



Hospital
Neurológico
de Colombia

LEY 1712 DEL 6 MARZO DE 2014 CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EL HOSPITAL NEUROLÓGICO DE COLOMBIA FUNDACIÓN - IVÁN JIMÉNEZ, en adelante "EL NEUROLÓGICO", dentro de sus políticas de transparencia y acceso a la información, dispone a través de la página web: www.institutoneurologico.org de un sitio llamado "Transparencia y acceso a la información pública" para consulta y beneficio de todos los grupos de interés (internos y externos).

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

REQUERIMIENTO:

Menú – Nivel I

NORMATIVA

Subnivel Menú Nivel II

Normativa de la entidad o autoridad

Item Menú Nivel II

a. Políticas y lineamientos sectoriales.

RESPUESTA:

Ver en la siguiente hoja.

	GRGFIP01 PROCEDIMIENTO SARLAFT-FPADM.pdf	
	POLÍTICA ANTICORRUPCIÓN, ANTIFRAUDE Y ANTISOBORNO.pdf	
	POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD.pdf	
	POLÍTICA DE CONFLICTOS DE INTERESES.pdf	
	POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO.pdf	
	POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN.pdf	
	POLÍTICA DE LA GESTIÓN INTEGRADA.pdf	
	POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.pdf	
	POLÍTICA DE RIESGOS.pdf	
	POLÍTICA DE TRANSPARENCIA.pdf	
	POLÍTICA SARLAFT-FPADM.pdf	
	POLÍTICA SICOE.pdf	
	RDDEPDg43 MANUAL DE PREVENCIÓN SICOE.pdf	
	RDDEPDg48 PROGRAMA TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I).pdf	

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
1. OBJETIVO	3
1.1 Objetivos Específicos.	3
2. ALCANCE	4
3. DEFINICIONES	4
4. MARCO NORMATIVO	6
5. ELEMENTOS	7
5.1 Estructura Organizacional.	7
5.2 Roles dentro del SARLAFT-FPADM.	7
5.2.1 Oficial de Cumplimiento.	7
5.2.2 Consejo de Administración.	9
5.2.3 Comité de Prevención de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masivas (SARLAFT-FPADM).	9
5.2.4 Control Interno y Revisoría Fiscal.	10
5.3 Políticas.	10
5.4 Etapas del SARLAFT-FPADM.	10
5.4.1 Identificación del Riesgo.	11
5.4.1.1 Factores de Riesgo.	11
5.4.1.2 Segmentación.	12
• CLIENTES:	12
Laboratorios Externos:	13
• USUARIOS:	13
• PROVEEDORES Y CONTRATISTAS:	14
Patrocinadores:	14
• EMPLEADOS:	15
Asistenciales:	15
Administrativos:	15
• CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN:	15
5.4.1.3 Señales de alerta.	16
• CLIENTES:	16
• USUARIOS:	16
• PROVEEDORES Y CONTRATISTAS:	17
• EMPLEADOS:	18
• CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN:	18
5.6.1.4 Riesgos Asociados.	18
• RIESGO OPERATIVO:	18
• RIESGO DE CONTAGIO:	19
• RIESGO REPUTACIONAL:	19
• RIESGO LEGAL:	19
5.4.2 Evaluación y Medición.	19

5.4.3	Controles.	20
5.4.4	Seguimiento y Monitoreo.	20
5.4.4.1	Cambios y Evoluciones de los controles y perfiles de riesgo inherente y residual.	21
5.5	Procedimientos.	21
5.5.1	Listas Internacionales Vinculantes para Colombia.	21
5.5.2	Requerimientos por autoridades.	22
5.5.3	Conocimiento de clientes, proveedores y contratistas.	22
5.5.4	Procedimientos especiales para países de Mayor Riesgo.	26
5.5.5	Metodologías para detección de Operaciones Sospechosas.	26
5.5.6	Conocimiento Persona Expuesta Políticamente (PEP).	27
5.6	Estrategias de Capacitación.	28
5.7	Tecnología.	29
5.8	Controles de Revisión.	29
6.	RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	30

INTRODUCCIÓN

EL HOSPITAL NEUROLÓGICO DE COLOMBIA FUNDACIÓN IVÁN JIMÉNEZ - "EL NEUROLÓGICO" en calidad de agente del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), se encuentra expuesta a riesgos legales, de contagio, operativo y reputacionales asociados al Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LA/FT/FPADM), lo que puede ocasionar un impacto económico negativo reflejando inestabilidad propia y del sector, debido a la posibilidad de ocultar, manejar, invertir o aprovechar dinero u otros bienes que tengan procedencia ilícita o destinada a ellas, o en función de dar apariencia de legalidad a los recursos generados de LA/FT/FPADM.

En este contexto, la Institución con la finalidad de luchar en contra de LA/FT/FPADM implementa el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM), impartido por la Supersalud, con el fin de prevenir que los recursos, dinero y/o bienes sean utilizados para dar legalidad a activos que provienen de actividades ilícitas, recursos dirigidos hacia la realización de actividades terroristas o financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.

1. OBJETIVO

Desarrollar cada uno de los lineamientos planteados por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD en las circulares 000009 del 21 de Abril de 2016 y 20211700000005-5 del 17 de Septiembre de 2021, mediante la estructuración eficiente, efectiva y oportuna del Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM) para prevenir, mitigar y evitar los riesgos asociados a LA/FT/FPADM dentro del Neurológico.

1.1 Objetivos Específicos.

- Definir y aplicar los lineamientos y políticas sobre el conocimiento de clientes, proveedores, contratistas y empleados para el adecuado control de los riesgos que se puedan incurrir en una relación contractual.
- Identificar los factores de riesgos asociados al SARLAFT-FPADM mediante un análisis respectivo que le permita al Neurológico determinar cuáles son los agentes que influyen en ellos directamente, para tener un punto de partida en el desarrollo de las etapas.

- Plantear una correcta segmentación teniendo en cuenta los factores de riesgos asociados al Neurológico mediante una base de datos arrojada de una encuesta realizada a terceros, con el fin de tabular la información para dividir los grupos de manera homogénea y heterogénea entre ellos.
- Identificar los riesgos asociados, mediante la relación de los factores de riesgo, con situaciones que se presenten dentro de la Institución que puedan afectar de manera directa o indirecta y que estén implicados en LA/FT/FPADM, para hacer una gestión pertinente.
- Evaluar los riesgos asociados que se materializan, mediante una matriz de riesgo que determina las causas por las cuales se presenta el riesgo inherente, de esta manera, revisar con qué frecuencia y en qué magnitud afecta este, poder relacionar qué controles se pueden aplicar para minimizar o eliminar el impacto del riesgo y llevar a cabo un seguimiento del mismo.

2. ALCANCE

Este manual debe ser cumplido y aplicado por todos los empleados, clientes, proveedores y contratistas de la Institución y debe aplicarse en el relacionamiento con cualquiera de los Grupos de Interés definidos por la Institución especialmente en la celebración de acuerdos contractuales a efectos de evitar que pueda ser utilizado como medio para el lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva en todas sus sedes.

3. DEFINICIONES

Lavado de Activos: Es el proceso mediante el cual organizaciones criminales buscan dar la apariencia de legalidad a los recursos generados por sus actividades ilícitas.

Financiación del Terrorismo: Es el apoyo financiero, de cualquier forma, al Terrorismo o a aquellos que lo fomentan, planifican o están implicados en el mismo.

FPADM: Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.

Listas de riesgo de LA/FT: Relación de personas y empresas que, de acuerdo con el organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo. Por ejemplo: las listas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, las listas OFAC (lista Clinton), así como las listas de INTERPOL, del FBI, de la Policía Nacional, etc.

Operación Intentada: Se configura cuando se tiene conocimiento de la intención de una persona natural o jurídica de realizar una Operación Sospechosa, pero no se perfecciona por cuanto quien intenta llevarla a cabo desiste de la misma o porque los controles establecidos o definidos no permitieron realizarla. Estas operaciones tienen que ser

reportadas única y exclusivamente a la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF.

Operación Inusual: Es aquella cuya cuantía o características no guarda relación con la actividad económica de la persona natural o jurídica, o que por su monto, por las cantidades transadas o por sus cualidades particulares se sale de los parámetros de normalidad establecidos.

Operación Sospechosa: Es aquella cuyo número, cantidad o características no se enmarcan dentro de los sistemas y prácticas normales de los negocios, de una industria o de un sector determinado y, además, que de acuerdo con los usos y costumbres de la actividad que se trate no ha podido ser razonablemente justificada. Estas operaciones tienen que ser reportadas única y exclusivamente a la UIAF.

Personas Expuestas Políticamente: Son personas que tienen, o tuvieron dentro de los doce meses anteriores, un alto cargo en el sector público o en una ONG, o que manejan o manejaron en ese lapso recursos públicos o de una ONG.

Reporte de Operación Intentada y de Operación Sospechosa: Es la comunicación mediante la cual la Empresa reporta a la UIAF, con independencia de su cuantía, los hechos o situaciones que posiblemente están relacionados con el Lavado de Activos o la Financiación del Terrorismo.

Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF: Es una unidad administrativa especial de carácter técnico adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, que tiene como objetivo la prevención y detección de operaciones que puedan ser utilizadas para el Lavado de Activos o la Financiación del Terrorismo.

Fuente de Riesgo de LA/FT: Son los agentes generadores de riesgo de LA/FT en una entidad y se deben tener en cuenta para identificar las situaciones que pueden generar este riesgo en las operaciones, negocios o contratos que realiza.

Riesgos Asociados al LA/FT: Son aquellos a través de los cuales se puede llegar a materializar el riesgo de LA/FT, estos son: contagio, legal, operativo y reputacional.

Riesgo Legal: Posible pérdida o daño de una entidad al ser sancionada por el incumplimiento de la normas o regulaciones, obligaciones contractuales, fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afecten la ejecución de contratos o transacciones.

Riesgo Reputacional: Posible pérdida o daño que incurre una entidad por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, verdadera o no, respecto de la Institución y sus prácticas de negocios, que cause una disminución de su base de clientes, disminución de los negocios o ingresos o incurrir en procesos judiciales.

Riesgo de contagio: Posible pérdida o daño que puede sufrir una entidad directa o indirectamente, por acción de una persona natural o jurídica que posee vínculos con la entidad.

Riesgo Operativo: Probabilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad al incurrir por pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones en el recurso humano, los procesos, la tecnología la infraestructura, por fraude y corrupción o por la ocurrencia de acontecimientos externos.

Riesgo Inherente: Es el nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control.

Riesgo Neto o Residual: Es el nivel resultante del riesgo después de la aplicación de los mecanismos de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.

Segmentación: Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos que comparten características homogéneas al interior de ellos y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).

Señales de alerta: Son circunstancias particulares que llaman la atención y justifican un mayor análisis. Son realizadas por personas naturales o jurídicas que presentan como actividad económica principal o secundaria aquellas relacionadas con el sector salud y que puede llegar a presentar a manera de ejemplo las siguientes situaciones.

- Características inusuales de las actividades, productos o lugares de procedencia.
- Inconsistencias en la información relacionada con la existencia, identificación dirección del domicilio, o ubicación del usuario.
- Inconsistencias en la información que suministra el cliente y/o contraparte frente a la que suministran otras fuentes.
- Facturas que contengan precios ostensiblemente diferenciales frente a los del mercado.

4. MARCO NORMATIVO

- **Circular 20211700000005-5 de Septiembre de 2021**, por medio de la cual se imparten instrucciones relativas al **SARLAFT-FPADM** (Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva).
- **Circular 000009 de abril de 2016**, por medio de la cual se imparten instrucciones relativas al **SARLAFT** (Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo).
- **La Ley 1122 de 2007** determina las funciones de IVC asignadas a la SNS, estableciendo que el sistema de la IVC es un conjunto de normas que buscan el cumplimiento de los principios constitucionales a través de procesos y procedimientos establecidos.

- **La Ley 1438 de 2011** determina el alcance de la IVC sobre los sujetos vigilados y la forma en que se fortalece dicho mecanismo por parte de la Superintendencia.
- Demás normativa vigente anexa en las circulares 009 de 2016 y 5-5 de 2021 que sea aplicable al Neurológico

5. ELEMENTOS

5.1 Estructura Organizacional.

En la Institución la “Estructura organizacional” se encuentra soportada con todos los componentes legales, administrativos, contables, asistenciales, entre otros para el cumplimiento de su objeto social y para el diseño y adopción de cada uno de los “Sistemas de Riesgo”. Cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables, mediante los cuales se dirige la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión se realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario.

Estructura organizacional:

Estatutos de la Fundación.

Consejo de Administración.

Alta gerencia: Dirección General (Representante Legal), Dirección Administrativa y Financiera y Dirección Médica.

Direccionamiento Estratégico.

Código de ética y de buen gobierno.

Reglamento Interno de Trabajo.

Organigrama.

Estados Financieros.

Procesos y estructura documental.

Órganos de control interno y Revisoría Fiscal.

Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud.

Entre otros.

5.2 Roles dentro del SARLAFT-FPADM.

5.2.1 Oficial de Cumplimiento.

- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el SARLAFT-FPADM

- 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-FPADM
- Identificar las situaciones que puedan generar Riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones que realiza la entidad.
- Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad.
- Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al SARLAFT-FPADM
- Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el Riesgo de LA/FT/FPADM y velar por su cumplimiento.
- Proponer al Consejo de Administración los ajustes o modificaciones necesarias a las políticas.
- Proponer a la Dirección la actualización del Manual de Procedimientos y velar por su divulgación a los funcionarios.
- Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte de las dos últimas a la UIAF.
- Realizar todos los reportes a la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, incluidas las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos.
- Mantener actualizados los datos de la entidad y el Oficial de Cumplimiento con la UIAF.
- Informar a la UIAF cualquier cambio de usuario del Sistema de Reporte en Línea – SIREL.
- Gestionar adecuadamente los usuarios del Sistema de Reporte en Línea SIREL.
- Revisar los documentos publicados por la UIAF en la página web, que sirvan de apoyo para la elaboración de los reportes.
- Diseñar las metodologías de segmentación, identificación y medición y control.
- Analizar los informes presentados por Control Interno y Revisoría Fiscal, para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción.
- Presentar de forma semestral a los Directivos y anualmente al Consejo de Administración, un informe por escrito donde exponga el resultado de su gestión.

5.2.2 Consejo de Administración.

El Consejo de Administración como máximo órgano del Neurológico es el responsable de la integridad de los controles internos y el cumplimiento de las políticas, y en consecuencia es responsable de la efectividad del Programa para la Prevención del Lavado de Activos, el Financiamiento del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masivas.

Otras de sus responsabilidades son:

- Diseño y aprobación de las políticas del SARLAFT-FPADM.
- Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.
- Designar al Oficial de Cumplimiento.
- Incluir en el orden del día de sus reuniones la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento por lo menos una vez al año.
- Pronunciarse sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal y realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones dejando constancia en las actas.
- Proporcionar los recursos técnicos y humanos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT-FPADM.
- Asignar un presupuesto para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de personal, capacitación, asesorías y consultorías y lo necesario para mantener la operación del SARLAFT-FPADM en el Neurológico y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento.
- Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control y monitoreo del SARLAFT-FPADM.
- Designar las instancias responsables del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos, para la oportuna detección de las operaciones inusuales.

5.2.3 Comité de Prevención de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masivas (SARLAFT-FPADM).

Es el órgano designado para la prevención de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y en cuyas competencias está la de definir las acciones a tomar en los diferentes casos que presente el Oficial de Cumplimiento con temas relacionados a SARLAFT-FPADM. El comité

cuando la entidad incursione en nuevos mercados u ofrezca nuevos bienes o servicios, evaluará el riesgo de LA/FT/FPADM que implica, dejando constancia de este análisis. Los integrantes que conforman el comité del SARLAFT-FPADM son:

- Oficial de Cumplimiento.
- Dirección General.
- Dirección Administrativa y Financiera.
- Control Interno.

5.2.4 Control Interno y Revisoría Fiscal.

Realizar una auditoría periódica, de los procesos relacionados con las parametrizaciones de las metodologías, modelos e indicadores si aplica, dejando un informe por escrito la constancia de la auditoría al Oficial de Cumplimiento y al Consejo de Administración.

5.3 Políticas.

De acuerdo a las **Circulares 000009 de abril de 2016, y a la 20211700000005-5 de Septiembre de 2021** emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, las políticas son desarrolladas por el Consejo de Administración y aprobadas por ellos mismos ya que son el máximo órgano social de la Institución.

La política SARLAFT-FPADM se encuentra normalizada y se desarrollan cada uno de los lineamientos que la Institución debe poner en práctica para la correcta implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM).

Dicho instructivo, debe revisarse como mínimo una vez al año o a su vez, cuando exista una circular nueva implementada por la Supersalud que requiera realizar modificaciones.

5.4 Etapas del SARLAFT-FPADM.

El Oficial de Cumplimiento se encarga de diseñar cada una de las Etapas del SARLAFT-FPADM, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear cada uno de los Riesgos asociados a LA/FT/FPADM, mediante un respectivo análisis previo de la información suministrada por la Supersalud en sus circulares y relacionando dicha información con la situación actual de la Institución.

La revisión de estas etapas se debe realizar de manera anual, con el fin de poder definir qué tan eficaz ha sido el manejo de la información suministrada y cuáles son los controles que se han llevado a cabo para la correcta disminución de los riesgos que se han generado a partir del planteamiento inicial. De tal manera se debe tener en cuenta la siguiente información a implementar:

- Identificación del Riesgo.
- Evaluación y Medición.
- Controles.
- Seguimiento y monitoreo.

5.4.1 Identificación del Riesgo.

En esta etapa del SARLAFT-FPADM, se debe permitir reconocer, explorar y documentar los riesgos inherentes de LA/FT/FPADM; como parte inicial, se tienen en cuenta los factores de riesgo y las señales de alerta para complementar el desarrollo de la identificación del riesgo.

Para la correcta identificación de los Riesgos de LA/FT/FPADM, es importante establecer metodologías de segmentación de los factores de riesgo, que permitan identificar efectos potenciales y riesgos asociados.

De esta forma, se toma como punto de inicio y se hace énfasis en discriminar cada uno de los puntos a tratar con el fin de definir cuáles son los riesgos asociados a la Institución que podrían materializarse y que acciones se deben implementar para el correcto manejo de los riesgos.

5.4.1.1 Factores de Riesgo.

Teniendo en cuenta que los Factores de Riesgo son circunstancias o características que implican una mayor probabilidad de operaciones sospechosas asociadas a LA/FT/FPADM, se considera pertinente referenciar los siguientes factores de riesgo, ya que son los que más se acercan a la razón social de la Institución y es en donde posiblemente se presenten diferentes alertas que puedan convertirse en riesgos inherentes:

- Clientes.
- Usuarios.
- Proveedores y contratistas.

- Empleados.
- Consejo de Administración.

5.4.1.2 Segmentación.

“El propósito de la segmentación es hacer eficiente la gestión de un grupo de elementos que conviene no gestionar de manera individual, tanto por los costos operativos como por la mejor utilización del tiempo al interior del sistema.

Al conformar los grupos se pueden conocer las características principales de los factores de riesgo y emplear políticas y acciones comunes a todos ellos.”¹

De tal manera, para la correcta aplicación de la segmentación se tiene en cuenta los Factores de Riesgo antes mencionados y que están relacionados con el SARLAFT-FPADM como variables mínimas (tal cual como lo indican las circulares 009 de 2016 y 5-5 de 2021 de la Supersalud), las cuales sirven de punto de partida para la identificación de los riesgos asociados.

Basándose en esto, podemos definir y relacionar la siguiente información:

- **CLIENTES:**

“El cliente es toda persona natural o jurídica con la cual la entidad establece y mantiene una relación contractual o legal para el suministro de cualquier producto propio de su actividad”.²

Para los lineamientos de segmentación de Clientes, se tendrá presente, la cantidad de ingresos, egresos y patrimonio que posee la empresa, de esta manera el Neurológico podrá identificar unos rangos específicos y saber en qué posición ubicar a determinado cliente según sus características.

El papel de los clientes para la Institución es de suma importancia ya que estos son los que generan los ingresos para el correcto funcionamiento de la entidad, de tal manera que, es de igual importancia realizarles un correcto seguimiento al origen de sus ingresos. Cobra relevancia plantear cuales son los principales clientes, de acuerdo a su información financiera, de tal forma que permita determinar cuales representan un mayor riesgo de LA/FT/FPADM, así como diferenciarlos por sus capacidades de adquisición, si tienen fuentes de ingresos externas a su razón social, etc.

¹ INFOLAFT. (s. f.). Recuperado de: <https://www.infolaft.com/sarlaft-claves-segmentar-factores-riesgo/>

² ¿Qué son los factores de riesgo lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT)? (s. f.). SIIARÉ. Recuperado 28 de febrero de 2022, de <https://www.siiare.com/factores-de-riesgo-LA-FT>

Laboratorios Externos:

*“Instalaciones donde se realizan análisis a cargo de personal cualificado y con equipo adecuado”.*³

Existen laboratorios externos a los cuales se les presta un servicio de investigación y ellos en calidad de clientes otorgan una retribución económica por dicha prestación del servicio. Para estos laboratorios externos específicos, se les establece un apartado único dentro de la segmentación de clientes, en donde se pueda analizar los mismos aspectos utilizados para diferenciar los clientes, pero generalizando su información financiera y no diferenciando por la capacidad de ingresos, egresos y/o patrimonio que cada uno de los laboratorios posea.

- **USUARIOS:**

*“Los usuarios son aquellas personas naturales o jurídicas a las que, sin ser clientes, la entidad les presta un servicio”.*⁴

Para los Usuarios, es primordial aclarar y estipular como se menciona en la **Circulares 000009 de abril de 2016** que los “afiliados” a las EPS no hacen parte de este Factor de Riesgo, ya que se incluyen dentro de las EPS que se vinculan como “clientes”. De tal forma, entendemos como Usuarios a los “pacientes particulares” que son personas que no ingresan a los servicios de la institución como afiliados, por ende pagan el servicio a la tarifa que corresponde.

La segmentación adecuada para este factor de riesgo es dividiendo los servicios que ofrece la Institución a los pacientes particulares, junto con los montos de los pagos que estos realicen (haciendo énfasis en los pagos en efectivo); esto debido a que la entidad tiene servicios donde los costos para los pacientes son más elevados que en otros; aquí se debe hacer un análisis más profundo, ya que el riesgo se puede ver reflejado con mayor fuerza. Además de esto, la entidad puede generar informes para los cuales se estudie de forma periódica, los hallazgos relacionados con los servicios en que se realizan más pagos en efectivo y determinar de manera eficiente y ágil cuales de estos valores pueden llegar a ser sospechosos, generando así los respectivos reportes que la UIAF solicita.

³ (S/f). Unodc.org. Recuperado el 23 de marzo de 2022, de https://www.unodc.org/documents/scientific/Glossary_ST_NAR_26_S.pdf

⁴ ¿Qué son los factores de riesgo lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT)? (s. f.). SIIARĖ. Recuperado 28 de febrero de 2022, de <https://www.siiare.com/factores-de-riesgo-LA-FT>

- **PROVEEDORES Y CONTRATISTAS:**

*“persona física o jurídica que se encarga de suministrar mercancía y/o servicio a un autónomo o a una sociedad, para que desarrolle su actividad económica, recibiendo a cambio una compensación económica por esa adquisición”.*⁵

Se realiza un análisis para determinar qué productos o servicios ofrecen los proveedores o bien, montos de pagos que se les realiza, con el fin de segmentar, la capacidad transaccional con la que cuentan, dependiendo de lo que distribuyen, de tal manera, que sean coherentes las relaciones en cuestión.

Al igual que los clientes, también se toma como referencia la cantidad de ingresos, egresos y patrimonio que poseen los proveedores de la Institución.

Contratistas: *“persona natural o jurídica contratada para realizar una actividad puntual, ya sea por prestación de servicios, contratos de obra, suministro de elementos, insumos o servicios, al interior de las instalaciones de la Entidad o en representación de la misma”.*⁶

La segmentación para los contratistas va ligada a determinar qué otros ingresos están generando los médicos específicamente que se les paga por honorarios y no se encuentran vinculados, a parte del servicio que le estén prestando a la Institución de manera que en caso de tener ingresos externos a los que se encuentren dentro de rangos “normales” para su labor social, entonces se determina que acciones tomar para estos casos específicos, ya sea mediante las señales de alerta o generando contactos directos para prevenir avances rápidos en posibles riesgos asociados a LA/FT/FPADM.

Patrocinadores:

*“Individuo, compañía, institución u organización responsable de iniciar, administrar/ controlar y/o financiar un estudio clínico. Esta función puede ser desempeñada por una corporación u agencia externa a la institución o por el investigador o institución hospitalaria”*⁷

Dentro de los proveedores existe un apartado para los patrocinadores los cuales les proporcionan suministros al Neurológico con el fin de promocionar sus marcas entre los médicos y residentes; de esta manera, es importante diferenciar los tipos de patrocinadores con los que cuenta el Neurológico y determinar qué tan cercanos son los vínculos y cómo estos pueden o no impactar en las buenas prácticas de la entidad.

⁵ Rodríguez, Á. (2022, 16 febrero). Cinco claves para hacer una adecuada selección de proveedores. Blog - Billin. <https://www.billin.net/blog/cinco-claves-para-hacer-una-adecuada-seleccion-de-proveedores/>

⁶ (S/f). Gov.co. Recuperado el 11 de marzo de 2022, de <https://dapre.presidencia.gov.co/dapre/DocumentosSIGEPRE/M-TH-02-Manual-SSTMA.pdf>

⁷ Información extraída de la Intranet del Neurológico: Inicio - Centro de Investigación - Procedimientos - Manual de Procedimientos Centro de Investigación - 3.DEFINICIONES.

- **EMPLEADOS:**

Dentro de la institución es importante mencionar que existen 2 tipos de empleados a los cuales se deben realizar las mismas acciones de prevención, sin embargo puede que los riesgos sean más representativos en unos que en los otros. De esta manera tenemos que:

Asistenciales:

Para la institución los asistenciales son todos aquellos que laboran dentro de la clínica y tienen un contacto directo con el paciente para brindarle el mejor servicio posible y cubrir con sus necesidades.

Administrativos:

*“profesionales fundamentales para el buen funcionamiento de cualquier empresa. Dentro de esta categoría encontramos técnicos administrativos y auxiliares administrativos, profesionales con formación y tareas diferentes pero que responden a un perfil polivalente relacionado con la gestión de todo tipo de recursos”.*⁸

Para una correcta segmentación se toma partida de dos puntos de referencia, de los cuales se seleccionan las áreas que puedan incurrir en un posible riesgo más alto, debido a las actividades que realizan y de igual manera, se tienen en cuenta los otros servicios que no tienen tanta posibilidad de presentar un riesgo que logre materializarse, pero igual es relevante generar señales de alerta, para llevar a cabo un control respectivo.

Con la información que posee el Neurológico, se pueden realizar análisis que no impliquen la implementación de datos estadísticos, puesto que ya se tienen controles de cuáles son las funciones que realizan cada área y cuáles son las acciones que se aplican a la correcta medición de esta; se extrae dicha información y se implementan unas tablas que separen a las áreas y que presenten donde se ve reflejado un mayor riesgo, para tener como referencia en la segmentación y reconocer desde este punto cuáles son los riesgos que identificamos para este factor en específico.

- **CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN:**

*“Las juntas directivas son un punto de encuentro entre los intereses, socios, propietarios, objetivos y negocios de ciertas compañías. En ellas se gestan decisiones y relaciones importantes para el crecimiento y direccionamiento de la empresa”.*⁹

Es preciso para el Neurológico especificar unas características particulares entre los miembros de la Consejo de Administración, para determinar qué miembros se pueden ver más implicados o afectados por Riesgos de LA/FT/FPADM, de esta manera, se

⁸ Benitez. Y. (2019, Octubre 28). Personal administrativo: ¿qué funciones y tareas desempeñan?. Quality. <https://www.qualitytemporal.com/blog/personal-administrativo-funciones-y-tareas/>

⁹ Empleo, E., 2022. Características de Consejo de Administración ideal. [online] Noticias elempleo.com. Recuperado de: <https://www.elempleo.com/co/noticias/mundo-empresarial/caracteristicas-de-junta-directiva-ideal-6036>

segmenta única y propiamente a todos los integrantes para establecer criterios que aporten a generar alertas que nos ayuden con la identificación de los Riesgos asociados y así crear acciones preventivas que eviten la materialización del Riesgo, donde hay que plantear un énfasis relevante ya que es un órgano de suma importancia para el correcto funcionamiento del Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez - "El Neurológico".

5.4.1.3 Señales de alerta.

- **CLIENTES:**

- Negarse a realizar la encuesta: "Formato para el conocimiento del tercero SARLAFT/FPADM" y a proporcionar la información que se le solicite o se niegue a dar las respectivas autorizaciones que impidan la correcta revisión y análisis del proveedor y/o contratista.
- Que al realizar la validación en el Software para revisión de antecedentes, exista un posible riesgo asociado al LA/FT/FPADM. Sin embargo dentro de las características que se presentan en la plataforma hay varias fuentes de consultas que pueden generar alerta sin estar directamente relacionadas con el riesgo asociado de LA/FT/FPADM.
- Desviación atípica en la información financiera o que no corresponda a la naturaleza de su actividad económica, la cual no esté justificada o en su defecto que la justificación de esta variación genera incertidumbre que requiera una validación más amplia.
- Personas expuestas políticamente (PEP) que tengan relación con un cliente o conformen parte de su equipo, con un reconocimiento importante en la sociedad, generan una señal de alerta que debe ser atendida con mayor precaución.
- Clientes de países que tengan vínculos, estén asociados o hagan parte de la lista de no cooperantes y jurisdicciones de alto riesgo del Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI)

- **USUARIOS:**

- Realizar pagos repetitivos en efectivo de ayudas diagnósticas de alto costo, hospitalizaciones, u otros servicios del Neurológico.
- Pagar cantidades en efectivo, que rondan los \$5.000.000.
- Negarse a llenar la "Declaración de pagos en efectivo y donaciones", o en su defecto, diligenciar información de dudosa procedencia del efectivo, generando así un posible riesgo para la entidad.
- Pagos en efectivo, de pacientes particulares del mismo grupo familiar en un periodo de tiempo corto (día, semana, mes) en diferentes los diferentes servicios del Neurológico, o en el mismo servicio si es el caso.

- Personas expuestas políticamente (PEP) a las que el Neurológico les brinde un servicio y que tengan un reconocimiento importante en la sociedad, generan una señal de alerta que debe ser atendida con mayor precaución.
- Usuarios de países que tengan vínculos, estén asociados o hagan parte de la lista de no cooperantes y jurisdicciones de alto riesgo del Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI).

- **PROVEEDORES Y CONTRATISTAS:**

- Negarse a realizar la encuesta: “Formato para el conocimiento del tercero SARLAFT/FPADM” y a proporcionar la información que se le solicite o se niegue a dar las respectivas autorizaciones que impidan la correcta revisión y análisis del proveedor y/o contratista.
- Que al realizar la validación en el Software para revisión de antecedentes, exista un posible riesgo asociado al LA/FT/FPADM. Sin embargo dentro de las características que se presentan en la plataforma hay varias fuentes de consultas que pueden generar alerta sin estar directamente relacionadas con el riesgo asociado de LA/FT/FPADM.
- Desviación atípica en la información financiera o que no corresponda a la naturaleza de su actividad económica, la cual no esté justificada o en su defecto que la justificación de esta variación genera incertidumbre que requiera una validación más amplia.
- Proveedores de insumos o medicamentos que obtengan su materia prima de países con mayor riesgo al desarrollo o proliferación de armas de destrucción masiva.
- Que la ocupación, oficio o profesión de la persona natural no esté acorde a la naturaleza del negocio o al cargo que desempeña dentro de la compañía.
- Personas expuestas políticamente (PEP) que tengan relación con un proveedor o conformen parte de su equipo, con un reconocimiento importante en la sociedad, generan una señal de alerta que debe ser atendida con mayor precaución.
- Proveedores de países que tengan vínculos, estén asociados o hagan parte de la lista de no cooperantes y jurisdicciones de alto riesgo del Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI)
- Negarse a realizar la encuesta: “Formato para el conocimiento del tercero SARLAFT/FPADM” y a proporcionar la información que se le solicite o se niegue a dar las respectivas autorizaciones que impidan la correcta revisión y análisis del proveedor y/o contratista.
- Que al realizar la validación en el Software para revisión de antecedentes, exista un posible riesgo asociado al LA/FT/FPADM. Sin embargo dentro de las características que se presentan en la plataforma hay varias fuentes de consultas que pueden generar alerta sin estar directamente relacionadas con el riesgo asociado de LA/FT/FPADM.

➤ Desviación atípica en la información financiera o que no corresponda a la naturaleza de su actividad económica, la cual no esté justificada o en su defecto que la justificación de esta variación genera incertidumbre que requiera una validación más amplia.

➤ Nuevo patrocinador (visitadores médicos) dentro del Neurológico que ingrese suministros a la entidad sin haber realizado una contratación anteriormente establecida, ya sea por recomendación de administrativos o asistenciales.

● **EMPLEADOS:**

➤ Negarse a firmar el formato Código: GRGFIF02 AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES, CONSULTA DE ANTECEDENTES JUDICIALES Y DECLARACIÓN DE ORIGEN DE INGRESOS EMPLEADOS NEUROLÓGICO SARLAFT/FPADM.

➤ Que al realizar la validación en el Software para revisión de antecedentes, exista un posible riesgo asociado al LA/FT/FPADM. Sin embargo dentro de las características que se presentan en la plataforma hay varias fuentes de consultas que pueden generar alerta sin estar directamente relacionadas con el riesgo asociado de LA/FT/FPADM.

➤ Administrativos que acostumbren a trabajar en horarios no laborales que no estén dentro de las características de la labor que desempeñen o que no estén relacionados con una labor específica o de contingencia que lo justifique.

➤ Personas expuestas políticamente (PEP) que hagan parte de la entidad, con un reconocimiento importante en la sociedad, generan una señal de alerta que debe ser atendida con mayor precaución.

● **CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN:**

➤ Personas expuestas políticamente (PEP) que hagan parte del consejo de administración, con un reconocimiento importante en la sociedad, generan una señal de alerta que debe ser atendida con mayor precaución.

5.4.14 Riesgos Asociados.

En este apartado y teniendo en cuenta en el numeral 3. Definiciones: Riesgos Asociados, se toma como referencia los Factores de Riesgo y los 4 riesgos asociados (Reputacional, Legal, Operativo, Contagio) de tal manera que se puedan identificar cuáles son los Riesgos que pueden materializarse dentro del Neurológico, dando cumplimiento a lo plasmado en la Circular 009 de 2016 y 5-5 de 2021, con respecto a la primera etapa referente al SARLAFT.

● **RIESGO OPERATIVO:**

Teniendo en cuenta lo que informan las circulares y analizando las actividades que se desarrollan dentro del Neurológico, se detalla cada uno de los riesgos que se puedan

presentar dentro la entidad en relación al SARLAFT-FPADM, considerando sus fallas o mal manejo en su recurso humano, procesos operativos, productivos, tecnológicos, etc.

- **RIESGO DE CONTAGIO:**

Analizar los Factores de Riesgo externos (Clientes, usuarios, proveedores y contratistas, etc), para determinar qué posibles pérdidas se están generando de manera directa o indirecta por parte de estas personas naturales o jurídicas. Del mismo modo, asociar dicha información con los riesgos que generan el LA/FT/FPADM e identificar posibles contagios que se puedan generar a causa de los incorrectos procedimientos de agentes externos.

- **RIESGO REPUTACIONAL:**

Mediante un análisis general de factores externos e internos, el Neurológico identifica como los riesgos asociados al LA/FT/FPADM le pueden estar afectando y generando desprestigio, mala imagen o publicidad negativa, lo que a su vez se transforma en pérdida de clientes, disminución en el negocio o ingresos, etc.

- **RIESGO LEGAL:**

Una vez desarrollada la información que se va a entregar a los Factores externos (encuesta) se debe precisar cuáles son los riesgos que tiene el Neurológico con respecto a los datos que pueden o no entregar los clientes, proveedores y contratistas, con el fin de verificar que posibilidad existe que la entidad sea sancionada o multada por incumplimientos, falsa información suministrada, negligencia, etc. Igualmente las políticas internas, desarrolladas para el SARLAFT-FPADM, actúan como identificador del cumplimiento que se está dando tanto interna como externamente.

5.4.2 Evaluación y Medición.

Para esta etapa del SARLAFT-FPADM se implementa una Matriz de Riesgo dentro del software con el que cuenta el Neurológico, en donde se verá representada la evaluación y medición de cada uno de los riesgos que se identifican, teniendo en cuentas las pautas anteriormente expuestas. De esta manera se crea dicha matriz de riesgo, que permite medir la frecuencia y severidad de los riesgos asociados, basándose en unas causas que vienen ligadas con la identificación del riesgo, las cuales ayudan a medir los factores iniciales y por ende, se pueda comenzar a emplear las medidas necesarias para la correcta disminución o eliminación de los riesgos de LA/FT/FPADM que pueda detectar el Neurológico.¹⁰

¹⁰ La Matriz de Riesgo, se encuentra asociada a un Software, el cual está a disposición del Neurológico y se presentará junto con los demás anexos a las entidades que lo revisen.

La metodología utilizada para el correcto desarrollo de las Etapas del SARLAFT-FPADM está especificada en el “INSTRUCTIVO MAPA DE RIESGOS FINANCIEROS, ADMINISTRATIVOS Y OPERACIONES (P-H-V-A)” con código: GR13ICOI1, el cual detalla el paso a paso que tiene el Neurológico para la identificación, evaluación, control y seguimiento de un Subproceso (en este caso), además del formato usado para el desarrollo de la Matriz de Riesgo (necesaria para la implementación de dichas etapas).

5.4.3 Controles.

Dentro de las etapas del SARLAFT-FPADM los controles van ligados a prevenir, mitigar y evitar los riesgos asociados a LA/FT/FPADM, de manera que el Neurológico busca disminuir la frecuencia o impacto que pueden estar generando los riesgos previamente evaluados; de esta forma, se pueden indicar cuales son los controles que permiten vigilar las acciones que se están desarrollando para la reducción de los Riesgos. Igualmente, es preciso detallar que como metodología de control impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD en las **Circulares 000009 de abril de 2016, y a la 20211700000005-5 de Septiembre de 2021** se deben realizar los Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS) a la UIAF.

5.4.4 Seguimiento y Monitoreo.

En este último apartado, el Neurológico busca relacionar dos tipos de seguimiento y/o monitoreo que le permiten llevar un buen manejo de las etapas del SARLAFT-FPADM, generando y promoviendo un ambiente (en lo posible) libre de riesgos asociados a LA/FT/FPADM o en su defecto, en una zona de riesgo Aceptable que le permita controlar y cumplir con las acciones que promueven las buenas prácticas en la Gestión de Riesgos.

Aunado a esto, dichos tipos de seguimientos se dividen en:

- Comparar los riesgos asociados con los riesgos residuales, de este modo, poder analizar cuál fue la evolución del riesgo y determinar si es necesario volver a intervenir en una etapa anterior, con la finalidad de replantear, el impacto y frecuencia del riesgo y sus posibles controles; este análisis se realiza de manera periódica y como mínimo dos veces al año.
- Generar indicadores que permitan llevar a cabo una trazabilidad histórica, y determinar qué medidas respectivas se están tomando, de esta forma, desarrollar propuestas y soluciones, e intentar prevenir, mitigar y/o evitar estos riesgos de LA/FT/FPADM que se están generando; en su defecto, mejorar las acciones previamente establecidas, con el fin de implementar correcciones y re ajustar o crear nuevas medidas de control, que ayuden a disminuir el impacto y la frecuencia con la que estos riesgos se generan.

5.4.4.1 Cambios y Evoluciones de los controles y perfiles de riesgo inherente y residual.

La actualización y el cambio de los controles y perfiles de riesgo inherente y residual están a cargo del Oficial de Cumplimiento, el cual revisa la información semestralmente (como requisito mínimo).

- En caso de identificar un riesgo inherente, ya sea por la implementación de una nueva circular por parte de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, o por situaciones que requieran determinar con anterioridad los riesgos asociados, el Neurológico se encuentra en la obligación de hacer una revisión previa a la establecida.
- Los riesgos residuales se cambian o actualizan de acuerdo a la información suministrada en el Riesgo inherente (Dentro de la Matriz de Riesgo), por lo que su evolución depende en su totalidad del riesgo anteriormente mencionado, ya que nos indica cómo se comporta la información una vez evaluada, controlada y monitoreada.
- Los controles, sirven para prevenir, mitigar o evitar el riesgo, de tal manera que si existe un nuevo control, o se debe generar la actualización de alguno ya identificado, esta acción se implementa de manera inmediata, con el fin de aumentar la tolerancia al riesgo y de igual forma, mantener una supervisión constante.

5.5 Procedimientos.

5.5.1 Listas Internacionales Vinculantes para Colombia.

Según el ABECÉ CIRCULAR EXTERNA 09 DE 2016 – IMPLEMENTACIÓN DEL SARLAFT “La única lista internacional restrictiva vinculante para Colombia es la del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (artículo 20 de la Ley 1121 de 2006).”¹¹ Sin embargo, debido a las modificaciones que se han realizado con la circular **20211700000005-5 de Septiembre de 2021** y obteniendo información de la plataforma destinada para la investigación de los antecedentes de los clientes, proveedores y contratistas, usuarios y empleados, el Neurológico toma la decisión de asociar otras listas para la correcta implementación del SARLAFT-FPADM, las cuales son:

- “Designación de Organizaciones Terroristas Unión Europea.
- Lista de Personas designadas como Terroristas de la Unión Europea.
- Lista de Organizaciones Terroristas por los Estados Unidos.
- Lista de Personas designadas como Terroristas por los Estados Unidos.”¹²

¹¹ (S/f-d). Gov.co. Recuperado el 5 de abril de 2022, de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/MemoriasEventos/Abecedario-circular-externa092016-SARLAFT.pdf>

¹² ¿Cuáles son las Listas Vinculantes en Colombia? (2021, enero 8). Compliance - Debita Diligencia Online-Prevención LAFT - Listas Restrictivas, Listas Peps y Noticias. <https://www.compliance.com.co/cuales-son-las-listas-vinculantes-en-colombia-cuales-son-las-listas-cautelares-en-colombia/>

Esta información es revisada por el Oficial de Cumplimiento para la correcta consulta de los clientes, proveedores y contratistas, usuarios y empleados del Neurológico, ya sean nuevos o ya vinculados con la entidad.

5.5.2 Requerimientos por autoridades.

El Oficial de Cumplimiento debe realizar las respectivas revisiones dentro del Neurológico, acerca de la información relevante y asociada al SARLAFT-FPADM, la cual debe ser entregada a las siguientes autoridades:

- UIAF: El Neurológico se encuentra en la obligación de realizar Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS) a la Unidad de Información y Análisis Financiero.
- SNS: Se debe entregar toda la información que la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD requiera con respecto al desarrollo del SARLAFT-FPADM, tal como:
 - Las actas del Consejo de Administración donde conste la aprobación de las políticas, el nombramiento del Oficial de Cumplimiento; así como información asociada al SARLAFT-FPADM que se desarrolle en los comité respectivos.
 - El presente Manual de Procedimientos, donde consta toda la información asociada a los elementos, etapas, procedimientos y políticas del SARLAFT-FPADM.
 - Las metodologías utilizadas para la correcta realización del punto anterior.
 - Informes presentados por el Oficial de Cumplimiento.
 - Informes presentados por la Auditoría Interna y Revisor Fiscal sobre el funcionamiento del SARLAFT-FPADM.
 - Las constancias del envío de los ROS remitidos a la UIAF.
 - Las constancias de las capacitaciones internas sobre el SARLAFT-FPADM.
 - La Matriz de Riesgos del SARLAFT-FPADM.
 - Informe de evaluación de riesgos de LA/FT/FPADM por incursiones en nuevos mercados y/o nuevos servicios ofertados.

5.5.3 Conocimiento de clientes, proveedores y contratistas.

La Institución en calidad de agente del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD define llevar el adecuado control de conocimiento de clientes, proveedores y contratistas mediante una encuesta específica para cada uno de los entes relacionados anteriormente.

Dentro de esta encuesta, busca obtener la información de sus clientes, proveedores y contratistas, tal cual como la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD detalla los lineamientos dentro de las **Circulares 000009 de abril de 2016, y a la 20211700000005-5 de Septiembre de 2021**. Igualmente, el Neurológico, opta por

agregar información extra, la cual es relevante para el correcto manejo del SARLAFT-FPADM.

Dichas encuestas se encuentran en la intranet del Neurológico con los (códigos: RDDEPF22) (RDDEPF23) (RDDEPF024), las cuales son realizadas y controladas por el Oficial de Cumplimiento. Estas encuestas, deben actualizarse cada año como mínimo.

A continuación se detalla la información que está incluida, la cual se considera importante, pertinente y que cumple con los requisitos mínimos sugeridos por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD en las circulares correspondientes:

ENCUESTA	CLIENTES	PROVEEDORES	CONTRATISTAS
Nombre o razón social.	X	X	X
Tipo de ID y número.	X	X	X
Nombre del representante legal	X	X	X
Dirección, teléfono, lugar de nacimiento, fecha de nacimiento y Ocupación, oficio o profesión del representante legal o PN (Persona Natural).	X	X	X
Declaración de Origen de Fondos.	X	X	X
Manejo de Recursos públicos y Declaración de condición de Persona Expuesta Políticamente.	X	X	X
Realiza Operaciones internacionales.	X	X	X
Firma y huella de la PN o representante legal.	X	X	X
Fecha de diligenciamiento del formulario y nombre de persona que realizó la diligencia.	X	X	X
Información Financiera (Activos, Pasivos, Patrimonio, Ingresos mensuales, Egresos mensuales, otros ingresos).	X	X	X

 Hospital Neurológico de Colombia	PROCEDIMIENTO SARLAFT-FPADM
--	------------------------------------

Certificados (RUT, existencia, fotocopia cédula PN o representante legal, Estados Financieros).	X	X	X
Tiene vínculos con empleados del Neurológico.	X	X	X
Información Consejo de Administración.	X	X	
Información sobre socios y/o accionistas.	X	X	
Realiza otras funciones externas al Neurológico			X

La respectiva actualización y revisión de esta información se realiza cada que las circulares implementadas por la Supersalud lo requieran.

PREVIO A LA RELACIÓN CONTRACTUAL CON UN ASPIRANTE A EMPLEADO O UN TERCERO P/C/C (Proveedores, Clientes y Contratistas):

Según la “Circular 9 Abril 21 de 2016 SARLAFT: 5.2.2.2.4 Conocimiento de trabajadores, empleados o proveedores: La entidad debe verificar los antecedentes de sus trabajadores, empleados o proveedores antes de su vinculación y realizar por lo menos una actualización anual de sus datos”.

Según la “Circular 5-5 Sep17-2021 FPADM-SICOF: 5.2.2.2.1 Los soportes y la verificación del conocimiento de clientes y usuarios implican recaudar y conservar como mínimo información que permita identificar a la persona natural o jurídica por un término no menor a cinco (5) años y deberá actualizarse como mínimo anualmente”.

Por lo anterior la Institución establece lo siguiente:

-Para todos los empleados: El Servicio de Gestión Humana antes de contratar un empleado le hace firmar el “Autorización tratamiento de datos personales y consulta de antecedentes judiciales y listas obligatorias de verificación empleados Neurológico” y así el Oficial de Cumplimiento hace la consulta anual en las listas restrictivas.

-Para todos los Terceros P/C/C (Proveedores, Clientes y Contratistas): Antes de iniciar la relación contractual con los Terceros P/C/C (Proveedores, Clientes y Contratistas), el Interventor del Neurológico le debe notificar por correo electrónico a: sarlaft.indec@neurologico.org.co al Oficial de Cumplimiento, para que este haga la “Debida Diligencia”

Modelo del correo que envía el Interventor:

"Le informo los datos de un posible nuevo Tercero para que usted haga la "Debida diligencia" y expida el "CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO" con la aprobación o no para contratar:

-NOMBRE DEL PROVEEDOR:

-NIT:

-NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTO:

-CORREO ELECTRÓNICO DE LA PERSONA CONTACTO:

-TELÉFONO DE LA PERSONA CONTACTO:"

*El Proveedor debe enviar la "Debida diligencia" con la firma y la huella en original; y la aceptación de políticas SARLAFT/FPADM y SICO, también debidamente firmadas.

*El Oficial de Cumplimiento custodia estos documentos en original.

*Posterior, el Oficial de Cumplimiento realiza la verificación en "LISTAS RESTRICTIVAS" de la empresa, del representante legal y de los accionistas.

*Finalmente, el Oficial de Cumplimiento expide el "CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO" con la aprobación o no para iniciar el proceso de contratación y lo custodia. Si la consulta presenta alguna novedad, se citará al comité de SARLAFT/FPADM para su análisis".

RENOVACIÓN ANUAL DE LA DEBIDA DILIGENCIA DE LOS EMPLEADOS Y DE LOS TERCEROS P/C/C (Proveedores, Clientes y Contratistas):

Según la "Circular 9 Abril 21 de 2016 SARLAFT: 5.2.2.2.4 Conocimiento de trabajadores, empleados o proveedores: La entidad debe verificar los antecedentes de sus trabajadores, empleados o proveedores antes de su vinculación y realizar por lo menos una actualización anual de sus datos".

Según la "Circular 5-5 Sep17-2021 FPADM-SICO: 5.2.2.2.1 Los soportes y la verificación del conocimiento de clientes y usuarios implican recaudar y conservar como mínimo información que permita identificar a la persona natural o jurídica por un término no menor a cinco (5) años y deberá actualizarse como mínimo anualmente".

Por lo anterior la Institución establece lo siguiente:

-Para todos los empleados: El Oficial de Cumplimiento cada año durante el primer trimestre (De Enero a Marzo) hace la consulta anual en las listas restrictivas, y no se requiere nueva autorización del empleado porque se generó al inicio de la relación contractual.

-Para todos los Terceros P/C/C (Proveedores, Clientes y Contratistas): El Oficial de Cumplimiento cada año durante el primer trimestre (De Enero a Marzo) debe enviar un correo electrónico a los [Terceros P/C/C \(Proveedores, Clientes y Contratistas\)](#), para hacer la actualización de la "Debida Diligencia" y la renovación documental respectiva:

Modelo del correo que envía el Oficial de Cumplimiento:

"Estimado proveedor:

Reciba un cordial saludo de parte del Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez - "El Neurológico".

En cumplimiento a la Circular Externa 009 del 2016 y la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, relacionada con la Prevención del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, solicitamos de su colaboración con el diligenciamiento del siguiente cuestionario incluido en el link que se encuentra al final de este correo.

Tenga en cuenta:

- En el transcurso de las 24 horas siguientes después de llenar dicho formato, recibirá de vuelta el PDF del mismo; el cual deberá ser firmado por el Representante Legal.

¡Agradecemos la disposición y colaboración que brinde a este requerimiento!

LINK:<https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOilwNjFiYjRlZTY0ZWZhOWE2OTM3MjA4Njk5ZDc2M2RmOTdjMTYzYjFhODYzODU2NTU2ZDUwYTcxOWI0MThhYTJljiwiY29ubmVjdGlvbil6InNnaWluZGVjliwiZW5kcG9pbmQlOiJodHRwcyUzQSUyRiUyRnNnaS5hbG1lcmFpbSS5jb20IMkZzZ2klMkZhcGklMkZ2MiUyRiRlslmNvZGVhOi0lIn0=>

*El Proveedor debe enviar la "Debida diligencia" con la firma y la huella en original; y la aceptación de políticas SARLAFT/FPADM y SICOE también debidamente firmadas.

*El Oficial de Cumplimiento custodia estos documentos en original.

*Posterior, el Oficial de Cumplimiento realiza la verificación en "LISTAS RESTRICTIVAS" de la empresa, del representante legal y de los accionistas.

*Finalmente, el Oficial de Cumplimiento expide el "CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO" con la aprobación o no para continuar con la contratación y se lo envía al Interventor del Neurológico.

5.5.4 Procedimientos especiales para países de Mayor Riesgo.

Los procedimientos especiales destinados a países que representan un Mayor Riesgo de LA/FT/FPADM, se encuentran detallados en las Políticas del SARLAFT-FPADM código: RDDEPDg034 donde se explica qué información además de la anteriormente planteada se debe extraer, cuales son los países que representan un Mayor Riesgo, y si existe algún vínculo con estos o en caso de que exista, qué acciones se deben poner en marcha para evitar tomar decisiones erróneas que le generen al Neurológico un posible riesgo inherente que pueda materializarse.

5.5.5 Metodologías para detección de Operaciones Sospechosas.

Para la detección de Operaciones Sospechosas, el Neurológico cuenta con tres métodos en concreto, los cuales son desarrollados por el Oficial de Cumplimiento y ayudan a determinar posibles riesgos que se puedan estar generando dentro de su entidad, previniendo que estos se materialicen en alguno de los riesgos asociados.

Deduciendo esto, las metodologías son:

- La primera de ellas consiste en un formato llamado: "DECLARACIÓN DE PAGOS EN EFECTIVO Y/O DONACIONES" con código: GRGFIP01_A1, el cual se encuentra establecido y normalizado dentro de la intranet del Neurológico y está destinado específicamente a los usuarios y/o personas que realizan pagos y donaciones. Este formato lo tienen a disposición los cajeros de la entidad, el cual les permite determinar cuál es el origen de los fondos con los que se realizan los pagos que tienen sumas mayor o iguales a cinco millones de pesos colombianos (\$5.000.000) en efectivo, dentro de los

servicios que ofrece la entidad. De esta forma, antes de entregar el formato, se le sugiere al paciente hacer una consignación a las cuentas que tiene el Neurológico permitidas para movimientos de dinero; en caso de que el paciente prefiera realizar el pago en efectivo (por comodidad), es necesario tener un registro por escrito, el cual determina que el paciente declara al pie de la letra de su firma que no tiene recursos provenientes de actividades ilícitas y/o LA/FT/FPADM. De esta forma, se genera un reporte el cual es enviado a la UIAF por parte del Oficial de Cumplimiento, junto con los otros formatos y/o información que se deben enviar mensualmente.

- La segunda metodología está asociada directamente a los clientes proveedores y contratistas. Para este caso, el Neurológico dentro de la encuesta destinada para estas personas (naturales o jurídicas), crea apartados los cuales permiten determinar bajo el concepto y conocimiento del Oficial de Cumplimiento, si puede existir algún tipo de operación sospechosa, que requiera de información adicional por parte del cliente, proveedor y/o contratista. Una vez definido si existe un posible riesgo, se pueden establecer algunos mecanismos que le permitan al Neurológico acceder a información más detallada, que ayude a determinar qué tan riesgoso es tener un contrato con esta persona (natural o jurídica) y además de esto, prevenir que se materialice un posible riesgo. Luego de realizar los respectivos análisis, se debe enviar un reporte a la UIAF informando acerca del ROS (Reportes de Operaciones Sospechosas), para que estos puedan realizar sus estudios respectivos sobre la entidad en cuestión.
- Como tercera metodología, el Neurológico usa una herramienta (software) que sirve para consultar el informe de validación de los empleados, clientes, proveedores y contratistas. La plataforma permite revisar información asociada a cualquier persona ya sea natural o jurídica, permitiendo generar reportes más concisos y detallados, sobre los posibles riesgos que se pueden presentar en relación con los agentes internos y externos que se encuentran reportados dentro del software.

Estos controles son enviados a la UIAF periódicamente con el fin de que el Neurológico cumpla con lo solicitado por esta entidad y los lineamientos que se agregan en las circulares de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD.

5.5.6 Conocimiento Persona Expuesta Políticamente (PEP).

El conocimiento de las Personas Expuestas Políticamente se encuentra a cargo del Oficial de Cumplimiento del Neurológico, el cual, establece ciertos lineamientos a tener en cuenta en el documento (Políticas del SARLAFT-FPADM. Código: RDDEPDg34), con el fin de implementar cada una de los requerimientos propuestos por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD en sus circulares, con el fin de evitar riesgos de

LA/FT/FPADM asociados a estas personas, debido al control que se establece dentro del Neurológico.

5.6 Estrategias de Capacitación.

- **Presentación empleados Neurológico:** Se desarrolla una presentación en la cual se explica la información básica que todos los empleados del Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez - "El Neurológico" deben saber acerca del SARLAFT-FPADM. Es totalmente necesario establecer una conciencia del subsistema de riesgo entre los empleados, con el fin de cumplir con lo establecido en las normativas propuestas por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, de tal manera que cualquier empleado e incluso directivo, pueda determinar si existe algún riesgo asociado a LA/FT/FPADM de manera consciente, y que pueda realizar el debido proceso que se tiene implementando en la entidad.

- También es importante, por parte del Oficial de Cumplimiento, generar algunas capacitaciones específicas para los servicios que requieran mayor profundización en estos temas relacionados.

Para el caso de los servicios de compras y contratación, es importante generar conciencia en temas específicos del SARLAFT-FPADM que les concierna entender, tal como: el manejo que le dan a la información que clientes, proveedores y contratistas les brindan o en su defecto que les soliciten; esto debido a que en estas áreas, se encuentra un contacto directo con las contrapartes, por lo que es relevante que el Oficial de Cumplimiento lleve un acompañamiento constante brindando información importante para que los servicios puedan apropiarse de los temas y tener el conocimiento necesario para la correcta implementación del SARLAFT-FPADM según sus funciones.

- **Presentación Cajeros:** Dentro del Neurológico y para el SARLAFT-FPADM, los cajeros hacen parte de un papel importante en las funciones que realizan. De tal manera que, existe una presentación específica para ellos, que abarca información más detallada sobre formatos que deben tener en cuenta al momento de que los usuarios realicen pagos en efectivo por sumas mayores o iguales a \$5.000.000. Esta presentación y capacitación son desarrolladas por el Oficial de Cumplimiento, el cual, explica a los cajeros nuevos y vinculados, como deben manejar el formato "DECLARACIÓN DE PAGOS EN EFECTIVO Y/O DONACIONES" además de la información que deben tener en cuenta referente al LA/FT/FPADM; así, se genera conciencia entre los cajeros, de tal forma que se encuentren en la total capacidad de atender al usuario, actuando correctamente al momento de que se presente esta situación, sabiendo identificar Operaciones Sospechosas e informando de manera oportuna al Oficial de Cumplimiento. La información se suministra a través de la Intranet del Neurológico, mediante el apartado de comunicaciones, junto con esta área, se le informa al personal de la entidad lo que deben saber sobre el SARLAFT-FPADM. Se debe mantener esta información

actualizada periódicamente o cada que las circulares de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD lo indiquen.

5.7 Tecnología.

El Neurológico toma en consideración diferentes software para asegurar cada uno de los lineamientos necesarios para el correcto funcionamiento de los elementos y las etapas del SARLAFT-FPADM, de maneras que se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Software para Matriz de Riesgos.
- Software para encuestas. (Clientes, Proveedores y Contratistas).
- Software para revisión de antecedentes.
- Almera.

5.8 Controles de Revisión.

- Autocontrol: El Oficial de Cumplimiento, debe llevar un registro propio sobre las veces que se realizar las revisiones periódicas a cada uno de los elementos y etapas que conforman el SARLAFT-FPADM, con el fin de mantener la información actualizada y poder cumplir con los requisitos exigidos por los entes revisores, de generar reportes por escrito sobre información asociada a modificaciones o controles.
- Auditorías internas: El área de Control Interno revisa semestralmente el correcto funcionamiento de los elementos y etapas del SARLAFT-FPADM, y le emite al Oficial de Cumplimiento los resultados de la evaluación que se desarrolle, además de al Consejo de Administración, dejando constancia de la información deficiente y las posibles soluciones que se generen.
- De manera semanal se realizan revisiones sistemáticas con la dirección, generando un informe y un plan de trabajo (actualizable) en donde se consagran los avances que se desarrollaron durante la semana, con el fin de establecer un plan de acción efectivo, del cual surge información que previamente debe ser enviada a las entidades que se les debe reportar dicha información.
- Auditorías Externas: La Revisoría Fiscal realiza una auditoría al momento que el Neurológico lo solicite, con el fin de reportar la información y avances que se tiene del SARLAFT-FPADM, de manera que este agente, puede determinar la viabilidad de la información suministrada y su aplicabilidad; en caso de que el reporte sea inconcluso, se encuentran en la potestad de generar acciones de mejora que ayudan al Neurológico a revisar que de esta información deben organizar, eliminar o volver a realizar.
- Retroalimentación Consejo de Administración mediante informe semestral y mediante la socialización de manual, políticas etc para aprobación.

6. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

- Las etapas del SARLAFT-FPADM están sujetas a cambio para mejorar la información cada que la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD desarrolle nuevos lineamientos y circulares más estrictas, o que se requiera para el correcto funcionamiento del SARLAFT-FPADM en el Neurológico.
- Se lleva un constante monitoreo de este instructivo a fin de actualizar o ajustar la información en caso de que sea necesario, se determina revisar periódicamente por lo menos dos veces al año.
- Las etapas se encuentran adheridas a las políticas internas relacionadas con el SARLAFT-FPADM y a los lineamientos que allí se establezcan o modifiquen.
- Se utilizan los formatos establecidos dentro del Neurológico para el desarrollo de cada una de las actividades que se detallan dentro del anterior instructivo.
- El Neurológico, procura que lo implementando en este Manual de Procedimientos y demás información relacionada con el SARLAFT-FPADM, se desarrolle en las dos sedes que posee (Medellín y Apartadó) de tal manera que se asegure el cumplimiento establecido por las **Circulares 000009 de abril de 2016, y a la 20211700000005-5 de Septiembre de 2021** de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, las cuales se adecuaron dentro de la entidad.
- Para un correcto control de la información entregada en el Manual de Procedimientos del SARLAFT-FPADM, se tienen en cuenta y se referencian cada uno de los documentos asociados que se utilizan según la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD lo requiere en las circulares y se ajustan de acuerdo a los formatos establecidos dentro del Neurológico. De tal forma, los documentos asociados a este Manual y en general a todo el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva; son:
 - Políticas SARLAFT-FPADM.
 - Encuesta para Clientes.
 - Encuesta para Proveedores.
 - Encuesta para Contratistas.

Revisión: 10**Código: RDDEPDg28****Responsable: Control Interno**

El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez - "El Neurológico", establece un actuar con criterios éticos y transparentes, determinando cero tolerancia con cualquier insinuación o conducta que sea considerada como corrupción, opacidad y fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST); y así mantener la credibilidad, seguridad y confianza con los grupos de interés (internos y externos).

*La Institución adopta las siguientes definiciones:

Corrupción: Abuso del poder encomendado para obtener beneficios particulares, propios, de la familia, de amigos o de terceros.

Fraude: Consiste en una acción que resulta contraria a la verdad y a la rectitud, el fraude se comete en perjuicio de una persona u organización.

Soborno: Una oferta, promesa, entrega, aceptación o solicitud de una ventaja indebida de cualquier valor (financiera o no financiera), directamente o indirectamente, en violación de la ley, como incentivo o recompensa para que una persona actúe o deje de actuar en relación con el desempeño de las obligaciones de esa persona.

Soborno Transnacional (ST): El que dé, prometa u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, sumas de dinero, cualquier objeto de valor pecuniario u otro beneficio o 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.

* La Institución prohíbe la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno, el soborno transnacional (ST) y los siguientes comportamientos:

- a. Soborno a funcionarios del Estado o particulares para el ejercicio de funciones.
- b. Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la Institución o de una persona natural.
- c. Alteración de registros contables.
- d. Uso de intermediarios en posibles esquemas de soborno.
- e. Riesgo de corrupción respecto de posibles socios de negocio: Uniones temporales de negocio, consorcios, subsidiarias, fusiones y adquisiciones, entre otros.
- f. Pagos monetarios y/o en especie para agilizar trámites (pagos de facilitación).
- g. Pagos monetarios y/o en especie por la captación preferente e indebida de pacientes.
- h. Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema (como descapitalizarse a evitar embargos, entre otros actos).
- i. Contribuciones políticas ilegales, conflictos de interés, compromisos de compensación, el uso de recursos de la seguridad social en salud para otros fines diferentes a ella.
- j. Incumplimiento de la normatividad externa e interna, relacionada con:

- El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM).
- El Programa de Transparencia y Ética Empresarial Integral (PTEE-I) enfocado en prevenir que se presenten fenómenos de corrupción, opacidad y fraude (COF), así como el soborno y el soborno transnacional (ST).
- El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

Aprobado por:



RAFAEL MORENO SALAZAR
Representante Legal

Revisión: 04**Código: RDDEPDg22****Responsable: Control Interno**

El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez, en adelante El Neurológico, establece el principio de confidencialidad, con la información de las investigaciones, las reuniones, los documentos a los que se acceda y demás asuntos de carácter privado; y no se divulgaran las opiniones emitidas o la documentación a la que se acceda durante las discusiones en otros escenarios ni con otras personas; certificando la decisión de la reserva y confidencialidad.

Aprobado por:



RAFAEL MORENO SALAZAR
REPRESENTANTE LEGAL

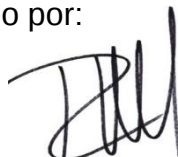
Revisión: 05**Código: RDDEPDg21****Responsable: Control Interno**

El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez, en adelante El Neurológico, entenderá como conflictos de intereses, las siguientes definiciones:

- a. Competencias decisorias que tiene el Consejo de Administración, los benefactores, los directores y los empleados responsables, con sus intereses propios, privados, de familiares, de amigos, de socios cercanos o de otro orden, que pueden afectar a la objetividad de las decisiones que adopta. Así mismo, pueden estar asociadas con otro tipo de intereses como los profesionales, comerciales o relativos a expectativas que en un futuro podría generar beneficios extra, sean estos por concepto económico o de alguna promoción laboral.
- b. Situaciones de intereses personales directos o indirectos, en el proceso de contratación: por compra de bienes o servicios con proveedores, por contratación y venta de servicios de salud u otro concepto de venta a los clientes, por contratación de personal laboral o por prestación de servicios, entre otros tipos de relaciones contractuales; que se encuentren en oposición con las mejores prácticas éticas y de transparencia del Neurológico.
- c. Cuando las exigencias de actividades externas personales, profesionales, familiares o de negocios, afectan el desempeño imparcial y objetivo; o distraen las responsabilidades laborales; o se utilizan recursos del Neurológico para propósitos que no están relacionados con los intereses de la misma.
- d. Situaciones en las que el juicio de un sujeto, en lo relacionado a un interés primario para él o ella, y la integridad de sus acciones; tienden a estar indebidamente influenciadas por un interés secundario, el cual frecuentemente es de tipo económico o personal.

Ante una situación en la cual se presente un conflicto de intereses interno o externo, o si existe la duda de su posible ocurrencia, los empleados del Neurológico deberán declararlo a su superior jerárquico de acuerdo a la estructura organizacional (equipo directivo, jefes y/o coordinadores) y estos son los responsables de analizar con sus jefes superiores el caso respectivo y de hacerle seguimiento a las decisiones tomadas.

Aprobado por:



RAFAEL MORENO SALAZAR
REPRESENTANTE LEGAL

 Hospital Neurológico de Colombia	POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO
---	---------------------------------

Revisión: 01	Código: RDDEPDg53	Responsable: Control Interno
---------------------	--------------------------	-------------------------------------

El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez, en adelante El Neurológico, en su calidad de entidad sin ánimo de lucro (ESAL), implementa el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) que incluye normas internas de auditoría y mecanismos de prevención enfocados a prevenir situaciones, conductas, actos o insinuaciones asociados a la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), así como el soborno y el soborno transnacional (ST) según el artículo 30 de la Ley 1778 de 2016 del Congreso de la República.

El programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) se desarrolla de acuerdo con las características particulares que tiene el Neurológico, se rige por el cumplimiento de sus estatutos, sus reglamentos, su direccionamiento estratégico, su código de ética y de buen gobierno, su código de integridad y sus valores corporativos; los cuales están directamente relacionados con las mejores prácticas de transparencia en sus empleados y en sus relaciones con los grupos de interés (internos y externos) de acuerdo al marco de la normatividad jurídica vigente a nivel nacional e internacional y en consonancia con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) a la cual pertenece Colombia.

Página 1 de 1	Elaboró: Jefe Control Interno Revisó: Jefe Control Interno	Aprobó: Consejo de administración	Fecha: 21/06/2024
---------------	---	--------------------------------------	----------------------

Revisión: 03

Código: RDDEPDg09

Responsable: Dirección Médica

El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez - "El Neurológico", establece como pilar fundamental de la prestación de los servicios, la atención humanizada, óptima y justa, representada por actos médicos especializados, con excelencia científica y técnica en un ambiente de comunicación, calidez, confidencialidad, privacidad, sensibilidad ante el dolor y respeto por la dignidad del paciente. Se trabaja con valores que identifican la cultura organizacional, como respuesta al establecimiento de relaciones armónicas entre las personas que conforman la comunidad de la Institución, manteniendo un riguroso respeto por los deberes y derechos de los usuarios y la disciplina de la mejora continua.

Aprobado por:



RAFAEL MORENO SALAZAR
Representante Legal

 Hospital Neurológico de Colombia	POLÍTICA DE LA GESTIÓN INTEGRADA
--	---

Revisión: 03	Código: RDDEPDg10	Responsable: Jefe del Sistema Integrado de Gestión
---------------------	--------------------------	---

El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez - "El Neurológico", a partir de las necesidades y expectativas de los clientes y usuarios, está comprometida con su satisfacción y cumplimiento ético, humano y legal. El principio fundamental de sus estrategias, es realizar una gestión integrada con responsabilidad social empresarial, en la cual la calidad de los productos y servicios involucra la racionalidad de los recursos, la protección del medio ambiente, el auto cuidado, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la seguridad clínica, las buenas prácticas, la investigación y la docencia y la auto sostenibilidad financiera en todos los procesos, teniendo en cuenta las condiciones del mercado y la legislación aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Aprobado por:



RAFAEL MORENO SALAZAR
Representante Legal

Página 1 de 1	Elaboró: Jefe del Sistema Integrado de Gestión. Revisó: Dirección General.	Aprobó: Dirección General	Fecha : 25/02/2025
---------------	---	---------------------------	-----------------------

 Hospital Neurológico de Colombia	POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL (RSE)
--	---

Revisión: 03	Código: RDDEPDg12	Responsable: Jefe del Sistema Integrado de Gestión.
---------------------	--------------------------	--

El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez - "El Neurológico", tiene como compromiso social la búsqueda permanente del bienestar de sus empleados, del medio ambiente, del cliente externo y el mejoramiento de la condición de salud de los pacientes, fundamentada en la normatividad vigente y el crecimiento de la Institución.



RAFAEL MORENO SALAZAR
Representante Legal

Página 1 de 1	Elaboró: Jefe del Sistema Integrado de Gestión Revisó: Dirección General	Aprobó: Dirección General	Fecha : 25/02/2025
---------------	---	---------------------------	-----------------------

Revisión: 04**Código: RDDEPDg33****Responsable: Control Interno**

El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez, en adelante El Neurológico, desarrolla una gestión continua del sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas (SIGRS) para identificar, evaluar, medir, controlar, monitorear y comunicar sus diferentes tipos de riesgos; seleccionando la alternativa que presente la mejor relación entre el beneficio esperado y el costo en que se debe incurrir para su tratamiento, aplicando diferentes estrategias que permitan llevarlos hacia niveles tolerables como: evitar los riesgos, mitigarlos, compartirlos, transferirlos, o aceptarlos, según resulte procedente para el cumplimiento de las metas.

El Neurológico enmarca un compromiso sostenido de todos los empleados con los principios del autocontrol, la autorregulación y la autogestión para propender por implementar el modelo COSO (ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación, y monitoreo) de manera integrada en las responsabilidades laborales, la gobernanza, la transparencia y el cumplimiento de la normatividad vigente.

El sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas (SIGRS) debe estar alineado con los planes estratégicos que tenga El Neurológico.

Aprobado por:



RAFAEL MORENO SALAZAR
Representante Legal

Revisión: 07

Código: RDDEPDg20

Responsable: Control Interno

El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez - "El Neurológico", se compromete con una gestión ética y transparente en el desarrollo de las neurociencias, la investigación, la docencia y en todos sus procesos administrativos y asistenciales para el cumplimiento de sus objetivos estratégicos.

En coherencia con el código de ética y de buen gobierno y complementado con el código de integridad de la Institución, se establece en todas sus relaciones con los grupos de interés (internos y externos), tales como: el Estado, el Consejo de Administración, los empleados y su grupo familiar, los pacientes y sus familias, la alianza de usuarios, el grupo voluntariado hospitalario y de salud, la comunidad, el medio ambiente, la academia, la competencia, los clientes y pagadores, las aseguradoras, los proveedores, las empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, instituciones del sector salud, y demás entes de relacionamiento; en no dar y/o recibir, prebendas o dádivas, directa o indirectamente, ni en aceptar: bonificaciones, comisiones, promociones, donaciones, obsequios, servicios, patrocinios, tiquetes de viaje, regalos, beneficios comerciales, educativos o congresos a título personal o a través de familiares, que comprometan la independencia e imparcialidad en la toma de decisiones e impidan una sana competencia con criterios éticos.

La Fundación Instituto Neurológico de Colombia Iván Jiménez tiene un canal exclusivo "Sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción" a través del correo electrónico: lineadetransparencia@neurologico.org.co para las denuncias de presuntas violaciones a la ética, a la moral, a los valores corporativos, a la política de transparencia, a la política de anticorrupción, antifraude y antisoborno. Este canal se maneja con total reserva y confidencialidad de la información suministrada.

Aprobado por:



RAFAEL MORENO SALAZAR
Representante Legal

El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez, en adelante El Neurológico, comprometida con la adecuada gestión del riesgo de Lavado de Activos / Financiación del terrorismo / Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LAFT-FPADM) y en cumplimiento a las circulares externas 000009 del 21 de Abril de 2016 y 20211700000005-5 del 17 de Septiembre de 2021; establece los siguientes lineamientos generales de obligatorio cumplimiento por parte de todos los colaboradores, proveedores, contratistas y clientes del Neurológico. Estos lineamientos buscan la debida diligencia para prevenir el uso de elementos criminales, con el consecuente impacto económico negativo que ello puede representar para la estabilidad del Neurológico y la del sector, al ser utilizados, para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento, en cualquier forma, de dineros u otros bienes provenientes de actividades ilícitas o destinadas a ellas, o para dar apariencia de legalidad a los recursos generados de dichas actividades:

- **Conflicto de interés:**

Dentro del Código de Ética del Neurológico, se entiende como conflicto de interés: *“cualquier situación o evento en que los intereses personales, directos o indirectos, de los miembros del Consejo de Administración, Benefactores, Directivos y, en general, todo aquel que participe, directa o indirectamente, en el proceso de contratación de productos y/o servicios, se encuentren en oposición con los del Neurológico”*.¹

Aunado a lo anterior, dentro del direccionamiento estratégico, se plantea la política de conflicto de interés donde informa que “El Neurológico, determina de manera explícita el compromiso que deben tener todas las partes interesadas internas y externas, en declarar cuando en el ejercicio de sus funciones y/o actividades con el Neurológico, exista la presencia de algún conflicto de interés, en procesos de investigación y/o al analizar y discutir casos de diferentes temas asociados con las funciones, conceptos relacionados con los intereses personales, familiares o personas cercanas, que influyan en la toma de decisiones u otras situaciones que atenten contra la moral, las buenas costumbres o el trato equitativo entre proveedores, clientes internos y/o externos, y demás partes interesadas”.

Para la prevención de conflictos de interés, el Neurológico plantea el documento DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS Código: RDDEPF09, el cual es entregado a cada persona que es vinculada al Neurológico, donde se garantiza la decisión de obrar de manera transparente, declarando de forma oportuna (por escrito o verbal) y

¹ Intranet Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez.

ante las Directivas del Neurológico cuando exista un conflicto de interés (o sospecha de conflicto de interés) que amenace el análisis confiable y seguro de todo el actuar.

- **Factores de riesgos y los factores asociados del LA-FT-FPADM:**

Factores de riesgo: Para la definición de los Factores de Riesgo se determina quienes son los entes que tienen una relación contractual con el Neurológico de tal manera que son los que pueden afectar en magnitud el correcto funcionamiento del SARLAFT-FPADM, convirtiéndose así en generadores de posibles riesgos a analizar. Es preciso detallar que la información suministrada en este punto a desarrollar dentro del SARLAFT-FPADM, funciona como base en el sistema de riesgos de la Institución, dando así un comienzo a la segmentación, señales de alerta y posiblemente riesgos asociados, por lo que es de suma importancia revisar y detallar de manera adecuada cada uno de estos factores de riesgo, encaminado a la probabilidad de ocurrencia que estos puedan tener y la magnitud del daño que puedan causar si se hacen inherentes.

Riesgos Asociados: Se estructuran los Factores de riesgo, junto con la información entregada por las circulares 009 de 2016 y 5-5 de 2021 de la Supersalud, para plantear los riesgos asociados que se generan de tal manera que se pueden convertir en riesgos inherentes a los cuales se deben hacer una correcta identificación, evaluación, control y seguimiento. El Neurológico genera unas causas a tratar luego de la identificación de los riesgos asociados, con el fin de construir su matriz de riesgos y de plantear unos controles para la prevención de dichos riesgos, de tal manera que se genere una estructura que sirva en la construcción del SARLAFT-FPADM.

- **Reserva de la información:**

De acuerdo con el Art.105 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF) El Oficial de Cumplimiento está en la obligación de dar reportes inmediatos a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) *“sobre manejo de activos o pasivos u otros recursos, cuya cuantía o características no guarden relación con la actividad económica de sus clientes, o sobre transacciones de sus usuarios que por su número, por las cantidades transadas o por las características particulares de las mismas, puedan conducir razonablemente a sospechar que los mismos están usando a la entidad para transferir, manejar, aprovechar o invertir dineros o recursos provenientes de actividades*

*delictivas o destinados a su financiación”.*² Además de esto, el Neurológico es consciente de la calidad e importancia de lo anteriormente expuesto, de tal forma que las personas que en ejercicio de sus funciones tengan conocimiento acerca de los reportes internos de operaciones inusuales o de reportes de operaciones sospechosas, están obligados a mantener estricta confidencialidad de la información que se maneja internamente en el Neurológico y se encuentran en el deber de ser reservados y no exponer la información que ha sido compartida a la UIAF, o que se encuentre en proceso de análisis dentro del Neurológico.

- **Consecuencias del incumplimiento SARLAFT-FPADM:**

El Consejo de Administración, los Empleados, Proveedores, Clientes y Contratistas del Neurológico tienen como deber contribuir a la lucha contra el Lavado de Activos / Financiación del terrorismo / Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LAFT-FPADM), por lo tanto, mientras exista algún tipo de relación contractual con el Neurológico, están obligados a dar estricto cumplimiento a las disposiciones y lineamientos establecidos para tal fin.

El Consejo de Administración y los empleados están en la obligación de diligenciar el formato GRGFIF02 AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES, CONSULTA DE ANTECEDENTES JUDICIALES Y DECLARACIÓN DE ORIGEN DE INGRESOS EMPLEADOS NEUROLÓGICO SARLAFT/FPADM al ingreso a el Neurológico; para realizar la respectiva validación de antecedentes y listas vinculantes, la cual se realizará cada año mientras dure la relación contractual, en caso de estar vinculado a alguna de las listas de control asociadas al LA/FT/FPADM se podrá dar por terminado el contrato previo análisis del comité SARLAFT-FPADM.

Los clientes, proveedores y contratistas estarán en su deber como agentes asociados al Neurológico, de diligenciar la encuesta diseñada para cada uno de ellos relacionada al SARLAFT-FPADM y suministrar los documentos necesarios para el estudio de la procedencia de sus ingresos. Con esta información se realizará un análisis previo en el proceso de vinculación de cada uno de ellos, con el fin de determinar si la contraparte es sospechosa, o genera algún tipo de riesgo SARLAFT-FPADM.

Para la contratación con los proveedores, el incumplimiento de este deber podrá generar la suspensión de los pagos y en caso de generar sospechas el Neurológico optará por

² Avance Jurídico Casa Editorial Ltda. (s/f). ESTATUTO ORGÁNICO SISTEMA FINANCIERO PR004. Colpensiones - Administradora Colombiana de Pensiones. Recuperado el 15 de marzo de 2022, de https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/estatuto_organico_sistema_financiero_pr004.htm

llevar un análisis más detallado para estudiar qué tan riesgoso es o no contratar a dicha contraparte.

Si luego de hacer el estudio, se encuentra información asociada a delitos por LA/FT/FPADM y no simplemente acusaciones, no se puede generar un contrato.

- **Compromiso de los funcionarios de priorizar la administración de los riesgos LA/FT/FPADM sobre las metas comerciales:**

Es deber del Consejo de Administración y las direcciones, anteponer el funcionamiento del SARLAFT-FPADM a la hora de tomar decisiones con respecto a la contratación, vinculación o demás operaciones emitidas con clientes, proveedores o contratistas nuevos o en su defecto al momento de renovar con alguno ya existente; de tal forma que se pueda realizar un análisis previo de los riesgos asociados al LA/FT/FPADM que puedan afectar el funcionamiento del Neurológico, y así generar una barrera protectora al riesgo, trabajando bajo el código de Ética.

Consecuentes con esto es deber de los empleados que tienen contacto directo con esta operación dar cumplimiento a las normas establecidas en las circulares (009 de 2016 y 5-5 de 2021 de la Supersalud) y dar prioridad a los análisis de mercado en materia del SARLAFT-FPADM, previo a la contratación con una contraparte nueva o nuevos pedidos relacionados con contrapartes ya existentes. Así mismo, se exige poner en práctica cada uno de los documentos que tiene el Neurológico a disposición para la identificación y prevención de posibles riesgos asociados a LA/FT/FPADM de tal forma que quede en constancia la previa revisión y priorización que se realizó antes de prestar o adquirir un servicio.

- **Deber de los Órganos Administrativos de Control y del Oficial de Cumplimiento así como de todos los funcionarios de asegurar el cumplimiento de los reglamentos internos relacionados con el SARLAFT-FPADM:**

El Sistema de Administración de Riesgos de LA/FT/FPADM es de obligatorio cumplimiento y debe ser de pleno conocimiento por parte de todos los funcionarios del Neurológico, para garantizar esto; el Oficial de Cumplimiento suministrará la información necesaria para el correcto desarrollo, estableciendo las funciones que deben implementar cada uno de los cargos que tienen relación directa o son más propensos a verse asociados con riesgos LA/FT/FPADM, ya sea porque tienen contacto directo con usuarios que presentan sospechas (según lo ya establecido internamente y por las circulares 009 de 2016 y 5-5

de 2021 de la Supersalud) o por contrataciones con clientes, proveedores, contratistas y empleados.

Así mismo es deber de Control Interno y Revisoría Fiscal como máximos Órganos de Control del Neurológico realizar auditorías para evaluar la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y elementos del SARLAFT/FPADM.

- **Vinculación de Clientes, Proveedores, Contratistas y Empleados:**

Para iniciar la relación contractual con Clientes, Proveedores, Contratistas y Empleados se debe hacer un correcto análisis en la plataforma que se tiene a disposición (Compliance) para determinar un primer filtro sobre qué antecedentes legales tiene la persona natural o jurídica que se está contratando. Es de suma importancia realizar esta debida diligencia para desde primera instancia evitar riesgos asociados a LA/FT/FPADM en caso de que la contraparte aplique. En esta consulta se incluyen tanto al Representante Legal como a los Socios.

No podrán Vincularse ni mantener ningún tipo de relación contractual con las personas naturales o jurídicas: Que se encuentren en la lista ONU, OFAC u otra lista de riesgo en materia de LA/FT/FPADM, suministren información falsa o nieguen a dar información o a presentar la documentación exigida para verificar la procedencia de sus fondos.

De esta manera, si la vinculación se realizará en el largo plazo, se procede con realizar una encuesta específica para cada uno de ellos sobre la información que se requiere para la correcta implementación del SARLAFT-FPADM, una vez terminado el proceso de vinculación, de igual manera se siguen realizando monitoreos anuales para evitar que se puedan presentar riesgos futuros con respecto a la duración del contrato.

- **Proceso estricto para el conocimiento de Personas Expuestas Públicamente (PEPS):**

Si al momento de realizar debida diligencia se evidencien alguna particularidad o señal de alerta respecto a personas Expuestas Políticamente deberán ser revisados por el Oficial de Cumplimiento y posteriormente presentados ante el Comité SARLAFT/FPADM para su respectiva aprobación.

Si la persona se encuentra realizando un contrato como función de su cargo público, se debe validar que no se encuentre inhabilitado para ejercer este tipo de cargos en la página de la Procuraduría si antes no se había realizado la consulta. Se consulta en medios o

información de uso público si la persona se encuentra en noticias por investigaciones pendientes de temas de corrupción o mala administración de los recursos, con el fin de tomar las medidas y decisiones pertinentes.

- **Procedimientos aplicables a las etapas del SARLAFT-FPADM:**

El cumplimiento de los procesos aplicables a cada etapa del SARLAFT-FPADM que se detallan en el “MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT-FPADM)” está a cargo de cada uno de los empleados y directivos responsables de los procesos del Neurológico y los cuales tienen relación directa con temas asociados a los riesgos de LA/FT/FPADM. De esta manera, se asegura que las etapas sean desarrolladas en su totalidad y que se apliquen los controles y mediciones correspondientes para la correcta mitigación de estos riesgos presentes en la Institución.

- **Manejo del efectivo:**

El Neurológico cuenta con una “POLÍTICA PARA EL MANEJO DEL EFECTIVO” en donde detalla cada uno de los lineamientos que son necesarios para el control del efectivo que ingresa. El Neurológico se compromete a cumplir a cabalidad cada uno de estos lineamientos expuestos, dando constancia de su cumplimiento y compromiso con el SARLAFT-FPADM.

- **Colaboración con las Autoridades Competentes:**

El Neurológico deberá colaborar con las autoridades competentes cuando estas lo soliciten, para el desarrollo de investigaciones asociadas al riesgo de LA/FT/FPADM, proporcionando la información que esté al alcance del Neurológico.

El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez, en adelante El Neurológico, comprometida con la adecuada gestión del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude y en cumplimiento a la circular externa 20211700000005-5 del 17 de Septiembre de 2021; establece los siguientes lineamientos generales de obligatorio cumplimiento por parte de todos los directivos, colaboradores y demás partes interesadas.

Estos lineamientos deberán estar ligados al Código de Ética y Buen Gobierno buscando impulsar a nivel institucional la cultura en estos riesgos, de tal manera que se pueda prevenir, gestionar y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad y Fraude, originados tanto al interior como al exterior del Neurológico.

- **Cultura en materia de prevención de Corrupción, Opacidad y Fraude:**

El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez propiciará espacios (comités, grupos primarios, staff, reuniones del consejo de administración, entre otros) para la capacitación de todo el personal en materia del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, detallando los lineamientos que cada parte interesada debe tener en cuenta para hacer efectivo el funcionamiento de este. De igual manera, se pretende compartir la información periódicamente para que los interesados se mantengan al tanto de lo que ocurre en la Institución, garantizando por parte del Oficial de Cumplimiento y las personas encargadas, el envío de los documentos necesarios como mínimo dos veces al año, permitiendo así una mayor participación con el empleado en los espacios más concurridos por estos, tales como: intranet, correo, chat institucional, entre otros.

Es de igual importancia señalar, que para permitir el correcto manejo de la información y la completa comprensión de los empleados, estos deben estar al tanto de lo estipulado dentro del “Código de Ética y Buen Gobierno” que se encuentra directamente relacionado con el manejo del SICOF.

- **Asegurar el cumplimiento de todas las partes involucradas:**

La finalidad del presente subsistema de Administración de riesgos es proyectar a todos los niveles de la organización un mensaje de oposición a la corrupción, Opacidad y el Fraude en todas sus manifestaciones y la voluntad de combatirla en todas las actividades que se realizan al interior y exterior de la Institución para lo cual se plantean los siguientes lineamientos:

Todos los empleados y directivos se comprometen mediante el documento RDDEPDg46 apoyar lo establecido por la Institución para la correcta ejecución del SICOF.

Así mismo, la Institución establece el documento “ACEPTACION POLITICAS SARLAFT/FPADM Y SICOF” para asegurar el cumplimiento de estas por parte de los Clientes. Proveedores y Contratistas. En dicho documento la contraparte expresa que ha leído ambas Políticas y que se compromete a dar estricto cumplimiento a estas.

- **Aceptación de las contrapartes de la política SICOF de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia:**

Las Política del SICOF y del SARLAFT/FPADM serán enviadas por el Oficial de Cumplimiento a todas las contrapartes, quienes al firmar el documento “RDDEPDg45 ACEPTACIÓN POLÍTICAS SARLAFT/FPADM Y SICOF” declaran expresamente que estas fueron leídas, entendidas y que se comprometen y se adhieren con el estricto cumplimiento de estos lineamientos.

- **Prevención y resolución de conflictos de interés en la recolección de la información:**

Haciendo constancia de lo planteado en el “Código de Ética y Buen Gobierno” de El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez y de acuerdo a la estructura organizacional, los niveles de mayor autoridad (Directivos, jefes y coordinadores) son los encargados de realizar el correcto seguimiento a la norma planteada y revisar de manera precisa posibles conflictos de interés que se presenten en la Institución y que estén directamente relacionados con la Corrupción, Opacidad o Fraude. Toda la información que se recolecta para el desarrollo del SICOF, debe ser completamente confidencial por los encargados de cada área, de manera que se eviten posibles conflictos de interés.

- **Identificación de los cambios en los controles y en el perfil de riesgo:**

Cada encargado de los procesos y que tenga relación con el SICOF, según lo previamente establecido en la matriz de riesgo, debe ser responsable del monitoreo de los controles correspondientes. En caso, que sea presentando un cambio en el control y/o perfil de riesgo, debe expresarle al Oficial de Cumplimiento el cambio y la razón de porque se tuvo que ajustar la información. De igual manera, el Oficial de Cumplimiento debe realizar la revisión adecuada y verificar la necesidad de ajustar el perfil de riesgo, según las nuevas actualizaciones que se presenten.

- **Manejo de información y comunicación para garantizar su conservación y confidencialidad:**

El manejo de la información y su comunicación debe ser transparente y aunada al Código de Ética y Buen Gobierno. De igual manera, todas las personas que tengan acceso a la información, deben tener en cuenta en situaciones relacionadas con Riesgo de Corrupción, Opacidad o Fraude se debe mantener cierta confidencialidad al momento de comunicar la información. Todos los interesados pueden tener acceso a la información siempre y cuando cumplan con las reglas de confidencialidad establecidas dentro del Código de Ética y Buen Gobierno del Neurológico.

- **Protección y confidencialidad a las personas que informen posibles casos de corrupción, opacidad o fraude:**

Dada la situación que una parte interesada informe un posible caso de Corrupción, Opacidad o Fraude, la Institución está en el deber de asegurar la protección y confidencialidad de la información brindada hasta el momento de su revisión y confirmación por parte del Oficial de Cumplimiento o la persona que se encuentre encargada para dar respuesta la solicitud según el “Instructivo Reporte Sistema de Denuncias Anónimas Línea de Transparencia”. En caso de que la información sea verídica luego de su revisión, la Institución debe mantener el nombre de la persona implicada de manera anónima si ésta así lo solicita, en otro caso, se puede dar atributo por la información brindada.

- **Reporte del perfil de riesgo:**

De acuerdo con lo establecido en el manual de prevención del SICO la Institución debe establecer su perfil de riesgo inherente y residual de esta manera se expresa en el presente documento que la implementación de estos perfiles de riesgos se detallará a partir del primer año consecutivo luego de su ejecución. Luego de esto la revisión será realizada semestralmente.

**MANUAL DE PREVENCIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN
DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (SICOF)**

**HOSPITAL NEUROLÓGICO DE COLOMBIA FUNDACIÓN IVÁN JIMÉNEZ
"EL NEUROLÓGICO"**

INTRODUCCIÓN	3
1. OBJETIVO	3
1.1 Objetivos Específicos.	3
2. ALCANCE	3
3. DEFINICIONES	4
5.1 Estructura Organizacional.	7
5.2 Roles y responsabilidades.	7
5.2.1 Consejo de Administración.	7
5.2.2 Representante Legal.	8
5.2.3 Oficial de Cumplimiento.	9
5.2.4 Órganos de control.	10
5.2.4.1 Revisoría Fiscal.	10
5.2.4.2 Control Interno.	11
5.3 Medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas.	11
5.4 Etapas del SICOF.	11
5.4.1 Identificación.	11
5.4.2 Medición.	13
5.4.3 Control.	13
5.4.4 Monitoreo.	14
5.5 Procedimientos.	14
5.5.1 Instrumentación de etapas y elementos.	14
5.5.2 Identificación de cambios y evolución de controles.	15
5.5.3 Medidas por el incumplimiento del SICOF.	15
5.5.4 Mantener el registro de eventos.	15
5.5.5 Instrumentos.	16
• Señales de alerta.	16
• Segmentación:	16
• CONTRAPARTES: CLIENTES, PROVEEDORES:	16
• USUARIOS:	17
• EMPLEADOS:	17
• CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN:	17
5.5.6 Órganos de control frente al SICOF.	18
5.6 Ruta de Integridad Empresarial.	18
5.7 Parámetros para la resolución de conflictos de interés.	18
5.8 Uso de información privilegiada.	19
5.9 Consecuencias de la inobservancia del Manual.	19
5.10 Tecnología.	19
5.11 Estrategias de capacitación.	20
6. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	20

INTRODUCCIÓN

El HOSPITAL NEUROLÓGICO DE COLOMBIA FUNDACIÓN IVÁN JIMÉNEZ, pero puede anunciarse como “EL NEUROLÓGICO” en calidad de ente vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD y de acuerdo con la Circular 20211700000005-5 de 2021, desarrolla el presente Manual de Prevención, en beneficio de la correcta ejecución del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), aportando al sistema de salud con mejores prácticas institucionales que permitan la identificación, medición, control y monitoreo de cada uno de los riesgos mencionados que se presenten dentro de los procesos.

El presente documento permite a los directivos, empleados y agentes interesados conocer las prácticas que realiza el Neurológico en la lucha contra la Corrupción la Opacidad y el Fraude, así como el soborno y el soborno transnacional (ST) brindando mayor seguridad a los grupos de interés y priorizando las actividades de prevención, sin disminuir los esfuerzos en las actividades de detección y respuesta.

1. OBJETIVO

Implementar un Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) mediante el desarrollo y la aplicabilidad de cada uno de los lineamientos expuestos por la Circular 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, para asegurar la calidad y el cumplimiento del Neurológico frente al sector salud.

1.1 Objetivos Específicos.

- Mejorar la promoción de la integridad y la cultura de la legalidad.
- Desarrollar herramientas para luchar contra la impunidad de los actos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- Avanzar en el fortalecimiento Institucional necesario para la administración efectiva y el ejercicio del código de ética y buen gobierno.

2. ALCANCE

Este documento debe ser cumplido y aplicarse para el SICOF y cada uno de los procesos con los que cuenta el Neurológico, luchando en contra de la Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) y evitando que se generen pérdidas en todas las sedes.

3. DEFINICIONES¹

- **Canal de Anticorrupción:** Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de fraude, opacidad o corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.
- **Cibercrimen:** Actividades ilícitas que se llevan a cabo para robar, alterar, manipular, enajenar o destruir información o activos (como dinero, valores o bienes desmaterializados) de compañías, valiéndose de herramientas informáticas y tecnológicas.
- **Cohecho:** Delito que comete un particular, que ofrece a un funcionario público o persona que participa en el ejercicio de la función pública dádiva, retribución o beneficio de cualquier clase para sí o para un tercero, para que ejecute una acción contraria a sus obligaciones, o que omita o dilate el ejercicio de sus funciones.
- **Colusión:** Pacto o acuerdo ilícito, es decir, acuerdo anticompetitivo para dañar a un tercero en procesos de contratación pública.
- **Concusión:** Acción realizada por un funcionario público en abuso de su cargo, para inducir a otra persona a dar o prometer a él mismo o a una tercera persona, el pago de dinero u otra utilidad indebida.
- **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.
- **Corrupción:** Obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información.
- **Corrupción Privada:** El que directamente o por interpuesta persona prometa, ofrezca o conceda a directivos, administradores, empleados o asesores de una sociedad, asociación o fundación una dádiva o cualquier beneficio no justificado para que le favorezca a él o a un tercero, en perjuicio de aquella. En este tipo el beneficio es para una persona natural o empresa privada.
- **Corrupción Pública:** Cuando en el acto de Corrupción intervienen funcionarios públicos y/o la acción reprochable recaiga sobre recursos públicos.
- **Denuncia:** Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
- **Estafa:** Es un delito contra el patrimonio económico, donde una persona denominada estafador, genera una puesta en escena y se aprovecha de la buena voluntad para presentar negocios inexistentes y obtener algún beneficio como sumas de dinero.

¹ Circular 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud. literal 5.2.1 Definiciones de página 34 a 39 de 57.

- **Favoritismo:** Preferencia dada al “favor” sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante.
- **Fraude:** Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero bienes o servicios.

Actividades enunciadas constitutivas de Fraude:

- Acto ejecutado con intención deshonesta.
- Apropiación indebida de fondos, títulos valores, suministros de oficina o cualquier otro activo de la entidad y/o sus clientes.
- Manejo inapropiado de dinero o transacciones financieras.
- Generación de ganancias personales a partir del conocimiento de información de las actividades internas de la Entidad.
- Relevar información confidencial y propietaria a terceros de obtener una ganancia.
- **Fraude Externo:** Se define como los actos realizados por una persona externa a la entidad, que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de la misma o incumplir normas o leyes.
- **Fraude Interno:** Se define como todos aquellos actos que de forma intencional buscan la apropiación indebida de activos o busca causar las pérdidas que se ocasionan por actos cometidos con la intención de defraudar, malversar, los activos o la propiedad de la entidad. Estos actos son realizados por al menos un empleado o administrador de la Entidad.
- **Hurto:** Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro.
- **Información Privilegiada:** Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello.
- **Opacidad:** Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.
- **Peculado:** Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de particulares cuya administración tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones.
- **Piratería:** Obtención o modificación de información de otros, sin la debida autorización, ya sea una página web, una línea telefónica, computador o cualquier Sistema informático de una entidad.
- **Prevaricato por acción:** Actuación voluntaria de un funcionario público para proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.

- **Prevaricato por Omisión:** Actuación voluntaria de un funcionario público para proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.
- **Soborno:** Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control.
- **Soborno Transnacional:** El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional.
- **Tráfico de Influencias:** Utilización indebida, en provecho propio o de un tercero de influencias derivadas del ejercicio del cargo público o de la función pública, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer. Incluye el ejercicio indebido de influencias por parte de un particular sobre un servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico.
- **Vandalismo:** Acciones físicas que atenten contra la integridad de los elementos informáticos, la infraestructura, entre otros, cuya finalidad es causar un perjuicio, por ejemplo, la paralización de las actividades, como medio de extorsión o cualquier otro.
- **Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude-SICOF:** Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:
 - Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de las entidades sometidas a inspección y vigilancia evitando situaciones de Corrupción, Opacidad y Fraude. Para el efecto se entiende por eficacia la capacidad de alcanzar las metas y/o resultados propuestos; y por eficiencia la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.
 - Prevenir y mitigar la ocurrencia de Corrupción, Opacidad y Fraudes, originados tanto al interior como al exterior de las organizaciones.
 - Realizar una gestión adecuada de los Riesgos.

MARCO NORMATIVO

- **Circular 20211700000005-5 de septiembre de 2021**, por medio de la cual se imparten instrucciones relativas al **SICOF** (Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude).

4. ELEMENTOS

5.1 Estructura Organizacional.

En el Neurológico la “Estructura organizacional” se encuentra soportada con todos los componentes legales, administrativos, contables, asistenciales, entre otros para el cumplimiento de su objeto social y para el diseño y adopción de cada uno de los “Sistemas de Riesgo”. Cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables, mediante los cuales se dirige la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión se realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario.

Estructura organizacional:

Estatutos de la Fundación.

Consejo de Administración.

Alta gerencia: Dirección General (Representante Legal), Dirección Administrativa y Financiera y Dirección Médica.

Direccionamiento Estratégico.

Código de ética y de buen gobierno.

Reglamento Interno de Trabajo.

Organigrama.

Estados Financieros.

Procesos y estructura documental.

Órganos de control interno y Revisoría Fiscal.

Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud.

Entre otros.

5.2 Roles y responsabilidades.

5.2.1 Consejo de Administración.

- Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOF, con fundamento en las recomendaciones del Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF.
- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF y hacer seguimiento a su cumplimiento.

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

5.2.2 Representante Legal.

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por el Consejo de Administración.
- Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF así como el soborno y el soborno transnacional (ST).
- Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
- Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de este Riesgo implica para la entidad.

- Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
- Recibir y evaluar los informes presentados por el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, de acuerdo con los términos establecidos en la presente Circular.
- Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la presente Circular.
- Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada Administración de Corrupción, Opacidad y Fraude a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

5.2.3 Oficial de Cumplimiento.

- Diseñar y someter a aprobación del Consejo de Administración u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- Diseñar y proponer para aprobación del Consejo de Administración o quien haga sus veces, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que el Neurológico administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, así como el soborno y el soborno transnacional (ST) en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en esta Circular.
- Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) en el Neurológico
- Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) medidos.
- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informar al órgano correspondiente, en los términos de la presente Circular.
- Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST).
- Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF.
- Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.

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

5.2.4 Órganos de control.

5.2.4.1 Revisoría Fiscal.

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al Revisor Fiscal, éste debe elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable, en el que informe acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.

A su vez, debe poner en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOF, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la Junta Directiva u órgano que haga sus veces.

5.2.4.2 Control Interno.

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones a la Auditoría Interna, o quien ejerza el control interno, ésta debe evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOF, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, deberán informar los resultados de la evaluación al representante legal o junta directiva.

5.3 Medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas.

El Neurológico deja en constancia en el presente manual que la política SICOF así como cada uno de los lineamientos que se planteen en esta, deben ser cumplidos y conocidos por cada uno de los implicados e interesados en el desarrollo de este Subsistema.

El Oficial de Cumplimiento debe asegurar al Neurológico que las partes interesadas cumplan a cabalidad la Política SICOF, de esta manera, se implementan estrategias que permitan brindar el conocimiento de estas, así como la responsabilidad de que cada una de las partes interesadas que se mencionan en este documento cumplan con los lineamientos planteados.

En caso del no cumplimiento de las políticas y la no aceptación, el Neurológico debe analizar la situación y por qué la contraparte no desea participar en la gestión del SICOF, determinando por parte del Oficial de Cumplimiento junto con los directivos las medidas que se van a implementar para llevar a cabo en estas situaciones de acuerdo a la contraparte que se esté negando.

5.4 Etapas del SICOF.

5.4.1 Identificación.

- El Neurológico cuenta con un Mapa de Procesos el cual se desarrolla en cuatro fases, iniciando desde los Procesos Estratégicos que son responsabilidad de la Dirección, continuando con el Proceso Misional en donde se desarrollan cada uno de los servicios del Neurológico y el Proceso de apoyo el cual es toda el área administrativa y termina con el Proceso de la Medición, Análisis y Mejora.

Cada fase cuenta con diferentes procesos y subprocesos en donde se disponen todas las áreas del Neurológico y estas a su vez cuentan con la documentación precisa de cada una de las actividades que se realizan. Esta documentación, al igual que el mapa de procesos, puede ser consultada por cualquier miembro de la entidad dentro de la Software Institucional y se encuentra a disposición de los entes reguladores.

Las partes interesadas nos permiten determinar quiénes están completamente relacionados con el SICOF, de esta manera, es de vital importancia identificar cuáles

pueden verse implicados o tengan relación con los riesgos inherentes de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) que se presenten en el Neurológico. Analizando el contexto interno y externo de la Institución, se determina que los stakeholders que más pueden verse implicados en los diferentes riesgos asociados y que a su vez son tenidos en cuenta como Factores de Riesgos son:

- Clientes.
- Proveedores y contratistas.
- Empleados o directivos.
- Consejo de Administración.
- Pacientes.

Es importante detallar que no todos se puedan ver involucrados directamente en los riesgos asociados, sin embargo de una u otra forma pueden participar y generar un posible riesgo para la Institución, por lo que es relevante tener en cuenta los efectos que estos generan y revisar cual es la manera precisa de poder actuar de manera preventiva a posibles riesgos inherentes que se presenten al identificar su participación.

- La metodología de identificación se encuentra definida en el “Instructivo Ciclo General de Gestión de Riesgos” acá se detalla el paso a paso de la identificación basado en el modo Risicar. De igual manera, este modelo se aplica a todos los procesos estratégicos y de apoyo de la Institución, debido a que los procesos misionales cuentan con la metodología “AMFE” (Análisis Modo de Falla y Efecto).

Para la identificación de los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude se busca utilizar la metodología Risicar, incluyendo los procesos misionales, debido a que en estas áreas también pueden ser identificados los riesgos, pero no afectan directamente a la salud del paciente que genere la necesidad de utilizar la metodología AMFE como se menciona en el documento “Lineamientos Específicos Subsistemas de Riesgo”.

Es importante trabajar los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude en una sola metodología independiente del proceso en el que se evidencie la situación, de esta manera, se facilite la evaluación, control y medición de estos.

- Los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude potenciales se trabajan desde el proceso de Gestión del Direccionamiento Estratégico y Planeación. Dichos riesgos son transversales a los demás procesos, por lo que se generaliza la información de manera que el SICOF se efectúe equitativamente en toda la Institución.
- Lo descrito en este Manual es de total cumplimiento por parte del Neurológico de acuerdo con lo establecido en la **Circular 20211700000005-5 de Septiembre de 2021** de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, de esta manera, cada que sea implementado o modificado cualquier proceso con el que se cuente, este deberá ser revisado previamente e identificar si se presenta algún riesgo de Corrupción, Opacidad o

Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) que deba de ser tratado de acuerdo con lo establecido en el “Instructivo Ciclo General de Gestión de Riesgos”.

5.4.2 Medición.

- La metodología usada para la medición de los riesgos está establecida en el “Instructivo Ciclo General de Gestión de Riesgos”, en donde se explica cómo se obtiene la información. Esta matriz es usada dentro de un software Institucional, el cual ayuda a determinar los riesgos, su nivel de frecuencia y severidad y previamente permite arrojar un riesgo residual, luego de su evaluación pertinente.
- La Institución, adapta los riesgos de acuerdo a la metodología establecida en el Software permitido, con el fin de determinar la probabilidad e impacto de cada uno de los Riesgos de Corrupción, Opacidad o Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) que se presenten en los procesos, de acuerdo con las clasificaciones que deben tomar de acuerdo a la gravedad y afectación que pueda tomar en la Institución.
- El Neurológico determina su perfil de riesgo inherente de acuerdo a donde se sitúan los riesgos en la Matriz, así se puede definir, que tan tolerable es al riesgo. Es importante medir qué tan alto es el riesgo para establecer controles acordes con la mitigación y/o eliminación del riesgo de Corrupción Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) con el que cuenta la Institución.

5.4.3 Control.

- Los controles del SICOF se trabajan dentro de la matriz de riesgo disponible en el software institucional con el fin de mitigar o eliminar los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) que se presenten en los procesos. De igual manera dentro de estos controles se debe establecer que:
 - De acuerdo a la información que se necesite los encargados de cada proceso serán los responsables de llevar a cabo la actividad de control.
 - Los controles se ejecutan como mínimo 1 vez al año.
 - Se realizan, con el fin de prevenir, mitigar y/o eliminar los riesgos de Corrupción, Opacidad o Fraude dentro de la Institución.
 - Se determina luego de realizar la previa evaluación de los riesgos, que de acuerdo con las causas establecidas deben existir estrategias que ayuden a mitigar el riesgo presente.
 - Se presentan planes de acción con el fin de indicar las observaciones de los controles y su efectividad así como la evidencia de la ejecución junto con su progreso.

- La implementación de los controles está a disposición de todos los empleados según el proceso en el que se encuentre el riesgo inherente, de igual manera esta información es de fácil acceso dentro del software institucional.
- Dentro de la matriz de riesgo, luego de efectuar los controles con periodicidad mínima de un año se determina el riesgo residual con el que cuenta la Institución, y a partir de esta información se debe desarrollar nuevos controles dependiendo de la efectividad de estos.

5.4.4 Monitoreo.

- Los planes de acción permiten llevar un seguimiento efectivo a los riesgos desarrollados dentro de la Matriz. Estos sirven para ir plasmando los avances del control que se han ido efectuando. De igual manera, es importante priorizar los riesgos que más daño están efectuando dentro de la organización ya sea por su frecuencia o impacto, de esta manera se les debe realizar un seguimiento más constante a estos, con el fin de determinar si es necesario o no aplicar más medidas correctivas que permitan la disminución del riesgo dentro de la matriz y la Institución.
- El Neurológico deberá establecer indicadores cuando se tenga la suficiente información necesaria para determinar los potenciales Riesgos de Corrupción, Opacidad o Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) y poder actuar preventivamente en la identificación de estos. Estos indicadores, deben ser descriptivos o prospectivos ya que no existe mucha información asociada dentro del sector, por lo que se implementan como una metodología que apoya la prevención del riesgo.
- Una vez establecidos los niveles de aceptación por el Neurológico acerca de los riesgos, es importante mantener y fijar metas a corto y mediano plazo, que permitan llevar un control estable sobre los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, así como el soborno y el soborno transnacional (ST) cumpliendo con lo establecido en la normativa y con lo necesario para el correcto funcionamiento de la Institución.
- Se debe generar un reporte interno como mínimo semestralmente de la Gestión de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, así como el soborno y el soborno transnacional (ST) que contenga el perfil de riesgo inherente y residual de la Institución.

5.5 Procedimientos.

5.5.1 Instrumentación de etapas y elementos.

La instrumentación de las etapas se encuentra definida en el “Instructivo Ciclo General de Gestión de Riesgos” el cual se encuentra adaptado para el completo desarrollo de las

etapas del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

5.5.2 Identificación de cambios y evolución de controles.

El Oficial de Cumplimiento en su función de revisión constante de la matriz de riesgo junto con el encargado del proceso, deben estar al tanto de la efectividad de los controles, así como de su progreso y su actualización en caso de que así se requiera.

A medida que un riesgo se presente con mayor frecuencia o impacto, se deben generar nuevos controles que permitan mitigar de manera más efectiva el riesgo dentro de la Institución.

También, es importante identificar en caso que un control no sea efectivo o no esté cumpliendo con su función, lo que puede generar un desgaste en la revisión del mismo, sin efectuar su verdadera funcionalidad dentro de la matriz.

5.5.3 Medidas por el incumplimiento del SICOF.

Las medidas por el incumplimiento del SICOF están establecidas en el documento “Política SICOF”, aquí se definen las reglas del estricto cumplimiento por parte de los empleados y demás interesados, así como las consecuencias del incumplimiento en el desarrollo de la gestión de riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.

5.5.4 Mantener el registro de eventos.

En el “INSTRUCTIVO REPORTE SISTEMA DE DENUNCIAS ANÓNIMAS LÍNEA DE TRANSPARENCIA” el Neurológico permite registrar cada uno de los eventos que se presenten en materia de riesgo de Corrupción, Opacidad o Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST). Este registro debe ser entregado al encargado del SICOF (Oficial de Cumplimiento) y este a su vez debe llevar el registro de cuántos eventos se han realizado, así como sus causas y posibles controles a implementar para mitigar la presencia de estos riesgos.

Es función adicional del Oficial de Cumplimiento, dejar constancia de estos registros acumulados, de manera que puedan ser de fácil consulta y acceso para las autoridades o persona que requiera de dicha información.

5.5.5 Instrumentos.

- **Señales de alerta.**

Es importante que por parte de todos los implicados se construya un adecuado SICOF. Una de las maneras que permite la identificación previa de un riesgo son las señales de alerta, las cuales se activan una vez exista un registro de los posibles riesgos que se hayan presentado dentro de la Institución.

Una vez planteado correctamente el riesgo inherente en la matriz, se debe tener en cuenta la información que posiblemente ésta pueda arrojar así como los controles que son usados para su mitigación. En base a esta información, el Neurológico puede tener diferentes estrategias preventivas que permitan determinar con anticipación los riesgos asociados a la Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST)

Actualmente un elemento que funciona como señal de alerta es la Línea de Transparencia, donde se permiten realizar denuncias asociadas a los riesgos del SICOF y otra información que atenta contra la integridad y el Código de Ética y de Buen Gobierno de nuestra Institución.

De igual manera, es de vital importancia estar realizando constante seguimiento a la información que surja a partir del momento en el que se pone en marcha la ejecución del SICOF, para generar ideas y/o mecanismos que permitan ser usados como señales de alerta para anticiparse a situaciones que posiblemente pueden ser mitigadas.

- **Segmentación:**

“El propósito de la segmentación es hacer eficiente la gestión de un grupo de elementos que conviene no gestionar de manera individual, tanto por los costos operativos como por la mejor utilización del tiempo al interior del sistema.

Al conformar los grupos se pueden conocer las características principales de los factores de riesgo y emplear políticas y acciones comunes a todos ellos.”²

Aunado a la definición, la segmentación de las partes interesadas de acuerdo con lo planteado en este documento y la información que se solicita en la **Circular 20211700000005-5 de Septiembre de 2021** de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, se cuenta con:

- **CONTRAPARTES: CLIENTES, PROVEEDORES:**

Toda la información que tenga relación con los contratos con contrapartes, será tratada de manera homogénea por el Oficial de Cumplimiento, así, se determina la razón y/o riesgo identificado y se clasifica según su frecuencia e impacto que representa para la Institución.

² INFOLAFT. (s. f.). Recuperado de: <https://www.infolaft.com/sarlaft-claves-segmentar-factores-riesgo/>

- **USUARIOS:**

“Los usuarios son aquellas personas naturales o jurídicas a las que, sin ser clientes, la entidad les presta un servicio”.³

La segmentación adecuada para este factor de riesgo es dividiendo los servicios que ofrece el Neurológico a los pacientes particulares, teniendo en cuenta las denuncias que estos puedan ofrecer para determinar cuáles pueden ser los servicios que se pueden ver más afectados y generar un posible control más específico sobre estos.

- **EMPLEADOS:**

Dentro del Neurológico es importante mencionar que existen 2 tipos de empleados a los cuales se deben realizar las mismas acciones de prevención, sin embargo puede que los riesgos sean más representativos en unos que en los otros. De esta manera tenemos que: Asistenciales: Para el Neurológico los asistenciales son todos aquellos que laboran dentro de la clínica y tienen un contacto directo con el paciente para brindarle el mejor servicio posible y cubrir con sus necesidades.

Administrativos: *“profesionales fundamentales para el buen funcionamiento de cualquier empresa. Dentro de esta categoría encontramos técnicos administrativos y auxiliares administrativos, profesionales con formación y tareas diferentes pero que responden a un perfil polivalente relacionado con la gestión de todo tipo de recursos”.⁴*

Para una correcta segmentación se toma partida de dos puntos de referencia, de los cuales se seleccionan las áreas que puedan incurrir en un posible riesgo más alto, debido a las actividades que realizan y de igual manera, se tienen en cuenta los otros servicios que no tienen tanta posibilidad de presentar un riesgo que logre materializarse, pero igual es relevante generar señales de alerta, para llevar a cabo un control respectivo.

- **CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN:**

“Las juntas directivas son un punto de encuentro entre los intereses, socios, propietarios, objetivos y negocios de ciertas compañías. En ellas se gestan decisiones y relaciones importantes para el crecimiento y direccionamiento de la empresa”.⁵

Es preciso para el Neurológico especificar unas características particulares entre los miembros de la Consejo de Administración, para determinar qué miembros se pueden ver más implicados o afectados por Riesgos de Corrupción, Opacidad o Fraude, así como el soborno y el soborno transnacional (ST) de esta manera, se segmenta única y propiamente a todos los integrantes para establecer criterios que aporten a generar alertas que nos ayuden con la identificación de los Riesgos asociados y así crear acciones preventivas que eviten la materialización del Riesgo, donde hay que plantear un énfasis

³ ¿Qué son los factores de riesgo lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT)? (s. f.). SIIARÉ. Recuperado 28 de febrero de 2022, de <https://www.siiare.com/factores-de-riesgo-LA-FT>

⁴ Benitez. Y. (2019, Octubre 28). Personal administrativo: ¿qué funciones y tareas desempeñan?. Quality. <https://www.qualitytemporal.com/blog/personal-administrativo-funciones-y-tareas/>

⁵ Empleo, E., 2022. Características de Consejo de Administración ideal. [online] Noticias elempleo.com. Recuperado de: <https://www.elempleo.com/co/noticias/mundo-empresarial/caracteristicas-de-junta-directiva-ideal-6036>

relevante ya que es un órgano de suma importancia para el correcto funcionamiento del Neurológico.

5.5.6 Órganos de control frente al SICOF.

Los órganos de control deben estipular el adecuado funcionamiento del SICOF mediante auditorías tanto internas como externas que permitan evaluar la información con la que cuenta el Neurológico y determinar qué tan eficiente está siendo el Subsistema y cuáles son las mejoras que se deben realizar.

La información extraída por los órganos de control se desarrolla en documentos establecidos por el Neurológico o por el agente externo y debe estar a disposición de los interesados y de los entes de vigilancia de acuerdo con la normativa.

5.6 Ruta de Integridad Empresarial.

De manera voluntaria el Neurológico participa en la Ruta de Integridad Empresarial, el cual es un programa propuesto por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República que permite valorar la integridad y transparencia de la Institución, de forma que se definen las capacidades que tienen, los posibles riesgos asociados y las estrategias para controlarlos.

Esta información es relevante para cumplir a cabalidad con la transparencia del Neurológico y aporta de manera directa a la gestión del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, apoyándose en el “Código de Ética y Buen Gobierno” y en el cumplimiento basado en la información de la Secretaría.

5.7 Parámetros para la resolución de conflictos de interés.

Los parámetros para la resolución de conflictos se definen en el “Código de Ética y Buen Gobierno” así como en la “Política SICOF”, de esta manera se asegura la adecuada resolución de estos.

Es importante detallar que dentro de estas estrategias de resolución de conflictos de interés se deben tener en cuenta entidades externas, que de alguna u otra manera se encuentran en relación con la Institución, así como los vinculados directamente con esta. Toda persona que se encuentre con algún vínculo entre el Neurológico y algún interesado debe tener en cuenta estos parámetros establecidos.

5.8 Uso de información privilegiada.

La confidencialidad de la información se encuentra establecida al igual que muchos otros factores que permiten la transparencia El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez dentro del “Código de Ética y de Buen Gobierno”.

Cualquier tipo de información que sea tratada y con referencia al SICOF, debe ser notificada netamente a los implicados dentro de este Subsistema, debido a que el uso de dicha información es clasificada y solo debe ser usada para cumplir con el compromiso del Neurológico y no para fines personales que afecten el desarrollo y promuevan los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST).

5.9 Consecuencias de la inobservancia del Manual.

Es importante que todos los empleados y/o interesados tengan conocimiento del Manual de Prevención. La persona que se encuentra a cargo del desarrollo del SICOF, deberá informar a las partes interesadas sobre la existencia de este y donde lo pueden encontrar para su revisión.

5.10 Tecnología.

El Neurológico cuenta con el apoyo de un software que le permite agrupar diferente información necesaria para el correcto desarrollo del SICOF.

Dentro de este software se implementa la matriz de riesgo, donde se puede plantear los riesgos, evaluarlos, controlarlos y monitorearlos, generando un procedimiento más efectivo a la hora del desarrollo de las etapas.

De igual manera, se cuentan con diferentes plataformas internas en donde se lleva a cabo el manejo y comunicación de la información, de esta forma se imparte el SICOF a todos los involucrados que cuentan con una participación activa y/o indirecta.

- De acuerdo con el instructivo “IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES INFORMÁTICAS”, cada que el Neurológico requiera implementar una nueva solución informática bien sea por desarrollos internos o externos, se debe presentar al área encargada, la cual, dependiendo del requerimiento, identifica cuál es la mejor manera de implementar lo solicitado dentro de los parámetros establecidos.
- En el instructivo “ACTUALIZACIÓN DE SOFTWARE”, se asegura mantener actualizado cada uno del software utilizado para el manejo de la información dentro de la Institución. De esta manera, se asegura que al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos

se apliquen las actualizaciones y acoples necesarios dentro del software utilizado para general las Matrices de Riesgos para cada uno de sus Subsistemas.

- La Secretaría de Transparencia facilita la implementación de una aplicación para el desarrollo de la autoevaluación de la Integridad de la Institución, así como el efectivo cumplimiento, estrategias de mejora y posibles riesgos inherentes que se puedan presentar. Esta herramienta permite soportar las medidas aplicadas al SICOF y la aportación del Neurológico a la mejora del sector salud.

5.11 Estrategias de capacitación.

Es importante contar con capacitaciones que les permitan a los empleados e interesados conocer el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST).

De acuerdo al debido proceso, se debe estandarizar la información, detallando lo principal a tratar para que todos los empleados tengan una comprensión completa, socializar las capacitaciones, delimitando fechas para cada uno de los servicios y que todos puedan acceder a ellas de forma integral y por último evaluar lo que se presenta, debido a que es importante llevar un control de la información que se brinda y que todos los presentes tengan claro lo que es lo que se busca transmitir con la capacitación. De esta manera, para el SICOF, se busca realizar:

- Presentación empleados del Neurológico: Se desarrolla una presentación en la cual se explica la información básica que todos los empleados deben saber acerca del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST).

Es totalmente necesario establecer una conciencia del SICOF entre los empleados, con el fin de cumplir con lo establecido en las normativas propuestas por la Supersalud, de tal manera que cualquier empleado e incluso directivo, pueda determinar si existe algún riesgo asociado de manera consciente, y que pueda realizar el debido proceso que se tiene implementando en el Neurológico.

La información hacia las partes interesadas se brinda a través de correo principalmente, compartiendo los detalles y lineamientos específicos con los que cuenta el Neurológico para que sean conscientes de la gestión que se realiza acerca del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST).

6. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

- El Oficial de Cumplimiento se compromete a seguir a cabalidad toda la información que se plantea en el desarrollo del presente documento.

- El Consejo de Administración vela por el cumplimiento del presente Manual así como de la Política SICOF.
- El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) se desarrolla en beneficio de la mejora y apoyo constante del sector salud así como de la Institución.

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I)

**HOSPITAL NEUROLÓGICO DE COLOMBIA FUNDACIÓN IVÁN JIMÉNEZ
"EL NEUROLÓGICO"**

Contenido

1.	GENERALIDADES.....	5
2.	OBJETIVO.	6
	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	6
3.	ALCANCE.	6
4.	MARCO NORMATIVO.	6
	SOLICITUD POR PARTE DE LA GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I).	8
5.	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I) DEL NEUROLÓGICO.....	9
5.1.	VOCABULARIO.....	9
5.2.	ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I) DEL NEUROLÓGICO.	12
A)	<i>POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO DEL NEUROLÓGICO.....</i>	12
B)	<i>MATRIZ DE RIESGOS QUE INCORPORA LA IDENTIFICACIÓN Y LA EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN (C) Y DE SOBORNO TRANSNACIONAL (ST) DETECTADOS Y LOS CONTROLES EN EL NEUROLÓGICO.....</i>	13
C)	<i>POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN (C) Y SOBORNO TRANSNACIONAL (ST) EN EL NEUROLÓGICO.</i>	14
	Roles y responsabilidades Consejo de Administración.	15
	Roles y responsabilidades Oficial de Cumplimiento.	16
	Roles y responsabilidades Empleados.....	17
	Procedimientos generales para la gestión del riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST) en el Neurológico.	19
	Compromiso prevención del riesgo de corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST).....	20
	Acciones por incumplimiento del compromiso.....	21
	Mecanismos para reportar.....	21
D)	<i>LINEAMIENTOS PARA REGALOS, VIÁTICOS Y CONTRIBUCIONES POLÍTICAS EN EL NEUROLÓGICO. 22</i>	
E)	<i>MECANISMOS DE DEBIDA DILIGENCIA PARA VERIFICAR EL ORIGEN DE RECURSOS DE DONANTES O COOPERANTES, SEAN HABITUALES U OCASIONALES EN EL NEUROLÓGICO.</i>	23
F)	<i>MECANISMOS Y NORMAS DE AUTOCONTROL Y AUDITORÍA EN EL NEUROLÓGICO.</i>	25
	F1) Deberes específicos de las personas que están expuestas al riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST), destinados a su prevención en el NEUROLÓGICO.	27
	F2) Procedimiento interno de investigación y sanción, que respeta las garantías procesales y las normas laborales o contractuales, para atender las posibles infracciones al PTEE-I cometidas por cualquier agente del Neurológico o por un tercero.	29

F3) Definición y socialización del canal que permite que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, sobre actividades sospechosas relacionadas con el riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST). 31

F4) Para los riesgos de soborno transnacional (ST), se define un procedimiento de archivo y conservación de documentos relacionados con los negocios, donaciones o transacciones internacionales, en los que esté involucrada o sea beneficiaria el Neurológico. 36

F5) Mecanismos para la divulgación y seguimiento al programa al interior del Neurológico. 37

6. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD. 38

TABLA DE ANEXOS

VER ANEXO 1:.....	5
-ACTA CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN NÚMERO 123.....	5
VER ANEXO 2:.....	5
-ACTA CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN NÚMERO 128.....	5
VER ANEXO 3:.....	12
-POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO.	12
VER ANEXO 4:.....	17
-POLÍTICAS CONTRA LA CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (COF), DE SOBORNO Y DE SOBORNO TRANSNACIONAL (ST).	17
Política de Anticorrupción, Antifraude y Antisoborno.....	17
Política de Transparencia.	17
Política SARLAFT-FPADM.	17
Política SICOF.	17
Política de Riesgo.....	17
Política de Conflicto de intereses.....	18
Política de Confidencialidad.....	18
Política de Protección y Control de los Recursos.....	18
Política de la Gestión Integrada.	18
Política para el Manejo de Efectivo.	18
VER ANEXO 5:.....	18
-“MANUAL DE PREVENCIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)”.....	18
-“PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICAS DE SARLAFT- FPADM”.....	18
-EL CÓDIGO DE ÉTICA Y DE BUEN GOBIERNO.	18
-EL CÓDIGO DE INTEGRIDAD.....	18
VER ANEXO 6:.....	18
-“SISTEMA DE DENUNCIAS ANÓNIMAS LÍNEA DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN”.....	18
VER ANEXO 7:.....	18
-“COMPROMISO EMPLEADOS CON EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)”.....	18
VER ANEXO 8:.....	19
-“LINEAMIENTOS DE ANTICORRUPCIÓN, ANTIFRAUDE Y ANTISOBORNO”.....	19
VER ANEXO 9:.....	22

-“LINEAMIENTOS PARA REGALOS, VIÁTICOS y CONTRIBUCIONES POLÍTICAS”.	22
VER ANEXO 10:.....	25
-ESTATUTOS DEL NEUROLÓGICO.....	25
VER ANEXO 11:.....	25
-CERTIFICACIÓN DE LA REVISORÍA FISCAL.	25
F1) Deberes específicos de las personas que están expuestas al riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST), destinados a su prevención en el NEUROLÓGICO.	27
F2) Procedimiento interno de investigación y sanción, que respeta las garantías procesales y las normas laborales o contractuales, para atender las posibles infracciones al PTEE-I cometidas por cualquier agente del Neurológico o por un tercero.	29
F3) Definición y socialización del canal que permite que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, sobre actividades sospechosas relacionadas con el riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST).	31
F4) Para los riesgos de soborno transnacional (ST), se define un procedimiento de archivo y conservación de documentos relacionados con los negocios, donaciones o transacciones internacionales, en los que esté involucrada o sea beneficiaria el Neurológico.	36
F5) Mecanismos para la divulgación y seguimiento al programa al interior del Neurológico.	37

1. GENERALIDADES.

El Hospital Neurológico de Colombia Fundación Iván Jiménez, pero puede anunciarse como “El Neurológico”, es una Fundación de las consagradas en el artículo 650 del código civil, esto es, un ente de carácter privado sin ánimo de lucro con un patrimonio destinado a liderar el desarrollo de las ciencias neurológicas de aplicación clínica, a través de la prestación de un servicio integral de la más alta calidad, con criterios éticos, de eficiencia y responsabilidad social. En virtud de su carácter de entidad sin ánimo de lucro, desarrolla su objeto social en pro del beneficio de sus usuarios y la comunidad, en forma tal, que el provecho que se genere en la ejecución del mismo sea revertido en forma íntegra en la ejecución de proyectos de mejora en la prestación del servicio.

El Neurológico en calidad de ente vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD implementó el programa de transparencia y ética empresarial (PTEE) para dar cumplimiento circular externa número 2022151000000053-5 del 5 de agosto de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD y fue aprobado por el Consejo de Administración consignado en el acta número 123 del 14 de diciembre de 2023.

VER ANEXO 1:

-ACTA CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN NÚMERO 123.

Posteriormente, con la emisión de la resolución número 2024060000475 del 11 de enero de 2024 de la Gobernación de Antioquia donde se solicita tener un programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) para las entidades sin ánimo de lucro (ESAL) cuya competencia de inspección, vigilancia y control corresponde a la Gobernación de Antioquia, se procede a modificar el PTEE del Neurológico, y se adopta y se adapta a la mencionada resolución quedando unificado e integrado con el nombre: programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), el cual fue presentado y aprobado por el Consejo de Administración consignado en el acta número 128 del 05 de julio de 2024.

VER ANEXO 2:

-ACTA CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN NÚMERO 128.

El programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) se desarrolla de acuerdo con las características particulares que tiene el Neurológico, se rige por el cumplimiento de sus estatutos, sus reglamentos, su direccionamiento estratégico, su código de ética y de buen gobierno, su código de integridad y sus valores corporativos; los cuales están directamente relacionados con las mejores prácticas de transparencia que incluye normas internas de auditoría y mecanismos enfocados a prevenir situaciones de corrupción, de opacidad y de fraude (COF) así como el soborno y el

soborno transnacional (ST) según el artículo 30 de la Ley 1778 de 2016 del Congreso de la República.

2. OBJETIVO.

Fortalecer el desarrollo del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) rechazando radicalmente cualquier insinuación o acto de corrupción, la opacidad y el fraude (COF), de soborno y de soborno transnacional (ST) en sus procesos y en sus relaciones con los distintos grupos de interés (internos y externos) de acuerdo con el marco de la normatividad jurídica nacional e internacional vigente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Unificar los parámetros establecidos por el Neurológico en la lucha contra la corrupción, opacidad, fraude (COF), el soborno y/o el soborno transnacional (ST).
- Alinear el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) del Neurológico con unas mejores prácticas organizacionales de transparencia a nivel nacional e internacional, relacionadas con la ética y en consonancia con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) a la cual pertenece Colombia.

3. ALCANCE.

Definir los lineamientos del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) para ser aplicado por todos sus empleados en cada uno de los procesos del Neurológico, determinando cero tolerancias con cualquier conducta de corrupción, de opacidad y de fraude (COF), de soborno y de soborno transnacional (ST).

4. MARCO NORMATIVO.

Norma: CIRCULAR EXTERNA NÚMERO 000009 DEL 21 ABRIL 2016
 Ente: SUPERSALUD - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Asunto: INSTRUCCIONES RELATIVAS AL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT).

Norma: CIRCULAR EXTERNA NÚMERO 000003 DEL 24 MAY 2018
 Ente: SUPERSALUD - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Asunto: INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS ORGANIZACIONALES - CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO IPS DE LOS GRUPO C1 Y C2.

Norma: CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DEL 15 SEP 2021
Ente: SUPERSALUD - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Asunto: POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO ORGANIZACIONAL, EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y A SUS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

Gestión de Riesgos - Subsistemas de Administración de Riesgos de forma individual.
Gobierno Corporativo.

1. Subsistema de Gestión del riesgo en salud.
2. Subsistema de Gestión del riesgo operacional.
3. Subsistema de Gestión del riesgo actuarial.
4. Subsistema de Gestión del riesgo de crédito.
5. Subsistema de Gestión del riesgo de liquidez.
6. Subsistema de Gestión del riesgo de mercado de capitales.
7. Subsistema de Gestión del riesgo de grupo.
8. Subsistema de Gestión del riesgo lavado de activos y financiación del terrorismo.
9. Otros riesgos: Subsistema de Gestión del riesgo de fallas de mercado.
10. Otros riesgos: Subsistema de Gestión del riesgo reputacional.

Norma: CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DEL 17 SEP 2021
Ente: SUPERSALUD - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Asunto: INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) Y MODIFICACIONES A LAS CIRCULARES EXTERNAS 018 DE 2015 JUNTA DIRECTIVA - COMITÉ DE RIESGOS.

NUEVAS MEDIDAS: Complementarias a la circular 3-2018 (107).

SARLAFT-FPADM: Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.

SICOF: Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.

Norma: CIRCULAR EXTERNA 2022151000000053-5 DEL 5 AGO 2022
Ente: SUPERSALUD - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Asunto: LINEAMIENTOS RESPECTO AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL, MODIFICACIONES A LAS CIRCULARES EXTERNAS 007 DE 2017 Y 003 DE 2018 EN LO RELATIVO A LA IMPLEMENTACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS ORGANIZACIONALES – CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO.

MODIFICA MEDIDAS: 105, 106 y 107 de la circular 3-2018 (107).

NUEVAS MEDIDAS: Complementarias a la circular 3-2018 (107) 111 a 113.

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL – PTEE.

Norma: LEY 1712
 Fecha: 6 MAR 2014
 Ente: CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
 Asunto: POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA LA LEY DE TRANSPARENCIA Y DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA NACIONAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. ITA – SISTEMA DE INFORMACIÓN DE TRANSPARENCIA.

Norma: RESOLUCIÓN 2024060000475
 Fecha: 11 ENERO 2024
 Ente: GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
 Asunto: INSTRUCCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN OBLIGATORIA DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL (“PTEE”) PARA LAS ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO DOMICILIADAS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.
 C/ST: Corrupción y soborno transnacional.

Y demás normas que se emitan.

SOLICITUD POR PARTE DE LA GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I).

Para dar cumplimiento a la resolución número 2024060000475 del 11 de enero de 2024 de la Gobernación de Antioquia donde se solicita tener un programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) para las entidades sin ánimo de lucro (ESAL) cuya competencia de inspección, vigilancia y control corresponde a la Gobernación de Antioquia, donde solicitan el siguiente programa como mínimo:

- a) La política de cumplimiento.
- b) Una matriz de riesgos que incorpore la identificación y la evaluación de los riesgos de corrupción y de soborno transnacional detectados y los controles a implementar.
- c) Las políticas y procedimientos generales para la gestión del riesgo de C/ST.
- d) Un protocolo que incluya reglas para:
 - La entrega y ofrecimiento de regalos o beneficios a terceros.
 - La autorización o reconocimiento, a cualquier persona, de gastos relacionados con actividades de entretenimiento, alimentación, hospedaje y viaje.
 - Las contribuciones políticas de cualquier naturaleza realizadas con cargo a recursos de la ESAL, sean monetarios o de cualquier tipo.
- e) Mecanismos de debida diligencia para verificar el origen de recursos de donantes o cooperantes, sean habituales u ocasionales.

f) Mecanismos y normas de auto-control y auditoría. Exista o no la figura del revisor fiscal, la entidad debe establecer acciones para verificar la fidelidad de la contabilidad, adelantar ejercicios internos de inspección y, en general, adoptar medidas que garanticen un cuidado constante sobre sus bienes y valores, tales como:

- La definición de los deberes específicos de las personas que estén expuestas al riesgo de C/ST, destinados a su prevención.
- El establecimiento de un procedimiento interno de investigación y sanción, que respete las garantías procesales y las normas laborales o contractuales, para atender las posibles infracciones al PTEE cometidas por cualquier agente de la entidad o por un tercero.
- La definición y socialización de un canal para permitir que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, sobre actividades sospechosas relacionadas con el riesgo de C/ST.
- Para los riesgos de soborno transnacional, se debe definir un procedimiento de archivo y conservación de documentos relacionados con los negocios, donaciones o transacciones internacionales, en los que esté involucrada o sea beneficiaria la ESAL.
- Establecer los mecanismos para la divulgación y seguimiento al programa al interior de la ESAL.

5. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I) DEL NEUROLÓGICO.

El programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) se establece para lograr una adecuada adherencia en las normas éticas reguladas por el cumplimiento de sus estatutos, sus reglamentos, su direccionamiento estratégico, su código de ética y de buen gobierno, su código de integridad y sus valores corporativos; los cuales están directamente relacionados con las mejores prácticas de transparencia que incluye normas internas de auditoría y mecanismos enfocados a prevenir situaciones de corrupción, de opacidad y de fraude (COF) así como el soborno y el soborno transnacional (ST) según el artículo 30 de la Ley 1778 de 2016 del Congreso de la República.

5.1. VOCABULARIO.

Corrupción: Abuso del poder encomendado para obtener beneficios particulares, propios o de terceros. Para una mejor comprensión de esta práctica, debe entenderse que la dimensión del concepto inhere a una triada que devela la complejidad del mismo como fenómeno, a saber:

El “mal uso del poder” que da cuenta de un comportamiento que contraviene principios o normas éticas o legales;

Por “poder encomendado” se da a entender que este puede darse tanto en el sector público como en el privado, y que es practicado por personas que tienen incidencia sobre la toma de decisiones y la administración de bienes públicos-privados y, por último;

El “beneficio particular” implica una desviación del beneficio público-privado o colectivo hacia los beneficios personales, tanto para quien hace mal uso del poder como para miembros de su familia, amigos, grupos económicos o partidos políticos¹.

Fraude: Consiste en una acción que resulta contraria a la verdad y a la rectitud, el fraude se comete en perjuicio de una persona u organización, también es considerado como la utilización de una conducta deshonesto o engañosa con el fin de obtener alguna injusta ventaja sobre otra persona u organización².

Soborno: “Una oferta, promesa, entrega, aceptación o solicitud de una ventaja indebida de cualquier valor (que puede ser de naturaleza financiera o no financiera), directamente o indirectamente, e independiente de su ubicación, en violación de la ley aplicable, como incentivo o recompensa para que una persona actúe o deje de actuar en relación con el desempeño de las obligaciones de esa persona”³ 4. Sin perjuicio de los procesos de riesgo identificados por el Comité de Conducta o los Comités Institucionales, se definen políticas claras para prevenir o controlar los siguientes comportamientos⁶:

¹ Guía para la gestión de riesgos de corrupción en entidades del sistema de salud colombiano - Agosto de 2019 Versión 2 Página 6.

² La Política Anticorrupción y Antifraude está diseñada bajo el marco de referencia de control interno establecido por el Committee of Sponsoring Organizations (COSO) of the Treadway Commission, con el propósito de facilitar el control y la gestión sobre los eventos de fraude y corrupción.

³ Organización Internacional de Normalización - ISO 37001:2016 Anticorrupción y ética empresarial, para hacer frente al soborno desde las organizaciones, aplica para cualquier tipo de empresa y cualquier sector (pública, privada, pequeña, grande, nacional, multinacional, etc.).
https://www.iso.org/obp/ui/#iso:code:37001:2016:antisoborno.pdf?utm_campaign=ISO%2037001&utm_medium=email&hsenc=p2ANqtz-oYvlt8dnA1qgp2hrUx88HIDmJfIRZndH5QE1kY0TKIFCv4BDTXHKYV89A7fHLD7CyugjUBTMWdGjszqWjRv_L3z5A&hsmi=72711756&utm_content=72711756&utm_source=hs_automation&hsCtaTrack=ng=b9acdf1-e325-42c2-b606-107946c64e12%7C4f9d758f-324b-41cd-8dac-ed79fe37fb13

Ejemplos emblemáticos: caso de Odebrecht o el de la FIFA.

Explicación:

a. Cuando se hace referencia a la “Oferta, promesa, entrega, aceptación o solicitud”, estamos hablando de conductas...

b. Cuando se habla de “ventaja indebida” se refiere a que el corruptor se está valiendo de una ventaja que posee como persona, para poder acceder a un beneficio. En este caso esa ventaja indebida puede darse en forma de favores, dinero, influencia, olvido (de una determinada acción del pasado), beneficios (viajes, bienes, pagos...), etc. A fin de cuentas, se está llevando a cabo una acción de soborno. Hay diferentes maneras de mencionar el soborno: flagelo, mordida, mascada, coima, etc.

c. Cuando hace referencia “una persona actúe o deje de actuar”. En este caso nos vamos a encontrar con lo que sería la conducta activa o pasiva de una persona para cometer un delito: - Activa quiere decir que ejecuta, es decir que lleva a cabo una determinada acción para obtener una determinada ventaja. - Por su parte, una acción pasiva significa que deja de ejecutar una acción para propiciar esa ventaja indebida. Un ejemplo de esto, sería el de un determinado trabajador que no hace nada cuando una persona viola una norma o límite de la compañía, es decir, permanece pasivo ante la situación, dejando de ejecutar su responsabilidad.

Normas ISO 9001 (para los Sistemas de Gestión de Calidad), 14001 (para los Sistemas de Gestión Medioambiental), ISO 27001 (para los Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información) y 45001 (para los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo), ISO 37001 (para, el soborno).

⁴ Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción, de acuerdo a las directrices dadas por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República de Colombia o la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). <http://www.anticorrupcion.gov.co/SiteAssets/Paginas/Publicaciones/guia-empresas-colombia.pdf>

⁵ Adoptado y adaptado de las medidas 107 que abarca la Circular Externa número 000003 del 24 de Mayo de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud. M. 55.

⁶ Esto, en línea con lo dispuesto en la sección 3.3.1 del documento: Secretaría de Transparencia. (2016). Guía para empresas en Colombia. ¿Cómo y por qué implementar un Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción? Bogotá D.C.: Presidencia de la República.

- a) Soborno a funcionarios del Estado o particulares delegados para el ejercicio de funciones públicas y/o privadas⁷.
- b) Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la Institución o de una persona natural.
- c) Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos.
- d) Uso de terceras partes, esto es, agentes externos, consultores y otros intermediarios en posibles esquemas de soborno.
- e) Riesgo de corrupción respecto de posibles socios de negocio: Uniones temporales de negocio, consorcios, subsidiarias, fusiones y adquisiciones, entre otros.
- f) Pagos monetarios y/o en especie para agilizar procesos y trámites (pagos de facilitación).
- g) Pagos monetarios y/o en especie por la captación preferente e indebida de pacientes.
- h) Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema (como descapitalizarse a evitar embargos, entre otros actos).
- i) Otras áreas de alto riesgo, como contribuciones políticas ilegales, conflictos de interés, compromisos de compensación, el uso de recursos de la seguridad social en salud para otros fines diferentes a ella, y todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del SGSSS.

Soborno Transnacional (ST): Es la conducta establecida en el artículo 30 de la Ley 1778 de 2016, o en la norma que la sustituya: “Artículo 30. Soborno transnacional. El artículo 433 del Código Penal quedará así: El que dé, prometa u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, sumas de dinero, cualquier objeto de valor pecuniario u otro beneficio o 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.”

⁷ Por ejemplo, las empresas privadas que hacen visitas a nombre de una entidad de control en virtud de un contrato.

5.2.ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I) DEL NEUROLÓGICO.

A) POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO DEL NEUROLÓGICO.

El Neurológico establece la siguiente política cumplimiento, la cual es aprobada por el Consejo de Administración del Neurológico.

VER ANEXO 3:

-POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO.

B) MATRIZ DE RIESGOS QUE INCORPORA LA IDENTIFICACIÓN Y LA EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN (C) Y DE SOBORNO TRANSNACIONAL (ST) DETECTADOS Y LOS CONTROLES EN EL NEUROLÓGICO.

Para la elaboración de la matriz de riesgos, el Neurológico ha identificado los siguientes riesgos e implementado los respectivos controles:

RIESGO	CAUSAS	CONTROLES
Obviar algún requisito del procedimiento de Selección de proveedores (documentación y precios) para proveedores de insumos de compra internacional, queriendo favorecer al proveedor. (Soborno Transnacional)	Falta de adherencia a los lineamientos del INDEC en el proceso de selección de proveedores.	Una vez realizada la selección del proveedor, el Jefe de Compras y Suministros, debe hacer una verificación de toda la información suministrada
	Intereses particulares, que no están alineados con las políticas del INDEC y el Código de Ética y de Buen Gobierno.	Pasar la información del posible proveedor a la Oficial de Cumplimiento para que se encargue de hacer la Debida Diligencia.
	Favorecer al proveedor para beneficio personal del comprador.	Todos los contratos con proveedores de bienes y servicios deben contar con el visto bueno del Director General, Director Administrativo y Financiero y de Jurídica.
Desvío o mal uso de recursos provenientes de donaciones o cooperación nacional o internacional.	Omitir realizar la debida diligencia a los donantes.	Realizar una debida diligencia sobre el origen y el destino de los recursos, verificar la idoneidad y reputación de los donantes o cooperantes.
	Cuando un empleado recibe la solicitud de una posible donación, no informe al Oficial de cumplimiento para que este realice la debida diligencia	
Incumplimiento premeditado en las responsabilidades de ley del Oficial de Cumplimiento para favorecer una Contraparte	Conflicto de intereses al momento de realizar la debida diligencia con las Contrapartes.	Nombrar una persona idónea para cumplir a cabalidad todas las responsabilidades de ley como Oficial de Cumplimiento
Operaciones con naciones con altos índices de percepción de corrupción (Riesgo País)	Necesidad algún insumo, repuesto, tecnología, prestación de un servicio de investigación, entre otros, que solo su procedencia sea de un país con un índice alto corrupción	Debida diligencia ampliada al Tercero que se encuentra en el país con percepción de corrupción. Actualización constante en temas de corrupción tanto a nivel Colombia como otros países
Realización de prácticas corruptas para efectos de agilizar un trámite en particular; Cuando las reglamentaciones locales exigen una gran cantidad de permisos, licencias y otros requisitos regulatorios para el desarrollo de cualquier actividad económica (Riesgo sector económico)	Omitir requisitos de ley con practicas antiéticas, para facilitar la obtención de un resultado.	Gestionar una constante capacitación del PTEE, SICO y SARLAFT-FPADM a todos las partes interesadas (Terceros), con el respaldo del Consejo de Administración y la Alta Gerencia
	Momentos coyunturales (urgentes) que conlleven a saltarse requisitos para disminuir tiempos.	
Colaboración con Contratistas que estén estrechamente relacionados con funcionarios del alto gobierno de un país en particular que requieran de intermediarios para la celebración de un Negocio o Transacción Internacional, conforme a las normativas locales. (Riesgos de terceros)	Necesidad de un intermediario en las adquisiciones de algún recurso (Tecnología) o para poder prestar un servicio a pacientes internacionales, para lograr la contratación.	Debida diligencia ampliada para aplicar al Intermediario con el tercero.
Posibilidad de que una persona natural o jurídica, directa o indirectamente dé, ofrezca o prometa a un Tercero o a un Empleado de la Institución sumas de dinero, pagos de gastos de entretenimiento, regalos, objetos de valor pecuniario o cualquier beneficio o utilidad a cambio de que dicha persona realice, omita o retarde cualquier actividad. (Riesgo Soborno)	Trámites que se requieren resolver de forma inmediata.	Gestionar la estandarización de todos los procesos para implementarlos de forma oportuna, ejemplo: Convocatorias a Proveedores, Manual de Responsabilidades, Control de Inventarios, Control de pagos de las obligaciones financieras, entre otros.
	Trámites muy complejos.	
	Falta de estandarización de los procesos principales de la Institución: Compras, Tesorería, Cartera, Farmacia, Contratación, Gestión Humana, entre otros.	Socialización a contrapartes del Direccionamiento Estratégico, incluyendo valores institucionales, código de buen gobierno y de ética, código de integridad, política SARLAFT-FPADM y SICO, Programa de ética empresarial (PTEE).
	Concentración de compra de bienes o servicios a un mismo proveedor por varios años.	
Incumplimiento de los Estatutos de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia INDEC	Falta de adherencia a lo contemplado en los estatutos.	Socialización periódica mínimo anual a los miembros del Consejo de Administrativas y a la Alta Gerencia de los Estatutos
Uso indebido del poder para influenciar en los resultado de procesos electorales	Conflicto de intereses.	Adherencia a todas las políticas institucionales y valores corporativos
	Aversión al cambio por buenos resultados obtenidos históricamente	
Contratación de un empleado con antecedentes judiciales de Corrupción y Soborno Transnacional.	No realizar la Debida Diligencia a un empleado antes de iniciar la contratación	Consulta de antecedentes judiciales y declaración de origen de ingresos empleados neurológico SARLAFT/FPADM al ingreso a la Institución; para realizar la respectiva validación de antecedentes y listas vinculantes, la cual se actualiza cada año mientras dure la relación contractual.
Influir o ser influenciado indebidamente por funcionarios públicos extranjeros o nacionales para obtener beneficios o ventajas indebidas.	Que algún empleado tenga intereses ajenos a las políticas del INDEC	Abstenerse de ofrecer o recibir cualquier tipo de dádiva, regalo, favor, viaje, hospedaje u otro beneficio que pueda comprometer la imparcialidad o la integridad de las partes involucradas, informar a las direcciones del INDEC sobre cualquier situación que pueda generar un conflicto de interés o una presión indebida.
		Denunciar ante las autoridades competentes cualquier intento o acto de corrupción o soborno.

C) POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN (C) Y SOBORNO TRANSNACIONAL (ST) EN EL NEUROLÓGICO.

El Neurológico recopila las normas éticas y las mejores prácticas organizacionales de transparencia para establecer los lineamientos donde prohíbe la corrupción, el soborno y el soborno transnacional en todas sus formas.

En consecuencia, todos los empleados del Neurológico no deben, directa o indirectamente, ofrecer, autorizar, solicitar, dar o recibir nada de valor a ninguna persona u organización para obtener o retener negocios, o para influir en alguna decisión. Es decir, para obtener o asegurar cualquier tipo de ventaja indebida. Por ejemplo, que un determinado funcionario público realice, omita o retarde algún acto relacionado con sus funciones y en relación con algún negocio o transacción. Cualquier petición u ofrecimiento de soborno deberá rechazarse inmediatamente y comunicársela a las distintas Direcciones del Neurológico en los términos establecidos del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

Lineamientos Generales.

Para desarrollar una estructura correcta del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), se debe tener en cuenta las siguientes medidas emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD en la circular externa número 2022151000000053-5 del 5 de agosto de 2022:

Medida 108. ⁸*“El PTEE compilará de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación del riesgo de COF y soborno, así como los principios y valores éticos que cada entidad considere apropiados, para llevar a cabo su operación de manera ética, transparente y honesta. En consecuencia, cualquier modificación al PTEE y a la Política de Gestión de Riesgos, se incorporará de forma detallada y rigurosa en el documento correspondiente de acuerdo con lo aprobado por el órgano competente.”*

Medida 109. ⁹*“La entidad diseñará el PTEE con fundamento en una evaluación exhaustiva de los riesgos de COF y Soborno, y, otras prácticas que cada entidad tenga intención de mitigar. El PTEE debe estar aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces.”*

Medida 110. ¹⁰*“La entidad detallará en el PTEE los empleados o colaboradores a los que les corresponderá el ejercicio de las facultades y funciones necesarias frente al diseño, implementación y ejecución del PTEE.”*

⁸ Información obtenida de la Circular Externa 2022 2022151000000053-5 de Agosto 8 de 2022 donde refiere “LINEAMIENTOS RESPECTO AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL, MODIFICACIONES A LAS CIRCULARES EXTERNAS 007 DE 2017 Y 003 DE 2018 EN LO RELATIVO A LA IMPLEMENTACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS ORGANIZACIONALES – CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO” Medida 108.

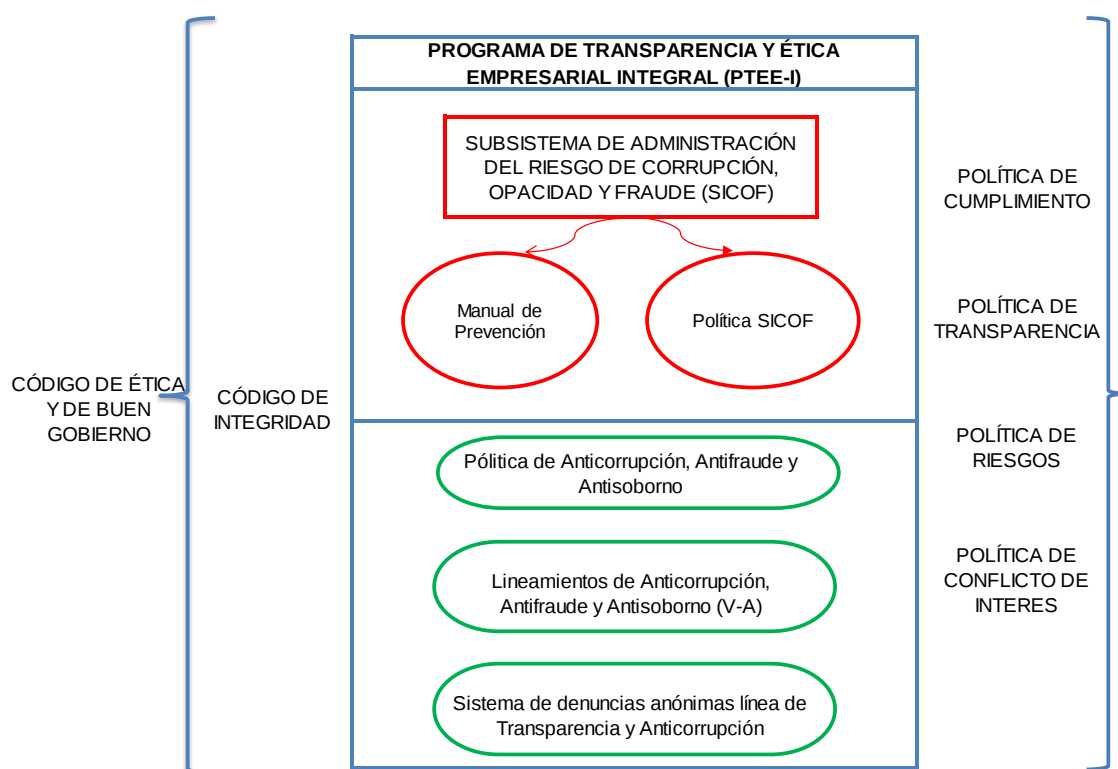
⁹ Ibid. (Ibidem) medida 109.

¹⁰ Ibid. (Ibidem) medida 110.

Medida 111. ¹¹La entidad realizará acciones para poner en marcha el PTEE.

Medida 112. ¹²“La entidad delegará en el Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces, la administración del PTEE. La entidad determina de manera expresa (i) el perfil del administrador del PTEE; (ii) las incompatibilidades e inhabilidades; (iii) la administración de conflictos de interés; y (iv) las funciones específicas que se le asignen a la persona que tenga dicha responsabilidad, adicionales a las establecidas en otras medidas o normas”.

Medida 113. ¹³Además de las funciones que se le asignarán a la persona encargada de la administración del PTEE, se le asignan otras funciones.



El programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) del Neurológico está ligado de igual forma a su código de ética y de buen gobierno, y a su código de integridad.¹⁴

Roles y responsabilidades Consejo de Administración.

El Consejo de Administración se encargará de aprobar el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), así como los demás documentos que hagan parte del mismo.¹⁵

¹¹ *Ibid.* (Ibidem) medida 111.

¹² *Ibid.* (Ibidem) medida 112.

¹³ *Ibid.* (Ibidem) medida 113.

¹⁴ *Ibid.* (Ibidem) Medido 108.

¹⁵ *Ibid.* (Ibidem) Medido 109.

Roles y responsabilidades Oficial de Cumplimiento.

El oficial de cumplimiento se encargará de desarrollar, implementar y ajustar a necesidad el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), de acuerdo a la circular externa número 2022151000000053-5 del 5 de agosto de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, de la resolución número 2024060000475 del 11 de enero de 2024 de la Gobernación de Antioquia, y demás normatividades que se emitan.

De igual manera, el Neurológico establece que está persona debe poner en práctica todos los lineamientos que se indican en sus reglamentos, su direccionamiento estratégico, su código de ética y de buen gobierno, su código de integridad, sus valores corporativos.

Así mismo siguiendo los parámetros establecidos por la norma, las funciones del Oficial de Cumplimiento en el desarrollo del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) son:

- Presentar con el representante legal, para aprobación del Consejo de Administración la propuesta del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Presentar, por lo menos una vez al año, informes de la gestión del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) al Consejo de Administración. Como mínimo los informes deben contener una evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) y, de ser el caso, proponer las mejoras respectivas. Así mismo, se deberán demostrar los resultados de esta gestión.
- Velar porque el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) se articule con las políticas de riesgo adoptadas por el Consejo de Administración.
- Velar por el cumplimiento efectivo, eficiente y oportuno del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Garantizar la implementación de canales apropiados para permitir que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, acerca de presuntos incumplimientos del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) y posibles actividades sospechosas relacionadas con corrupción, la opacidad y el fraude (COF), de soborno y/o de soborno transnacional (ST).
- Verificar la debida aplicación de la política de protección a denunciantes que el Neurológico haya establecido.
- Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

- Realizar la evaluación del cumplimiento del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) como mínimo una vez al año¹⁶.

Roles y responsabilidades Empleados.

¹⁷Todos los empleados del Neurológico se encuentran en la obligación de ejecutar los parámetros establecidos en el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) en cada uno de sus servicios. De igual manera, algunas funciones que están ligadas a las reglas de conducta que orientan a una buena actuación responsable y transparente son:

- Conocer y poner en práctica todas las indicaciones que se detallan en el código de ética y de buen gobierno, y en el código de integridad.
- Conocer la documentación que se tiene relacionada con la lucha contra la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y/o el soborno transnacional (ST).
- Cumplir con cada uno de los parámetros establecidos en las siguientes políticas del Neurológico:
 - Política de Anticorrupción, Antifraude y Antisoborno.
 - Política de Transparencia.
 - Política SARLAFT-FPADM.
 - Política SICOF.
 - Política de Riesgo.
 - Política de Conflicto de intereses. -Política de Confidencialidad.
 - Política de Protección y Control de los Recursos.
 - Política de la Gestión Integrada.
 - Política para el Manejo de Efectivo.
 - Entre otras.

VER ANEXO 4:

-POLÍTICAS CONTRA LA CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (COF), DE SOBORNO Y DE SOBORNO TRANSNACIONAL (ST).

Política de Anticorrupción, Antifraude y Antisoborno.

Política de Transparencia.

Política SARLAFT-FPADM.

Política SICOF.

Política de Riesgo.

¹⁶ *Ibid. (Ibídem) Medida 113.*

¹⁷ *Ibid. (Ibídem) Medida 110.*

Política de Conflicto de intereses.

Política de Confidencialidad.

Política de Protección y Control de los Recursos.

Política de la Gestión Integrada.

Política para el Manejo de Efectivo.

- Acatar todas las directrices del Neurológico relacionadas con los siguientes documentos:
 - El “Manual de Prevención del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF)”.
 - El “Manual de Procedimientos y Políticas del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPDAM)”.
 - El código de ética y de buen gobierno.
 - El código de integridad.
- Y demás que se presenten en el Neurológico.

VER ANEXO 5:

- “MANUAL DE PREVENCIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)”.
- “PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICAS DE SARLAFT- FPADM”.
- EL CÓDIGO DE ÉTICA Y DE BUEN GOBIERNO.
- EL CÓDIGO DE INTEGRIDAD.

- Poner en práctica los parámetros establecidos en el “Sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”.

VER ANEXO 6:

- “SISTEMA DE DENUNCIAS ANÓNIMAS LÍNEA DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN”.

- Comprometerse con el Neurológico en la lucha contra la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST).
- Firmar el “COMPROMISO EMPLEADOS CON EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)”.

VER ANEXO 7:

- “COMPROMISO EMPLEADOS CON EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)”.

- Estar al tanto de posibles prácticas que afecten la reputación del Neurológico y que sean inusuales entre sus colegas.
- Mantener su información clara y transparente a disposición de las personas implicadas.

Procedimientos generales para la gestión del riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST) en el Neurológico.

El programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) del Neurológico compila diferente información que está asociada con las buenas prácticas empresariales, así como con el código de ética y de buen gobierno y el código de integridad.

Para la identificación, evaluación, control y monitoreo de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude (COF), el Neurológico cuenta con el “MANUAL DE PREVENCIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (SICOF)” y se complementa con los “LINEAMIENTOS DE ANTICORRUPCIÓN, ANTIFRAUDE Y ANTISOBORNO”.

VER ANEXO 8:

-“LINEAMIENTOS DE ANTICORRUPCIÓN, ANTIFRAUDE Y ANTISOBORNO”.

Los anteriores documentos, se desarrollan en base a la circular externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, que hace referencia en parte a los diferentes elementos que se deben desarrollar para la lucha contra dichos riesgos. A su vez, se integran dentro del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), y que es uno de los pilares fundamentales para una correcta gestión interna y la transparencia del Neurológico en materia de lucha contra la corrupción, la opacidad y el fraude (COF) así como el soborno y el soborno transnacional (ST).

Es primordial, tener en cuenta que, para una correcta evaluación de los riesgos, se implementa una matriz de riesgo, la cual le permite al Neurológico, conocer una vez identificados los posibles riesgos que se puedan presentar, cual es la probabilidad y frecuencia que estos riesgos se presenten. Una correcta evaluación de los riesgos, le permite al Neurológico, prevenir o minimizar pérdidas y diferentes situaciones que afecten su reputación, así como sostener y fortalecer la transparencia y buenas prácticas en cada uno de sus empleados y procesos. De esta manera, se tienen en cuenta los riesgos de corrupción, la opacidad y el fraude (COF) así como el soborno y el soborno transnacional (ST), relacionados dentro de la matriz de riesgos del software del Neurológico; adicionalmente, también se cuenta con los riesgos dentro del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), en caso de generar modificaciones

y/o adicionar posibles riesgos, estos estarán ligados con los parámetros que se presenten tanto en este, como en los diferentes documentos asociados.¹⁸

Para una correcta evaluación del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), es importante revisar periódicamente, los riesgos asociados a la corrupción, la opacidad y el fraude (COF) así como el soborno y el soborno transnacional (ST), con la expectativa de implementar nuevos controles, o en su defecto desescalar los riesgos asociados al Neurológico. Esta evaluación es periódica y se encuentra a cargo del oficial de cumplimiento.

Al igual que las respectivas evaluaciones a cada uno de los riesgos que se asocian dentro del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), existen unos controles los cuales permiten mitigar y/o eliminar posibles amenazas o pérdidas en los que pueda estar involucrado el Neurológico.

A estos controles, se les realiza su debido monitoreo y en caso de que se requiera indagar más al respecto, el Neurológico tiene a disposición esta información, la cual ayuda a la implementación del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) y sus parámetros establecidos según la norma. Cabe recalcar, que es importante mantener una cultura transparente, por lo que todos los empleados y directivos tienen acceso a la revisión de esta información dentro de cada uno de los procesos, para estar al tanto de las actividades que se realizan en materia de prevención en caso de que se presenten posibles riesgos dentro de sus servicios.

Compromiso prevención del riesgo de corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST).¹⁹

El Neurológico cuenta con un formato llamado “COMPROMISO EMPLEADOS CON EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)”

El anterior documento, se les entrega a todos los empleados para que ayuden con la lucha contra la corrupción, la opacidad, el fraude (COF) y el soborno y el soborno transnacional (ST). De igual forma, también se comprometen a actuar de manera transparente y honesta en el desarrollo de sus labores.

Aunado a esto, el Neurológico cumple también con los estándares de calidad y transparencia, dando por certeza el compromiso con el código de ética y de buen

¹⁸ *Ibid. (Ibidem) Medida 109.*

¹⁹ *Ibid. (Ibidem) Medida 111.*

gobierno, y con los parámetros establecidos en el sector que avalan el buen actuar frente a los clientes, proveedores, contratistas, pacientes y demás grupos de interés (internos y externos).

Acciones por incumplimiento del compromiso.²⁰

Los empleados y directivos que incumplan las disposiciones previstas por la normatividad legal vigente relacionada con el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), serán responsables por tales acciones u omisiones y en consecuencia se harán acreedores a las sanciones que se estimen pertinentes.

Es responsabilidad del Neurológico, verificar que los funcionarios cumplan a cabalidad con las instrucciones impartidas y que cualquier información relacionada con el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), se ponga de manera inmediata en conocimiento del oficial de cumplimiento.

El incumplimiento o violación a las políticas y normas relacionadas con el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), constituye una falta grave. En consecuencia y en los casos a los que haya lugar, se aplicarán los procedimientos y las sanciones establecidas que podrán constituir justa causa para la terminación del contrato de acuerdo con el reglamento interno de trabajo.

Mecanismos para reportar.

El Neurológico cuenta con el “Sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”

El anterior sistema permite reportar sospechas o denuncia de información asociada a los reportes de corrupción, de opacidad y de fraude (COF), de soborno y de soborno transnacional (ST), además de temas que afecten la transparencia del Neurológico y que genera inconformidades con los pacientes, clientes, proveedores y los diferentes grupos de interés (internos y externos).

Así mismo, el oficial de cumplimiento y el área de control interno están a disposición de atender cualquier consulta relacionada con la información que se encuentra acá suministrada y que ayude en su caso, a la lucha contra la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST), dando indicaciones que puedan ser tenidas en cuenta en las áreas convenientes.

²⁰ Ibid. (Ibidem) Medida 111.

**D) LINEAMIENTOS PARA REGALOS, VIÁTICOS Y CONTRIBUCIONES POLÍTICAS
EN EL NEUROLÓGICO.**

- La entrega y ofrecimiento de regalos o beneficios a terceros.
- La autorización o reconocimiento, a cualquier persona, de gastos relacionados con actividades de entretenimiento, alimentación, hospedaje y viaje.
- Las contribuciones políticas de cualquier naturaleza realizadas con cargo a recursos de la ESAL sean monetarios o de cualquier tipo.

El programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) se complementa con el documento normalizado en el Neurológico “LINEAMIENTOS PARA REGALOS, VIÁTICOS y CONTRIBUCIONES POLÍTICAS” y así evitar los riesgos asociados a la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), así como el soborno y el soborno transnacional (ST).

VER ANEXO 9:

-“LINEAMIENTOS PARA REGALOS, VIÁTICOS y CONTRIBUCIONES POLÍTICAS”.

E) MECANISMOS DE DEBIDA DILIGENCIA PARA VERIFICAR EL ORIGEN DE RECURSOS DE DONANTES O COOPERANTES, SEAN HABITUALES U OCASIONALES EN EL NEUROLÓGICO.

Los mecanismos de verificación de donantes o cooperantes tienen por objetivo garantizar que los recursos recibidos por el Neurológico provengan de fuentes lícitas y éticas.

La debida diligencia del Neurológico, se encuentra orientada a identificar y evaluar los riesgos de corrupción y/o soborno transnacional que se encuentren relacionados en el momento de que alguien manifieste querer realizar una donación e identificar de dónde provienen estos recursos, ya que esto puede representar un riesgo para el Neurológico.

Procedimiento de verificación de recursos.

- Solicitar a los donantes o cooperantes información sobre su identidad, domicilio, actividad económica, origen lícito de los recursos y finalidad de la donación o cooperación para que la oficial de cumplimiento realice la validación en las listas restrictivas.
- Verificar la información proporcionada mediante fuentes públicas confiables, como en las bases de datos oficiales, para evitar riesgos de lavados de activos y financiación del terrorismo.
- Si existen señales de alerta sobre el origen de los fondos, el oficial de cumplimiento llevará a cabo una investigación adicional, en fuentes públicas y privadas, para obtener la información necesaria para tomar una decisión informada.
- Rechazar las donaciones o cooperaciones que provengan de fuentes ilícitas, dudosas o incompatibles con los fines y valores del Neurológico e informar a las autoridades competentes.
- Conservar la información obtenida durante el tiempo que establezca la ley o el contrato respectivo.

Lista de señales de alerta.

- Donantes o cooperantes con antecedentes de actividades ilegales, de corrupción o de soborno transnacional.
- Donantes o cooperantes que se nieguen a proporcionar información básica, por ejemplo, su identificación, domicilio, representantes legales, origen de sus recursos y beneficiarios finales (si aplica), o que proporcionen información incompleta o poco clara.
- Falta de documentación adecuada para respaldar el origen de los fondos.
- Donaciones excesivamente grandes, inesperadas o inusuales.

- Donantes o cooperantes que solicitan un trato preferencial a cambio de su donación.
- Donantes o cooperantes sin una conexión clara con el Neurológico.

Decisión de aceptación o rechazo.

- El oficial de cumplimiento evaluará la información obtenida. En caso de detectar señales de alerta, deberá discutir el caso con las Direcciones antes de tomar una decisión final sobre la aceptación o rechazo de la donación.
- Si existen dudas razonables sobre la legalidad o procedencia ética de los fondos, se rechazará la donación.

F) MECANISMOS Y NORMAS DE AUTOCONTROL Y AUDITORÍA EN EL NEUROLÓGICO.

El Neurológico establece acciones para verificar la fidelidad de la contabilidad, adelanta ejercicios internos de inspección y, en general, adopta medidas que garantizan un cuidado constante sobre sus bienes y valores, tales como:

ESTATUTOS DEL NEUROLÓGICO:

VER ANEXO 10:

-ESTATUTOS DEL NEUROLÓGICO.

Dentro de los estatutos del Neurológico se tiene establecido la obligatoriedad de tener los siguientes órganos de administración con sus respectivas funciones, los cuales funcionan a cabalidad y acorde a ley.

Un Consejo de Administración.

Un Director General.

Un Subdirector.

Un Director Administrativo y Financiero.

Un Director Médico.

La Revisoría Fiscal.

VER ANEXO 11:

-CERTIFICACIÓN DE LA REVISORÍA FISCAL.

El Consejo de Administración se reunirá ordinariamente cada dos meses y extraordinariamente cuando sea convocado por el Director General, la Revisoría Fiscal, o por dos (2) de sus miembros.

Área contable:

El área contable mes a mes tiene procedimientos que le permiten cumplir con mecanismo de control que garantizan que la información es la reportada de cada uno de los módulos respectivos.

Todos los días las diferentes áreas envían los comprobantes contables que son revisados uno a uno para poder registrarlo en la contabilidad, en el momento en que presenta alguna diferencia se habla con el área respectiva y se busca por qué se presenta la inconsistencia y se procede a corregir o realizar el ajuste pertinente.

Adicional a este proceso se realiza conciliación mensual de diferentes módulos entre los cuales se tiene tesorería, cuentas por cobrar, cuentas por pagar, inventarios, nómina, facturación, nómina entre otros.

Se realiza seguimiento a costos y gastos a través de las aprobaciones presupuestales y la ejecución del costo y el gasto.

Se aplican los principios y estándares contables reconocidos nacional e internacionalmente, que permiten reflejar la realidad económica y financiera del Neurológico.

Los estados financieros del Neurológico son elaborados de acuerdo con la Norma de Contabilidad de Información Financiera aceptada en Colombia (NCIF), establecidas en la ley 1314 de 2009 y decretos reglamentarios 3022 de 2013, Decreto Único Reglamentario 2420 de 2015, modificado por el Decreto 2496 de 2016.

Las cifras de los Estados Financieros se presentan en pesos colombianos de acuerdo con el art.6 de la ley 31 de 1992 y de acuerdo con el código de comercio en los art 37 de la ley 222 de la de 1995 y 208 numeral 4.

Las cifras presentadas por el Neurológico en sus estados financieros son obtenidas de manera directa y fiel del sistema contable, a nivel de registro transaccionalmente y sin que dé lugar a registros por diferencias de conversión, de acuerdo a los artículos 48 y 52 del código de comercio el Neurológico se encuentra obligado a llevar contabilidad y a presentar estados financieros, teniendo en cuenta el decreto 2420 de 2015 el cual dispone que el decreto 2649 de 1993 continuará vigente en lo no regulado en los marcos técnicos de información financiera bajo NIIF, los estados financieros serán presentados al Consejo de administración del Neurológico para ser aprobados y presentados a clientes y proveedores.

El Neurológico prepara sus estados financieros individuales al cierre de cada ejercicio anual terminado el 31 de diciembre de cada año, comparativos con el mismo corte del periodo anterior, incluyendo la información descriptiva y narrativa en las notas.

Conjunto completo de los Estados financieros Individuales y Período Contable

Los Estados financieros Individuales de la fundación son los siguientes:

- a) Estado de Situación Financiera Individual por los periodos terminados al 31 de diciembre de cada año, comparativos con el mismo corte del periodo anterior.
- b) Estado de Resultado Integral único Individual que muestra todas las partidas para determinar el resultado integral del periodo, por los periodos terminados al 31 de diciembre de cada año, comparativos con el mismo corte del periodo anterior.
- c) Estado de Flujos de Efectivo Individual por los periodos terminados al 31 de diciembre de cada año, comparativos con el mismo corte del periodo anterior por el método Indirecto.

- d) Estado de cambios en el patrimonio al 31 de diciembre de cada año, comparativos con el mismo corte del periodo anterior.
- e) Revelaciones (notas) a los estados financieros individuales.

Control interno:

El sistema integrado de control interno está diseñado por el conjunto de principios, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el Consejo de Administración, la Alta Gerencia y demás empleados del Neurológico, para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:

- (i) La efectividad, la seguridad y la eficiencia de las operaciones.
- (ii) La confiabilidad y la transparencia de la información de salud y financiera.
- (iii) El cumplimiento de las leyes y normas que sean aplicables.
- (iv) El salvaguardar los recursos.
- (v) El seguimiento y verificación de lo relacionado con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad.

En consecuencia, se concibe y se organiza de tal manera que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de todos los cargos existentes en el Neurológico, y en particular de las asignadas a aquellos que tengan responsabilidad de mando, para mantener actuaciones de gobernanza, transparencia y ética empresarial que favorezcan la consecución de los objetivos estratégicos.

Informe de gestión:

Se presenta un informe de gestión anual al Consejo de Administración y grupos de interés (internos y externos) para revisar el cumplimiento de los objetivos del Neurológico y los diferentes proyectos ejecutados y en ejecución.

F1) Deberes específicos de las personas que están expuestas al riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST), destinados a su prevención en el NEUROLÓGICO.

Dentro del cumplimiento del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), se define que las siguientes personas estén expuestas al riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST):

El Representante Legal
El Consejo de Administración
El Oficial de cumplimiento.

La Revisoría Fiscal.

Representante legal:

-Velar porque el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) se articule con la Política de Cumplimiento aprobada por el Consejo de Administración.

-Presentar para la aprobación o improbación del Consejo de Administración la Política de Cumplimiento y la propuesta del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

-Publicar el del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) que apruebe el Consejo de Administración.

-Cumplir con todas las obligaciones que le establece el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

-Prestar efectivo, eficiente y oportuno apoyo al oficial de cumplimiento en la dirección, supervisión, monitoreo, y cuando sea el caso, el ajuste del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

-Velar porque todos los empleados del Neurológico conozcan y cumplan con el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

-Velar porque todos los empleados del Neurológico realicen todas sus actuaciones de conformidad con las normas anticorrupción aplicables y con lo establecido en el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

-Velar porque todas las actuaciones del Neurológico con Terceros se realicen de conformidad con las normas anticorrupción aplicables y con lo establecido en el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

Consejo de Administración:

-Aprobar la Política de Cumplimiento.

-Aprobar el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

-Asegurar el suministro de los recursos económicos, humanos y tecnológicos necesarios para la implementación y ajustes del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

-Revisar los informes que presente el oficial de cumplimiento.

- Ordenar las acciones pertinentes contra cualquiera de los empleados del Neurológico cuando infrinjan lo previsto en el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Velar por la divulgación y conocimiento eficaz del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) al interior del Neurológico y en los Terceros.
- Las demás que se desprendan de lo establecido en el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

Oficial de cumplimiento:

- Velar porque el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) se articule con la Política de Cumplimiento.
- Velar por el cumplimiento efectivo del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) mediante la efectiva dirección, supervisión, monitoreo, y cuando sea el caso, el ajuste del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Hacer el seguimiento a todos los procedimientos establecidos en el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa a la gestión y prevención del riesgo de corrupción o de soborno transnacional.
- Actualizar la matriz de riesgos, y si es del caso del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), según las necesidades propias del Neurológico y de conformidad con los lineamientos del Consejo de Administración establecidos en la Política de Cumplimiento.
- Presentar los proyectos de ajuste del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) al Consejo de Administración para su aprobación.
- Las demás que se desprendan de lo establecido en el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

F2) Procedimiento interno de investigación y sanción, que respeta las garantías procesales y las normas laborales o contractuales, para atender las posibles infracciones al PTEE-I cometidas por cualquier agente del Neurológico o por un tercero.

El presente programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) es de obligatorio cumplimiento para todos los empleados del Neurológico, así como para todos los Terceros.

En el caso de los empleados del Neurológico, su incumplimiento podrá ser causal de terminación del contrato por justa causa en los términos del artículo 62 del Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que lo complementen o lo modifiquen.

En caso de estar por prestación de servicios también podrá ser causal de terminación del contrato por justa causa.

Según se determine, la sanción puede consistir en desde un llamado de atención hasta la terminación del contrato.

En todos los casos, la decisión se tomará mediante un procedimiento interno de investigación y sanción, que respete las garantías procesales y las normas laborales o contractuales.

De considerarlo necesario y en los casos que aplique, el Oficial de cumplimiento o el Representante Legal, pondrán en conocimiento de las autoridades competentes la situación ocurrida.

Además de los principios que rigen el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), este procedimiento, que se detalla a continuación, se regirá bajo los principios de presunción de inocencia y confidencialidad.

Cuando el investigado sea el Director General el procedimiento lo adelantará el Oficial de Cumplimiento y la decisión la tomará el Consejo de Administración.

Cuando el investigado sea el Oficial de Cumplimiento el procedimiento lo adelantará el Director General y la decisión la tomará el Consejo de Administración.

Cuando el investigado sea un empleado el procedimiento lo adelantará el Jefe de Gestión Humana y la decisión la tomará el director general.

El debido proceso es el siguiente:

-Identificación de la causa: Toda sospecha de incumplimiento al programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) será investigada.

-Recolección de pruebas: Se deben recolectar pruebas suficientes que demuestren la comisión de la conducta.

-Notificación al investigado: Se notificará al trabajador o contratista o investigado, para que presente los descargos correspondientes.

-Recepción de descargos: El investigador y el encargado de sancionar recibirán los descargos del investigado.

-Decisión: El investigador presentará el caso al decisor quien decidirá la sanción.

-Despido o terminación del contrato: Si la decisión es el despido del trabajador, se le comunicará la carta de despido. En la carta indicando claramente las causas y las

razones del despido. Acto seguido se procederá a liquidar el contrato y al pago de los salarios y prestaciones a los que haya lugar.

F3) Definición y socialización del canal que permite que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, sobre actividades sospechosas relacionadas con el riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST).

El Neurológico cuenta con el “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”, que es un canal de anticorrupción como herramienta diseñada para la denuncia y el reporte de eventuales irregularidades, incumplimientos normativos, eventos de corrupción, la opacidad y el fraude (COF) así como el soborno y el soborno transnacional (ST) que sean identificados por una persona interna o externa al Neurológico y que involucren a los grupos de interés (internos y externos), tales como: el Estado, el Consejo de Administración, los empleados y su grupo familiar, los pacientes y sus familias, la alianza de usuarios, el grupo voluntariado hospitalario y de salud, la comunidad, el medio ambiente, la academia, la competencia, los clientes y pagadores, las aseguradoras, los proveedores, las empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, instituciones del sector salud, y demás entes de relacionamiento.

El Neurológico tiene un canal exclusivo llamado “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción” a través del correo electrónico:

lineadetransparencia@neurologico.org.co Para el reporte de las denuncias de presuntas irregularidades y a continuación se describen unos datos de interés.

¿Quién es el denunciante?

- El denunciante puede ser persona natural, persona jurídica, formar parte de los grupos de interés (internos y externos).
- El denunciante debe actuar de buena fe, con el propósito de hacer lo correcto, con honestidad y ética.

¿Cuáles son los datos que el denunciante debe incluir en el correo electrónico?

El denunciante en el reporte o sospecha debe incluir la siguiente información de ser posible:

- Datos generales: Información amplia, detallada, con nombres completos de los involucrados en caso de tenerlos, y que presuntamente estén actuando de forma inapropiada.

- Descripción: Relato del tiempo, lugar y modo de la acción u omisión relacionada con el hecho.
- Evidencias: Adjuntar soportes, si se cuenta con ellos, de las presuntas acciones u omisiones.
- Datos del denunciante: Nombre completo, correo electrónico, número de teléfono. Si el Neurológico no cuenta con dicha información, no se le puede dar respuesta de las acciones tomadas por la denuncia o sospecha, si aplica.
- Siempre se protegerán los datos del denunciante cuando se relacionen.

¿Qué conductas se pueden denunciar o reportar por el “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”?

- Eventos de fraude, opacidad o corrupción.
- Uso inapropiado de los bienes o activos en el Neurológico.
- Presunto robo y/o apropiación de bienes o activos del Neurológico.
- Uso inadecuado del cargo para beneficios personales.
- Consumo de sustancias psicoactivas al interior del Neurológico.
- Conflictos de intereses. Ejemplo: Buscar beneficio personal en una contratación o evaluación de productos o medicamentos.
- Rompimiento de compromisos y acuerdos de confidencialidad.
- Revelación de información confidencial.
- Uso indebido de la información confidencial.
- Sobornos y malversaciones de pagos.
- Sospechas de comportamientos no adecuados por parte de integrantes del Consejo de Administración, de los directores o de los empleados del Neurológico.
- Alteración en facturas, soportes y registros contables.
- Discriminación por trato diferente y perjudicial que se da a una persona por motivos de raza, género, ideas políticas, religión.
- La conducta y/o un hecho ilegal.
- La inobservancia o vulneración de las normas internas o externas, el reglamento interno de trabajo del Neurológico, el código de ética y de buen gobierno del Neurológico, y el código de integridad del Neurológico.
- El incumplimiento a la ética y a la transparencia.
- Violaciones a la ética, a la moral, a los valores corporativos, a la política de transparencia, a la política de anticorrupción, antifraude y antisoborno, a la política de cumplimiento.
- Irregularidades, incumplimientos normativos, eventos de corrupción, de opacidad y de fraude (COF) así como de soborno y de soborno transnacional (ST).
- Irregularidades o actividades sospechosas relacionadas con el lavado de activos, la financiación del terrorismo, la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

Entre otros.

*Este canal se maneja con total reserva y confidencialidad de la información suministrada.

¿Quién puede denunciar o reportar una sospecha por el “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”?

Puede ser denunciada o reportada (informada) por cualquier stakeholders (parte interesada) y grupos de interés (internos y externos), tales como:

- El Estado.
 - El Consejo de Administración.
 - Los empleados y su grupo familiar.
 - Los pacientes y sus familias.
 - La alianza de usuarios.
 - El grupo de voluntariado hospitalario y de salud.
 - La comunidad.
 - La academia.
 - La competencia, los clientes y los pagadores.
 - Las aseguradoras.
 - Los proveedores.
 - Las empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos.
 - Las instituciones del sector salud.
- Y demás entes de relacionamiento.

¿Qué casos no debo denunciar o reportar por el “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”?

- Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones asociados a la experiencia del paciente, que se deben hacer a través del Comité de Experiencia del Paciente PQRSDF en el correo electrónico: experiencia.paciente@neurologico.org.co
- Solicitud de información y de servicios.
- Reporte de acoso laboral y de acoso sexual.

¿Quién es el responsable de investigar y gestionar la denuncia o el reporte recibido en el “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”?

El responsable del “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción” es el jefe de control interno y una vez haya recibido la denuncia o el

reporte de la sospecha por el correo electrónico, le notificará inmediatamente por el mismo medio a las siguientes personas:

- Dirección General y Dirección Administrativa y Financiera (si el tema es de su área).
- Dirección General y Dirección Médica (si el tema es de área).
- Dirección General, Dirección Administrativa y Financiera y Dirección Médica (si el tema es relevante para todos).
- Si el caso está asociado con alguno de los anteriores 3 cargos, se le notificará a todo el Consejo de Administración.
- Oficial de Cumplimiento (Si la denuncia es de lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción, opacidad, fraude, soborno y/o soborno trasnacional).

¿Cómo se inicia el proceso de indagaciones e investigaciones?

El jefe de control interno iniciará las indagaciones e investigaciones (si a ello hay lugar) y adicional, estará atento a las directrices de los directivos previamente informados.

¿Cuáles son los aspectos del proceso de indagaciones e investigaciones?

- Asegurar que los procedimientos para llevar a cabo la indagación, la investigación y la preservación de las pruebas, sean manejados con toda la prudencia, respeto, confidencialidad y objetividad; siempre respetando los derechos de los empleados y siempre protegiendo los datos del denunciante.
- Involucrar según la necesidad a otros servicios para la obtención de datos de contraste.
- Garantizar por parte de las directivas y del jefe de control interno la confidencialidad del denunciante, de la investigación y de su contenido, así como la confidencialidad de las personas involucradas en la investigación y también proteger la identidad de los denunciados y su reputación; informando, tan sólo, a las personas estrictamente necesarias en el proceso como son las directivas o el Consejo de Administración, si aplica.

¿Cuáles son las acciones que se pueden derivar de las indagaciones e investigaciones?

Una vez realizadas las indagaciones e investigaciones, se presentará un informe por escrito por el jefe de control interno y se enviará por correo electrónico a las directivas o el Consejo de Administración, según aplique, para que tomen las decisiones pertinentes.

Algunas decisiones de los Directores:

- Si se considera que los hechos denunciados y/o el informe del jefe de control interno, no suponen una infracción a las normas internas y externas; o bien no son contrarias a la ética profesional en el marco de sus funciones, se procederá a desestimar la denuncia, archivando el caso.
- Una denuncia también puede ser desestimada si las pruebas son insuficientes para determinar la falta y no se logran complementar.
- Si como resultado de las indagaciones según el informe del jefe de control interno; las directivas o el Consejo de Administración, consideran que se presentó una falta, procederán a:
 - Tomar las medidas correctivas que se deban establecer.
 - Reportar el caso a gestión humana para continuar con el proceso disciplinario que corresponda y si aplica, determinar las sanciones disciplinarias según lo establecido en los reglamentos del Neurológico.

¿Cómo se custodia la información generada por las indagaciones e investigaciones?

Una vez se finalice las indagaciones, el jefe de control interno archivará de forma virtual:

- El correo electrónico recibido de la conducta irregular.
- Los resultados documentados de la indagación e investigación.
- Las medidas correctivas que se deban establecer o las sanciones disciplinarias que correspondieron, en caso de ser informadas al jefe de control interno por los directivos o el Consejo de Administración o el área pertinente.

¿Qué acciones posteriores se pueden presentar al finalizar el caso?

- Recomendaciones, propuestas preventivas o de mejora en el control, supervisión, evaluación. Ejemplo: Actualización del código de ética y de buen gobierno del Neurológico, código de integridad del Neurológico, política de transparencia, política de anticorrupción, antifraude y antisoborno, programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), política de cumplimiento, entre otras para evitar su repetición en el futuro.
- Si se conocen los datos reales y veraces del denunciante, se le informará las principales decisiones tomadas en caso de conocerse por el jefe de control interno.
- Si el denunciante que envió el correo electrónico dentro del contenido del mensaje expresa que quiere ser anónimo (por seguridad, entre otros) no se le dará respuesta.

Protección del denunciante.

No se derivará ningún tipo de represalia sobre aquél o aquéllos que hubiesen actuado en su buena fe, realizando consultas, reportes o denuncias a través del “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”.

F4) Para los riesgos de soborno transnacional (ST), se define un procedimiento de archivo y conservación de documentos relacionados con los negocios, donaciones o transacciones internacionales, en los que esté involucrada o sea beneficiaria el Neurológico.

La producción documental del Neurológico, está definida y estandarizada a través de instrumentos archivísticos que ayudan al control, disponibilidad, manejo y disposición final de la documentación, tomando como punto de partida cada una de las oficinas y productores de la información de acuerdo con sus funciones.

La Tabla de Retención Documental, es uno de los instrumentos archivísticos que ayuda al Neurológico a establecer criterios y estrategias para una adecuada Administración Documental en la entidad, dicho instrumento menciona los documentos que se producen en cada oficina o archivo de gestión independiente de su formato o medio de producción, además, establece qué tiempo deben ser conservados en dichos archivos, hasta que se les dé la disposición final, lo que en palabras archivísticas, sería el ciclo de vida de los documentos.

Por otro lado, es necesario aclarar que el Neurológico establece los mismos criterios para los documentos que se producen en ambiente digital y no solo para los documentos en los cuales su soporte es el papel, así la información se encontrará organizada y con un mejor acceso a ella, debido a que, a la hora de consulta, se hará de forma más sencilla al establecerse su ubicación adecuadamente en todas las oficinas del Neurológico. Finalmente, cuando los documentos de archivo cumplen su tiempo en el archivo de gestión son transferidos al archivo central de acuerdo con lo establecido en el proceso de organización documental (clasificar, ordenar y describir), de acuerdo con la normatividad vigente.

F5) Mecanismos para la divulgación y seguimiento al programa al interior del Neurológico.

Estrategias de comunicación.²¹

Divulgación de la Información.

La información relacionada con el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) estará a disposición de todos los grupos de interés (internos y externos) que deseen saber sobre las buenas prácticas que se realizan en el Neurológico de una manera clara y transparente, así como dando el cumplimiento a la normativa vigente. De igual forma, cualquier ente de control y/o de vigilancia que deba revisar este documento, así como la demás información ajena al programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), se encuentra en la total potestad de solicitarla.

Cabe aclarar, que este documento no debe ser distribuido a personas ajenas al Neurológico, salvo que cuente con una previa autorización del director general y del oficial de cumplimiento. Así mismo, toda información que no esté directamente relacionada con el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) debe ser solicitada a la persona y área encargada según los parámetros establecidos en el organigrama del Neurológico.

Medios de comunicación.

La información relacionada, se encuentra en el Almera, a disposición de todos los empleados y directivos. Así mismo, se crean estrategias con el área encargada para brindar avisos y/o boletines informativos que sean de fácil acceso y entendimiento para cada uno de los implicados.

Se realizará una capacitación virtual que será incluida en el pensum institucional, la cual deberán realizar todos los nuevos aspirantes dentro del proceso de inducción y todos los empleados al menos una vez al año, esta capacitación estará liderada por el Oficial de Cumplimiento quien también se encuentra a disposición para compartir información en caso de que sea necesario, ayudando siempre con el buen actuar de los empleados y directivos y promoviendo una cultura sana, ética y transparente.

²¹ *Ibid. (Ibidem) Medido 111.*

6. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.

- Cobertura a todos los niveles del Neurológico (todos los rangos deben conocer este programa y procurar implementarlo en cada una de sus áreas).²²
- Mantener la información asociada al programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), actualizada a la última normativa vigente y de acuerdo con cada uno de los parámetros establecidos.
- Hacer un seguimiento íntegro del programa de acuerdo con las funciones que le corresponden a cada una de las áreas implicadas.
- Establecer un vínculo directo entre código de ética y de buen gobierno, el código de integridad y el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), en pro de mantener una cultura ética y de buenas prácticas del Neurológico.
- Manifestación expresa de la no tolerancia de situaciones de corrupción, de opacidad y de fraude (COF) así como el soborno y el soborno transnacional (ST).
- Línea de acción contra el conflicto de intereses.
- Línea de acción relacionada con la participación y financiación de campañas políticas.
- Línea de acción contra el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM).
- Línea de acción relacionada con gastos para regalos, viajes y entretenimiento.
- Línea de acción contra las donaciones y contribuciones.

²² *Ibid.* (Ibidem) Medida 108.