

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 1 de 46	

MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA- SARLAFT/PADM

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

**ELABORADO POR:
OFICIAL DE CUMPLIMIENTO**

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

26 DE MAYO DE 2022

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 2 de 46	

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVO	5
3. ALCANCE.....	5
4. APROBACIÓN.....	5
5. GLOSARIO	5
6. NORMATIVIDAD	11
6.1. NORMATIVIDAD LEGAL	11
6.2. NORMATIVIDAD TÉCNICA.....	11
6.3. NORMATIVIDAD INTERNA.....	12
7. ASPECTOS GENERALES DEL SARLAFT/PADM	12
7.1. NATURALEZA DEL RIESGO LA/FT/FPADM.....	12
8. ESTRUCTURA DEL SARLAFT/PADM	12
9. ELEMENTOS DEL SARLAFT/PADM.....	13
9.1. DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA DE LA/FT/FPADM /FPADM	13
9.2. LINEAMIENTOS DEL RIESGO DE LA/FT/FPADM /FPADM	13
9.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	16
9.3.1. Funciones de la junta directiva.	16
9.3.2. Oficial de cumplimiento.....	17
9.3.2.1. Requisitos.	17
9.3.2.2. Funciones.	18
9.4. ÓRGANOS DE CONTROL	19
9.4.1. Funciones del Revisor Fiscal.....	19
9.4.2. Funciones del jefe de la Oficina de Control Interno.	19
9.5. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	20
9.5.1. SIAPINC.....	20
9.5.2. SAP.....	20
9.5.3. Base de datos de listas restrictivas.	20
9.5.4. Soporte informático de correo para los informes internos y externos.	20
9.5.5. Planes, programas y estrategias para la seguridad de la información.	20
9.5.6. Documentación.....	21
9.6. CAPACITACIÓN	22
9.7. INSTRUMENTOS	22
9.8. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN	22

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 3 de 46	

9.8.1.	Reportes Internos.	22
9.8.2.	Reportes externos.	23
9.8.3.	Lineamientos de comunicación y consulta	25
10.	ETAPAS / METODOLOGÍA DEL SARLAFT/PADM.....	25
10.1.	ESTABLECER EL CONTEXTO.....	27
10.1.1.	Compromiso de la alta dirección con el SARLAFT/PADM.....	27
10.1.2.	Contexto externo e interno.	28
10.1.3.	Contexto externo.	28
10.1.4.	Contexto interno.	28
10.1.5.	Metodología para la gestión del riesgo de LA/FT.....	28
10.1.6.	Perfil de Riesgos de LA/FT.....	29
10.1.7.	Herramientas para la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM.	30
10.2.	IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DE LA/FT	30
10.2.1.	Metodología para la Segmentación de Riesgo LA/FT.....	31
10.2.1.1.	Cientes o contrapartes.....	31
10.2.1.2.	Los productos.	32
10.2.1.3.	Los canales de distribución.	32
10.2.1.4.	Las áreas geográficas o jurisdicciones.....	32
10.2.2.	Herramientas.	34
10.2.3.	Lineamientos para la identificación de riesgos de LA/FT/FPADM.	34
10.3.	ANÁLISIS Y MEDICIÓN DE LOS RIESGOS DE LA/FT.....	34
10.3.1.	Procedimientos.....	35
10.3.2.	Herramientas.	36
10.3.3.	Lineamientos para el análisis de los riesgos.....	36
10.4.	EVALUCACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS DE LA/FT/FPADM.....	36
10.4.1.	Procedimientos.....	36
10.4.2.	Controles para mitigar los riesgos de LA/FT/FPADM.....	37
10.4.3.	Identificación y análisis de operaciones inusuales.....	37
10.4.3.1.	Detectar las operaciones inusuales.....	37
10.4.3.2.	Procedimiento para detectar operaciones inusuales.....	37
10.4.4.	Señales de alerta o alertas tempranas.....	38
10.4.5.	Herramientas.	39
10.4.6.	Lineamientos para la evaluación de los riesgos.....	39

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 4 de 46	

10.5. TRATAMIENTO DE RIESGOS DE LA/FT/FPADM	39
10.5.1. Procedimientos.	40
10.5.2. Herramientas.	40
10.5.3. Lineamientos para el tratamiento de los riesgos.	40
11.PROCEDIMIENTOS GENERALES.....	41
11.1. CONOCIMIENTO DE CLIENTE, FUNCIONARIO, PROVEEDOR Y PACIENTE.	41
11.1.1. Conocimiento de personas naturales o jurídicas.	41
11.1.1.1. Diligenciamiento del formato.	41
11.1.1.2. Verificación de la información.....	41
11.1.2. Conocimiento del cliente (paciente particular o familiar).	42
11.1.3. Conocimiento del empleado.	42
11.1.4. Conocimiento del proveedor, contratista, tercero específico.	43
11.1.5. Conocimiento del donante o receptor de una donación.....	43
11.1.6. Conocimiento de clientes personas expuestas públicamente (PEP).....	45

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 5 de 46			

1. INTRODUCCIÓN

Los agentes que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud están expuestos al riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo teniendo en cuenta la naturaleza de sus actividades, el volumen de operaciones, el alto monto de los recursos que manejan y la gran cantidad de personas que atienden. Por ello, es indispensable que implementen medidas que prevengan y controlen este riesgo.

La SNS ordenó la implementación de un sistema de administración del riesgo encaminado a mitigar este riesgo mediante la Circular Externa 09 de 2016 y las circulares que la modifiquen.

El presente manual describe el diseño y funcionamiento del **Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva-** (en adelante **SARLAFT/FPADM**) del Instituto Nacional de Cancerología.

2. OBJETIVO

El presente manual del SARLAFT/PADM es un documento de consulta que hace parte del sistema de gestión documental del INC que sirve como herramienta de trabajo para los servidores públicos vinculados al instituto para que conozcan y apliquen las políticas, las metodologías y los procedimientos para la prevención y el control del riesgo de LA/FT/FPADM /FPDM y prevenir de esta manera los posibles efectos económicos, jurídicos, operacionales y reputaciones que podrían derivarse de la materialización del riesgo de LA/FT/FPADM /FPDM.

3. ALCANCE

El presente manual contiene las etapas y los elementos (metodologías, procedimientos, herramientas y políticas) que conforman el SARLAFT/PADM y está dirigido a los miembros de la junta directiva, servidores públicos, proveedores, contratistas, terceros y partes interesadas del INC.

4. APROBACIÓN

El presente Manual del SARLAFT/PADM en su versión N°3 fue aprobado por la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología ESE, en la sesión del jueves 26 mayo de 2022, tal como consta en el acta 003 de la presente vigencia.

5. GLOSARIO

A continuación, se presentan los términos, siglas o abreviaturas más usados en el presente manual SARLAFT/PADM con sus definiciones o significados, para su conocimiento, comprensión y aplicación¹.

ALTA GERENCIA¹: personas del más alto nivel jerárquico en el área administrativa o corporativa de la organización. Son responsables del giro ordinario del negocio de la entidad y encargadas de idear, ejecutar y controlar los objetivos y estrategias de esta. Se incluyen también al director general y el Contralor Interno.

¹ Las definiciones identificadas con un asterisco (*) fueron tomadas o adaptadas a partir de las definiciones contenidas en el numeral 4 Definiciones, de la Circular Externa No. 09 de 2016 de la Supersalud. Las demás fueron tomadas o adaptadas principalmente de otros documentos de la UIAF.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 6 de 46			

ANÁLISIS DE RIESGO: Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar el nivel del riesgo.

AUTOCONTROL: Voluntad de toda persona para detectar, controlar y gestionar de manera eficiente y eficaz los riesgos a los que está expuesto el INC.

BENEFICIARIO FINAL: Persona(s) natural(es) que finalmente posee(n) o controla(n) a un cliente y/o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción. Incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona u otra estructura jurídicas.

CLIENTE Y/O CONTRAPARTE: Toda persona natural o jurídica con quien el INC formaliza una relación contractual o legal, sea contratista, proveedor, suministro de medicamentos e insumos, contratos de red de prestadores, compradores y/o cualquier figura contractual que suponga inyección efectiva de recursos, como lo son los afiliados a los planes voluntarios de salud. Debido a la obligatoriedad del aseguramiento y la prestación de servicios de salud por parte de las EPS y prestadores, no se consideran como clientes y/o contrapartes los usuarios (afiliados) de las EPS, ni los pacientes de las IPS cuyos servicios sean cancelados efectivamente por algún tipo de seguro (Plan Obligatorio de Salud, Sistema de Riesgos Laborales y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT-, Planes Adicionales de Salud, entre otros). Es así como, para estos casos, no será necesario la identificación del usuario.

CONTROL DEL RIESGO DE LA/FT/FPADM: Comprende la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras acciones existentes que actúan para minimizar el riesgo LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos que realice el INC.

DEBIDA DILIGENCIA: Medidas necesarias al momento de establecer una relación contractual o de negocios basado en el comportamiento que tendría un buen hombre de negocios. Equivale a ejecutar algo con suficiente cuidado. Existen dos interpretaciones sobre la utilización de este concepto en la actividad empresarial. La primera, se concibe como actuar con el cuidado que sea necesario para prevenir la posibilidad de llegar a ser considerado culpable por negligencia y de incurrir en las respectivas responsabilidades administrativas, civiles o penales. La segunda, de contenido más económico y más proactiva, se identifica como el conjunto de procesos necesarios para poder adoptar decisiones suficientemente informadas.

DEBIDA DILIGENCIA REFORZADA: Término con el que se sugiere a las empresas públicas o privadas a tomar medidas o precauciones adicionales al momento de establecer una relación contractual o de negocios, basado en el comportamiento que tendría un buen hombre de negocios, para identificar posibles riesgos o actividades posiblemente ocultas.

ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO (ESAL): Personas jurídicas que se constituyen por la voluntad de asociación o creación de otras personas naturales o jurídicas para realizar actividades en beneficio de los asociados o de terceras personas o de la comunidad en general y no persiguen el reparto de utilidades entre sus miembros. Las ESAL están conformadas por asociaciones, corporaciones y fundaciones; entidades de economía solidaria (cooperativas, precooperativas, fondos de empleados, asociaciones mutuales); veedurías ciudadanas; entidades extranjeras de derecho privado sin ánimo de lucro con domicilio en el exterior; e instituciones auxiliares del cooperativismo y organismo de segundo y tercer grado.

ESALES: Sigla de Entidades sin Ánimo de Lucro.

EVALUACIÓN DE RIESGOS: Proceso utilizado para determinar las prioridades de administración de riesgos al comparar un determinado nivel de riesgo respecto de estándares predeterminados, niveles de riesgo objetivos u otro criterio.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 7 de 46			

EVENTO DE RIESGO: Incidente o situación de LA/FT/FPADM que ocurre en INC durante un intervalo particular de tiempo.

FACTORES DE RIESGO DE LA/FT/FPADM: Aquellas circunstancias y características de los clientes y/o contraparte, personas naturales y jurídicas, y de las operaciones que hacen que exista una mayor probabilidad de corresponder con una operación sospechosa de LA/FT/FPADM.

FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO: Delito que comete toda persona que incurra en alguna de las conductas descritas en el artículo 345 del Código Penal Colombiano, así como aquellas consideradas como tal por la legislación internacional aplicable.

FUENTES DE RIESGO DE LA/FT/FPADM: Agentes generadores de riesgo de LA/FT/FPADM en la organización y se tienen en cuenta para identificar las situaciones que puedan generar este riesgo en sus operaciones, negocios o contratos.

GAFI: Sigla del Grupo de Acción Financiera Internacional. Organismo intergubernamental cuyo propósito es elaborar y promover medidas para combatir el lavado de activos y la financiación del terrorismo.

GAFILAT: Sigla del Grupo de Acción Financiera de Latinoamérica. Es el grupo regional del GAFI que promueve la lucha contra el lavado de activos y la financiación del terrorismo. Colombia es miembro activo de GAFILAT.

GESTIÓN DEL RIESGO DE LA/FT/FPADM: Es la adopción de políticas que permitan prevenir y controlar el riesgo de LA/FT/FPADM.

HERRAMIENTAS: Medios que utiliza el INC para prevenir que se presente el riesgo de LA/FT/FPADM y para detectar operaciones intentadas, inusuales o sospechosas. Dentro de dichas herramientas se deben mencionar, entre otras, las señales de alerta, indicadores de operaciones inusuales, hojas electrónicas de control, bases de datos, reporte de transacciones diarias en efectivo.

INC: Iniciales del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado del orden nacional.

JURISDICCIÓN: Lugar o ubicación geográfica en el que se promocionan, venden los servicios de INC, ya sean locales, nacionales o internacionales.

LA/FT/FPADM: Sigla de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

LAVADO DE ACTIVOS: Delito que comete toda persona que busca dar apariencia de legalidad a bienes o dinero provenientes de alguna de las actividades descritas en el artículo 323 del Código Penal colombiano, así como aquellas consideradas como tal por la legislación internacional aplicable.

LISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES: 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, tal como ocurre con las listas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, que son vinculantes para Colombia. Adicionalmente, pueden ser consultadas por internet las listas OFAC, INTERPOL, Policía Nacional, entre otras.

LISTAS RESTRICTIVAS: Forma en que también se denominan las listas nacionales e internacionales.

MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL: Máximo órgano de gobierno de la entidad. Su principal función es velar por el

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 8 de 46	

cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad, mediante la realización de asambleas, que puede darse de manera ordinaria o extraordinaria, según lo establece el Código de Comercio o la norma que regule cada tipo especial de la entidad y los estatutos. Para el caso de INC, el máximo órgano social es la Junta Directiva.

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO: Proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, y aunque promueve una estructura uniforme, puede ser adaptada a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran.

MECI: Sigla del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

MONITOREO: Proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y la eficacia de una política o de un proceso, mediante la identificación de sus logros y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados. Es condición para rectificar o profundizar la ejecución y para asegurar la retroalimentación entre los objetivos, los presupuestos teóricos y las lecciones aprendidas a partir de la práctica.

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO: Oficial de Cumplimiento, o máxima persona encargada del cumplimiento del SARLAFT/PADM, funcionario del INC encargado de verificar el cumplimiento de los manuales y políticas de procedimiento de la organización, así como de la implementación del SARLAFT/PADM. Es un funcionario de mínimo segundo nivel jerárquico, que depende directamente del Órgano de Administración o Dirección dentro de la estructura organizacional y funcional de la organización, y es nombrado por la Junta Directiva. A su vez, es el encargado de realizar los reportes a la UIAF y a la SNS. Las condiciones para su nombramiento son las señaladas en el numeral 6.2.1 de la Circular Externa 09 de 2016 de la SNS, y es nombrado cargo adjunto o de desempeño alterno a otra función que realice en la organización.

OMISIÓN DE DENUNCIA DE PARTICULAR: Tener conocimiento de la comisión de los delitos señalados en el artículo 441 del Código Penal colombiano y no denunciarlos ante las autoridades competentes, así como aquella considerada como tal por la legislación internacional aplicable.

OMISIÓN DE REPORTE: Comportamiento determinado por el artículo 325A del Código Penal colombiano que establece que "Aquellos sujetos sometidos a control de la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) que deliberadamente omitan el cumplimiento de los reportes a esta entidad para las transacciones en efectivo o para la movilización o para el almacenamiento de dinero en efectivo, incurrirán, por esa sola conducta, en prisión de treinta y ocho (38) a ciento veintiocho (128) meses y multa de ciento treinta y tres puntos treinta y tres (133.33) a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes."

OPERACIÓN INTENTADA: Se configura cuando se tiene conocimiento de la intención de una persona natural o jurídica de realizar una operación sospechosa, pero no se perfecciona por cuanto quien intenta llevarla a cabo desiste de la misma o porque los controles establecidos o definidos no permitieron realizarla. Estas operaciones tienen que ser reportadas única y exclusivamente a la UIAF.

OPERACIÓN INUSUAL: Aquella cuya cuantía o características no guardan relación con la actividad económica de los clientes y/o contrapartes, o que, por su número, por las cantidades transadas o por sus características particulares, se salen de los parámetros de normalidad establecidos.

OPERACIÓN SOSPECHOSA: Aquella que por su número, cantidad o características no se enmarca en 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.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 9 de 46			

Cuando se detecten esta clase de operaciones, deben ser reportadas a la UIAF.

PARTES INTERESADAS: Cualquier organización, grupo o individuo que pueda afectar o ser afectado por las actividades del INC.

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN O DIRECCIÓN: Junta Directiva o quien haga sus veces. Sus principales funciones son la de dirigir y representar a la entidad en la gestión técnica, administrativa y financiera, logrando realizar los objetivos y estrategias de esta. Asimismo, establece la forma de organizarse, deliberar y las instancias para evaluación y rendición de cuentas.

ÓRGANO DE CONTROL: Instancia creada al interior de la persona jurídica para ejercer las funciones de control interno, y para el caso particular del INC se trata de la Oficina de Control Interno. Sus principales funciones son las de evaluar, monitorear y verificar que los procesos y procedimientos a cargo de la entidad, cumplan las metas y propósitos previamente planteados en torno a una gestión con calidad.

PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE (PEP): Personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre estos o gozan de reconocimiento público. Las PEP extranjeras son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas prominentes en otro país, como por ejemplo los jefes de Estado o de Gobierno, políticos de alto nivel, funcionarios gubernamentales o judiciales de alto nivel militares de alto rango, ejecutivos de alto nivel de corporaciones estatales, funcionarios de partidos políticos importantes. Las PEP domésticas son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas internamente, a los cuales les aplica los mismos ejemplos que las PEP extranjeras mencionadas anteriormente. Las personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones prominentes por una organización internacional se refiere a quienes son miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la Junta o funciones equivalentes. La definición de PEP no pretende cubrir a individuos en un rango medio o más subalterno en las categorías anteriores.

PERFIL DE RIESGOS DE SARLAF/PADM: Perfil de riesgo es el consolidado de la severidad del riesgo por vigencia que parte de la medición de la probabilidad y del impacto, el cual se consolida y se compara entre el riesgo inherente y residual que para INC es por proceso, y de acuerdo con los resultados se establece el nivel institucional.

POLÍTICAS: Lineamientos, orientaciones o aspectos que fundamentan la prevención y el control del riesgo de LA/FT/FPADM, que en el INC deben hacer parte del proceso de gestión del riesgo de LA/FT/FPADM.

PRODUCTO: Bienes y servicios que ofrece el INC en desarrollo de su objeto social.

SEGMENTACIÓN: Proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos homogéneos al interior de ellos, y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).

SISTEMA DE RECEPCIÓN Y VALIDACIÓN DE ARCHIVOS: Plataforma tecnológica desarrollada por la SNS, en la cual los vigilados reportan y envían la información solicitada a través de la Circular Única de esa entidad. Este es el único medio por el que deben remitirse los Archivos Tipo 191 y 192 (Copia del Acta de la Junta Directiva y Datos Generales del Oficial de Cumplimiento titular y suplente, respectivamente).

REPORTES INTERNOS: Aquellos que se manejan dentro del INC, dirigidos al Oficial de Cumplimiento y pueden ser efectuados por cualquier empleado o miembro del INC, que tenga conocimiento de una posible operación intentada, inusual o sospechosa.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 10 de 46	

RIESGO DE LA/FT/FPADM: Posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir el INC por su propensión a ser utilizado directamente o a través de sus operaciones, como instrumento para cometer los delitos de lavado de activos o la canalización de recursos para la financiación del terrorismo.

RIESGOS ASOCIADOS AL LA/FT/FPADM: Aquellos a través de los cuales se puede llegar a materializar el riesgo de LA/FT/FPADM, estos son: contagio, legal, operativo y reputacional.

RIESGO DE CONTAGIO: Posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir el INC, directa o indirectamente, por acción de una persona natural o jurídica que posee vínculos con la entidad.

RIESGO LEGAL: Posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir el INC al ser sancionado, multado u obligado a indemnizar daños como resultado del incumplimiento de normas o regulaciones, obligaciones contractuales, fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.

RIESGO OPERATIVO: Probabilidad de pérdida o daño que puede sufrir el INC al incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, por fraude y corrupción, o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

RIESGO REPUTACIONAL: Posibilidad de pérdida en que incurre el INC por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, verdadera o no, respecto de la institución y sus prácticas de negocios, que cause una disminución de su base de clientes, disminución de los negocios o ingresos, o incurrir en procesos judiciales.

RIESGO INHERENTE: 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: Nivel resultante del riesgo después de la aplicación de los mecanismos de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.

RVCC: Sigla del Sistema de Recepción y Validación de Archivos de la SNS.

SARLAFT/FPADM: Sigla del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Contra la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.

SEÑALES DE ALERTA: Circunstancias particulares que llaman la atención y justifican un mayor análisis. Son realizadas por personas naturales o jurídicas que presentan como actividad económica principal o secundaria aquellas relacionadas con el sector salud y que pueden llegar a presentar a manera de ejemplo las siguientes situaciones: a. Características inusuales de las actividades, productos o lugares de procedencia; b. Inconsistencias en la información relacionada con la existencia, identificación, dirección del domicilio, o ubicación del usuario; c. Inconsistencias en la información que suministra el cliente y/o contraparte frente a la que suministran otras fuentes; d. Facturas que contengan precios ostensiblemente diferenciales frente a los del mercado.

SIAPINC: Sigla del Sistema de Información de Apoyo a los Procesos del Instituto Nacional de Cancerología

SIREL: sigla del Sistema de Reporte en Línea. Es un sistema de información en ambiente web, desarrollado por la UIAF como mecanismo principal para recibir los reportes de información en línea.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD: Máximo organismo de inspección, vigilancia y control del sector salud en Colombia.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 11 de 46			

SUPERSALUD: Sigla de la Superintendencia Nacional de Salud.

TERCEROS: Personas naturales o jurídicas con las cuales el INC tiene vínculos de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Para propósitos del presente manual, se refiere a clientes, proveedores, contratistas, empleados, colaboradores y demás terceros vinculados.

TRANSACCIONES EN EFECTIVO: es el recibo o entrega de dinero en efectivo de billetes o monedas, donde el sujeto de la transacción debe tener la condición de cliente y/o contraparte de la entidad vigilada.

UIAF: sigla de la Unidad de Información y Análisis Financiero. Es una unidad administrativa especial, de carácter técnico, adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público en Colombia, que tiene como objeto la prevención y detección de operaciones que puedan ser utilizadas para el lavado de activos o la financiación del terrorismo. Así mismo, impone obligaciones de reporte de operaciones a determinados sectores económicos

USUARIO: Toda persona natural a la que, sin ser cliente y/o contraparte, la entidad le suministra o presta un servicio de salud.

6. NORMATIVIDAD

El diseño e implantación del SARLAFT/PADM y el presente manual se sustentan en el siguiente listado que no pretende ser exhaustivo, en donde se mencionan las principales normas legales, normas técnicas y normas internas del INC relacionadas con la gestión del riesgo:

6.1. NORMATIVIDAD LEGAL

- a) Constitución Política de Colombia, artículo 49
- b) Ley 526 de 1999 (Modificado por la Ley 1121 de 2006), artículo 1,3 y 10
- c) Decreto 1497 de 2002
- d) Ley 715 de 2001, artículo 68
- e) Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), artículo 12
- f) Ley Estatutaria de Salud 715 de 2015, artículo 2
- g) Decreto 943 de 2014 del DAFP
- h) Decreto 1083 de 2015 Único de la Función Pública, Arts. 2.2.22.1 y siguientes
- i) Circular Externa 009 de 2016 de la Supersalud y modificaciones
- j) Circular Externa 20211700000005-5 de 2021
- k) Circular Externa 20211700000004-5 de 2021
- l) Documento CONPES 3793 de diciembre de 2013
- m) Resolución 5095 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social
- n) Decreto 830 de 2021.

6.2. NORMATIVIDAD TÉCNICA

- a) NTC-ISO 31000:2018. Norma Técnica Colombiana para la Gestión del Riesgo.
- b) Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones presentaron la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” de octubre de 2018, para los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital, como una herramienta con enfoque preventivo, vanguardista y proactivo que permitirá el manejo del riesgo, así como el control en todos los niveles de la entidad pública, brindando seguridad razonable frente al logro de sus objetivos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 12 de 46	

6.3. NORMATIVIDAD INTERNA

- a) Política de Gestión del Riesgo
- b) Manual de Calidad

7. ASPECTOS GENERALES DEL SARLAFT/PADM

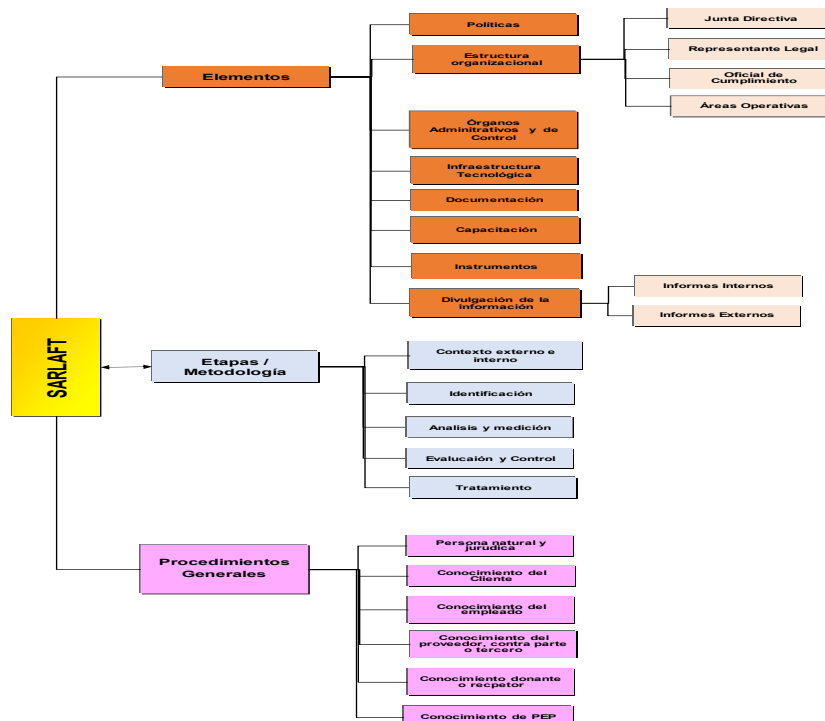
7.1. NATURALEZA DEL RIESGO LA/FT/FPADM

El LA/FT/FPADM tiene una doble naturaleza teniendo en cuenta que, de una parte, es un delito tipificado en el Código Penal (artículo 323 para el lavado de activos y 345 para la financiación del terrorismo) y a la vez es un tipo de riesgo operacional que a diferencia de otros riesgos operacionales una vez materializado genera pérdidas para las organizaciones por lo que el INC expresa su compromiso para prevenirlo, detectarlo y reportarlo oportuna y eficazmente mediante el SARLAFT en desarrollo de su objeto social y ajustado al tamaño, actividad económica, forma de comercialización y demás características particulares de una institución prestadoras de servicios de salud de alto nivel de complejidad como lo es el INC.

8. ESTRUCTURA DEL SARLAFT/PADM

La estructura utilizada para el diseño e implementación del SARLAFT/PADM en el INC se basa en la propuesta de los requisitos establecidos en la Circular 09 de 2016 de la Supersalud, y se expone a continuación:

Ilustración 1. Estructura utilizada para el diseño e implementación del SARLAFT/PADM



Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 13 de 46	

En esta ilustración se descompone el SARLAFT/PADM en las etapas y elementos que lo conforman, han servido de base para estructurar el sistema de gestión de riesgos (el cual es acorde con la metodología adoptada por el INC que es la del DAFP, aplicable también a los riesgos de SARLAFT/PADM) y el presente manual cumple con los requisitos establecidos en la Circular 09 de 2016 de la Supersalud.

En el presente manual se describirá a continuación las etapas del SARLAFT/PADM y en cada una de ellas se detallarán los procedimientos, mecanismos e instrumentos que la conforman y la manera cómo operan en la práctica en el INC.

9. ELEMENTOS DEL SARLAFT/PADM

9.1. DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA DE LA/FT/FPADM /FPADM

El INC fomenta una cultura institucional antilavado y anti-financiación del terrorismo en sus órganos de administración y de control, y en general en todos los servidores públicos que prestan sus servicios, a sus usuarios (pacientes y familiares) y de manera preventiva frente a nuestras contrapartes (proveedores, contratistas y terceros).

Las políticas del SARLAFT/PADM se inscriben en la Política de Gestión del Riesgo cuya declaración dice así:

“El INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, se compromete a gestionar los riesgos de manera integral, con la participación de los líderes de los procesos, aliados estratégicos y partes interesadas, con el fin de dar cumplimiento a su misión institucional, a través de la identificación, análisis, valoración y tratamiento a riesgos”

9.2. LINEAMIENTOS DEL RIESGO DE LA/FT/FPADM /FPADM

A continuación, se presentan las directrices frente al SARLAFT/PADM:

1. El INC gestiona la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM /FPADM en el contexto del marco legal vigente y siguiendo las directrices impartidas por los entes reguladores competentes en el tema.
2. La administración del riesgo de LA/FT/FPADM /FPADM hace parte de la Gestión de Riesgos en el INC.
3. La administración del riesgo de LA/FT/FPADM /FPADM está articulada con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) del INC, por ello se hará bajo el enfoque del ciclo PHVA y fomentando el trabajo en equipo por parte de las personas y procesos que intervienen, de acuerdo con el marco normativo legal vigente y con los criterios establecidos en este manual.
4. El Oficial de Cumplimiento coordinará el manejo y la custodia de la documentación y los registros del SARLAFT/PADM con los responsables que aplican los controles.
5. Las políticas, procedimientos, manual, instrumentos y formatos definidos en el SARLAFT/PADM hacen parte del sistema de gestión de la calidad y son de obligatorio cumplimiento por parte de los servidores públicos del INC.
6. El INC archiva adecuadamente todos los registros durante los tiempos que establece la tabla de retención documental el marco normativo establecido por la Supersalud, a fin de mantener su disponibilidad e informar a las partes interesadas, sobre la prohibición de divulgar o publicar los contenidos de los reportes de operaciones inusuales y sospechosas.
7. Frente a la garantía de la información reportada conforme lo establece el artículo 105 del estatuto orgánico del sistema financiero el INC cuenta con la política de Política de seguridad y privacidad de la información.
8. La aplicación de los controles, documentación del SARLAFT/PADM y evidencia en donde están plasmados estos controles, es responsabilidad del personal de cada proceso.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 14 de 46	

9. El INC prohíbe el resguardo, transporte, almacenamiento, conservación, o administración de bienes ajenos y menos aún aquellos que eventualmente provengan de actividades ilícitas ejecutadas por un tercero.
10. El INC prohíbe la adquisición de elementos importados procedentes de actividades de contrabando, por lo cual sus empleados cumplen los procedimientos y directrices definidos y en el caso de identificar estas actividades deberá informarlo al oficial de cumplimiento para que elabore y envíe el reporte (ROS) a la UIAF.
11. El INC evita financiar sus gastos o inversiones con la participación de intermediarios financieros que no estén legalmente constituidos y vigilados por las autoridades competentes.
12. El INC adquiere divisas o efectúa transacciones en divisas con ocasión de la realización de sus actividades, únicamente mediante intermediarios financieros legalmente constituidos y vigilados por las autoridades competentes, y de acuerdo con el marco normativo legal vigente.
13. El INC diseña, difunde y aplica estrictamente un procedimiento para eventuales devoluciones de dinero, y dejará constancia y justificación escrita de cada caso que se presente según la descripción de actividad [GCM-P02-D-09 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA EFECTUAR DEVOLUCIÓN DE DINERO RECAUDADO EL MISMO DÍA](#) y [GCM-P02-D-10 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA EFECTUAR DEVOLUCIÓN DE DINERO RECAUDADO EN DÍAS ANTERIORES](#).
14. El INC cuenta con un procedimiento definido para recibir y realizar donaciones de acuerdo con la descripción [GDG-P03-D-06 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA RECIBIR Y REALIZAR DONACIONES](#).
15. Toda persona que pretenda hacer una donación a favor del INC sea en efectivo o en especie, por cualquier monto, deberá ser conocida de manera previa por el INC mediante los procesos de debida diligencia ampliada o reforzada si fuera del caso.
16. El INC acreditará con soportes todas sus operaciones, negocios y contratos, y se prohíbe la realización de actividades, negocios y contratos sin que exista el respectivo soporte interno o externo, debidamente fechado y autorizado por quienes intervengan en ellos o los elaboren.
17. Frente a la prevención y resolución de conflictos de interés se encuentra establecida en la resolución 0193 de 2019 "Por medio de la cual se adopta el código de integridad del servidor público del INC".
18. Teniendo en cuenta que el riesgo de LA/FT/FPADM /PADM, una vez materializado, potencialmente genera importantes pérdidas mediante la materialización de riesgos legales, operacionales, reputacionales y de contagio, el INC abrirá un proceso disciplinario conforme con el marco normativo que regula la materia, a aquellos servidores públicos que incumplan con lo establecido en este manual en relación con el cumplimiento de las políticas, etapas o elementos del SARLAFT/PADM.
19. El código de integridad del INC ha definido los valores institucionales, con el fin de que los funcionarios se apropien y actúen siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo los deberes con rectitud, justicia, imparcialidad y siempre favoreciendo el interés general.
20. El INC establece los lineamientos, directrices e instrumentos necesarios para la vinculación y realización de operaciones con sus clientes (paciente particular o familiar), proveedor, contratista, empleado, tercero, donante, y rechaza el establecimiento o la renovación de una relación contractual que no cumpla con los requisitos exigidos por la Ley y sus normas internas.
21. El INC ejerce la debida diligencia reforzada para la plena identificación de las personas naturales o jurídicas con quienes realice transacciones en el evento en que tales negociaciones no requieran la presencia física de las partes.
22. El INC prestará sus servicios a los usuarios que hayan cumplido con los procedimientos de presentación y actualización de la información establecida para conocerlos y prevenir y controlar el riesgo de LA/FT/FPADM, incluyendo las excepciones mencionadas en el presente manual.
23. El INC se abstiene de negociar productos o servicios con proveedores que no hayan cumplido con los procedimientos de vinculación o actualización de información establecidos sobre prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM, incluyendo las excepciones mencionadas en el presente manual. No hace parte de la identificación.
24. El INC propenderá porque los servidores públicos que se relacionan directamente con los clientes y proveedores se aseguren de que se cumplan los procedimientos establecidos y suministren la información

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 15 de 46	

requerida según los productos o servicios de que se trate, asegurándose de documentarla según las directrices establecidas.

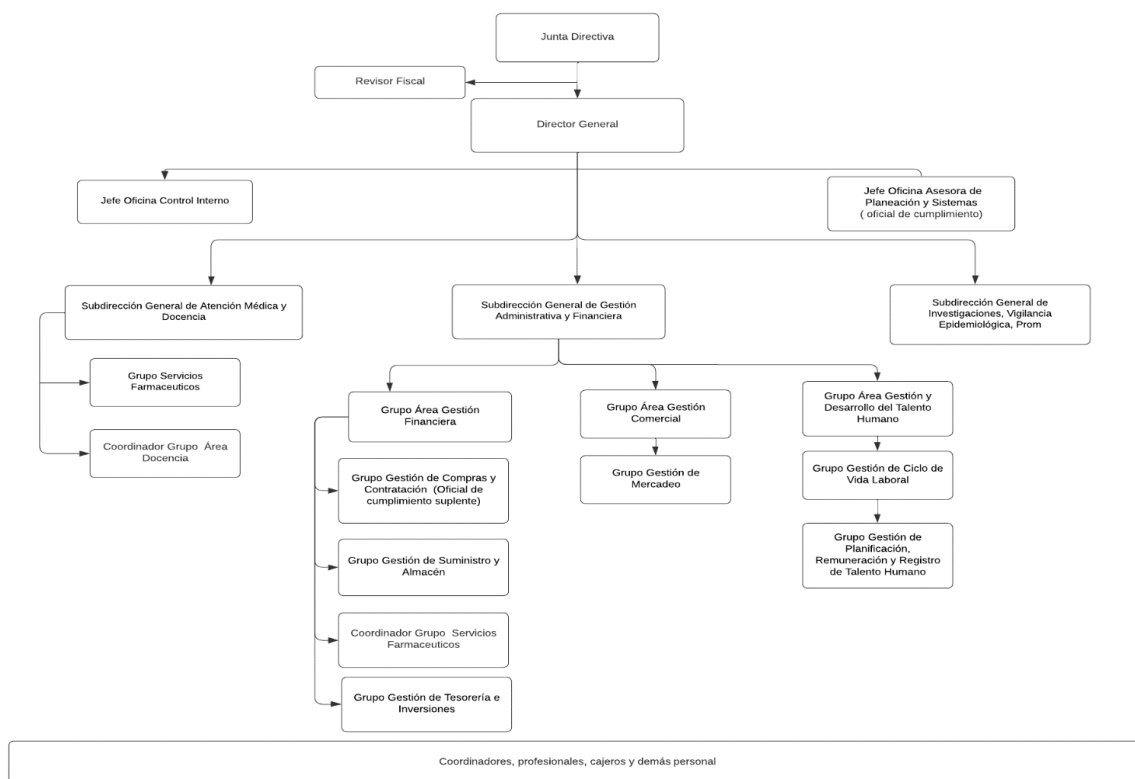
25. El INC prohíbe terminantemente el establecimiento de relaciones comerciales con personas naturales o jurídicas que tengan nombres ficticios o nombres inexactos.
26. El INC prohíbe terminantemente la ejecución de transacciones de compra o venta de bienes o servicios mediante el pago o la recepción de monedas virtuales tales como el bitcoin.
27. El INC prohíbe terminantemente la recepción directa por parte de los funcionarios o colaboradores del INC de donaciones en efectivo o en especie a su favor.
28. El INC Diseña, aplica y mejora las metodologías para identificar, medir, controlar, monitorear y reportar las fuentes de riesgo y los riesgos asociados.
29. El INC exige a sus partes interesadas el cumplimiento de las normas en materia de administración del riesgo de LA/FT/FPADM, prevaleciendo éstas ante el logro de las metas comerciales y financieras.
30. Las partes interesadas del INC y en especial los terceros, deberán comprometerse con el INC a dar estricto cumplimiento y aplicación al manual SARLAFT/PADM.
31. Los pacientes particulares serán atendidos por el INC y se les aplicará el procedimiento de consulta en las listas restrictivas (Según aplique) se realizarán los reportes correspondientes ante las autoridades competentes.
32. Para los oferentes y proveedores que se encuentran en las etapas precontractual, contractual y post contractual y que se encuentren con reporte sea positivo en las listas restrictivas su pertenencia técnica y jurídica se presentará ante los miembros del comité de Apoyo a la Actividad Contractual del INC quienes decidirán si seguir adelante o no con la adjudicación del contrato. De igual forma, se revisará la aprobación de la relación entre el INC y Persona Expuesta Políticamente (PEP) si el oferente está incluido en el Decreto 830 de 2021 como Persona Expuesta Políticamente.
33. El INC se abstiene de realizar operaciones con instituciones financieras que no estén constituidas legalmente, o que no tengan presencia física en algún país.
34. El INC establece lineamientos más exigentes de vinculación a empresas ubicadas en países, jurisdicciones, dominios, estados asociados o territorios que carezcan de políticas adecuadas para controlar y prevenir el riesgo de LA/FT, en especial aquellos identificados como paraísos fiscales por las autoridades colombianas.
35. El INC aplica la debida diligencia en la selección y vinculación del personal, y aplica la debida diligencia reforzada para la selección y vinculación de personal directivo, de acuerdo con el marco normativo legal vigente.
36. El INC considera al contrabando como un delito conexo al lavado de activos, por lo cual se aplicarán los controles pertinentes dirigidos a los proveedores durante la gestión de las compras institucionales, para mitigar este riesgo.
37. El INC evita la expedición de constancias o referencias a aquellos proveedores que las soliciten y sobre los cuales no tenga pleno conocimiento y contacto.
38. Se indaga sobre el origen de los bienes inmuebles, previo a su adquisición o arrendamiento.
39. El INC acreditará con soportes todas sus operaciones, negocios y contratos, y se prohíbe la realización de actividades, negocios y contratos sin que exista el respectivo soporte interno o externo, debidamente fechado y autorizado por quienes intervengan en ellos o los elaboren.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 16 de 46	

9.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura organizacional y de gobierno del SARLAFT/PADM en el INC se presenta en la siguiente ilustración:

Ilustración 2. Estructura organizacional y de gobierno del SARLAFT/PADM



Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

Se resalta que, para el diseño y operación del SARLAFT/PADM, el INC ha aplicado un esquema centralizado en lo estratégico y descentralizado en lo operativo. Esto significa que la autoridad y la responsabilidad para la planeación, ejecución, verificación y mejoramiento del SARLAFT/PADM y de las etapas de la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM han sido asignadas a distintos responsables organizacionales, pero siempre bajo la coordinación del Oficial de Cumplimiento.

A continuación, se presentan las funciones de la junta directiva, los requisitos y funciones del Oficial de Cumplimiento, todo esto de conformidad con lo establecido en la Circular Externa 09 de 2016 de la Supersalud y modificatoria, Circular 20211700000004-5 y Circular 20211700000005-5 de 2021

9.3.1. Funciones de la junta directiva.

Las funciones de la junta directiva en relación con el SARLAFT/PADM son las descritas a continuación, de acuerdo con el numeral 6.1 de la Circular Externa 09 de 2016 de la Supersalud y modificatoria Circular 20211700000005-5 de 2021 en su numeral 5.1.7:

a) Diseñar y actualizar las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que harán parte del

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
	Página 17 de 46		

SARLAFT, para una posterior aprobación.

- b) Aprobar el Manual del sistema de administración del riesgo de lavado de activos de la financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción SARLAFT/PADM procedimientos y sus actualizaciones.
- c) Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT, teniendo en cuenta las características del riesgo de LA/FT/FPADM y el tamaño de la entidad. Este equipo de trabajo humano y técnico debe ser de permanente apoyo para que el Oficial de Cumplimiento lleve a cabalidad sus funciones.
- d) Asignar un presupuesto anual para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de personal, capacitación, asesorías, consultorías, y lo necesario para mantener la operación del SARLAFT en la compañía y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento y su equipo.
- e) Designar al Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente. Para efectos de dar cumplimiento a esta Circular, la Junta Directiva o quien haga sus veces dará a conocer el nombramiento del Oficial de Cumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud, indicando nombre, profesión, cargo adjunto o de desempeño alterno (si procede), teléfonos de contacto y correo electrónico. Esta información y su respectiva actualización o modificación, deberá realizarse a través del módulo de datos generales o aplicativos de reporte de información que la Superintendencia Nacional de Salud disponga para ellos. En el caso de las entidades públicas la designación se realizará de acuerdo con los términos de Ley que les aplique.
- f) Incluir en el orden del día de las reuniones, la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento, por lo menos una vez al año o cuando la junta lo determine necesario.
- g) Pronunciarse sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal y realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas.
- h) Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y Reporte de las Operaciones Sospechosas (ROS).
- i) Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo del SARLAFT.
- j) Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de las operaciones inusuales.

9.3.2. Oficial de cumplimiento.

9.3.2.1. Requisitos.

El SARLAFT/PADM en el INC considera como mínimo los siguientes requisitos del cargo del Oficial de Cumplimiento de acuerdo con lo establecido en el numeral 6.2.1 de la Circular Externa 09 de 2016 de la Supersalud y modificatoria Circular 20211700000005-5 de 2021 en su numeral 5.1.8 los cuales se nombran a continuación:

- a. Depender directamente del Órgano de Administración o Dirección dentro de la estructura organizacional y funcional del INC.
- b. Tener capacidad decisoria frente a los reportes y temas relacionados con la prevención del riesgo de LA/FT/FPADM.
- c. Acreditar conocimiento en materia de administración de riesgos, particularmente en el riesgo de LA/FT/FPADM, mediante certificación expedida por parte de las instituciones autorizadas por el Ministerio de Educación Nacional para impartir formación en dicha materia, en la que conste que la duración del diplomado no sea inferior a noventa (90) días y el curso e-learning de la UIAF. En caso de que sea una especialización, será válida en riesgos en general. Si no tiene ninguna de las anteriores certificaciones o acreditaciones, se puede certificar cuatro (4) años de experiencia laboral en administración y gestión de riesgos.
- d. No pertenecer a órganos de control ni a las áreas directamente relacionadas con las actividades previstas en el objeto social principal que hacen parte del máximo Órgano Social.
- e. Ser empleado directo del INC se deberá verificar que el funcionario responsable no se encuentre en una lista

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 18 de 46	

internacional vinculante para Colombia.

- f. Para el caso del Oficial de Cumplimiento titular y suplente, debidamente designado al interior de la organización (quien será el reemplazo en ausencia parcial o total del Oficial de Cumplimiento), debe cumplir como mínimo, los requisitos establecidos en los literales b al f del numeral 10.1.2.

9.3.2.2. Funciones.

El Oficial de Cumplimiento debe cumplir como mínimo con las siguientes funciones de acuerdo con lo establecido en el numeral 6.2.2 de la Circular Externa 09 de 2016 de la Supersalud:

- a) Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el SARLAFT/PADM
- b) Elaborar y desarrollar los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación del SARLAFT/PADM.
- c) Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones del INC.
- d) Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones que realiza el INC.
- e) Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- f) Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT/FPADM del INC.
- g) Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de LA/FT/FPADM y velar por su cumplimiento.
- h) Proponer a la junta directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas del SARLAFT/PADM.
- i) Proponer a la administración la actualización del manual y velar por su divulgación a los empleados y terceros.
- j) Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte de estas dos últimas a la UIAF.
- k) Realizar todos los reportes a la Supersalud, incluidas las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos.
- l) Mantener actualizados los datos del INC y el Oficial de Cumplimiento con la UIAF, utilizando los canales de comunicación correspondientes.
- m) Informar a la UIAF cualquier cambio de usuario del Sistema de Reporte en Línea SIREL.
- n) Gestionar adecuadamente los usuarios del Sistema de Reporte en Línea –SIREL.
- o) Revisar los documentos publicados por la UIAF en la página web como anexos técnicos, manuales y utilidades que sirvan de apoyo para la elaboración de los reportes.
- p) Diseñar las metodologías de identificación, medición y el control del SARLAFT.
- q) Analizar los informes presentados por los procesos internos que ejecutan auditorías internas efectuadas por la Oficina de Control Interno y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la mejora y adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas relacionados con el SARLAFT/PADM.
- r) Elaborar y someter a la aprobación de la junta directiva los criterios objetivos para la determinación de las operaciones sospechosas, así como aquellos para determinar cuáles de las operaciones efectuadas por pacientes y familiares serán objeto de consolidación, monitoreo y análisis de las operaciones inusuales.
- s) Presentar semestralmente al comité directivo y anualmente a la junta directiva el informe de gestión del SARLAFT/PADM donde exponga el resultado de su gestión.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 19 de 46			

Estos informes son confidenciales y deben referirse como mínimo a los siguientes aspectos:

- Los procesos establecidos para llevar a la práctica las políticas aprobadas, sus adiciones o modificaciones.
- Los resultados del monitoreo y seguimiento para determinar la eficiencia y eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- Las medidas adoptadas para corregir las deficiencias encontradas al efectuar el monitoreo de los controles
- El cumplimiento a los requerimientos de las diferentes autoridades, en caso de que estos se hubieran presentado.
- Las propuestas de ajustes o modificaciones a las políticas de prevención y el control del riesgo de LA/FT/FPADM aprobados por la junta directiva o quien haga sus veces.
- El cumplimiento a los ajustes o modificaciones a las políticas de prevención y control de riesgo de LA/FT/FPADM aprobadas por la junta directiva o quien haga sus veces.
- Las últimas normas o reglamentaciones expedidas sobre la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM y las medidas adoptadas para darles cumplimiento a las mismas.
- Consultar, monitorear y revisar con la debida diligencia, las listas sobre sanciones financieras dirigidas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, solo en caso de encontrar algún vínculo con alguna persona natural o jurídica relacionada con el INC, se deberá informar sobre este punto, a la Fiscalía General de la Nación.

9.4. ÓRGANOS DE CONTROL

A continuación, se presentan las funciones asignadas a los órganos de control – revisor fiscal y auditoría interna- relacionados con el SARLAFT/PADM, de acuerdo con lo establecido en la Circular Externa 09 de 2016:

9.4.1. Funciones del Revisor Fiscal.

Serán funciones del Revisor Fiscal relacionadas con el SARLAFT/PADM las siguientes:

- De conformidad con lo previsto en los numerales 1, y 3 del artículo 207 del Código de Comercio, el Revisor Fiscal deberá cerciorarse que las operaciones, negocios y contratos que celebre o cumpla el INC, se ajustan a las instrucciones y políticas aprobadas por el máximo órgano social.
- Asimismo, deberá dar cuenta por escrito cuando menos, de forma anual a la junta directiva o quien haga sus veces del cumplimiento o incumplimiento a las disposiciones contenidas en el SARLAFT/PADM.
- De igual forma, deberá poner en conocimiento del Oficial de Cumplimiento, las inconsistencias o falencias que detecte respecto a la implementación del SARLAFT/PADM o de los controles establecidos.
- Deberá rendir los informes que, sobre el cumplimiento a las disposiciones contenidas en la Circular Externa 09 de 2016, cuando le solicite la Supersalud.
- En consecuencia, el Revisor Fiscal debe establecer las medidas necesarias que le permitan cumplir con lo señalado en este manual.

9.4.2. Funciones del jefe de la Oficina de Control Interno.

- Debe evaluar semestralmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SARLAFT/PADM, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones.
- Debe informar los resultados de la evaluación al Oficial de Cumplimiento y a la Junta Directiva. La Auditoría Interna, o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, debe realizar una revisión periódica de los procesos relacionados con las parametrizaciones de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico.”

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 20 de 46	

9.5. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

Para efectos de su diseño y funcionamiento, la Dirección General del INC ha dispuesto de la infraestructura tecnológica necesaria para garantizar la adecuada administración del riesgo de LA/FT/FPADM acorde con sus actividades, operaciones, riesgo y tamaño. La infraestructura tecnológica consistente, en esencia, en cuatro aplicativos informáticos que permitirán soportar el manejo de la información, así como planes, programas y estrategias para la seguridad de la información.

9.5.1. SIAPINC.

El Sistema de Información de Apoyo a los Procesos del Instituto Nacional de Cancerología (SIAPINC) es un repositorio informático, desarrollado y operado por el INC, en el que apoya el sistema de gestión del INC. Allí se alojan los documentos del Sistema de Gestión del INC, incluyendo los documentos del Sistema de Gestión Integral del Riesgo y del SARLAFT/PADM (manual, formatos).

9.5.2. SAP.

Este es el sistema transaccional de gestión administrativa y asistencial del INC, aporta al SARLAFT/PADM en el monitoreo de las prestaciones del servicio, las transacciones relacionadas con las compras y contratación, tesorería (manejo de efectivo), ingreso y salida de activos fijos para donaciones.

9.5.3. Base de datos de listas restrictivas.

El INC cuenta con las licencias necesarias para que el personal designado efectúe el acceso y consulta vía web a 200 listas restrictivas mediante el uso de un software especializado el cual está permanentemente actualizado por el proveedor y ha permitido crear usuarios de consulta asignados a diferentes procesos del INC los cuales se detallarán más adelante.

9.5.4. Soporte informático de correo para los informes internos y externos.

El INC dispone de una infraestructura tecnológica informática en su red de cómputo que permitió la creación y uso de un correo electrónico sarlaft@cancer.gov.co destinado para la comunicación de los informes internos por parte de los responsables operativos de los controles por medio del cual se le informará periódicamente al Oficial de Cumplimiento sobre las operaciones intentadas o inusuales, y la red de cómputo le permitirá remitir a la UIAF los reportes ROS con la periodicidad establecida en el marco normativo.

9.5.5. Planes, programas y estrategias para la seguridad de la información.

El INC cuenta con planes, programas y estrategias que dan cumplimiento a la conservación, custodia y seguridad de la información tanto documental como electrónica, dentro de estas se puede mencionar, entre otros:

- Plan institucional de archivos [GAD-P01-PL-01 PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS-PINAR, GAD-P01-D-03 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA APLICACIÓN DE LAS TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL](#)
- [GTI-P01-M-06 MANUAL PARA SEGURIDAD DE HISTORIA CLINICA Y TELESALUD](#)
- Plan de Gerencia de la Información [GSI-P09-D-06 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA IDENTIFICAR, CONSOLIDAR Y REPORTAR LOS ACTIVOS DE LA INFORMACIÓN](#)
- Plan de seguridad de la información [GTI-P01-PL-01 PLAN PARA SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA](#)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 21 de 46	

INFORMACIÓN.

- e) [GTI-P01-PL-01 PLAN PARA SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN](#) y [GTI-P01-PL-04 PLAN DE GESTION DE LA INFORMACIÓN Y GOBIERNO DEL DATO.](#)
- f) Política de tratamiento de datos personales
- g) Política de seguridad de la información
- h) Política de gestión documental

9.5.6. Documentación.

Los principales documentos del SARLAFT/PADM, sus registros, y los responsables de su custodia se presentan a continuación en la **tabla 1**.

Tabla 1. responsables de la custodia de los documentos.

DOCUMENTO / REGISTRO	RESPONSABLE	LUGAR DE CUSTODIA
Manual del SARLAFT/PADM	Oficial de cumplimiento	SIAPINC
Formato único de información SARLAFT/PADM	Oficial de cumplimiento	SIAPINC
Declaración de origen de fondos proveedores persona natural	Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones	SIAPINC
Formatos de acuerdos de confidencialidad SARLAFT/PADM	Grupo área de sistemas (oficial seguridad de la información) Grupo área gestión del talento humano Asesoría Jurídica Gestión Archivo y Documental Gestión Contractual Subdirección de investigaciones	SIAPINC
Ficha integral del riesgo u oportunidad	Jefe Oficina Asesora de Planeación (Riesgos) y Líderes de procesos que apliquen	SIAPINC
Actas de Junta Directiva en donde establece las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT y aprueba el manual de procedimientos y sus actualizaciones	Subdirector Administrativo y Financiero.	Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera
Soportes de capacitación sobre SARLAFT/PADM	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Oficina asesora de planeación y sistemas
Informes ROS remitidos a la UIAF	Oficial de Cumplimiento	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas- Aplicativo UIAF

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 22 de 46			

DOCUMENTO / REGISTRO	RESPONSABLE	LUGAR DE CUSTODIA
Reportes de consulta en bases de datos de listas restrictivas	Personal encargado de aplicar los controles SARLAFT/PADM	Correos electrónicos / Sistema
Monitoreo a transacciones en efectivo (Reporte de transacciones en efectivo)	Coordinador del Grupo de Tesorería e inversiones	Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

9.6. CAPACITACIÓN

El INC diseñará, programará y brindará capacitación a los funcionarios y colaboradores en temas relacionados con el SARLAFT/PADM, como mínimo una vez al año, en concordancia con lo establecido en el marco normativo legal vigente, haciendo una capacitación diferencial de acuerdo con las responsabilidades que tengan en relación con la operación del SARLAFT/PADM y de acuerdo con los recursos disponibles.

Se hará divulgación del SARLAFT/PADM por medios de comunicación definidos por el Instituto.

9.7. INSTRUMENTOS

EL INC para la operación eficiente y oportuna de SARLAF cuenta con la descripción de las herramientas por cada etapa del procedimiento; tales como:

1. Consolidación electrónica de operaciones en efectivo.
2. Mapas de riesgos por procesos que se genera en la [FICHA INTEGRAL DEL RIESGO U OPORTUNIDAD](#).
3. Matriz institucional de riesgos [GSI-P07-F-02 MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL](#).

9.8. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En cumplimiento del marco normativo legal vigente, el INC ha diseñado y puesto en funcionamiento dos tipos de informes relacionados con el SARLAFT/PADM, los informes internos y los informes externos, los cuales se explican a continuación:

9.8.1. Reportes Internos.

Son aquellos reportes emitidos por el personal operativo responsable de la aplicación de los controles del SARLAFT/PADM que se envían periódicamente al Oficial de Cumplimiento, en donde se indican operaciones intentadas o inusuales o la ausencia de estas operaciones, o las transacciones individuales o múltiples en efectivo o la ausencia de estas, en el período reportado. Estos reportes son exclusivos del INC y se realizan de la siguiente manera:

1. Los informes internos se elaborarán por el personal responsable de aplicar los controles del SARLAFT/PADM en los procesos del INC.
2. Ellos informarán al Oficial de Cumplimiento mediante la cuenta de correo electrónico sarlaft@cancer.gov.co sobre las operaciones intentadas o inusuales, tan pronto como tengan conocimiento de ellas.
3. El Oficial de Cumplimiento analizará las operaciones inusuales y verificará si ameritan ser consideradas como

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 23 de 46	

operaciones sospechosas, caso en el cual elaborará y enviará el informe a la UIAF en los términos y condiciones establecidos por la UIAF y sintetizados en este manual.

4. De la gestión de riesgos.

9.8.2. Reportes externos.

A partir de los informes internos, el Oficial de Cumplimiento analiza e identifica operaciones sospechosas y elabora y envía, de acuerdo con las condiciones fijadas por la UIAF, los informes externos. De acuerdo con el marco normativo legal vigente, a continuación, en la tabla 2 se presenta la lista de informes que debe remitir el Oficial de Cumplimiento del INC a la UIAF:

Tabla 2. lista de informes que debe remitir el Oficial de Cumplimiento del INC a la UIAF.

NOMBRE DEL REPORTE	OBJETIVO	TÉRMINO DE ENVÍO
Reporte de Operaciones Intentadas y Operaciones Sospechosas (También conocido como Reporte ROS)	Se envían las Operaciones Intentadas y las Operaciones sospechosas. El Oficial de Cumplimiento no requiere la certeza de que se trata de una actividad delictiva, ni identificar el tipo penal o de verificar que los recursos tienen origen ilícito, ni mucho menos es necesario que confronte a la persona natural o jurídica que hizo o pretendió hacer la operación, tan solo es necesario que tenga la sospecha sobre la operación de acuerdo con las condiciones establecidas por la UIAF y la Supersalud.	Envío inmediato, luego de que la operación se catalogue la operación como “sospechosa”.
Reporte de Ausencia de Operaciones Intentadas y Operaciones Sospechosa Ausencia de ROS)	Si durante el mes inmediatamente anterior al envío del informe, el INC aplicó los controles y ejerció la debida diligencia y no identificó ninguna ROS, deberá reportar a la UIAF que durante el mes anterior no se generó ninguna operación sospechosa.	10 primeros días calendario del mes siguiente
Reporte de Transacciones Individuales en Efectivo	El INC reportará mensualmente a la UIAF, como resultado del monitoreo, las transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por una persona natural o jurídica por un valor igual o superior a cinco millones de pesos (\$5.000.000)	
Reporte de Transacciones Múltiples en Efectivo	El INC reportará mensualmente a la UIAF, como resultado del monitoreo, todas las transacciones en efectivo realizadas durante el mes inmediatamente anterior por una persona natural o jurídica por un valor igual o superior a veinticinco millones de pesos (\$25.000.000). Se resalta que el reporte de transacciones en efectivo se realizará en un único archivo, relacionando primero las operaciones múltiples y después las individuales, de conformidad con lo establecido para el efecto por la UIAF.	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 24 de 46			

NOMBRE DEL REPORTE	OBJETIVO	TÉRMINO DE ENVÍO
Reporte de Ausencia de Transacciones en Efectivo	En el caso en que el INC no hayan reportado transacciones en efectivo, bien sea individuales o múltiples durante el mes inmediatamente anterior, reportará este hecho a la UIAF.	

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Es importante resaltar que la UIAF es la institución pública encargada de recibir los Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS) de los sujetos obligados o de cualquier persona que lo realice de manera voluntaria.

Las operaciones sospechosas para reportar a la UIAF se refieren a aquellas operaciones, hechos o situaciones que posiblemente están relacionadas con el lavado de activos o la financiación del terrorismo. No se requiere la certeza de tal relación para efectuar el ROS correspondiente.

El ROS no constituye denuncia penal y es absolutamente reservado conforme a la Ley. Por tanto, quien lo realice se encuentra amparado por la exoneración de responsabilidad consagrada por la Ley.

De acuerdo con la UIAF (2015), el Oficial de Cumplimiento debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones para elaborar el ROS:

1. Realice una descripción de los hechos, de manera organizada, clara y completa, indicando (donde aplique) la forma en que se relacionan las personas naturales o jurídicas. No olvide suministrar los nombres y apellidos completos e identificación de las personas reportadas, y en lo posible, los datos de ubicación como ciudad, municipio, direcciones, teléfonos, etc.
2. Tenga en cuenta, en la medida de lo posible, un orden cronológico de los eventos y la participación de cada persona o agente. Esto ayuda al entendimiento de estos.
3. Mencione las características de las operaciones consideradas como sospechosas.
4. Además, mencione cualquier irregularidad que haya detectado con las personas o transacciones involucradas en las operaciones sospechosas.
5. No omita ningún dato conocido de la o las operaciones e indique cualquier hecho adicional que contribuya a su análisis.

Además, se sugieren los siguientes aspectos para mejorar la calidad y contenido de los ROS: Se debe sugerir la importancia del reporte (alta, media o baja), considerando los hechos y su similitud con tipologías conocidas de lavado de activos o financiación del terrorismo. Se deben considerar, especialmente, las tipologías publicadas por el GAFI, GAFISUD y por la UIAF.

Para determinar la importancia de la operación reportada, resulta útil considerar, entre otros, la presencia de los siguientes elementos:

- 1) Incremento patrimonial o en los negocios, injustificado o por fuera de los promedios del respectivo sector o actividad económica.
- 2) Presunto uso indebido de empresas, por ejemplo, mediante el uso de números de identificación inexistentes, números de identificación de personas fallecidas, suplantación de personas, alteración de nombres.
- 3) Presentación de documentos o datos presuntamente falsos.
- 4) Actuación en nombre de terceros que no justifican razonablemente su titularidad.
- 5) Uso de empresas aparentemente de fachada o de papel.
- 6) Relación con personas vinculadas o presuntamente vinculadas a actividades delictivas.
- 7) Relación con bienes de presunto origen ilícito, y uso indebido o fraccionamiento de dinero en efectivo, de acuerdo con las condiciones normales de los negocios.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 25 de 46	

9.8.3. Lineamientos de comunicación y consulta

1. El Oficial de Cumplimiento conservará los registros relacionados con el envío de los informes a la UIAF, velará por su conservación y los dispondrá a la Supersalud en caso de que esta lo solicite.
2. El Oficial de Cumplimiento y el personal encargado de hacer los reportes internos guardarán absoluta reserva sobre la información relacionada con el SARLAFT/PADM y con el contenido de los informes enviados.
3. Los miembros de la junta directiva, el personal directivo, el Oficial de Cumplimiento y los servidores públicos responsables de aplicar los controles del SARLAFT/PADM, se comprometen con el INC a guardar absoluta confidencialidad respecto del diseño, estructura y operación del SARLAFT/PADM, sobre la información que genere, y sobre los informes relacionados con el LA/FT/FPADM que se elaboren y distribuyan, salvo cuando exista un requerimiento emanado de las autoridades competentes.
4. Los empleados/colaboradores del INC comunicara o informarán internamente al Oficial de Cumplimiento sobre la ocurrencia de operaciones inusuales, intentadas o sospechosas (anormalidades dentro de las actividades y/u operaciones propias del negocio que realiza el INC) que sean de su conocimiento, con ocasión de su cargo, rol o función, a través de los mecanismos destinados para tal fin.
5. El personal del INC, sin excepción, se compromete con el INC a participar en los programas de capacitación sobre la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM, los cuales se realizarán periódicamente bajo la coordinación del Oficial de Cumplimiento.
6. Guarda reserva de la información reportada a las autoridades competentes, así como la información utilizada para el análisis de operaciones inusuales y sospechosas.

10. ETAPAS / METODOLOGÍA DEL SARLAFT/PADM

Siguiendo el modelo propuesto por la ISO 31000 2018, las etapas para la implementación del SARLAFT/PADM en el INC requirieron el diseño y alineación de la ruta de gestión del riesgo del INC la cual se detalla a continuación:

Ilustración 3. etapas para la implementación del SARLAFT/PADM.

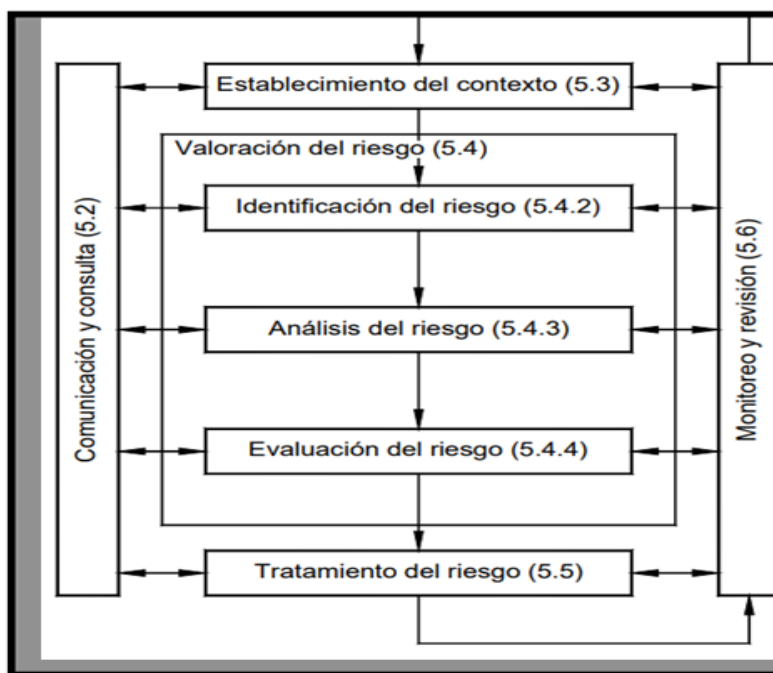


Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

Cabe resaltar que las etapas del SARLAFT/PADM del INC son concordantes con los elementos que conforman la gestión del riesgo de acuerdo con la NTC ISO 31000:2018, las cuales se exponen a continuación:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 26 de 46	

Ilustración 4. etapas del SARLAFT/PADM del INC



Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.

De acuerdo con lo antes dicho, el SARLAFT/PADM hace parte del Sistema de Gestión Integral del Riesgo del INC y cumple con las mismas etapas definidas en la Política de Gestión Integral del Riesgo.

A continuación, se presentan los elementos que conforman el SARLAFT/PADM en el INC y su articulación con los elementos de la NTC ISO 31000:2018:

Tabla 3. elementos que conforman el SARLAFT/PADM en el INC.

ETAPA DEL SARLAFT/PADM	ELEMENTOS NTC ISO 31000:2018	OBJETIVO
Diagnóstico	Establecer el contexto	Establecer el contexto estratégico, organizacional y de administración de riesgos en el cual tendrá lugar el resto del proceso. Se establecen los criterios contra los cuales se evaluarán los riesgos y definirse la estructura del análisis.
Identificación de riesgos de LA/FT/FPADM	Identificar riesgos	Identificar qué, por qué y cómo pueden surgir las cosas como base para análisis posterior.
Medición de los riesgos de LA/FT/FPADM	Analizar riesgos	Determinar los controles existentes y analizar riesgos en términos de consecuencias y probabilidades en el contexto de esos controles. El análisis debería considerar el rango de consecuencias potenciales y cuán probable es que ocurran esas consecuencias. Consecuencias y probabilidades pueden ser combinadas para producir un nivel estimado de riesgo.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 27 de 46			

ETAPA DEL SARLAFT/PADM	ELEMENTOS NTC ISO 31000:2018	OBJETIVO
Adopción de Controles Medidas preventivas	Evaluar riesgos Tratar riesgos	Comparar niveles estimados de riesgos contra los criterios preestablecidos. Esto posibilita que los riesgos sean ordenados como para identificar las prioridades de administración. Si los niveles de riesgo establecidos son bajos, los riesgos podrían caer en una categoría aceptable y no se requeriría un tratamiento. Tratar riesgos implica aceptar y monitorear los riesgos de baja prioridad. Para otros riesgos, desarrollar e implementar un plan de administración específico que incluya consideraciones de financiación.
Divulgación y documentación	Comunicación y consulta	Comunicar y consultar con interesados internos y externos según corresponda en cada etapa del proceso de administración de riesgos y concerniendo al proceso como un todo. La administración de riesgos se puede aplicar en una organización a muchos niveles. Se lo puede aplicar a nivel estratégico y a niveles operativos. Se lo puede aplicar a proyectos específicos, para asistir con decisiones específicas o para administrar áreas específicas reconocidas de riesgo. La administración de riesgos es un proceso iterativo que puede contribuir a la mejora organizacional. Con cada ciclo, los criterios de riesgos se pueden fortalecer para alcanzar progresivamente mejores niveles de administración de riesgos. Para cada etapa del proceso deberían llevarse registros adecuados, suficientes como para satisfacer a una auditoría independiente.
Seguimiento o monitoreo	Monitorear y revisar	Monitorear y revisar el desempeño del sistema de administración de riesgos y los cambios que podrían afectarlo.

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Teniendo en cuenta que la gestión del riesgo es de naturaleza cíclica en el INC, a continuación, se presentan las etapas del SARLAFT/PADM, procedimientos con sus mecanismos e instrumentos, para la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM y los lineamientos de operación por procesos aplicables a cada una de ellas.

10.1. ESTABLECER EL CONTEXTO

Esta etapa, que está a cargo del Oficial de Cumplimiento con el apoyo del responsable institucional de la Gestión del Riesgo en el INC, tiene como objetivo principal reiterar el compromiso de la alta dirección del INC con la gestión del riesgo en general y con la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM en particular, de tal forma que se fortalezca el tono por lo alto de la gestión del riesgo, se actualice el contexto de la organización conforme al procedimiento de **GSÍ-P07 Procedimiento para gestión del riesgo**.

10.1.1. Compromiso de la alta dirección con el SARLAFT/PADM.

La alta dirección expresa su compromiso frente a la gestión del riesgo y con el SARLAFT/PADM a través de la política institucional con el fin de fomentar una cultura organizacional que rechace prácticas asociadas con actividades ilícitas, con el fraude, la corrupción o con actividades dudosas, y que promueva prácticas orientadas hacia la legalidad, el desarrollo y el fortalecimiento de sus grupos de interés.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 28 de 46			

Por lo anterior, anualmente, el Oficial de Cumplimiento presenta resultados de la gestión del riesgo a la Junta Directiva y a la Dirección General del INC, instancias donde se tomarán las medidas necesarias. Las evidencias de la presentación de resultados constarán en las actas de dichas reuniones.

10.1.2. Contexto externo e interno.

Las actividades asociadas con la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM deben estar alineadas con el contexto estratégico, con sus objetivos, metas, y en general con la actividad de la organización.

Por ello, cada vez que se ajuste la plataforma estratégica del INC, el Oficial de Cumplimiento verificará que el contexto de la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM se actualice en los términos que se presentan a continuación.

10.1.3. Contexto externo.

Este paso tiene como finalidad definir el contexto en que la organización opera, es decir, definir la relación entre la organización y su entorno. La gestión del riesgo de LA/FT/FPADM implica establecer la relación entre la organización y el ambiente en el que opera, de tal forma que se identifiquen las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, mediante un análisis estratégico de la organización y del proceso objeto de revisión. Así las cosas, es necesario entonces determinar los elementos clave que podrían fortalecer o dificultar la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM en el INC. De esta forma, es necesario identificar la relación que existe entre la misión, los objetivos estratégicos y del proceso del INC y la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM.

Para ello se deberán analizar los siguientes aspectos:

- 1) El entorno regulatorio de la organización.
- 2) Es necesario analizar el entorno normativo del INC para identificar así posibles elementos relevantes en relación con el riesgo de LA/FT/FPADM.
- 3) Identificación de las partes interesadas externas.
- 4) Identificar las partes interesadas externas, es decir, aquellas personas que no pertenecen a la organización y que están o perciben estar afectados por una decisión o actividad del proceso asociada al riesgo de LA/FT.

10.1.4. Contexto interno.

La gestión del riesgo de LA/FT/FPADM se hace en el contexto específico del INC razón por la cual es necesario conocer a la organización, sus objetivos y estrategias, balanceando costos, beneficios y oportunidades. Por lo anterior, se deberá identificar:

- 1) El direccionamiento estratégico del INC (visión, misión, oportunidades, amenazas, fuerzas y debilidades).
- 2) Plan de desarrollo Institucional con sus ejes y líneas estratégicas.
- 3) Las partes interesadas internas.
- 4) Se tienen en cuenta las partes interesadas relacionadas con el SARLAFT/PADM, en concordancia con la planeación estratégica.

10.1.5. Metodología para la gestión del riesgo de LA/FT.

Las metodologías para la identificación, análisis, evaluación, tratamiento, monitoreo y comunicación de los riesgos de LA/FT serán las definidas en la Política de Gestión del Riesgo del INC, la cual se basa fundamentalmente en la NTC ISO 31000:2018 y directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 29 de 46	

10.1.6. Perfil de Riesgos de LA/FT.

El perfil de riesgo es el consolidado de la severidad del riesgo por vigencia que parte de la medición de la probabilidad y del impacto, el cual se consolida y se compara entre el riesgo inherente y residual que para INC es por proceso y de acuerdo con los resultados se establece el nivel institucional.

Para tal efecto, se debe tener en cuenta el nivel máximo de aceptación de exposición al riesgo, para que su calificación residual determine si es o no tolerable, es decir, que en caso de que la calificación sea alta o extrema requiere de la ejecución de un plan de mejora de tratamiento a riesgos específico el cual debe ser definido y aprobado por el líder del Proceso.

El Instituto Nacional de Cancerología decide establecer el perfil de riesgo estimado con datos históricos conforme los resultados de los riesgos de los últimos 4 años. Este tipo de estimación permite analizar visualmente el comportamiento de los riesgos en el tiempo, de acuerdo con los resultados obtenidos en los periodos previos reales, además es muy útil para toma de decisiones.

Los criterios de probabilidad e impacto que se analizan desde la etapa de identificación determinan el nivel inherente de cada uno de los riesgos, en este escenario es en el cual se observa la exposición de riesgos sin controles. Una vez definido el perfil de riesgo inherente, se identifican los controles que permiten prevenir y disminuir el impacto o la frecuencia de las causas asociadas a los riesgos, desde la perspectiva de prevención, detección y corrección, generando una cadena de control suficiente para el tratamiento del riesgo. En la valoración de los riesgos identificados, se tendrán en cuenta la calidad de los controles establecidos para el tratamiento de estos, valorando el riesgo residual.

La calificación de estos criterios es determinada por el resultado que mide la fortaleza del control, para así identificar el nivel de exposición una vez aplicado los controles, y, por ende, el riesgo residual individual y consolidado. Para efectos de compararlo con el nivel de aceptabilidad se debe partir de exponer cuales son los niveles determinados para el INC, se estableció 4 niveles así:

ZONA DE RIESGO	
	EXTREMA
	ALTA
	MODERADA
	BAJA

Entonces el perfil de riesgo puede analizarse desde el nivel de tolerancia, que es el nivel del riesgo que puede o está dispuesta a soportar el instituto en relación con la consecución de sus objetivos. El instituto **acepta o tolera** los riesgos que se encuentren en zona residual **baja y moderada**, quiere decir que los riesgos que se ubican en zonas de riesgo **"Extrema", "Alta" o "Moderada para corrupción"**, son los riesgos priorizados o críticos. La siguiente gráfica muestra tanto los niveles de riesgos como los valores de calificación de cada uno de los cuadrantes según el nivel que determina la severidad del riesgo, es un insumo para compararlo con el resultado histórico de los riesgos de LA/FT.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 30 de 46			

MATRIZ DE VALORACIÓN - MAPA DE CALOR						
		1	2	3	4	5
Escala de probabilidad	1	1	2	3	4	5
	2	2	4	6	8	10
	3	3	6	9	12	15
	4	4	8	12	16	20
	5	5	10	15	20	25
		Escala de impacto				

El análisis de la información se realizará cada 4 años o antes, solo de ser necesario. En la determinación del perfil se podrá verificar si los riesgos LA/FT se ubican en zona de riesgo baja, moderada, alta o extrema para determinar de esta manera si requiere debida diligencia reforzada, esto resultados parten del comparativo de la valoración inicial (inherente) con las calificaciones de probabilidad e impacto posteriores (residual) las cuales si permanecen en **zona de riesgo baja** con un nivel de severidad baja constante se mantienen con controles normales de funcionamiento.

Al respecto de lo anterior, el INC y como buena práctica para adelantar su proceso de detección, el INC aplica los controles continuos en sus procesos y actividades más vulnerables tales como contratación o convenios y talento humano toda vez que se les realiza verificación en listas restrictivas con una periodicidad mensual, en las etapas pre, durante y post contractual.

El perfil de riesgo se registra en el formato GSI-P07-F-11 denominado “Perfil De Riesgos SARLAFT/PADM INC”, en este se establece año a año los riesgos y medidas en términos de probabilidad e impacto tanto del riesgo inherente y residual.

10.1.7. Herramientas para la gestión del riesgo de LA/FT/FPADM.

- 1) Plan de Desarrollo Institucional PDI
- 2) Mapa de proceso
- 3) Documentación de los procesos del INC
- 4) Mapas de riesgo

10.2. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DE LA/FT

Esta etapa tiene como finalidad permitir al INC reconocer, explorar exhaustivamente y documentar los riesgos inherentes de LA/FT en desarrollo de su actividad, teniendo en cuenta los factores de riesgo y señales de alerta.

La metodología que se utilizara para la identificación de los riesgos es la unificada para la gestión del riesgo de acuerdo con el procedimiento [GSI-P07 PROCEDIMIENTO PARA GESTIÓN DEL RIESGO](#) y el manual [GSI-P07-M-02 MANUAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL](#) numeral 11.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 31 de 46			

10.2.1. Metodología para la Segmentación de Riesgo LA/FT.

En esta etapa el Instituto Nacional de Cancerología establece la metodología de segmentación de riesgos de LA/FT de acuerdo con el desarrollo de las actividades inherentes a la naturaleza de la institución, esto permitirá establecer las características usuales de los agentes económicos y las transacciones que desarrollan las contrapartes con el INC, y se hará conforme a los siguientes lineamientos teniendo en cuenta, factores de riesgo como:

1. **Clientes:** Según la actividad económica que realiza el INC, según el volumen o frecuencia de las transacciones y monto de los contratos.
2. **Productos:** de acuerdo con la naturaleza de las actividades que desempeña el INC, sus características y nicho de mercado o destinatarios.
3. **Canales de distribución:** según la naturaleza y características.
4. **Jurisdicciones:** ubicación, características y naturaleza de las transacciones y más específicamente la ubicación de la prestación de los servicios o productos que presta el INC.

Al establecer las características o condiciones usuales de las transacciones que realicen los clientes o contrapartes se podrá detectar las operaciones inusuales que éstos realicen. Los factores son aquellas circunstancias y características de los clientes, y contrapartes, personas naturales y jurídicas, y de las operaciones que hacen que exista una mayor probabilidad de corresponder con una operación sospechosa de riesgo de LA/FT, así como Productos, Canales de Distribución y Jurisdicciones.

Por lo anterior, la segmentación del INC se determina de acuerdo con los factores de riesgo que se detallan a continuación:

10.2.1.1. Clientes o contrapartes.

Se entiende como los clientes internos y externos del INC, es decir, las personas con las cuales el INC tiene algún tipo de relación legal o contractual en desarrollo de su objeto social principal o conexo. Las siguientes son las contrapartes para el INC:

1. Talento Humano (servidores públicos funcionarios de plantas, trabajadores oficiales, supernumerarios, Contratistas por prestación de servicio, Especialistas en entrenamiento, empresas aliadas que prestan servicios tercerizados y externalizados, joven talento).
2. Pacientes y sus familiares (Usuarios particulares)
3. Donantes (personas naturales o jurídicas que donan dinero, bienes o activos fijos al INC)
4. Receptores de donaciones provenientes del INC (particularmente a partir de la baja de bienes)
5. Proveedores de bienes o servicios, incluyendo a los terceros vinculados al INC
6. Contratantes de servicios asociados con la investigación
7. Contratantes de servicios asociados con la docencia.

De acuerdo con el numeral 5.2.2.2.1 de la Circular Externa 05 de 2021, no se consideran como clientes o contrapartes a los usuarios (afiliados) de las EPS, ni los pacientes de las IPS cuyos servicios sean cancelados efectivamente por algún tipo de seguro (Plan Obligatorio de Salud, Sistema de Riesgos Laborales y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT -, Planes Adicionales de Salud, entre otros).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 32 de 46			

10.2.1.2. Los productos.

Los productos son las operaciones realizadas por el INC en desarrollo de su objeto social y que en efecto está ofreciendo a sus clientes. Estos son:

1. Servicios asistenciales en cualquiera de sus especialidades.
2. Servicios docentes en cualquiera de los niveles.
3. Servicios de Investigación.
4. Actividades educativas en prevención y detección temprana del cáncer.
5. Servicios para la formación del recurso humano en las diferentes áreas Oncológica.

10.2.1.3. Los canales de distribución.

Los canales que utiliza la organización para la distribución de sus productos y que pueden ser internos o externos. Para el INC los canales de distribución serán los procesos internos contenidos en su mapa de procesos mediante los cuales, en virtud de una relación contractual o legal, se generan las transacciones que permiten el ingreso o la salida de los productos presentados en el punto anterior y el dinero mediante el que se honran los compromisos adquiridos con las contrapartes.

10.2.1.4. Las áreas geográficas o jurisdicciones.

Las áreas geográficas son las regiones o los países en los que opera el INC o en donde se encuentran los clientes o contrapartes. Estos son:

- a. Jurisdicción nacional que comprende el territorio colombiano.
- b. Jurisdicción internacional que comprende países o zonas distintas a Colombia.

Es necesario resaltar que los productos, los canales de distribución y las áreas geográficas serán consideradas por el INC, para efectos del diseño e implementación del SARLAFT/PADM, como criterios para la valoración del riesgo de LA/FT de las respectivas contrapartes. Así las cosas, en las etapas del ciclo de la administración del riesgo de LA/FT/FPADM (identificación, valoración, controles, tratamiento, monitoreo), se aplicarán sobre las “contrapartes” que impliquen factores de riesgo de LA/FT/FPADM. Dicho de otra forma, los “factores de riesgo de LA/FT/FPADM” son las “contrapartes” mencionadas anteriormente.

La segmentación de los factores de riesgo para otros sectores de la economía, idealmente se realiza con técnicas estadísticas de minería de datos, sin embargo, dadas las particularidades del INC se establece la segmentación basados en variables cualitativas, definidas anteriormente.

Tabla 4. segmentación de factores de riesgo LA/FT.

CONCEPTO	FACTOR FUENTE INC	
Clientes, Usuarios o contraparte: Personas naturales o jurídicas con las cuales el INC tiene vínculos contractuales o jurídicos de cualquier orden.	Talento Humano	Servidores públicos (funcionario de planta, trabajadores oficiales y supernumerarios)
		Contratistas por prestación de servicio
		Especialistas en entrenamiento (convenio docente asistencial)
		Talento humano de empresas aliadas que prestan servicios tercerizados y externalizados
		Jóvenes talento (contrato joven investigador)

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 33 de 46			

CONCEPTO	FACTOR FUENTE INC	
	Usuarios particulares	Que pagan los servicios con sus propios recursos
	Donantes (natural o jurídica)	Recurrente
		Esporádicos
	Proveedores	Bienes
		Servicios
	servicios asociados con la investigación	Contratos
		Convenios
Producto: Los productos son las operaciones realizadas por el INC en desarrollo de su objeto social y que en efecto está ofreciendo a sus clientes	Contratantes de servicios asociados con la docencia	Convenios docentes asistencial
	Servicios asistenciales en cualquiera de sus especialidades	Convenios docentes
	Servicios para la formación del recurso humano en las diferentes áreas de Oncológica	
	Actividades educativas en prevención y detección temprana del cáncer (cursos)	Convenio, contrato o alianzas
Canales de Distribución: Los canales que utiliza la organización para la distribución de sus productos y que pueden ser internos o externos.	Servicios de Investigación	
	Transacciones de caja	Efectivo
	Selección y contratación de personal	Gestión del Talento Humano
	servicios médicos	Presencial
	Gestión de compras y contratación	Publicaciones de: artículos científicos, documentos técnicos, manuales técnicos, lineamientos técnicos, folletos, rotafolios, audiovisuales, separatas, estrategias comunicativas, ponencias entre otros.
	Gestión de Salud pública e investigaciones	
Jurisdicción	Formación en educación	Presencial
	Nacional	Sede principal Bogotá
	Internacional	Convenios o donaciones

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 34 de 46			

El registro de la segmentación se realiza con una periodicidad anual de acuerdo con los resultados del [GSI-P07-F-12 CUADRO DE SEGMENTACIÓN DE RIESGOS SARLAFT INC.](#)

10.2.2. Herramientas.

La identificación de los riesgos es realizada por el líder de la gestión de riesgos y el líder de proceso y harán uso de las siguientes herramientas:

- 1) Mapa de procesos
- 2) Matriz de riesgos
- 3) Documentación de los procesos
- 4) Informes de auditorías de SARLAFT/PADM o los relacionados

Nota: en caso de requerirse acompañamiento del Oficial de Cumplimiento este será solicitado por correo electrónico.

10.2.3. Lineamientos para la identificación de riesgos de LA/FT/FPADM.

El líder del proceso en acompañamiento con la líder gestión del riesgo ejecutará como mínimo anualmente la etapa de identificación de los eventos de riesgo de LA/FT, revisará y actualizará la información de los riesgos de LA/FT/FPADM y los riesgos asociados inherentes a la actividad propia del INC, detectará posibles nuevos eventos y determinará aquellos que ya se encuentran mitigados totalmente, y el líder del proceso liderará la implementación de las acciones pertinentes de tratamiento de los riesgos de LA/FT/FPADM para mitigarlos.

La metodología de identificación de riesgos de LA/FT se revisará de acuerdo con lo establecido en el procedimiento [GSI-P07 PROCEDIMIENTO PARA GESTIÓN DEL RIESGO](#) con el fin de efectuar posibles ajustes y mejoras.

Los resultados de la gestión de riesgos institucional serán presentados en el comité de control interno dejando trazabilidad de la información.

El líder del proceso en acompañamiento con la líder gestión del riesgo actualizará la información de los riesgos de LA/FT cada vez que se realicen cambios en la metodología.

Los riesgos de LA/FT que sean identificados mediante la aplicación de la metodología y los procedimientos antes descritos, deben ser documentados y archivados bien sea en medio físico o magnético, documentos que reposarán en la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas del INC o en las herramientas tecnológicas dispuestas para la administración del SARLAFT/PADM.

El personal del INC podrá reportar al Oficial de Cumplimiento por correo electrónico los posibles riesgos de LA/FT que identifiquen en la realización de sus actividades laborales y que no hayan sido identificados en el procedimiento antes descrito, así como los hechos o circunstancias que consideren que vulnera lo dispuesto en el presente manual del SARLAFT/PADM.

10.3. ANÁLISIS Y MEDICIÓN DE LOS RIESGOS DE LA/FT

El análisis de riesgos de LA/FT/FPADM consiste, en esencia, en medir la probabilidad o posibilidad de ocurrencia del riesgo inherente de LA/FT/FPADM de cada uno de los eventos de riesgo definido en la [FICHA INTEGRAL DEL RIESGO U OPORTUNIDAD](#), así como medir el impacto sobre la institución.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 35 de 46	

La probabilidad se analiza en que tan posible que ocurra el riesgo, se expresa en términos de frecuencia o factibilidad, donde la frecuencia implica analizar el número de eventos en un periodo determinado, se trata de hechos que se han materializado o se cuenta con un historial de situaciones o eventos asociados al riesgo; factibilidad implica analizar la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, se trata en este caso de un hecho que no se ha presentado pero es posible que suceda.

Mientras que el impacto se entiende como el nivel de pérdida, real o potencial, o daño que podría resultar en caso de que se materialice el riesgo de LA/FT/FPADM y los efectos que podría acarrear en el objetivo del SARLAFT/FPADM y en los riesgos asociados (legal, reputacional, operacional, contagio) a nivel organizacional.

De acuerdo con la NTC ISO 31000:2018, el análisis del riesgo consiste en desarrollar el entendimiento de los riesgos identificados en la etapa de identificación del riesgo. Se busca analizar el riesgo combinando las consecuencias con su posibilidad y, además, se consideran los controles existentes, el cual se realiza según el [GSI-P07-M-02 MANUAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL](#) numeral 5.5 Valoración de los riesgos

El INC considera que la forma más idónea para medir el riesgo de LA/FT/FPADM es mediante estimaciones de probabilidad por frecuencia o factibilidad derivado del análisis de la información y a partir del conocimiento de expertos; la valoración del impacto se realiza colocando la institución en un escenario simulado de materialización del riesgo bajo criterio cualitativos o cuantitativos.

10.3.1. Procedimientos.

El Oficial de Cumplimiento y el Líder de gestión del riesgo previamente analizarán cada uno de los eventos de riesgo de LA/FT/FPADM y posteriormente se establecerá las mesas de trabajo con los líderes y las personas que están involucrados en el proceso objeto de revisión y se utilizarán las escalas de probabilidad e impacto que se muestran a continuación:

Ilustración 5 tablas establecidas para cada caso (probabilidad o impacto).

PROBABILIDAD	5. Casi Cierta	5	10	15	20	25
	4. Probable	4	8	12	16	20
	3. Posible	3	6	9	12	15
	2. Improbable	2	4	6	8	10
	1. Raro	1	2	3	4	5
		1. Insignificante	2. Menor	3. Moderado	4. Mayor	5. Catastrófico
		IMPACTO				

NIVEL DE SEVERIDAD DEL RIESGO

- Extremo
- Alto
- Moderado
- Bajo

Fuente: Oficina Planeación y Sistemas. Asesora de Planeación y Sistemas

Para estimar el nivel del riesgo inicial o inherente este se logra a través de la determinación de la información y el análisis, teniendo en cuenta las tablas establecidas para cada caso (probabilidad o impacto) según el manual

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 36 de 46			

[GSÍ-P07-M-02 MANUAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL](#) en el capítulo 12.1 análisis de los riesgos.

Nota: durante las mesas de trabajo se podrán utilizar metodologías de análisis tales como: lluvias de ideas o entrevistas que buscarán un consenso para medir la probabilidad del riesgo inherente y el impacto de cada uno de los eventos de riesgo de LA/FT identificados previamente.

Las siguientes preguntas pueden plantearse durante las entrevistas o mesas de trabajo:

- 1) ¿Qué sistemas pueden prevenir, detectar o reducir las consecuencias o probabilidades de riesgos de LA/FT/FPADM?
- 2) ¿Cuáles son las consecuencias de los riesgos si estos se materializaran?
- 3) ¿Qué factores podrían incrementar o reducir las posibilidades o las consecuencias?

Dejarán evidencia de las mesas de trabajo realizadas y se actualizarán los resultados en las matrices de riesgos de acuerdo con los procesos en donde se presente los riesgos.

10.3.2. Herramientas.

- a. Ficha integral del riesgo u oportunidad
- b. Política de Gestión del Riesgo
- c. Mapas de riesgos

10.3.3. Lineamientos para el análisis de los riesgos.

El líder del proceso en acompañamiento con el líder de gestión del riesgo ejecutará como mínimo anualmente la etapa de análisis de los eventos de riesgo de LA/FT/FPADM, como etapa siguiente a la identificación de eventos de LA/FT/FPADM.

Nota: se dejará evidencia en medio físico o en las herramientas tecnológicas dispuestas de las mesas de trabajo realizadas y se actualizarán los resultados en las matrices de riesgos de acuerdo con los procesos en donde se presente.

10.4. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS DE LA/FT/FPADM

Esta etapa tiene como objetivo, de una parte, tomar las medidas conducentes a controlar los riesgos de LA/FT, y de otra, detectar las operaciones inusuales, el cual se realiza de acuerdo con el [GSÍ-P07-M-02 MANUAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL](#) numeral 12

10.4.1. Procedimientos.

Los procedimientos en la etapa de evaluación del riesgo de LA/FT/FPADM se dividen en dos partes, la primera consistente en tomar las medidas conducentes a controlar los riesgos de LA/FT/FPADM, y la segunda, orientada a establecer actividades que detecten las operaciones inusuales. A continuación, se presenta cada una de ellas.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 37 de 46	

10.4.2. Controles para mitigar los riesgos de LA/FT/FPADM.

El líder de procesos en acompañamiento del líder de gestión de riesgo y de requerirse el oficial del cumplimiento, aplicará el siguiente procedimiento para gestionar los controles que mitigarán los riesgos de LA/FT/FPADM:

1. Definirán los controles para mitigar el riesgo inherente de cada uno de los eventos de riesgo de LA/FT/FPADM identificados en las etapas anteriores, lo cual se hará teniendo en cuenta los criterios de efectividad de los controles definido en la Política de Gestión Integral del Riesgo del INC transcrito anteriormente.
2. Definirán los procedimientos para la aplicación de los controles teniendo en cuenta que en cada uno de los procesos de las contrapartes en que haya factores de riesgo de LA/FT, lo anterior para la prevención de los posibles eventos del LA/FT/FPADM.
3. Evaluar la efectividad de los controles al medir el riesgo residual y compararlo con el riesgo inherente. Se dejará constancia en las matrices de riesgos
4. La efectividad de los controles tendrá un seguimiento adicional por parte de la oficina de control interno en su rol de tercera línea de defensa.

10.4.3. Identificación y análisis de operaciones inusuales.

Las operaciones inusuales son aquellas transacciones que cumplen por lo menos con dos características:

1. Operaciones que no guardan relación con la actividad económica, o se salen de los parámetros adicionales fijados por la organización.
2. Respecto de las cuales la organización no ha encontrado explicación o justificación que se considere razonable.

10.4.3.1. Detectar las operaciones inusuales.

En cada proceso se describirán los controles detectives encargados de la detección de las operaciones inusuales o sospechosas. Se definirán en los procesos del INC los procedimientos y controles para:

1. Procedimientos para el control y seguimiento de las operaciones de las contrapartes
2. El seguimiento y control de las operaciones y la detección de las operaciones inusuales.
3. Los procedimientos y controles para mitigar el riesgo de LA/FT/FPADM se deben aplicar a las contrapartes, y se definirán en los procesos del INC, articulando en el análisis los respectivos canales que utiliza cada contraparte en cada área geográfica en donde opera el INC.

10.4.3.2. Procedimiento para detectar operaciones inusuales.

1. Los responsables realizarán verificación de las listas restrictivas, diligenciamiento de los formatos establecidos de acuerdo de a cada una de las operaciones cumpliendo con la debida diligencia
2. Mensualmente el Oficial de Cumplimiento recibirá y verifica los reportes generados por los responsables en la revisión como resultado de la aplicación de los procedimientos respectivos.
3. De ser necesario solicita al responsable del proceso explicación o justificación de las transacciones que generaron la alerta y de acuerdo con el monto y nivel de riesgo del cliente (paciente particular o familiar), proveedor, contratista, empleado, tercero, donante, solicita soportes de la operación.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 38 de 46	

4. Una vez culminado el análisis, el Oficial de Cumplimiento determina si la operación está debidamente justificada, caso en el cual se procede a su cierre y archivo o en caso contrario el Oficial de Cumplimiento determinará el procedimiento a seguir.
5. El análisis efectuado debe quedar debidamente documentado en un informe por escrito junto con los soportes de dicho análisis cuando se trate de operaciones o casos identificados.
6. Una vez determinadas las operaciones sospechosas, el Oficial de Cumplimiento procede a su reporte a la UIAF.

10.4.4. Señales de alerta o alertas tempranas.

Adicional a las alertas generadas por la revisión de los formularios de [GCM-P02-F-22 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS PROVEEDORES-PERSONA NATURAL](#) y [GSÍ-P07-F-04 FORMATO ÚNICO DE INFORMACIÓN SARLAFT](#) (paciente particular o familiar), proveedor, contratista, empleado, tercero, donante, presentadas en el punto anterior, puede iniciarse una investigación de operación inusual a partir de las señales de alerta o alertas tempranas:

- 1) Las “señales de alerta” son consideradas como las situaciones que ayudan a identificar o detectar comportamientos, conductas, actividades, métodos o situaciones atípicas que pueden encubrir actividades delictivas.
- 2) La presencia de alguna señal de alerta o alerta temprana no significa necesariamente estar frente a una operación sospechosa que debe ser objeto de reporte, simplemente deben llamar la atención de quien la advierte, para proceder al análisis detallado de la situación.
- 3) La responsabilidad de identificar y verificar las “Señales de Alerta” recae en primera instancia sobre los responsables de los procesos que controlan las operaciones normales y sobre aquellos que tienen contacto permanente con el cliente (paciente particular o familiar), proveedor, contratista, empleado, tercero, donante.
- 4) Lo anterior no pretende liberar de responsabilidad a los demás miembros de la entidad que deben estar igualmente capacitados para reconocer las señales de alerta.
- 5) Las señales de alerta al igual que las tipologías de casos de LA/FT deben ser difundidas mediante capacitación y conocidas por el personal responsable de la operación de los procesos asociados con los riesgos de LA/FT/FPADM.
- 6) Algunos ejemplos de las “señales de alerta” de LA/FT/FPADM son las siguientes:
- 7) Cliente (paciente particular o familiar), proveedor, contratista, empleado, tercero, donante que rehúsa suministrar información o no es posible verificarla.
- 8) Suministro de información insuficiente o falsa, o el cliente (paciente particular o familiar), proveedor, contratista, empleado, tercero, donante se rehúsa a suministrar la información mínima requerida para la celebración del contrato.
- 9) La edad de la persona no es concordante con sus ingresos, operaciones o movimientos.
- 10) Cliente (paciente particular o familiar), proveedor, contratista, empleado, tercero, donante con actividades económicas indeterminadas y renuentes a especificar su fuente de ingresos.
- 11) Actividad principal del cliente (paciente particular o familiar), proveedor, contratista, empleado, tercero, donante “comerciante” con diversidad de negocios no definidos claramente.
- 12) Rechazo, intento de soborno o amenazas a los funcionarios de la entidad para no diligenciar completamente los formularios de vinculación o para que acepte información incompleta o falsa.
- 13) Personas jurídicas con nuevos propietarios, que ha sido adquirida con dificultades económicas, cambian su naturaleza y presentan en corto lapso utilidades desbordantes.
- 14) Personas jurídicas constituidas con pocos recursos y en poco tiempo presentan grandes montos de inversión.
- 15) Personas jurídicas con ingresos no operacionales mayores a los operacionales.
- 16) Sociedades con capital suscrito muy bajo y objeto social muy amplio.
- 17) Personas jurídicas con socios, administradores y directivos en común con otras empresas.
- 18) Fraccionamiento de transacciones con el fin de evitar rastro de operaciones mayores a \$10.000.000 y entre otras.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 39 de 46			

10.4.5. Herramientas.

- Mapa de procesos.
- Ficha integral del riesgo u oportunidad.
- Matrices de riesgos por procesos.
- Documentación de los procesos.
- Listados de señales de alerta o alertas tempranas generados por la UIAF y otras organizaciones internacionales.

10.4.6. Lineamientos para la evaluación de los riesgos.

- Los controles deben aplicarse en los procesos del INC.
- Los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo son responsables de la aplicación de los controles que mitigan el riesgo de LA/FT/FPADM.
- Todas las acciones de gestión del riesgo deberán identificar formalmente a los responsables de su aplicación, los plazos, las formas de ejecución, y reporte de avances, y estarán revisadas por las instancias correspondientes de acuerdo con la política de gestión del riesgo.

10.5. TRATAMIENTO DE RIESGOS DE LA/FT/FPADM

La implantación de nuevos controles para mitigar los riesgos de LA/FT/FPADM o el mejoramiento de los controles existentes se hace en la etapa de tratamiento de riesgos según el [GSI-P07-M-02 MANUAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL](#) numeral 13.

De acuerdo con la zona de criticidad del riesgo donde se ubique los riesgos de LA/FT/FPADM, se tratarán de acuerdo con los siguientes lineamientos:

Las acciones establecidas para dar tratamiento a los riesgos identificados deben dar cumplimiento a los lineamientos del procedimiento [GSI-P11 PROCEDIMIENTO PARA GESTIÓN DE LA MEJORA](#), teniendo en cuenta el enfoque hacia el mejoramiento del control y la mitigación de las causas identificadas y se debe escoger el tipo de plan "Tratamiento a Riesgos".

Se tratará bajo plan de mejora los riesgos en zonas "Extrema", "Alta" o "Moderada para corrupción", señalando la opción de tratamiento **"REDUCIR"**, a estos se les debe formular acciones de mejora para los riesgos.

Para los que después de valorados se ubiquen en zonas moderada y bajas, el líder del proceso podrá seleccionar la opción:

REDUCIR: Formulando acciones para fortalecer o implementar nuevas actividades de control o **ACEPTAR:** No adoptando medidas que afecten la probabilidad y/o impacto.

La opción **"ACEPTAR"** no es viable para riesgos de corrupción ni para riesgos de LA/FT/FPADM.

La opción **"ACEPTAR"** no aplica para riesgos de seguridad digital que apliquen sobre activos clasificados como confidenciales o sensibles, ni para riesgos que afecten a servidores y sistemas misionales crítico, e infraestructuras críticas.

Para tomar las decisiones anteriores tenga en cuenta los siguientes conceptos:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 40 de 46			

- 1. Reducir:** Implementar acciones encaminadas a reducir el nivel de riesgo, bien sea mejorando controles existentes o implementando nuevos controles, dentro de esta categoría se incluyen la opción de TRANSFERIR el riesgo.
- 2. Aceptar:** Admitir la existencia del riesgo debido a que se encuentra en una zona de riesgo “Baja” o “Moderada”; el responsable puede aceptar las posibles consecuencias, si estas no afectan el logro de los objetivos del proceso y debe elaborar los planes de contingencia para su manejo.

Nota: Para riesgos que no tienen una opción de tratamiento inmediata, se debe generar un análisis por parte del Líder del Proceso (primera línea) para revisar su aceptación; estos riesgos deben permanecer en constante monitoreo y deben contar con planes de contingencia para actuar en caso de materializarse, deberá informarse de dicha materialización a la Oficina de Planeación (segunda línea).

10.5.1. Procedimientos.

El líder de procesos deberá establecer e implementar los controles o la mejora de los existentes, se tendrá en cuenta el proceso que se describe a continuación:

- 1. Identificar opciones de tratamiento:** Se listarán las opciones posibles de tratamiento para los riesgos altos y extremos.
- 2. Evaluar las opciones de tratamiento:** Se considerará la relación costo-beneficio, y con base en ello, se recomendarán las estrategias de tratamiento más viables, para seleccionar, finalmente, la más adecuada para la organización.
- 3. Preparar planes de tratamiento:** Se efectuará la identificación de los responsables, los recursos, los tiempos, los indicadores de gestión que permitan medir el cumplimiento de la acción. Esto se plasmará en el Plan de Mejoramiento por Proceso.
- 4. Implementar los planes:** Ejecutar las acciones establecidas. Las acciones de mejora se incorporarán en los planes de mejoramiento por procesos y tendrán el seguimiento por parte de los responsables institucionales de acuerdo con lo establecido en el sistema de gestión de la calidad.
- 5. Seguimiento al tratamiento:** se realiza a través de dos estrategias definidas en el modelo de línea de defensa. La segunda línea de defensa en cabeza de la oficina asesora de planeación y sistema ejecuta trimestralmente seguimiento y monitoreo con la primera línea de defensa (Líder de proceso). La tercera línea de defensa representada por la oficina de control interno deberá realizar seguimiento tanto a la efectividad de los controles como al seguimiento de las acciones de tratamiento de los riesgos de LA/FT/FPADM.

10.5.2. Herramientas.

1. Mapas de riesgos por proceso
2. Plan de Mejoramiento por Proceso
3. Seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora (informe)

10.5.3. Lineamientos para el tratamiento de los riesgos.

Se privilegiará a los controles preventivos encaminados a disminuir la probabilidad de ocurrencia del riesgo de LA/FT, sobre los controles detectivos o correctivos.

Una vez identificados los controles preventivos, se considerará la definición e implementación de controles encaminados a disminuir el impacto de la materialización de los riesgos de LA/FT en donde sea posible técnicamente y viable financieramente. El tratamiento de los controles de LA/FT/FPADM estarán a cargo de los líderes de los procesos del INC.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 41 de 46			

11. PROCEDIMIENTOS GENERALES

11.1. CONOCIMIENTO DE CLIENTE, FUNCIONARIO, PROVEEDOR Y PACIENTE.

11.1.1. Conocimiento de personas naturales o jurídicas.

Para las transacciones realizada como clientes (paciente particular o familiar) igual o mayores a \$5.000.000 o 25.000.000 acumuladas durante el mismo mes, se requiere diligenciar el formato [GCM-P02-F-22 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS PROVEEDORES-PERSONA NATURAL](#) y realizar la verificación en listas restrictivas.

Nota: Debido a la obligatoriedad del aseguramiento y la prestación de servicios de salud por parte de las EPS y prestadores, no se consideran como y/o contrapartes los usuarios (afiliados) de las IPS y EPS, cuyos servicios sean cancelados efectivamente por algún tipo de seguro Plan de Beneficios en Salud, Sistema de Riesgos Laborales y Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito SOAT, planes adicionales de salud, entre otros). Es así como, para estos casos, no será necesario la identificación del usuario. “Conforme a la circular 09 de 2016”.

11.1.1.1. Diligenciamiento del formato.

El responsable del proceso es el responsable de obtener de todas las personas que deseen ser vinculadas como cliente (paciente particular o familiar), proveedor, contratista, empleado, tercero, donante o receptor de donación, el diligenciamiento de los formularios de [GSI-P07-F-04 FORMATO ÚNICO DE INFORMACIÓN SARLAFT](#), [GCM-P02-F-22 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS PROVEEDORES-PERSONA NATURAL](#)

Se deben tener en cuenta para el correcto diligenciamiento del formulario [GSI-P07-F-04 FORMATO ÚNICO DE INFORMACIÓN SARLAFT](#), [GCM-P02-F-22 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS PROVEEDORES-PERSONA NATURAL](#), los siguientes aspectos:

1. Todo formulario debe ser diligenciado en su totalidad y no debe existir ningún campo en blanco.
2. En el evento que algún campo no le aplique a un cliente (paciente particular o familiar), proveedor, contratista, empleado, tercero específico, donante o receptor de una donación, el campo deberá ser diligenciado en este sentido, manifestando cuál fue el motivo por el que no aplica.
3. No deben aceptarse tachones ni letra ilegible.
4. No deben aceptarse formularios sin huella y sin firma
5. No deben aceptarse formularios con huella y con forma ilegible

11.1.1.2. Verificación de la información.

- 1) El responsable del proceso es el responsable de verificar que el formulario de vinculación se encuentre debidamente diligenciado y los anexos completos.
- 2) Si el formulario se encuentra debidamente diligenciado y los anexos completos, el responsable del proceso procede a verificar los datos suministrados por el cliente (paciente particular o familiar), proveedor, contratista, empleado, tercero, donante, en caso de que se requiera se podrá verificar mediante llamada telefónica a los teléfonos suministrados, verificando la información en las páginas web o haciendo una visita domiciliaria, entre otros.
- 3) La negación a diligenciar el formato de será causa directa para que el cliente persona jurídica sea reportado como una transacción ROS.
- 4) Si la información suministrada es falsa o presuntamente falsa, deberá reportarse este hecho al Oficial de Cumplimiento en forma inmediata.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
Página 42 de 46			

11.1.2. Conocimiento del cliente (paciente particular o familiar).

De acuerdo con el marco normativo legal vigente, el INC debe efectuar el conocimiento del paciente particular o su familiar que adquiere servicios asistenciales o productos asociados con la atención en salud y pagan en efectivo por un monto igual o superior a los cinco millones de pesos (\$5.000.000) por día o veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) acumulables en el mes.

El conocimiento lo hace el auxiliar administrativo al momento en que vaya a facturar y a recibir el dinero.

El auxiliar administrativo solicita el diligenciamiento del formato [GCM-P02-F-22 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS PROVEEDORES-PERSONA NATURAL](#) en las condiciones antes indicadas, y, además, solicita copia del documento de identificación.

Ingresa al aplicativo de listas restrictivas, diligencia los campos nombre y documento de identificación del paciente particular o familiar de acuerdo con la información diligenciada en el formato. Los formatos diligenciados son entregados por el auxiliar administrativo al momento del cierre de caja a la Coordinadora del Grupo Gestión de Tesorería e inversiones quien verifica la información contenida mediante llamada telefónica a los números provistos por el paciente particular o su familiar si así lo determina.

El aplicativo con los datos de las listas restrictivas no brinda los resultados al auxiliar administrativo por el rol que tienen, pero los resultados de la consulta los conoce la Coordinadora del Grupo de Tesorería e Inversiones. Si son positivos, los conocerá adicionalmente el Oficial de Cumplimiento.

Periódicamente la Coordinadora del Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones archivara y custodiara los formatos diligenciados, los soportes y evidencia de la verificación por un tiempo no menor a cinco años y enviara el reporte mensualmente por correo electrónico al Oficial de Cumplimiento para su archivo y custodia.

11.1.3. Conocimiento del empleado.

El INC conocerá a los servidores públicos vinculados a la planta de personal y a aquellos aspirantes a vincularse bien sea en empleos temporales, de medio tiempo, a la planta para trabajo de tiempo completo, así mismo a los contratistas y tercerizados.

Una vez el aspirante presenta la documentación, y en virtud de la delegación del jefe del Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano al Coordinador del Grupo Gestión de Ciclo de Vida Laboral o al Coordinador del Grupo Gestión de Planificación, Remuneración y Registro de Talento Humano, estos realizan la verificación del candidato en las bases de datos de las listas restrictivas mediante la consulta de los nombres, apellidos, y documentos de identificación de los aspirantes.

Mínimo una vez al año, el jefe del Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano o su delegado, consulta en la base de datos de las listas restrictivas a todos los empleados vinculados a la planta de personal al momento de hacer la consulta, e identificará los casos en los que aparezcan reportes positivos.

Cada vez que se da un retiro de servidores públicos vinculados a la planta de personal empleos temporales, de medio tiempo, a la planta para trabajo de tiempo completo, así mismo a los contratistas y tercerizados se deberá realizar la consulta de la base de datos de las listas restrictivas.

Periódicamente el Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano custodiara los reportes realizados en la consulta de las bases de las listas restrictivas por un tiempo no menor a cinco años y enviará el reporte mensualmente por correo electrónico al Oficial de Cumplimiento.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 43 de 46	

11.1.4. Conocimiento del proveedor, contratista, tercero específico.

El Coordinador del Grupo de Gestión de Compras y Contratación o su delegado solicitará a las personas naturales o jurídicas, sin excepción, el diligenciamiento del formato conocimiento de cliente [GSÍ-P07-F-04 FORMATO ÚNICO DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA-SARLAFT/PADM](#), según el caso, como parte de la fase de selección para la adquisición de bienes o servicios.

Igualmente, debe adjuntar a los términos de condiciones los siguientes documentos:

1. Certificación bancaria no mayor a 30 días.
2. Fotocopia del documento de identificación del representante legal.
3. Copia del RUT.
4. Original del Certificado de Existencia y Representación expedido por la Cámara de Comercio y con una expedición no mayor a 30 días.

El Coordinador del Grupo de Gestión de Compras y Contratación o su delegado verificará el correcto diligenciamiento del formato y la existencia de los anexos. En caso de encontrar alguna desviación solicitará su corrección al proveedor, contratista, tercero específico.

El Coordinador del Grupo de Gestión de Compras y Contratación o su delegado consultará en la base de datos de las listas restrictivas los nombres de los proveedores, contratistas, terceros específicos. En caso de que el resultado sea positivo, se evaluará la pertinencia técnica y jurídica de seguir adelante con el contrato, y se informará de inmediato al Oficial de Cumplimiento para que este reporte los resultados a la UIAF.

Mínimo una vez al año, el Coordinador del Grupo de Gestión de Compras y Contratación o su delegado, consultarán en la base de datos de las listas restrictivas a todos los proveedores, contratistas, terceros específicos del INC que se encuentren activos al momento de hacer la consulta, e identificará los casos en los que aparezcan reportes positivos, los cuales informará de inmediato al Oficial de Cumplimiento.

El Coordinador del Grupo de Gestión de Compras y Contratación o su delegado, consultarán en la base de datos de las listas restrictivas a todos los proveedores, contratistas, terceros específicos del INC que requieran liquidación del contrato e identificará los casos en los que aparezcan reportes positivos, los cuales informará de inmediato al Oficial de Cumplimiento

Periódicamente, el Coordinador del Grupo de Gestión de Compras y Contratación archivará y custodiará los formatos diligenciados, los soportes y evidencia de la verificación por un tiempo no menor a cinco años y enviará el reporte mensualmente por correo electrónico al Oficial de Cumplimiento.

11.1.5. Conocimiento del donante o receptor de una donación.

Para todo donante sea persona natural o jurídica, que manifieste su voluntad de hacer una donación a favor del INC bien sea en efectivo, bienes muebles, bienes inmuebles, equipos biomédicos, papelería, insumos de aseo, medicamentos, dispositivos médicos, pañales, útiles escolares, juguetes, ropa, actividades o eventos, nacionales o desde el exterior del país, se aplicará el formato de conocimiento de cliente [GSÍ-P07-F-04 FORMATO ÚNICO DE INFORMACIÓN SARLAFT](#).

Para las personas naturales se le solicitará copia del documento de identificación.

Para las personas jurídicas se les solicitarán los siguientes documentos:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 44 de 46	

1. Certificación bancaria no mayor a 30 días
2. Fotocopia del documento de identificación del representante legal
3. Copia del RUT
4. Original del Certificado de Existencia y Representación expedido por Cámara de Comercio y con una expedición no mayor a 30 días.
5. Escritura pública (para donaciones de bienes inmuebles).
6. Certificado de Tradición y Libertad (para donaciones de bienes inmuebles).
7. Para donantes del exterior
8. Copia del documento de identidad.
9. Copia del pasaporte (para persona natural).
10. Copia del Número de Identificación de Impuestos (Tax ID)

Para todos los casos, se hará la consulta en la base de datos de listas restrictivas mediante la consulta de los nombres y documentos de identificación y se verificará la información de los soportes entregados.

En caso de que el reporte sea positivo, se le comunicará de inmediato al Oficial de Cumplimiento para que coordine la elaboración con el Asesor Jurídico, de una respuesta por escrito en donde se rechace la donación y se enviará de inmediato el reporte a la UIAF.

En caso de que el donante no aparezca reportado en las listas restrictivas, se le comunicará por escrito la decisión de aceptar la donación para lo cual el INC elaborará un convenio el cual debe ser suscrito por las partes en donde se establezcan los bienes o recursos en efectivo que serán recibidos y se manifieste que estos productos no son producto de ninguno de los delitos conexos al lavado de activos incluyendo el contrabando.

En caso de que estos bienes sean importados, la entidad que realiza la donación procede a realizar el proceso de nacionalización y pago del proceso en que se incurra. En caso de que el donante no realice el proceso de nacionalización de los bienes, el funcionario asignado del Grupo Gestión de Compras y Contratación procederá con el trámite de nacionalización.

Los recursos en efectivo por un valor igual o mayor a \$5.000.000 o 25.000.000 acumuladas durante el mismo mes provenientes de donaciones serán recibidos por la Coordinación del Grupo Gestión de Tesorería e Inversiones y se deberá realizar el diligenciamiento del formato conocimiento de cliente [GSI-P07-F-04 FORMATO ÚNICO DE INFORMACIÓN SARLAFT](#) y [GCM-P02-F-22 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS PROVEEDORES-PERSONA NATURAL](#).

Los bienes muebles, equipos biomédicos, papelería, insumos de aseo serán recibidos e ingresados en el sistema por la Coordinación del Grupo Gestión de Suministros y Almacén, los medicamentos, dispositivos médicos serán recibidos e ingresados en el sistema por la Coordinación del Grupo Servicios Farmacéuticos, los pañales, útiles escolares, juguetes, ropa, actividades o eventos serán recibidos por Comunicaciones.

Periódicamente los coordinadores asignados para realizar las consultas en las listas restrictivas custodiasen los formatos diligenciados, los soportes y evidencia de la verificación por un tiempo no menor a cinco años y enviara el reporte mensualmente por correo electrónico al Oficial de Cumplimiento.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)	VIGENCIA:	25-08-2022
		Página 45 de 46	

11.1.6. Conocimiento de clientes personas expuestas públicamente (PEP).

1. El INC conocerá a las personas naturales en calidad de Personas Expuestas Públicamente (PEP) que sean cliente (paciente particular o familiar), proveedor, contratista, empleado, tercero, donante.
2. El decreto 1674 de 2016 del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) presenta el listado de cargos y condiciones asociadas con las Personas Expuestas Políticamente, las cuales hacen parte de las PEP.
3. Para ello, una vez hayan diligenciado el formato conocimiento de cliente [GSI-P07-F-04 FORMATO ÚNICO DE INFORMACIÓN SARLAFT](#) y [GCM-P02-F-22 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS PROVEEDORES-PERSONA NATURAL](#) y sea identificado como un PEP, es decir, personas que por razón de su cargo manejan recursos públicos, tienen poder de disposición sobre estos o gozan de reconocimiento público, se informará de esta situación al Oficial de Cumplimiento para que este apruebe la relación entre el INC y el PEP.

"TODA VERSIÓN IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA
DOCUMENTO NO CONTROLADO"

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Oficial de cumplimiento	Cargo:	Director General	Cargo:	Junta Directiva
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación 	Dependencia:	Dirección General 	Acta No 003 del 2022	Junta Directiva
Fecha:	12-05-2022	Fecha:	12-05-2022	Fecha:	26-05-2022

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P07-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	4
	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)		VIGENCIA:	25-08-2022
			Página 46 de 46	

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTUALIZACIÓN	RESPONSABLE OYM
1	22-12-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	24-09-2020	Se realiza ajustes al manual de acuerdo a los requerimientos de la circular externa 016 de 2016	Paula Andrea Salamanca Medina
3	27-05-2022	Se realiza modificaciones al manual debió a la actualización de la circular Externa 20211700000004-5/2021, Circular Externa 20211700000005-5/2021 y el Decreto 830 de 2021 descritas a continuación: 1. Se modifica el nombre del manual en el cual se incluye proliferación de armas de destrucción masiva, quedando definido así "MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS DE LA FINANCIACION DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA- SARLAFT/PADM" como consecuencia se actualizan las siglas de perfil de riesgos de SARLAF/PADM. 2. Se amplia en el capítulo alcance la proliferación de armas de destrucción masiva. 3. El apartado de aprobación tendrá modificación una vez se cuente con la aprobación del presente manual en la sesión de junta Directiva del día 26 mayo de 2022 en su versión No.3.4. Para el capítulo se incluyó definiciones técnicas los conceptos de segmentación y perfil de riesgo. 5. Se incluye en el capítulo normatividad las Circulares Externas 20211700000005-5 de 2021 y 20211700000004-5 de 2021 y Decreto 830 de 2021. 6. Se agrega en el título órganos con control nuevas funciones para la Junta Directiva y el jefe de la oficina de control interno de acuerdo con las circulares externas 20211700000005-5 de 2021. 7. Se incluye en el capítulo nuevos requisitos para el caso del Oficial de Cumplimiento titular y suplente de acuerdo con la circular externa 20211700000005-5 de 2021. 8. Se establece la metodología de segmentación y perfil de riesgos. 9. Se actualiza los lineamientos del riesgo frente a las políticas. 10. Se actualiza la estructura del sistema y la estructura organizacional. 11. Se mencionan en el título soporte informático para los informes internos y externos los planes, programas y estrategias que dan cumplimiento a la conservación, custodia y seguridad de la información tanto documental como electrónica (se incluyen los formatos correspondientes). 12. Ajuste completo al capítulo del conocimiento del proveedor, contratista, tercero específico. 13. Se modifica el capítulo de etapas del SARLAFT/PADM ajustadas de acuerdo con las actividades realizadas por el INC.	Jenny Vanessa López Gómez
4	25-08-2022	Se realizan ajustes menores al documento de acuerdo con el acuerdo 005 de 2022. Se hace modificación al numeral 8. Estructura del SARLAFT (Cambio en orden de las etapas) se ajustan numeraciones en primera, segunda y tercera línea.	Jenny Vanessa López Gómez

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTUALIZACIÓN	RESPONSABLE OYM
1	22-12-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	24-09-2020	Se realiza ajustes al manual de acuerdo a los requerimientos de la circular externa 016 de 2016	Paula Andrea Salamanca Medina