de la evolución de los perfiles de riesgo de los factores de riesgo y de los riesgos asociados.
- Garantizar que las bases de datos y la plataforma tecnológica cumplan con los criterios y requisitos establecidos en el SARLAFT.
- Proveer los recursos técnicos y humanos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT.
- Prestar efectivo, eficiente y oportuno apoyo al Oficial de Cumplimiento.
- Garantizar que los registros utilizados en el SARLAFT cumplan con los criterios de integridad, confiabilidad, disponibilidad, cumplimiento, efectividad, eficiencia y confidencialidad de la información allí contenida.
- Aprobar los criterios, metodologías y procedimientos para la selección, seguimiento y cancelación de los contratos celebrados con terceros para la realización de aquellas funciones relacionadas con el SARLAFT que pueden realizarse por éstos.

5.2.4.3. Oficial de cumplimiento

Las funciones a cargo del Oficial de Cumplimiento frente al SARLAFT son:

- 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/PADM en las operaciones que realiza la clínica.
- d. Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que pueda generar riesgo de LA/FT/PADM en las operaciones, negocios o contratos que realiza la clínica.
- e. Realizar el 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/PADM de la clínica.
- g. Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de LA/FT/PADM y velar por su cumplimiento.
- h. Proponer a la Junta Directiva 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 Superintendencia Nacional de Salud, incluidas en las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos.
- l. Mantener actualizados los datos de la clínica y del 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 reporte 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. Consultar, monitorear y revisar con la debida diligencia las listas sobre sanciones financieras dirigidas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas que den lugar a posibles vínculos

con delitos relacionados con LA/FT/PADM, de encontrar algún vínculo con alguna persona natural o jurídica relacionada con la clínica, el Oficial de Cumplimiento deberá informar sobre este punto en particular a la Fiscalía General de la Nación.

5.2.4.4. Responsabilidades de las áreas

Línea de defensa	Área	Responsabilidad	Periodicidad
PRIMERA LINEA DE DEFENSA	Jurídico	Es responsabilidad del área jurídica que los diferentes contratos y reglamentos que regulan las relaciones contractuales contengan cláusulas que protejan y que recojan las disposiciones legales, para efectos de prevención del riesgo de LAFT/FPADM	Permanente
		Prestar la asesoría que corresponda en la parte legal para la implementación de procedimientos y políticas de prevención que en materia de LAFT/FPADM sean los más adecuados.	Permanete
	Compras	Garantizar, en su relacionamiento con los proveedores, el cumplimiento de los lineamientos para la prevención de riesgo LAFT/FPADM I, definidos por la clínica.	Previa a la vinculación/Actualización anual
		Verificar la razonabilidad de la información financiera reportada, actividad, y fuente origen de los recursos frente a la operación o inversión realizada.	Vinculación/Actualización
		Reportar al Oficial de Cumplimiento las operaciones inusuales detectadas en el área.	Cuando se detecten
		Velar por gestión y actualización de la matriz de riesgos LAFT/FPADM de sus procesos.	Anualmente

		Aplicar las medidas intensificadas de conocimiento, en aquellos proveedores catalogados en perfil de riesgo alto y medio a efectos de obtener la información necesaria para la adecuada gestión del riesgo LAFT/FPADM.	Cuando se requiera
		Asegurar los medios verificables o documentos del resultado obtenido de la entrevista/visita, así como el concepto sobre aquellas variables determinantes del perfil de riesgo del proveedor.	Toda vez que ocurre una vinculación
	Comercial	Garantizar, en su relacionamiento con los clientes, el cumplimiento de los lineamientos para la prevención de riesgo LAFT/FPADM I, definidos por la clínica.	Previa a la vinculación/Actualización anual
		Verificar la razonabilidad de la información financiera reportada, actividad, y fuente origen de los recursos frente a la operación o inversión realizada.	Vinculación/Actualización
		Reportar al Oficial de Cumplimiento las operaciones inusuales detectadas en el área.	Cuando se detecten
		Velar por gestión y actualización de la matriz de riesgos LAFT/FPADM de sus procesos.	Anualmente
		Aplicar las medidas intensificadas de conocimiento, en aquellos clientes catalogados en perfil de riesgo alto y medio a efectos de obtener la información necesaria para la adecuada gestión del riesgo LAFT/FPADM.	Cuando se requiera
		Asegurar los medios verificables o documentos del resultado obtenido de la entrevista/visita, así como el concepto sobre aquellas variables determinantes del perfil de riesgo del cliente.	Toda vez que ocurre una vinculación

	Gestión Humana	Velar por el cumplimiento de las políticas de selección y contratación aplicables al conocimiento de los empleados	Durante el proceso de selección de personal
		Efectuar el seguimiento de las señales de alerta relacionadas con los antecedentes, integridad, cumplimiento de las políticas de selección, contratación y de vacaciones del personal.	Permanente
		Velar por gestión y actualización de la matriz de riesgos LAFT/FPADM de sus procesos.	Anualmente
		Garantizar que en el proceso de vinculación de nuevos empleados estos sean instruidos y les sean dados a conocer los procedimientos y las políticas en materia de prevención de riesgo LAFT/ FPADM	Durante el proceso de selección de personal
		Garantizar la reinducción a personal que tenga contrato vigente mayor a 1 año.	Anualmente
	Directores, jefes y Coordinadores	Garantizar el funcionamiento del SARLAFT impartir las instrucciones para el cumplimiento pleno de las normas internas y externas vigentes sobre el tema.	Permanente
		Dar cumplimiento, dentro del diseño de la planeación estratégica, a los lineamientos para la prevención del riesgo de LAFT/FPADM.	Cuando se requiera
		Colaborar activamente en la implementación de una cultura organizacional que impulse el deber de informar los eventos de riesgo de LAFT/FPADM, una vez que estos se identifiquen en el desarrollo normal de las actividades	Permanente
		Identificar y gestionar los riesgos de LAFT/FPADM asociados a sus procesos	Anualmente

Segunda línea de defensa	Oficial de Cumplimiento	Identificación y evaluación de los riesgos de LAFT/FPADM asociados a los negocios de la Clínica, incluyendo los relacionados con el desarrollo de nuevos productos y prácticas comerciales. ▪ Mantener informada a la organización sobre las leyes aplicables, reglas y estándares. ▪ Coordinar la aplicación de las mejores prácticas de administración y prevención del riesgo de LAFT/FPADM	Cuando se requiera
		Presentar Informes a la Junta Directiva y a la alta administración sobre los resultados de la evaluación del riesgo de LAFT/FPADM	Anualmente
		Verificar que el desarrollo tecnológico esté de acuerdo con las exigencias definidas en las normas y necesidades propias de cada negocio.	Cuando se requiera
		Verificar que se definan, actualicen y aprueben oportunamente los procedimientos y manuales establecidos por la clínica para la prevención y detección del riesgo LAFT/FPADM	Cuando se requiera
		Consolidar y administrar la matriz de riesgo de los procesos con el fin de determinar el perfil de riesgo LAFT/FPADM de la entidad.	Anualmente
		Monitorear el cumplimiento de las normas de acuerdo con los procedimientos que se hayan establecido en este Manual.	Permanente
		Enviar a la UIAF los reportes establecidos en las normas vigentes.	Dentro de los términos legales establecidos

Tercera línea de defensa	Control Interno	Evaluar la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SARLAFT con el fin de determinar deficiencias y sus posibles soluciones.	Semestral
		Informar sobre los resultados de la evaluación al Oficial de Cumplimiento, al Gerente General y a la Junta Directiva	Semestral

6.2.4.5. Todos los Empleados

En adición a las obligaciones del numeral anterior, asociadas a algunas instancias de la organización, todos los empleados de la clínica tienen responsabilidades y obligaciones frente al SARLAFT en especial las siguientes:

- Conocer y entender el alcance y sus responsabilidades frente al SARLAFT.
- Aplicar las políticas y procedimientos del SARLAFT de conformidad con sus funciones y responsabilidades.
- Acatar los principios éticos y las normas de conducta contenidas en los códigos de ética y gobierno corporativo.
- Anteponer la observancia de los principios éticos al logro de las metas comerciales.
- Acatar los deberes de reserva definidos en el SARLAFT.
- Informar con la debida oportunidad todas las operaciones inusuales y/o sospechosas que identifiquen, de conformidad con sus funciones y responsabilidades al jefe inmediato o al Oficial de Cumplimiento.
- Participar activamente en las reuniones de capacitación o aquellas que se desarrollen en cada una de sus áreas respecto al SARLAFT.

5.2.5. ÓRGANOS DE CONTROL

La Clínica cuenta con organismos de control que son los responsables de efectuar evaluaciones independientes del SARLAFT, con el fin de determinar sus fallas o debilidades e informarlas a la Junta Directiva, el representante legal y al Oficial de Cumplimiento.

5.2.5.1. Revisoría Fiscal

El Revisor Fiscal presenta un reporte anual dirigido a la Junta Directiva para informa acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento del SARLAFT.

Además, informa al Oficial de Cumplimiento las inconsistencias y fallas detectadas en el SARLAFT y, en general, todo incumplimiento que detecte a las disposiciones que regulan la materia.

6.2.5.2. Auditoría Interna

La auditoría interna constituye la Tercera Línea de defensa dentro de la estructura de funciones y responsabilidad frente al SARLAFT, quien evalúa de manera independiente, como mínimo dos veces al año, la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de sus etapas y elementos, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones en los términos establecidos en la normatividad vigente. Así mismo, debe informar los resultados de la evaluación al Oficial de Cumplimiento y a la Junta Directiva.

La auditoría interna, deberá realizar una revisión periódica de los procesos relacionados con las exoneraciones y parametrizaciones de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico.

5.2.6. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

La Clínica cuenta con las siguientes herramientas que apoyan el proceso de administración del riesgo de LAFT/FPADM:

HERRAMIENTA TECNOLÓGICA QUE APOYAN EL SARLAFT	
Herramienta tecnológica	Descripción funcional
SIREL-Sistema de reportes en línea	A través de este sistema la clínica reporta información a la UIAF, puede diligenciar y/o cargar y consultar completamente en línea.
Reporte Objetivo de ROS.	Es una herramienta desarrollada en Excel, que permite al Oficial de Cumplimiento analizar las operaciones susceptibles de reporte empleando criterios objetivos que apoyen la decisión del Oficial de Cumplimiento de realizar o no un reporte a la autoridad competente.
Servinte	Sistema de información que permite consultar de transacciones en efectivo de clientes.
Agnos - Desqubra	Sistema de información que permite el conocimiento de contraparte, con automatización de validación en listas restrictivas.

Segmentación	Identificar la clasificación de los segmentos de factores de riesgos.
--------------	---

5.2.7. REPORTE DE INFORMACIÓN

5.2.7.1. Reportes internos

5.2.7.1.1. Reportes de transacciones inusuales

Cuando a un funcionario de la Clínica le llamen la atención situaciones o transacciones que estén dentro de los criterios del numeral de “Operaciones inusuales” de este manual, debe informarlas al Oficial de Cumplimiento; éstas pueden ser reportadas por mail (vanessa.macias@clinicaofta.com) o teléfono (ext 282), indicando modo, tiempo, lugar de la situación que considera inusual. De lo cual, el oficial de cumplimiento hará análisis y determinará la acción a seguir.

5.2.7.2. Reportes externos

5.2.7.2.1. Reportes de operaciones sospechosas- ROS

Es un reporte que se realiza a través del sistema de reportes en línea SIREL de la página web de la UIAF, de acuerdo con el “*Instructivo Reporte ROS*” publicado en la página web del SIREL.

El Oficial de Cumplimiento debe garantizar la reserva del reporte de la operación sospechosa remitido a la UIAF, según lo previsto en la Ley 526 de 1999.

La Clínica reportará las operaciones intentadas, rechazadas y las tentativas de vinculación comercial.

Aún en ausencia de operaciones sospechosas el Oficial de Cumplimiento deberá presentar el reporte negativo a la UIAF de acuerdo con la reglamentación vigente.

5.2.7.2.2. Reporte de Operaciones en efectivo

Para la generación de este reporte a la UIAF se aplica el siguiente procedimiento:

Cuando ocurran transacciones en efectivo mayores a \$5.000.000 el Oficial de Cumplimiento deberá reportar en la página del SIREL dicha transacción.

5.2.8. CAPACITACIÓN

Como parte de la generación de cultura de prevención, la Clínica de Oftalmología de Cali reconoce que la capacitación del personal es fundamental para la aplicación de los mecanismos de prevención y control. Por tal motivo el SARLAFT de la clínica cuenta con diferentes mecanismos para informar, capacitar, entrenar y actualizar a los empleados en materia de políticas, procedimientos y mecanismos que la Clínica ha establecido para prevenir el riesgo del LAFT/FPADM.

El Oficial de Cumplimiento en compañía del Área de Gestión humana deben elaborar anualmente un programa o plan de capacitación, que contenga actividades dirigidas a los funcionarios nuevos y antiguos, así como al personal tercerizado en temas relacionados con el riesgo de LAFT/FPADM.

Dicho programa debe contener mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos con el fin de determinar su eficacia alcance de los objetivos propuestos. En caso de seminarios, conferencias o similares realizados a nivel interno o externo no aplica evaluación.

6. SANCIONES / DESPIDO

Toda actuación que contravenga las políticas generales y las de conocimiento de la contraparte, y aquellas que incumplan los procedimientos contenidos en este documento institucional, que expongan a la Clínica a riesgos legales, reputacionales, operacionales y de contagio asociados con situaciones de LAFT/FPADM, constituyen faltas del colaborador que serán investigadas y conllevarán las consecuencias contempladas en el Código Sustantivo de Trabajo, Reglamento Interno de Trabajo, en el contrato de trabajo, en el Código de Ética y Conducta, y en la normatividad aplicable, previo a proceso disciplinario.

Lo anterior sin perjuicio de las acciones penales, administrativas o civiles o de cualquier otra índole a que haya lugar, en virtud del incumplimiento cometido.

7. APROBACIÓN

El presente manual, en el cual incluye políticas y procedimientos SARLAFT, fue aprobado por Junta Directiva el 15 de septiembre de 2022, el cual consta en Acta No. 689 que reposa en libro de actas de Junta Directiva de la Clínica de Oftalmología de Cali S.A.

8. DIVULGACIÓN

El presente documento está disponible en la plataforma de sistemas de gestión e información y pagina web.