

1. INTRODUCCIÓN

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS), mediante la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, estableció lineamientos al **INSTITUTO DE ORTOPEdia Y CIRUGIA PLASTICA SAS** para la implementación del Manual (SARLAFT) Sistema de Administración del Riesgo de lavado de activos y la Financiación del Terrorismo en las Instituciones vigiladas por la SNS.

El **INSTITUTO DE ORTOPEdia Y CIRUGIA PLASTICA SAS** adopta el presente Manual con el fin de fortalecer la prevención, identificación, evaluación, control, monitoreo y mitigación de los riesgos asociados al Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LA/FT/FP) en todos sus procesos asistenciales, administrativos, financieros y de apoyo.

El SARLAFT del **INSTITUTO DE ORTOPEdia Y CIRUGIA PLASTICA SAS** Instituto comprende la identificación, evaluación, control y monitoreo de los riesgos asociados al Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LA/FT/FPADM), de conformidad con las disposiciones emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas aplicables.

2. OBJETIVO GENERAL

Establecer el marco de referencia, las políticas, roles, metodologías y controles que permitan identificar, medir, controlar y monitorear los riesgos asociados al SARLAFT que puedan afectar al **INSTITUTO DE ORTOPEdia Y CIRUGIA PLASTICA SAS**.

2.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- I. Definir las políticas para la administración del riesgo de LA/FT/FPADM.
- II. Estructurar las metodologías para la segmentación, identificación, medición y control del riesgo de LA/FT/FPADM.
- III. Diseñar la estructura organizacional que garantice el desarrollo del SARLAFT.
- IV. Los roles y responsabilidades de quienes participan en la administración del riesgo de LA/FT/FPADM.
- V. Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas del SARLAFT.
- VI. Los procedimientos para identificar, medir, controlar y monitorear el riesgo de LA/FT/FPADM.
- VII. Los procedimientos de control interno y revisión del SARLAFT.
- VIII. Las estrategias de capacitación y divulgación del SARLAFT.

3. ALCANCE

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		

Fecha de emision:

Versión: 1

El presente Manual aplica al **INSTITUTO DE ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA SAS**, así como a sus miembros de Junta Directiva, Lideres, Colaboradores, Clientes, Proveedores, contratistas y Prestadores.

Este manual y sus directrices son aplicables a todas las áreas y los procesos que pueden llegar a verse expuestos a la materialización de los riesgos asociados al (SARLAFT) Sistema de Administración del Riesgo de lavado de activos y la Financiación del Terrorismo.

4. MARCO LEGAL

La entidad adopta y da cumplimiento a las siguientes disposiciones legales y regulatorias:

Normativa específica del sector salud

Circular Externa No. 2021170000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de salud, establece instrucciones relativas a la implementación del SARLAFT en las entidades vigiladas incluyendo:

- Enfoque basado en riesgo
- Elementos del sistema (identificación, medición, control y monitoreo)
- Debida diligencia y conocimiento de contrapartes
- Reportes a la UIAF
- Designación del Oficial de Cumplimiento

5. TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

Las definiciones del presente manual fueron extraídas del texto de la Circular externa 2021170000005-5 de la Superintendencia Nacional de Salud.

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.

CIBERCRIMEN: Actividades ilícitas que se llevan a cabo para robar, alterar, manipular, enajenar o destruir información o activos (como dinero, valores o bienes desmaterializados) de compañías, valiéndose de herramientas informáticas y tecnológicas.

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		



Fecha de emisión:

Versión: 1

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 al sector salud), debido a su actividad se enfrenta a distintas situaciones frente a las cuales podría tener intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede ser privilegiado en atención a sus obligaciones legales o contractuales.

CONSECUENCIA: Efectos generados por la ocurrencia de un riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la entidad. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento.

CONTRAPARTE(S): Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la organización y sus filiales y subordinadas tiene vínculos comerciales, de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Es decir, accionistas, socios, colaboradores o empleados de la empresa, clientes y proveedores de bienes y servicios.

CONTROL DE RIESGOS: Parte de la administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos para minimizar los riesgos adversos.

CORRUPCIÓN: Obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información.

CORRUPCIÓN PRIVADA: El que directamente o por interpuesta persona prometa, ofrezca o conceda a directivos, administradores, empleados o asesores.

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.

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.

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		

Fecha de emision:

Versión: 1

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.

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.

Fraude interno: Se produce por abuso de la confianza que les ha brindado la entidad a sus empleados, administradores, directivos y/o gerentes, es decir, el acto engañoso es desplegado por un individuo perteneciente a la empresa y que busca ocultar transacciones con miras a la consecución de una ventaja personal que puede ser de índole económica o no.

Fraude externo: Se presenta desde el exterior de la compañía, a saber, quien origina el fraude no ostenta una relación patrono-empleado con la empresa, esta vez, el fraude inicia por un tercero que tiene cualquier otro tipo de relación con la organización, por ejemplo: clientes, proveedores, contratistas, agentes, intermediarios etc.

Dentro de esta clasificación del fraude, algunas de las actividades mediante las cuales este se puede concretar hacen referencia a:

Malversación de activos: Implica el hurto o utilización indebida de los activos tangibles o intangibles de la entidad, para el beneficio propio o el de terceros.

Fraude de estados financieros: Se presenta cuando existe manipulación, alteración o falsificación de las cifras contables o los documentos que soportan las transacciones, ocasionando que los estados financieros no reflejen la situación financiera real de la institución.

Fraude por desembolso: Evento en el cual la institución, siendo víctima de un engaño, paga a una contraparte más o menos de la cantidad debida.

PRINCIPIOS DEL SARLAFT

La organización adopta los siguientes principios:

- **Legalidad:** Cumplimiento normativo estricto
- **Transparencia:** Actuaciones éticas
- **Debida diligencia:** Conocimiento de contrapartes

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		

Fecha de emision:

Versión: 1

- **Enfoque basado en riesgo:** Gestión proporcional al nivel de riesgo
- **Confidencialidad:** Protección de la información
- **Trazabilidad:** Registro documental

6. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO LA/FT/FPADM

El INSTITUTO DE ORTOPEDIA Y CIRUGÍA PLÁSTICA S.A.S. declara su compromiso con la prevención, detección, control y reporte de situaciones relacionadas con el Lavado de Activos (LA), la Financiación del Terrorismo (FT) y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM), mediante la implementación de un Sistema de Administración del Riesgo LA/FT/FPADM basado en riesgos.

La institución adoptará medidas razonables y proporcionales para identificar, evaluar, controlar y monitorear los riesgos asociados a sus operaciones, relaciones contractuales y grupos de interés, promoviendo una cultura organizacional de cumplimiento, transparencia, ética e integridad.

La Junta Directiva, la Alta Dirección, el Oficial de Cumplimiento, los colaboradores, contratistas, proveedores y demás contrapartes deberán cumplir las políticas, procedimientos y controles establecidos en el presente Manual.

La Institución no establecerá relaciones comerciales o contractuales con personas naturales o jurídicas incluidas en listas vinculantes para Colombia o respecto de las cuales existan restricciones legales que impidan el desarrollo de relaciones comerciales.

Establecer los lineamientos, principios y directrices para la **identificación, medición, control y monitoreo** de los riesgos asociados al lavado de activos, financiación del terrorismo (SARLAFT), en cumplimiento de la normatividad vigente aplicable al sector salud.

Todos los colaboradores, directivos, contratistas y terceros vinculados al Instituto deberán revelar oportunamente cualquier situación real, potencial o aparente de conflicto de interés que pueda afectar la objetividad en la aplicación de los controles SARLAFT.

7. APETITO Y TOLERANCIA AL RIESGO

El Instituto adopta una política de tolerancia cero frente a actividades relacionadas con Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, corrupción, fraude, soborno y cualquier actividad ilícita.

No serán aceptadas relaciones comerciales o contractuales con personas o entidades:

- Incluidas en listas vinculantes nacionales o internacionales.
- Vinculadas a investigaciones por delitos fuente del lavado de activos.
- Que se nieguen a suministrar información para procesos de debida diligencia.
- Que presenten inconsistencias materiales en la información suministrada.

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		



Fecha de emision:

Versión: 1

Los riesgos clasificados como altos o extremos deberán ser escalados al Oficial de Cumplimiento y a la Gerencia para la adopción de medidas de mitigación o terminación de la relación contractual.

8. FACTORES DE RIESGO LA/FT/FPADM

Para efectos de la administración del riesgo, el Instituto gestionará los siguientes factores de riesgo:

8.1 Contrapartes

- Pacientes.
- Usuarios particulares.
- EPS y aseguradoras.
- Proveedores.
- Contratistas.
- Empleados.
- Accionistas.
- Beneficiarios finales.

8.2 Productos y Servicios

- Consulta médica.
- Procedimientos quirúrgicos.
- Hospitalización.
- Servicios especializados.
- Convenios interinstitucionales.

8.3 Canales

- Atención presencial.
- Atención virtual.
- Plataformas tecnológicas.
- Correo electrónico.
- Canales de recaudo.

8.4 Jurisdicciones

- Operaciones nacionales.
- Operaciones internacionales.
- Países considerados de mayor riesgo según organismos internacionales.

9. METODOLOGÍA DE SEGMENTACIÓN

El Instituto realizará procesos de segmentación con el fin de identificar grupos homogéneos de exposición al riesgo LA/FT/FPADM.

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		



Fecha de emision:

Versión: 1

Las contrapartes serán clasificadas considerando:

- Naturaleza jurídica.
- Actividad económica.
- Ubicación geográfica.
- Nivel de riesgo.
- Volumen de operaciones.
- Condición de Persona Expuesta Políticamente (PEP).
- Relación con jurisdicciones de riesgo.

La segmentación será revisada mínimo una vez al año o cuando se presenten cambios relevantes en las condiciones de las contrapartes.

10. PROCEDIMIENTO DE DEBIDA DILIGENCIA

La Institución aplicará procedimientos de debida diligencia antes del inicio y durante la vigencia de cualquier relación contractual o comercial.

La debida diligencia comprenderá como mínimo:

- Identificación de la contraparte.
- Verificación documental.
- Consulta en listas restrictivas y vinculantes.
- Validación de antecedentes.
- Identificación del beneficiario final.
- Evaluación de alertas reputacionales.
- Clasificación del nivel de riesgo.

10.1 Debida Diligencia Intensificada

Se aplicará debida diligencia intensificada a:

- Personas Expuestas Políticamente (PEP).
- Contrapartes extranjeras.
- Contrapartes de alto riesgo.
- Contrapartes con operaciones inusuales.
- Contrapartes que presenten alertas reputacionales.

La debida diligencia intensificada podrá incluir validaciones adicionales, entrevistas, solicitud de soportes financieros y aprobación por la Alta Dirección.

Actividades mínimas

Se adopta un proceso estructurado de debida diligencia y gestión del riesgo que integra la identificación y verificación de contrapartes, la consulta sistemática en listas vinculantes y restrictivas, la validación exhaustiva de la información y el análisis de riesgo basado en

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		



Fecha de emisión:

Versión: 1

criterios objetivos y metodologías definidas, con el propósito de fortalecer el sistema de control interno, asegurar el cumplimiento normativo y mitigar la exposición de la organización a riesgos asociados.

11. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO FINAL

El Instituto implementará mecanismos para identificar y verificar la identidad del beneficiario final de las personas jurídicas con las cuales establezca relaciones comerciales o contractuales.

Se entenderá como beneficiario final la persona natural que directa o indirectamente posea, controle o se beneficie de una participación significativa o ejerza control efectivo sobre una persona jurídica.

12. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)

La Institución identificará y gestionará de manera especial las relaciones con Personas Expuestas Políticamente (PEP), sus familiares y asociados cercanos.

Las relaciones con PEP deberán:

- Ser identificadas desde el inicio de la relación.
- Ser sometidas a debida diligencia intensificada.
- Contar con aprobación de la Alta Dirección.
- Ser objeto de monitoreo continuo.
- Actualizarse anualmente.

13. LISTAS RESTRICTIVAS Y VINCULANTES

El Instituto realizará consultas periódicas en listas nacionales e internacionales para la prevención del riesgo LA/FT/FPADM.

Como mínimo se consultarán:

- Lista Consolidada del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas.
- OFAC.
- Interpol.
- Policía Nacional.
- Procuraduría General de la Nación.
- Contraloría General de la República.
- Rama Judicial.
- Registro Nacional de Medidas Correctivas.
- Otras fuentes de información pública y especializada.

14. SEÑALES DE ALERTA

Se consideran señales de alerta, entre otras:

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		



Fecha de emision:

Versión: 1

Pacientes

- Pagos en efectivo por montos inusuales.
- Utilización de terceros sin justificación.
- Solicitud reiterada de devoluciones.

Proveedores

- Cambios frecuentes de cuentas bancarias.
- Información inconsistente.
- Negativa a suministrar información requerida en el proceso de Debida Diligencia.
- Empresas recién constituidas.
- Socios con antecedentes.
- Domicilios inconsistentes.

Empleados

- Incrementos patrimoniales injustificados.
- Conflictos de interés no reportados.
- Participación en operaciones inusuales.
- Negativa a entregar información.

15. OPERACIONES INUSUALES Y SOSPECHOSAS

Toda operación inusual deberá ser analizada por el Oficial de Cumplimiento.

Cuando después del análisis existan elementos que permitan inferir una posible relación con actividades de LA/FT/FPADM, la operación será catalogada como sospechosa y deberá ser reportada a la UIAF conforme a la normatividad vigente.

La Institución garantizará la reserva de la información relacionada con los Reportes de Operación Sospechosa (ROS).

16. SEGMENTACIÓN

La segmentación en el marco del SARLAFT corresponde al proceso mediante el cual la entidad clasifica los factores de riesgo asociados al lavado de activos, la financiación del terrorismo, con el propósito de agrupar las contrapartes en segmentos homogéneos que permitan una gestión diferenciada del riesgo.

Dicha segmentación debe garantizar homogeneidad al interior de cada segmento y heterogeneidad entre los mismos, de tal manera que cada grupo refleje niveles de riesgo similares y facilite la aplicación de controles adecuados y proporcionales.

El objetivo principal de la segmentación es establecer estrategias de conocimiento, monitoreo y control diferenciado, en función del nivel de riesgo de cada contraparte, considerando la combinación de los factores definidos por la entidad, tales como cliente o

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		



usuario, producto o servicio, canal y jurisdicción. Esto permite optimizar la administración del riesgo LA/FT y fortalecer la eficacia del SARLAFT.

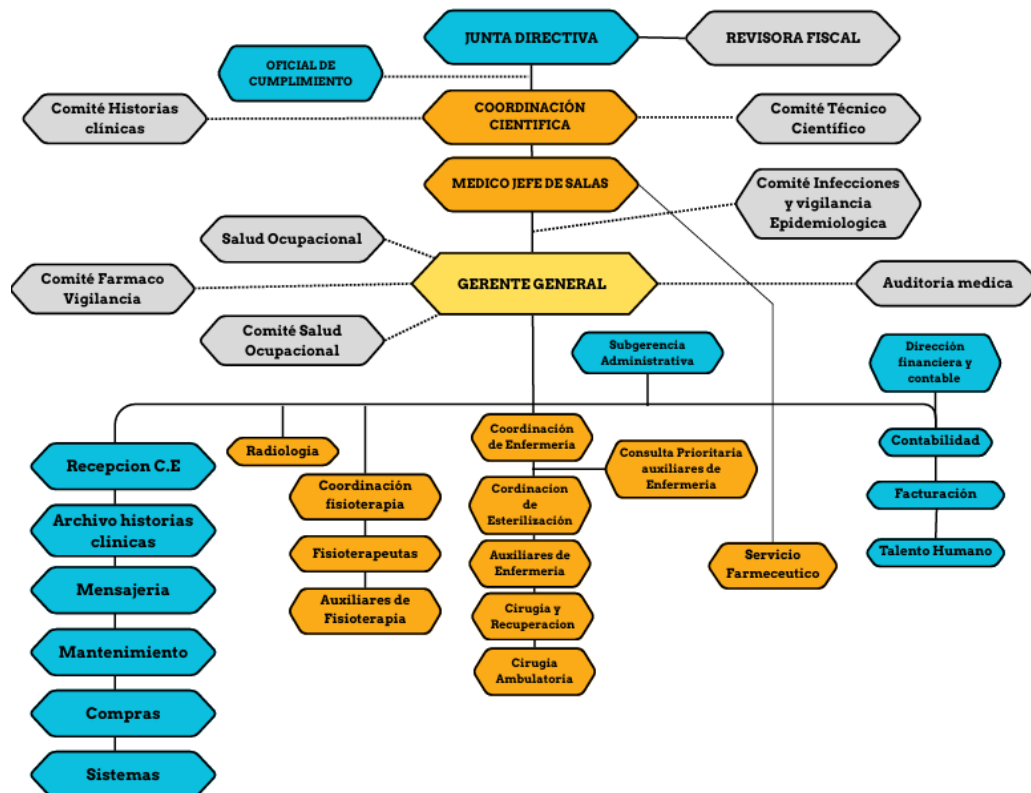
La segmentación permite enfocarse en aquellos segmentos cuyo perfil de riesgo sea más alto. De esta forma se realiza un monitoreo especial a aquellos terceros que por sus características se clasifiquen con una probabilidad más alta respecto de los riesgos:

- ✓ El recurso humano
- ✓ Canales: (Sede del Instituto de Ortopedia y Cirugía Plástica)
- ✓ Producto: (servicios que se prestan en el Instituto de Ortopedia y Cirugía Plástica)
- ✓ Transaccionalidad: (Seguimiento a las transacciones en efectivo)

17. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

Se define una estructura organizacional funcional que garantice el adecuado desarrollo, implementación y sostenibilidad del (SARLAFT), mediante la asignación clara de roles y responsabilidades, líneas de reporte independientes, segregación de funciones y mecanismos de supervisión y control, asegurando la participación activa de la alta dirección, el Oficial de Cumplimiento y las demás áreas involucradas, en cumplimiento de las disposiciones normativas y las mejores prácticas de gobierno corporativo.

ORGANIGRAMA INSTITUTO DE ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA SAS



ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		



Fecha de emision:

Versión: 1

18. ROLES Y RESPONSABILIDADES:

Junta Directiva:

- A. Aprobar las políticas de la entidad en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad y que son presentadas por el Comité de Riesgos, a partir del trabajo con el área de gestión de riesgos, en caso de que existan, órgano equivalente o de las diferentes áreas de la entidad.
- B. Aprobar los reglamentos, manuales de procesos, procedimientos y funciones de las áreas pertenecientes a la entidad, así como sus respectivas actualizaciones.
- C. Aprobar el Código de Conducta y de Buen Gobierno. el sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- D. Aprobar el diseño y definir la periodicidad de los informes internos para los reportes de la gestión de los riesgos, especialmente los prioritarios que se van a presentar a las diferentes áreas de la entidad.
- E. Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo a los riesgos prioritarios.
- F. Aprobar las actuaciones en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios o cualquier excepción de las políticas, así como los planes de contingencia a adoptar en caso de presentarse escenarios extremos.
- G. Conocer los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos, presentado por el Comité de Riesgos u órgano equivalente.
- H. Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, teniendo en cuenta las características de cada riesgo y el tamaño y complejidad de la entidad.
- I. Realizar el nombramiento del Comité de Riesgos en caso de que la entidad decida establecerlo, definir sus funciones y aprobar su reglamento, de acuerdo con las normas legales que le apliquen
- J. Pronunciarse y hacer seguimiento sobre los informes periódicos que elabore el Comité de Riesgos y la Revisoría Fiscal, respecto a los niveles de riesgo asumidos por la entidad, las medidas correctivas aplicadas para que se cumplan los límites de riesgo previamente establecidos y las observaciones o recomendaciones adoptadas para el adecuado desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo.
- K. 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 la exposición como mínimo a los riesgos prioritarios en los casos que aplique.
- L. Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas por la instancia responsable.

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		



Fecha de emision:

Versión: 1

Responsabilidades del Oficial de Cumplimiento SARLAFT

El Oficial de Cumplimiento será el responsable de promover, desarrollar y velar por la adecuada implementación y funcionamiento del SARLAFT en la entidad, cumpliendo como mínimo las siguientes funciones:

1. **Diseñar, implementar y actualizar** el Sistema de Administración del Riesgo LA/FT, conforme a la normatividad vigente.
2. **Velar por el cumplimiento** de las políticas, procedimientos y controles establecidos en el SARLAFT.
3. **Coordinar la identificación, medición, control y monitoreo** de los riesgos LA/FT en la entidad.
4. **Presentar informes periódicos** a la alta gerencia y al máximo órgano social sobre el estado del SARLAFT, incluyendo hallazgos, riesgos y planes de mejora.
5. **Reportar a la UIAF** las operaciones sospechosas (ROS), así como los demás reportes obligatorios, dentro de los plazos establecidos.
6. **Verificar la aplicación de los procedimientos de debida diligencia** y conocimiento de las contrapartes.
7. **Implementar y administrar sistemas de monitoreo** que permitan detectar operaciones inusuales y sospechosas.
8. **Promover la cultura de cumplimiento** mediante programas de capacitación y sensibilización dirigidos a todos los colaboradores.
9. **Atender los requerimientos** de las autoridades competentes, en especial de la Superintendencia Nacional de Salud.

Responsabilidades del Representante legal

1. Garantizar la disponibilidad de recursos para la implementación del SARLAFT.
2. Implementar las decisiones de Junta referente al SARLAFT
3. Apoyar al Oficial de Cumplimiento en la presentación de informes.
4. Promover cultura de cumplimiento y velar por el cumplimiento de reportes regulatorios.

Responsabilidades del Revisoría Fiscal y/o Auditoría interna

1. Evaluación periódica del SARLAFT y realizar verificación del cumplimiento normativo.
2. Generar informes a la Junta Directiva sobre el estado de funcionamiento y eficacia del SARLAFT.

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		



Fecha de emisión:

Versión: 1

3. Generar los reportes de hallazgos relevantes y realizar el seguimiento a planes de mejoramiento.

19. LINEAMIENTOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA

Con el propósito de dar cumplimiento a las políticas institucionales en materia de prevención del riesgo, en especial las relacionadas con el SARLAFT (Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo), Se establecen los siguientes lineamientos orientados a fortalecer una cultura organizacional de cumplimiento, basada en la transparencia, la ética y la adecuada gestión del riesgo.

Procedimientos para la Identificación, Medición, Control y Monitoreo del SARLAF el INSTITUTO DE ORTOPEDIA Y CIRUGÍA PLÁSTICA

El **INSTITUTO DE ORTOPEDIA Y CIRUGÍA PLÁSTICA** establece procedimientos integrales en el marco del **SARLAFT**, orientados a la adecuada gestión del riesgo de Lavado de Activos Financiación del Terrorismo las cuales comprenden las siguientes etapas:

1. Identificación del riesgo:

Se realiza mediante la segmentación de factores de riesgo (clientes, proveedores, empleados, contratistas y las demás contrapartes, permitiendo reconocer posibles eventos o situaciones que puedan exponer a la entidad a riesgos de SARLAFT. El cual Incluye la debida diligencia, conocimiento del tercero y consulta en listas vinculantes y restrictivas.

2. Medición o evaluación del riesgo:

Consiste en analizar la probabilidad de ocurrencia y el impacto de los riesgos identificados, utilizando metodologías cualitativas y/o cuantitativas que permitan clasificar el nivel de riesgo (alto, medio o bajo) y priorizar su gestión.

La medición del riesgo se realizará mediante una matriz de evaluación basada en la combinación de probabilidad e impacto, utilizando escalas de valoración de uno (1) a cinco (5), permitiendo determinar el nivel de riesgo inherente y residual clasificado como Bajo, Medio, Alto o Extremo.

3. Control del riesgo

Se establecen políticas, procedimientos y controles internos orientados a mitigar los riesgos identificados, tales como validación de información, establecimiento de alertas, aprobación de operaciones inusuales y aplicación de debida diligencia ampliada en casos de mayor exposición.

4. Monitoreo del riesgo:

Se realiza un seguimiento continuo a las operaciones, relaciones y comportamientos de los terceros, con el fin de detectar operaciones inusuales o sospechosas. Incluye la

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		

Fecha de emision:

Versión: 1

actualización periódica de la información, revisión de alertas y reporte oportuno a las autoridades competentes cuando aplique.

20. PROCEDIMIENTOS DE CONTROL INTERNO Y REVISIÓN DEL SARLAFT.

El **INSTITUTO DE ORTOPEDIA Y CIRUGÍA PLÁSTICA** establece procedimientos de control interno y revisión en el marco del **SARLAFT**, con el fin de garantizar la eficacia, eficiencia y cumplimiento de las políticas y lineamientos definidos para la gestión del riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo.

1. Control interno del SARLAFT:

Se adoptan mecanismos de control orientados a asegurar la correcta aplicación de las políticas, procedimientos y metodologías del sistema, incluyendo la segmentación, delegación de funciones, niveles de autorización, validación de información, control documental y trazabilidad de las operaciones. Estos controles permiten prevenir, detectar y corregir posibles desviaciones o incumplimientos.

2. Seguimiento y supervisión:

El Oficial de Cumplimiento y las áreas responsables realizan un seguimiento continuo al funcionamiento del SARLAFT, verificando la adecuada ejecución de los procesos de debida diligencia, monitoreo de operaciones y gestión de alertas, así como el cumplimiento de las obligaciones normativas e informes a los entes correspondientes.

3. Reportes a la alta dirección:

Se elaboran informes periódicos sobre el estado del SARLAFT, incluyendo indicadores de gestión, hallazgos relevantes, eventos de riesgo y cumplimiento de los planes de acción, con el fin de facilitar la toma de decisiones estratégicas dentro de la institución. Estos procedimientos son de obligatorio cumplimiento y forman parte integral del sistema de control interno.

21. CAPACITACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

El **INSTITUTO DE ORTOPEDIA Y CIRUGÍA PLÁSTICA** garantiza la adecuada difusión de la información relacionada con los sistemas **SARLAFT**, con el propósito de fortalecer la cultura institucional de prevención del riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo.

En este sentido, la entidad implementa mecanismos formales de comunicación interna y externa que aseguran que las políticas, procedimientos, lineamientos y actualizaciones normativas sean divulgados de manera oportuna, clara y accesible a todos los colaboradores, directivos y partes interesadas.

Asimismo, el Instituto promueve espacios de capacitación, sensibilización y socialización periódica, con el fin de garantizar el conocimiento y la correcta aplicación de los

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		



Fecha de emision:

Versión: 1

lineamientos establecidos en el **SARLAFT**, fomentando una actuación ética, transparente y alineada con las disposiciones legales y regulatorias vigentes.

En atención a lo anterior, se debe:

- Incluir en el proceso de inducción a nuevos colaboradores
- Dejar constancia del material utilizado durante la capacitación y/o divulgación
- Dejar constancia de la asistencia a la capacitación de los colaboradores y la evaluación realizada.
- Analizar los resultados obtenidos en las evaluaciones con el fin de determinar la eficacia del SARLAFT y el alcance de los objetivos propuestos.
- Toda la documentación soporte del proceso de capacitación será archivada como parte del SARLAFT.
- Las Actividades de Capacitación se desarrollarán a través de programas de capacitación interna, externa y/o virtual, los cuales serán validados y actualizados permanentemente por el Oficial de Cumplimiento.

El Instituto desarrollará un programa anual de capacitación en materia de SARLAFT dirigido a:

- Junta Directiva.
- Alta Dirección.
- Empleados.
- Contratistas.
- Áreas críticas de la organización.

La capacitación deberá realizarse como mínimo una vez al año y dejar evidencia documental de su ejecución y evaluación.

22. INDICADORES DE SEGUIMIENTO

El SARLAFT contará con indicadores mínimos de gestión:

- Cobertura de debida diligencia.
- Consultas en listas restrictivas.
- Actualización de información de contrapartes.
- Alertas detectadas.
- Operaciones inusuales analizadas.
- Capacitaciones ejecutadas.
- Cobertura de capacitación.

Los resultados serán presentados trimestralmente a la Junta Directiva.

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		



Fecha de emision:

Versión: 1

23. METODOLOGÍA DE MEDICIÓN DEL RIESGO

El Instituto adoptará una metodología de evaluación del riesgo basada en la combinación de la probabilidad de ocurrencia y el impacto potencial de los eventos asociados al LA/FT/FP.

La medición del riesgo se realizará mediante escalas de valoración de uno (1) a cinco (5), tanto para la probabilidad como para el impacto.

Los resultados permitirán determinar el nivel de riesgo inherente y residual, clasificándolo en:

- Bajo
- Medio
- Alto
- Extremo

La evaluación deberá realizarse como mínimo una vez al año o cuando se presenten cambios significativos en los procesos, servicios, contrapartes o condiciones de riesgo identificadas.

Los resultados serán documentados en la matriz SARLAFT institucional y presentados a la Junta Directiva para su conocimiento y seguimiento.

24. MONITOREO DE OPERACIONES

El Instituto implementará mecanismos de monitoreo permanente orientados a identificar comportamientos, operaciones o transacciones que se aparten de los patrones normales de comportamiento de las contrapartes.

El monitoreo comprenderá:

- Seguimiento de pagos en efectivo.
- Seguimiento a devoluciones de dinero.
- Cambios reiterados de cuentas bancarias.
- Operaciones realizadas por terceros no relacionados.
- Contrapartes con alertas reputacionales.
- Operaciones con jurisdicciones de riesgo.

Las alertas generadas deberán ser analizadas por el Oficial de Cumplimiento y documentadas en los registros correspondientes.

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		



Fecha de emisión:

Versión: 1

25. REPORTES A LA UIAF

El Instituto realizará los reportes exigidos por la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), de conformidad con los términos y condiciones establecidos por la normatividad vigente.

Entre otros, se realizarán:

- Reporte de Operaciones Sospechosas (ROS).
- Reporte de Ausencia de Operaciones Sospechosas cuando aplique.
- Los demás reportes regulatorios establecidos por la UIAF.

La responsabilidad de elaboración y envío de dichos reportes recaerá en el Oficial de Cumplimiento, quien garantizará la oportunidad, integridad y reserva de la información reportada.

26. INDICADORES SARLAFT

El cumplimiento de este principio se evaluará a través de indicadores de eficiencia operativa, como parte del control del SARLAFT se medirá el indicador de investigados por delitos fuente de la siguiente manera:

➤ Investigados por delitos fuente

Formula:

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de investigados por delitos fuente de lavado de activos}}{\text{Total de personas consultadas}} \times 100$$

Interpretación: El resultado refleja el porcentaje de personas consultadas que presentan investigaciones por delitos fuente relacionados con lavado de activos.

➤ Investigados por delitos diferentes a lavado de activos.

Indicador de Investigados por Delitos Diferentes a Delitos Fuente de Lavado de Activos.

Objetivo: Medir el porcentaje de personas consultadas que registran investigaciones por delitos distintos a los considerados como delitos fuente de lavado de activos.

Formula:

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de investigados por delitos diferentes a delitos fuente de lavado de activos}}{\text{Total de personas consultadas}} \times 100$$

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		

Fecha de emisión:

Versión: 1

Interpretación: El resultado evidencia el porcentaje de personas consultadas que presentan investigaciones por otros delitos que, aunque no constituyen delitos fuente, pueden representar una señal de alerta para la institución.

- **Periodicidad de Medición:** Se recomienda que estos indicadores sean calculados y analizados de manera mensual, de acuerdo con el volumen de consultas efectuadas por la institución.

Responsable El seguimiento: consolidación y análisis de estos indicadores estará a cargo del Oficial de Cumplimiento para la gestión del SARLAFT

Meta Inicial: Como criterio de control, la institución podrá establecer como meta mantener estos indicadores en un porcentaje igual o inferior al nivel de tolerancia definido por la alta dirección y el Oficial de Cumplimiento.

Por aparte se genera seguimiento trimestral a través de los siguientes indicadores:

Indicador	Fórmula
Cobertura de Debida Diligencia	Contrapartes evaluadas / Total contrapartes
Consultas en listas	Consultas realizadas / Contrapartes
Capacitación	Personal capacitado / Total personal
Alertas gestionadas	Alertas cerradas / Alertas generadas
Actualización documental	Expedientes actualizados / Total expedientes

27. RÉGIMEN SANCIONATORIO INTERNO

De acuerdo a los lineamientos disciplinarios por incumplimientos se contempla:

- Incumplimiento de políticas SARLAFT.
- Omisión de reportes.
- Ocultamiento de información.
- No aplicación de debida diligencia.
- Omitir la aplicación de procedimientos de debida diligencia.
- No reportar operaciones inusuales o sospechosas identificadas.
- Ocultar información relevante para la gestión del riesgo.
- Divulgar información relacionada con reportes efectuados a la UIAF.
- Incumplir los procedimientos de monitoreo y control establecidos.

El incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente Manual SARLAFT constituirá una falta susceptible de investigación y aplicación de medidas disciplinarias conforme al Reglamento Interno de Trabajo, contratos suscritos y demás disposiciones institucionales.

28. CONSERVACIÓN DOCUMENTAL

Toda la documentación relacionada con el SARLAFT, incluyendo formularios de vinculación, soportes de debida diligencia, consultas en listas, reportes internos, informes y

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		



Fecha de emision:

Versión: 1

evidencia documental, deberá conservarse por un período mínimo de diez (10) años, garantizando su disponibilidad, integridad, trazabilidad y confidencialidad.

La documentación objeto de conservación incluye:

- Formularios de vinculación.
- Documentos de identificación.
- Resultados de consultas en listas.
- Soportes de debida diligencia.
- Reportes internos.
- Informes del Oficial de Cumplimiento.
- Evidencias de capacitación.
- Actas y registros asociados al SARLAFT.

La información podrá conservarse en medios físicos o electrónicos garantizando disponibilidad, integridad, confidencialidad y trazabilidad.

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Oficial de cumplimiento	Gerencia	Junta directiva
COPIA CONTROLADA		