

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVO:	3
2. ALCANCE:	3
3. RESPONSABLES:	3
4. DEFINICIONES:	3
5. REQUISITOS GENERALES:	9
6. DESCRIPCIÓN:	12
6.1. Etapas del SICOFS	12
6.1.1. Identificación de riesgos	13
6.1.2. Medición de riesgos	14
6.1.3. Control de riesgos	14
6.1.4. Monitoreo	18
6.2. Elementos del SICOFS.....	19
6.2.1. Políticas	19
6.2.2. Procedimientos	21
6.2.3. Mecanismos	24
6.2.4. Instrumentos	25
6.2.5. Estructura y responsabilidades.....	27
6.2.6. Documentación	31
6.2.7. Plataforma tecnológica	31
6.2.8. Comunicación y divulgación	32
6.3. Incumplimiento al SICOFS	32
6.4. Colaboración con la justicia y autoridades administrativas	32
7. ANEXOS:.....	32
8. BIBLIOGRAFÍA	33

INTRODUCCIÓN

El Centro Oncológico Antioquia está comprometido con el desarrollo de su operación a través de un modelo de gestión basado en principios, lineamientos y objetivos socialmente responsables, encaminados a mantener la transparencia y la ética como garantes de la sostenibilidad, el mejoramiento de los resultados en salud y la satisfacción y confianza de los usuarios en el sistema de salud; por lo tanto, el COA en cumplimiento de sus valores y principios éticos hace manifiesta su posición de “Cero Tolerancia frente al Fraude, la Corrupción y el Soborno” como una política inquebrantable del quehacer organizacional. Este manual contiene lineamientos del Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno – SICOFS.

1. OBJETIVO:

Prevenir o detectar oportunamente la ocurrencia de actos de corrupción, opacidad, fraude y soborno originados tanto al interior como al exterior del Centro Oncológico Antioquia, a través de la implementación de acciones preventivas o correctivas que se consideren necesarias para controlar los factores generadores de riesgos.

Objetivos específicos:

- Fomentar el diseño e implementación de controles que faciliten la prevención de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno internos y externos.
- Liderar los procedimientos requeridos para detectar oportunamente riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno internos y externos.
- Reducir el nivel de exposición a riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno internos y externos.
- Fortalecer la cultura de control interno en la entidad.

2. ALCANCE:

El presente manual es transversal a toda la organización.

3. RESPONSABLES:

Asamblea General de Accionistas

Junta Directiva

Gerente General

Oficial de Cumplimiento

Directores y coordinadores de procesos

Empleados y contratistas

4. DEFINICIONES:

- ⌘ **Administración de riesgos:** Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la Administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.
- ⌘ **Análisis del riesgo:** Proceso para comprender la naturaleza del Riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del Riesgo.

- ⌘ **Línea de transparencia:** Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de Fraude, opacidad o Corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.
- ⌘ **Ciberdelitos:** Actividades ilícitas que se llevan a cabo para robar, alterar, manipular, enajenar o destruir información o activos (como dinero, valores o bienes desmaterializados) de compañías, valiéndose de herramientas informáticas y tecnológicas.
- ⌘ **Colusión:** Es un acuerdo entre dos o más partes para limitar la competencia. Esto lo hacen de manera secreta o ilegal, engañando a otros sobre sus derechos legales, bien para obtener un objetivo prohibido por la ley o bien para obtener una ventaja injusta en el mercado. Los acuerdos más comunes se producen para dividir un mercado, establecer precios, limitar la prestación de servicios o limitar las oportunidades.
- ⌘ **Conducta irregular:** Hace referencia a incumplimientos de leyes, regulaciones, políticas internas, reglamentos o expectativas de las organizaciones respecto a la conducta, ética empresarial y comportamientos no habituales.
- ⌘ **Contrapartes:** Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la organización y sus filiales y subordinadas tiene vínculos comerciales, de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Es decir, accionistas, socios, colaboradores o empleados de la empresa, clientes y proveedores de bienes y servicios.
- ⌘ **Consecuencia:** Efectos generados por la ocurrencia de un Riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la entidad. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento.
- ⌘ **Corrupción:** Obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información.
- ⌘ **Conflicto de interés:** Situación en virtud de la cual una persona (colaborador, prestador de servicio, o tercero vinculado al COA), debido a su actividad se enfrenta a distintas alternativas de conducta con relación a intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede privilegiar en atención a sus obligaciones legales o contractuales.
- ⌘ **Denuncia:** Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
- ⌘ **Estafa:** Es un delito contra el patrimonio económico, donde una persona denominada estafador, genera una puesta en escena y se aprovecha de la buena voluntad para presentar negocios inexistentes y obtener algún beneficio como sumas de dinero.

- ⌘ **Evento:** Incidente o situación que ocurre en la empresa durante un intervalo particular de tiempo. Evento presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.
- ⌘ **Evaluación del riesgo:** Proceso de comparación de resultados del análisis del Riesgo con los criterios del Riesgo para determinar si el Riesgo, su magnitud (nivel) o ambos son aceptables o tolerables.
- ⌘ **Factores de riesgo:** Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.
- ⌘ **Fraude:** Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.

Los fraudes corporativos pueden dividirse en tres categorías principales:

- I. **Fraude de estados financieros:** Es la deliberada presentación errónea de la situación financiera de la empresa, que se logra de la presentación intencionalmente errónea de cifras o revelaciones o la omisión de las mismas en los estados financieros para engañar a los usuarios de los estados financieros.
- II. **Apropiación indebida o malversación de activos:** Hurto o utilización indebida de activos de la entidad o bajo responsabilidad de los colaboradores para el beneficio propio o de terceros, generando pérdidas a la entidad. Esta tipología involucra la administración de efectivo, activos fijos y administración de la información de reserva incluyendo el cibercrimen.
- III. **Sustracción de activos:** Se pueden dividir en dos grandes categorías: los que involucran efectivo y los que no involucran efectivo. Los fraudes con efectivo, que representan hasta un 90% de todas las sustracciones de efectivo, pueden dividirse en tres grandes categorías:
 - Desembolsos fraudulentos. Generación de desembolsos para cubrir servicios no prestados, a través de estrategias como: facturación falsa, falsificación de cheques, etc.
 - Ocultamiento. Robo de efectivo antes de registrarse en los libros y registros de la organización.
 - Robo de efectivo. Robo de efectivo después de registrarse en los libros y registros de la organización.

Factores generadores de fraude: Los factores de riesgo de fraude no necesariamente señalan la existencia de fraude, sin embargo, a menudo están presente en las circunstancias cuando existe fraude y pueden ayudar a identificar los riesgos de fraude potenciales. Las combinaciones de estos tres factores conforman el triángulo de fraude, cada vez que se complete este triángulo se materializa un fraude.

Gráfico No. 1 Triángulo de fraude



- I. **Incentivos o presiones:** Las presiones pueden ser reales o percibidas, ejemplos: presiones financieras personales o presiones para lograr objetivos o metas corporativas. Por otra parte, pueden existir incentivos que incrementan la probabilidad de fraude, ejemplos: bonos de la administración estructurados con base en el logro de los objetivos financieros.
- II. **Racionalización:** Racionalización es el proceso mediante el cual la persona que comete fraude legitima o justifica el crimen. A menudo incluye una actitud o un sentimiento de derecho o la creencia de que la empresa puede permitir ello. Ejemplo: Quien comete un fraude puede racionalizar un robo diciendo la compañía gana millones, perdería solo unos pocos miles y yo realmente necesito el dinero.
- III. **Oportunidades:** Las oportunidades de cometer fraude se pueden manifestar de diferentes maneras. Puede ser a través de la implementación de controles inadecuados o la elusión de actividades de control o monitoreo. Adicionalmente, la baja percepción de la detección o de las consecuencias sin sentido para comportamientos inapropiados dentro de la organización, genera mayores oportunidades para que ocurra un fraude.

- ⌘ **Hurto:** Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro.
- ⌘ **Identificación del riesgo:** Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo. Implica la identificación de las fuentes de riesgo, los eventos, sus causas y consecuencias potenciales.
- ⌘ **Impacto:** Consecuencias o efectos que puede generar la materialización del riesgo de corrupción en la entidad.
- ⌘ **Información privilegiada:** Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público.
- ⌘ **Monitoreo:** Es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y eficacia de una política o de un proceso, mediante la identificación de sus logros y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados.
- ⌘ **Nivel de riesgo:** Magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos expresada en probabilidad e impacto o consecuencias.
- ⌘ **Lavado de activos:** Toda actividad que pretende dar apariencia de legalidad a dinero de procedencia ilícita.
- ⌘ **Manipulación de estados financieros:** Producción, alteración o supresión deliberada de registros, de tal forma que se distorsionen los resultados de la Institución.
- ⌘ **Monitoreo:** Es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y eficacia de una política o de un proceso, mediante la identificación de sus logros y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados.
- ⌘ **Omisión de denuncia de particular:** Consiste en tener conocimiento de la comisión de los delitos señalados en el artículo 441 del Código Penal y no denunciarlos ante las autoridades competente.
- ⌘ **Opacidad:** Falta de claridad o transparencia.
- ⌘ **Pagos por extorsión:** Cuando el dinero es extraído por la fuerza por parte del personal por amenazas reales o percibidas contra la salud, la seguridad o la libertad.
- ⌘ **Pagos por facilitación:** Pagos menores no oficiales e impropios que se hacen para garantizar o agilizar la realización de trámites de rutina o para inducir a los colaboradores o terceros para que realicen funciones rutinarias que en todo caso están obligados a realizar.
- ⌘ **Peculado:** Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de

particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones.

- ⌘ **Piratería:** Obtención o modificación de información de otros, sin la debida autorización, ya sea una página web, una línea telefónica, computador o cualquier Sistema informático de una entidad.
- ⌘ **Política para la gestión del riesgo:** Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.
- ⌘ **Riesgo:** Cualquier evento, amenaza, acto u omisión que en algún momento pueda comprometer el logro de los objetivos de la entidad
- ⌘ **Segmentación:** Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos homogéneos al interior de ellos y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).
- ⌘ **SICOFS (Sistema de administración del riesgo de corrupción, la opacidad, fraude y soborno):** Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:
 - Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de las entidades sometidas a inspección y vigilancia evitando situaciones de Corrupción, Opacidad y Fraude. Para el efecto, se entiende por eficacia la capacidad de alcanzar las metas y/o resultados propuestos; y por eficiencia la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.
 - Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad y Fraudes, originados tanto al interior como al exterior de las organizaciones.
 - Realizar una gestión adecuada de los Riesgos.
- ⌘ **Soborno:** Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control.
- ⌘ **Soborno Transnacional:** El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional.

- ⌘ **Stakeholders:** Individuos o grupos que tienen interés e impacto en Centro Oncológico Antioquia y en los resultados de sus acciones. Algunos de los ejemplos son los empleados, los accionistas, los clientes, los proveedores, el gobierno y la comunidad.
- ⌘ **Tráfico de Influencias:** Utilización indebida, en provecho propio o de un tercero, de influencias derivadas del ejercicio del cargo público o de la función pública, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer. Incluye el ejercicio indebido de influencias por parte de un particular sobre un servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico.
- ⌘ **Vandalismo:** Acciones físicas que atenten contra la integridad de los elementos informáticos, la infraestructura, entre otros, cuya finalidad es causar un perjuicio, por ejemplo, la paralización de las actividades, como medio de extorsión o cualquier otro.

5. REQUISITOS GENERALES:

Requisitos	Recursos necesarios
<p>Convención interamericana contra la corrupción de 1996: Su finalidad es promover y fortalecer el desarrollo en cada uno de los Estados Parte, de los mecanismos necesarios para prevenir, detectar, sancionar y erradicar la corrupción e incentivar, facilitar y regular la cooperación entre los Estados en relación con este tema. Aprobada en Colombia mediante la Ley 412 de 1997.</p> <p>Convención de la OCDE para combatir el cohecho en los servidores públicos extranjeros: Cada Parte tomará las medidas necesarias para tipificar como delito la complicidad, incluidas la incitación, la ayuda, la instigación o la autorización de un acto de cohecho de un servidor público extranjero. Aprobada mediante la Ley 1573 de 2012.</p> <p>Convención de Naciones Unidas contra la corrupción de Mérida 2003: Tiene la finalidad de promover y fortalecer las medidas para prevenir y combatir más eficaz y eficientemente la corrupción; además, de promover la cooperación internacional y la asistencia técnica en la prevención y la lucha contra la corrupción</p>	<p>Talento Humano Alta dirección Directores y líderes de procesos. Todos los empleados y contratistas. Oficial de riesgos.</p> <p>Medicamentos, dispositivos médicos e insumos: No aplica.</p> <p>Dotación: No aplica</p> <p>Enfoque diferencial: Hardware Software Correo electrónico Acceso a internet Sistemas de información Matrices de riesgos Metodología para la medición, valoración y seguimiento de riesgos. Aplicación de metodología 5w1h y ciclo PHVA.</p>

Requisitos	Recursos necesarios
<p>y, finalmente, promover la integridad a través de la rendición de cuentas y la debida gestión de los asuntos y los bienes públicos. Aprobada en Colombia mediante la Ley 970 de 2005.</p> <p>Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción: Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.</p> <p>Conpes 167 de 2013 – Estrategia nacional de la política pública integral anticorrupción: Busca fortalecer las herramientas y mecanismo para la prevención, investigación y sanción de la corrupción en Colombia. Las acciones presentadas están dirigidas a mejorar el acceso a la calidad de la información pública, mejorar las herramientas de gestión anticorrupción, aumentar la incidencia del control social sobre la gestión pública y promover la integridad y la cultura de la legalidad en el Estado y la sociedad; además, se incluyen acciones para luchar contra impunidad en los actos de corrupción.</p> <p>Ley 1712 de 2014 – Ley de transparencia y acceso a la información: Regula el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información.</p> <p>Ley 1778 de 2016: Se dictan normas sobre las responsabilidades de las personas jurídicas por actos de corrupción transnacional y se dictan otras disposiciones en materia de lucha contra la corrupción.</p> <p>Ley 2013 de 2019 – Declaración obligatoria de bienes y rentas y conflictos de interés: Busca garantizar el cumplimiento de los principios de transparencia y publicidad mediante la publicación de las declaraciones de bienes, renta, el registro de los conflictos de interés y la declaración del impuesto sobre la renta y complementarios.</p>	

Requisitos	Recursos necesarios
<p>Ley 2014 de 2019 – Regulación de sanciones para condenados por corrupción y delitos contra administración pública: Tiene por objeto adoptar medidas para la sanción efectiva de los delitos cometidos contra la administración pública, la administración de justicia y que afecten el patrimonio del Estado, a través de la eliminación de beneficios penales y de la modificación del régimen de inhabilidades para contratar con el Estado cuando se demuestra la comisión de actos de corrupción. Con el fin de garantizar el principio constitucional de igualdad y transparencia.</p> <p>Decreto 830 de 2021 – Personas Expuestas Políticamente: Modifica el Decreto 1674 de 2016 y se modifican y adicionan algunos artículos al Decreto 1081 de 2015, Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República, en lo relacionado con el régimen de las Personas Expuestas Políticamente (PEP).</p> <p>Circular Externa 20211700000004-5 de septiembre de 2021: Por medio de la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos.</p> <p>Circular Externa 20211700000005-5 de septiembre de 2021: Por medio de la cual se imparten instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude y se modifican las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016 (SARLAFT) y 003 de 2018.</p> <p>Ley 2195 del 18 de enero de 2022: Tiene por objeto adoptar disposiciones tendientes a prevenir los actos de corrupción, a reforzar la articulación y coordinación de las entidades del Estado y a recuperar los daños ocasionados por dichos actos con el fin de asegurar promover la cultura de la legalidad e integridad y recuperar</p>	

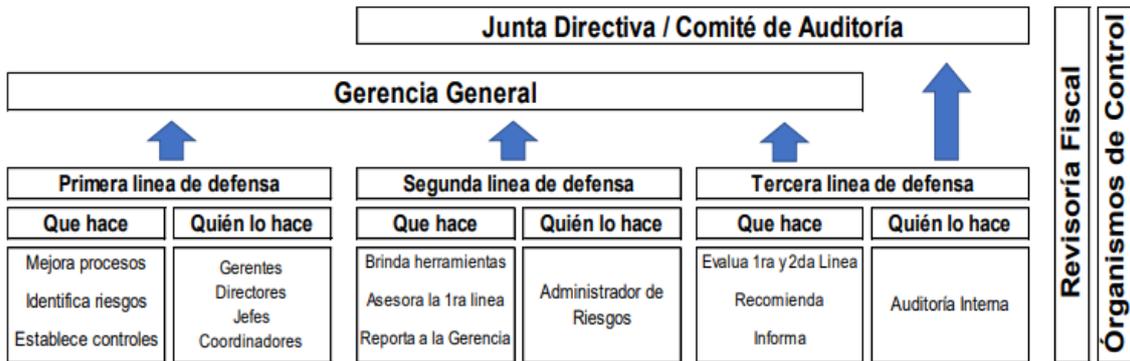
Requisitos	Recursos necesarios
<p>la confianza ciudadana y el respeto por lo público.</p> <p>Circular Externa 2022151000000053-5 de agosto de 2022: Lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno.</p>	

6. DESCRIPCIÓN:

6.1. Etapas del SICOFS

La Gestión del Riesgo y las actividades de Control del Centro Oncológico Antioquia se basan en un modelo de tres líneas, el cual proporciona una distribución clara de las responsabilidades en cuanto a la gestión de riesgos y la definición de controles a efectos de evitar vacíos en la gobernabilidad:

Gráfico N. 2 Modelo de las tres líneas



Primera Línea - Responsables: Gerentes, directores, jefes y Coordinadores: Dentro de sus funciones está la de gestionar los riesgos e implementar acciones correctivas para abordar el proceso y las deficiencias de control, para ello, deben identificar, evaluar, controlar y mitigar los riesgos. Del mismo modo, orientan el desarrollo e implementación de políticas y procedimientos internos y aseguran que las actividades sean compatibles con las metas y objetivos del Centro Oncológico Antioquia.

A través de una estructura de responsabilidad en cascada, los colaboradores de nivel medio diseñan e implementan procedimientos detallados que sirven como controles y supervisan la ejecución de estos procedimientos por parte de su personal a cargo. Igualmente realizan el registro de eventos de riesgo presentados en la organización y establecen los planes de acción.

Las funciones de las demás líneas pueden ser consultadas en el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

6.1.1. Identificación de riesgos

La identificación de los riesgos está a cargo de los líderes de los procesos. Para la adecuada identificación de riesgos se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- I. Centro Oncológico Antioquia realiza la identificación de los Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos previamente identificados en el mapa de procesos de la entidad.
- II. La metodología a utilizar para la identificación de los riesgos es la técnica de “Lluvia de ideas”, la cual tiene las siguientes reglas:
 - Suspender el juicio: Eliminar toda crítica, no se permite ningún comentario crítico a las ideas realizadas, se anotarán todas las ideas, la evaluación se reserva para después.

- Pensar libremente: Pensar fuera de los límites de lo habitual, de lo normal, pueden surgir soluciones nuevas. Algunas ideas no convencionales se transforman en prácticas.
 - La cantidad es importante: Cuanto mayor sea el número de ideas se tendrá la posibilidad de escoger, adaptar o combinar.
 - El efecto multiplicador: Los participantes pueden sugerir mejoras de las ideas de los demás o conseguir una idea mejor a partir de otras dos.
- III. Durante la identificación se debe revisar el contexto interno y externo, identificar a los *stakeholders*, identificar los factores de riesgo como el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos y los riesgos asociados, entre otros.
- IV. Para nuevos procesos o proyectos debe realizarse la identificación de los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno. Igualmente aplica para los cambios en los procesos.

6.1.2. Medición de riesgos

En esta etapa se miden los riesgos por la probabilidad de ocurrencia y su impacto en caso de materializarse. Para llevar a cabo esta etapa se deben tener en cuenta todos los lineamientos del Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, tanto el riesgo inherente como el riesgo residual se calificarán bajo la metodología “IMPACTO y PROBABILIDAD” los lineamientos para cada calificación están descritos en el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y su anexo 1. En esta etapa se determinará el perfil de riesgo inherente (antes de controles).

6.1.3. Control de riesgos

El Centro Oncológico Antioquia tomará medidas para controlar los riesgos inherentes a los que se ve expuesto con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto en el caso de que se materialicen. Los controles estarán incluidos en las diferentes políticas y procedimientos de la institución y estarán a cargo de los líderes de los procesos.

La metodología para evaluar el diseño y funcionamiento de los controles estará en el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y su anexo 1. Esta evaluación se conoce como evaluación del riesgo residual.

La metodología tiene en cuenta los siguientes aspectos:

1. Responsabilidad del control

2. Tipo de Control (Manual / Automático)
3. Naturaleza del control (Preventivo / Detectivo)
4. Frecuencia del control
5. Actividades que componen el control (Documentado / No Documentado)
6. Implementación del Control (Baja / Media / Alta): La implementación del control hace referencia a la ejecución del control por parte de los responsables.

En caso de presentarse observaciones o desviaciones en la ejecución del mismo, el líder del proceso deberá implementar las acciones necesarias para que dicho control opere normalmente y evitar materializaciones de los riesgos. Cualquier cambio en las políticas y procedimientos deberá quedar documentado en el sistema de gestión de calidad SGC.

En esta etapa se determinará el perfil de riesgo residual (después de controles).

Algunos de los controles que se deben establecer dentro del Centro Oncológico Antioquia para la prevención del fraude, soborno y corrupción se encuentran los siguientes:

- **Controles estratégicos:** La alta dirección realiza revisiones y seguimiento a las caracterizaciones de alta criticidad para la organización, tales como:
 - Seguimiento al cumplimiento de la estrategia corporativa.
 - Revisión de los niveles de cumplimiento o avance de los indicadores de los tableros corporativos.
 - Monitoreo de la efectividad de los sistemas de gestión implementados. Adicionalmente, debe garantizar que los sistemas de compensación y los indicadores de gestión no están generando presiones en los funcionarios que los induzcan a cometer acciones fraudulentas.
- **Segregación de funciones:** Los procesos requieren implementar controles que involucren segregación de funciones, donde un colaborador no tiene control sobre dos o más fases de una operación, lo que permite reducir las oportunidades para que esté en la posición de perpetrar u ocultar errores o fraudes en el curso normal de sus funciones.
- **Controles contables:** La Dirección Contable debe garantizar la definición de una política contable, de tesorería; y la implementación de los procedimientos necesarios para llevarla a cabo. La

política y los procedimientos deben cumplir con los requisitos normativos vigentes y con el marco de información financiera. Se debe contar con controles tales como:

- Monitoreo del procedimiento de pagos a terceros.
 - Cuadros diarios de caja.
 - Verificación de registros contables (arqueos, conciliaciones, inventarios, circularizaciones, controles tributarios).
- **Controles de seguridad de la información:** El proceso de Gestión de Tecnología de la Información, debe velar por la implementación de políticas, procedimientos y controles que garanticen que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (efectividad, eficiencia y confiabilidad) y cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes.
 - **Controles del recurso humano:** El proceso de Gestión del Talento Humano debe garantizar la implementación de controles efectivos en los procesos de selección, vinculación y promoción del recurso humano, tales como:
 - Adecuación de competencias, verificación de antecedentes, verificación de referencias laborales y aplicación de pruebas psicotécnicas entre otros.
 - Garantizar que todas las personas disfruten de sus vacaciones una vez cumplido un año de trabajo y que no se acumulen varios periodos.
 - Monitoreo de la rotación de personal.
 - Valoración del clima laboral.
 - **Controles de los proveedores:** La coordinación de compras, la dirección contable y la dirección de calidad, deben garantizar la implementación de políticas y procedimientos que permitan controlar la contratación de proveedores y monitorear la calidad de sus entregables, entre estos controles se pueden mencionar:
 - Seguimiento al cumplimiento de las políticas de contratación.
 - Controles de vinculación de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Manual del Sistema de Administración de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva SARLAFT/FPADM.

- Establecimiento de acuerdos de confidencialidad y cumplimiento de otros requisitos relacionados con la administración de la seguridad de la información.
 - Valorar la gestión realizada por el proveedor. (Evaluación periódica y reevaluación).
 - Requerir de al menos dos personas para evaluar las ofertas y aprobar la adjudicación de un contrato o acuerdo comercial.
 - Implementar una separación de funciones, por lo que el personal que aprueba un contrato o acuerdo de compraventa de bienes y/o servicios es diferente del que solicita el bien o servicio.
 - Requerir de la firma y/o aprobación de al menos dos personas en los contratos y en los documentos que cambian los términos de un contrato o acuerdo comercial o que aprueban los trabajos emprendidos o suministros proporcionados en virtud del contrato o acuerdo comercial.
- **Controles físicos y patrimoniales:** La dirección de infraestructura y la dirección contable deben velar por la implementación y aplicación de controles que permitan garantizar niveles de seguridad adecuados para los activos del Centro Oncológico Antioquia y mitigar riesgos de fraude relacionados con la sustracción de activos. Dentro de este tipo de controles tenemos:
 - Control al ingreso de visitantes.
 - Seguridad física a las instalaciones administrativas (alarmas, uso de tarjetas de aproximación con registro obligatorio, entre otros).
 - Inventarios periódicos de farmacia y activos fijos.
- **Auditoría de controles:** Las actividades de control pueden ser preventivas o detectivas. Los controles preventivos están diseñados para mitigar riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno específicos y pueden disuadir que ocurra; mientras que las actividades detectivas están diseñadas para identificar si el riesgo se materializó. Los controles detectivos también pueden ser usados para el monitoreo de las actividades con el fin de valorar la efectividad de los controles y pueden ofrecer evidencia adicional respecto a la efectividad de los programas y controles antifraude. El oficial de cumplimiento debe probar la efectividad del diseño de los controles, para determinar si son operados como fueron definidos, si los ejecutan colaboradores que poseen las competencias necesarias, si satisfacen los objetivos de control de la organización y si efectivamente pueden prevenir o detectar errores o posibles fraudes.

Adicionalmente, el oficial de cumplimiento debe tener entre sus responsabilidades, la evaluación de la efectividad del SICOFS y la comunicación al Representante Legal y al Comité de Riesgos de las deficiencias y debilidades detectadas. Los hallazgos y las debilidades deben ser gestionados a través de la implementación de acciones correctivas que se deben documentar en el mapa de riesgos.

- **Programa de denuncias anónimas:** Centro Oncológico Antioquia dispone de canales para reportes de situaciones que vayan en contravía de las políticas y procedimientos, el cual debe ser accesible para todos los colaboradores y terceros. Se dará a conocer por la página web institucional. El oficial de cumplimiento administrará este proceso y presentará informes al Comité de Riesgos y Buen Gobierno Corporativo de los reportes realizados por este medio. Por su parte, los procedimientos de detección y de investigación de posibles fraudes se deben documentar.

6.1.4. Monitoreo

Por lo menos semestralmente el oficial de cumplimiento efectuará un monitoreo al Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad, Fraude y Soborno. Cada líder de proceso, dentro de sus responsabilidades velará porque los controles de su proceso estén funcionando en las periodicidades establecidas y adoptará los correctivos o mejoras a que haya lugar.

Cada líder de proceso implementará indicadores de gestión que tienen como finalidad informar, controlar, evaluar y ayudar a tomar las decisiones, los cuales deberán estar alineados a la estrategia de la organización. Para cada indicador se deberán establecer los niveles “Meta” de cumplimiento, el nivel “no cumplida” será considerada como señal de alerta.

Los indicadores estratégicos hacen parte de los pilares de la organización y soportan las iniciativas estratégicas. El seguimiento se efectuará mensualmente y se reportarán a Casa Matriz.

De llegarse a presentar desviaciones o que se incumplan los indicadores “Meta”, los líderes de los procesos deben establecer planes de contingencia para intervenir y tratar los diferentes riesgos, teniendo en cuenta la variabilidad de los riesgos identificados, con el propósito de ajustar las desviaciones lo más pronto posible.

Cada líder será responsable y establecerá los plazos, periodicidad, reportes de avance y de evaluaciones periódicas sobre las estrategias seleccionadas.

El oficial de cumplimiento mensualmente revisará las desviaciones de los factores de riesgos de acuerdo a la segmentación realizada.

Los incumplimientos a los límites serán presentados en el Comité de Riesgo y Buen Gobierno Corporativo, donde se informará los planes de contingencia adoptados respecto de cada escenario extremo presentado.

6.2. Elementos del SICOFS

6.2.1. Políticas

La política institucional es de “Cero Tolerancia frente a la Corrupción, la Opacidad, el Fraude y el Soborno” y para ello, toma las medidas necesarias con el fin de combatir estos flagelos, buscando permanentemente implementar mecanismos, sistemas y controles adecuados que permitan su prevención, detección y tratamiento.

Para llevar a cabo lo anterior, se adoptan los siguientes lineamientos:

- Los accionistas, miembros de junta directiva, directores, alta gerencia, empleados y contratistas no participan en ninguna forma de fraude, opacidad, soborno o práctica de corrupción, directa o indirectamente y toman las medidas necesarias para combatirlos, independientemente de cualquier forma o tipología de la que se trate.
- Centro Oncológico Antioquia establece y promueve dentro de toda la organización, una cultura institucional encaminada a fortalecer la transparencia como valor y principio de toda actuación.
- A través del código de conducta y ético se definen las reglas de conducta con el fin de prevenir la promoción de cualquier forma de corrupción, opacidad, fraude y soborno, además tiene establecidas las prácticas que pueden generar conflicto de intereses que se pueden materializar en hechos de corrupción.
- El otorgamiento y recepción de regalos serán autorizados por el Gerente, así como las invitaciones a eventos académicos de parte de proveedores y contratistas, los cuales deberán hacerse a nombre del COA. Antes de aceptar regalos y atenciones se verifica que sean razonables en costo, frecuencia y cantidad. Están prohibidos los regalos por un valor por encima de \$500.000 y, en todo caso, deberán ser notificados a través del formulario destinado para tal fin.
- Está totalmente prohibido recibir dinero a título personal de clientes, proveedores, intermediarios, ni de ninguna otra tercera parte.

- Los empleados, contratistas y directivos no podrán en ningún caso entregar, prometer ni ofrecer ninguna clase de pago, soborno, obsequio ni recompensa a ninguna autoridad, a ningún funcionario público ni a los empleados ni a los directivos de empresas o entidades públicas, ni a los empleados, los ejecutivos, ni los directivos de otras entidades o empresas, ya sea de forma directa o indirecta, a través de personas o empresas vinculadas a ellos, con el propósito de obtener o perpetuar cualquier tipo de acto administrativo, relación comercial o favor o beneficio comercial.
- No mantiene relaciones de ningún tipo con accionistas, directivos, empleados, contratistas, proveedores o contrapartes que hayan sido condenados por actividades ilícitas relacionadas con el fraude, la corrupción o el soborno.
- No tolera que sus accionistas, directivos, empleados, contratistas, proveedores y cualquier contraparte que tenga relacionamiento con Centro Oncológico Antioquia, obtengan resultados económicos, comerciales o de cualquier otra índole, a cambio de violar la ley o actuar de manera deshonesto.
- Centro Oncológico Antioquia no realiza aporte alguno, directa o indirectamente a partidos políticos u otras formas de organización política. La participación y/o las contribuciones deberán hacerse de manera que quede claro el carácter personal de las mismas y nunca en calidad de representantes de la institución.
- En el Centro Oncológico Antioquia está prohibida la producción, alteración o supresión deliberada de registros con el fin de distorsionar los resultados de los estados financieros; la presentación de información falsa que oculte el verdadero desempeño o para obtener beneficios, con el fin de engañar a los asociados; así como la distorsión u omisión de excedentes o la evasión de impuestos.
- Los pagos por facilitación para la aceleración de un trámite o prestación de servicio de salud son una forma de soborno y están prohibidos.
- Adopta un enfoque preventivo, de tal forma que las vulnerabilidades son minimizadas desde su origen, a través de adecuados criterios de diseño organizacional y programas de transformación cultural.
- Segmenta, identifica, mide, controla y monitorea los factores de riesgo relacionados con el Riesgo de Corrupción, la Opacidad, Fraude y Soborno y, evalúa sistemática y periódicamente la exposición a los riesgos relacionados con estas prácticas, con el fin de implementar medidas administrativas efectivas.

- Centro Oncológico Antioquia tiene a disposición de todos los grupos interés la línea de transparencia para la recepción y registro de indicios o incidentes por posibles actos indebidos cometidos por parte de sus empleados, contratistas y/o demás grupos de interés. Además, gestiona de forma oportuna todas las denuncias de actos relacionados con el riesgo de corrupción, la opacidad, el fraude y el soborno, independientemente de su cuantía o del personal involucrado, garantizando confidencialidad, objetividad, no retaliación, respeto, transparencia, independencia y autonomía de los responsables de las evaluaciones.
- Ningún denunciante sufrirá consecuencias negativas por prevenir, rechazar o denunciar actos de esta naturaleza. Cuando sea procedente, Centro Oncológico Antioquia pondrá en conocimiento de las autoridades competentes toda conducta que contraríe lo previsto en estos lineamientos e igualmente emprenderá y acompañará las acciones judiciales que sean pertinentes.
- El personal no sufrirá represalias, discriminación o medidas disciplinarias por informar hechos de buena fe o sobre la base de una creencia razonable, de intento real o sospecha de soborno o violación de los lineamientos del presente manual.
- Toda persona puede reportar su denuncia de manera anónima si así lo desea. Para los denunciantes que desean aportar sus datos personales en todo momento se garantizará la confidencialidad de la información, para ello, los procesos de investigación o reportes no mencionarán, indicarán o insinuarán a la persona denunciante.
- Centro Oncológico Antioquia se compromete a implementar y evaluar las acciones necesarias para la mejora continua del SICOFS.
- Toda violación a las políticas y procedimientos contenidas en el presente manual acarreará para los accionistas, miembros de la Junta Directiva, Gerencia General y Alta Gerencia, empleados y contratistas que las infrinjan, la imposición de las sanciones que correspondan en cada caso de conformidad con la normatividad vigente, el reglamento interno de trabajo, los Estatutos, sin perjuicio de las acciones de responsabilidad de carácter civil o penal a que haya lugar.

6.2.2. Procedimientos

Para la adecuada implementación y funcionamiento de las etapas y elementos del Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad, Fraude y Soborno –SICOFS-, el Centro Oncológico Antioquia cuenta con los siguientes procedimientos:

6.2.2.1. Instrumentación de las diferentes etapas y elementos del SICOFIS: Estas etapas y elementos se encuentran documentados en el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

6.2.2.2. Identificación de los cambios y la evolución de los controles, así como del perfil de riesgo: Se encuentra documentado en el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y Matriz de riesgos.

6.2.2.3. Medidas por el incumplimiento del SICOFIS: Se encuentran establecidas en el código de conducta y buen gobierno, asimismo existen cláusulas de terminación de contrato laboral o de prestación de servicios sin lugar a indemnizaciones por incumplimiento a las políticas y procedimientos establecidos en el COA en relación con prácticas de corrupción, opacidad, fraude y soborno.

6.2.2.4. Procedimientos y metodologías para identificar, medir, controlar y monitorear los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude y su nivel de aceptación: Establecidas en el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

6.2.2.5. Procedimiento para reportar sobre posibles casos de corrupción, opacidad fraude: Los empleados, contratistas, proveedores, clientes, usuarios y todas las contrapartes que detecten algún hecho de corrupción, opacidad, fraude o soborno lo pueden hacer a través del canal de transparencia que consiste en un formulario en la página web o por medio de un correo electrónico; en ambos casos el reporte se puede hacer de manera anónima y, en el caso en que se desee compartir la identidad, el oficial de cumplimiento guardará estricta confidencialidad de la información y no estará en la obligación de compartirla con ninguna persona en la institución. El análisis e investigación de los casos se llevará a cabo bajo los principios de atención, justicia, transparencia, confidencialidad, objetividad, respeto y no retaliación. Un primer análisis se hará por parte del oficial de cumplimiento, clasificará el tipo de denuncia y comenzará con el procedimiento de determinación de los hechos, que incluye reunir las pruebas de la presunta irregularidad, solicitar información adicional, realizar entrevistas; para esto podrá contar con la ayuda de directores, de acuerdo con el caso y teniendo cuidado de que no se presenten conflictos de interés. Los casos reportados se presentarán en el Comité de Riesgos y Buen Gobierno, solamente para presentar y/o tomar las medidas necesarias para que no se vuelva a presentar la situación. Las sanciones para el autor de la presunta irregularidad, serán de acuerdo con

el reglamento interno de trabajo o las cláusulas contractuales. El procedimiento se encuentra descrito con mayor detalle en el procedimiento SICOFS, como un documento separado que hace parte integral del presente manual.

Los reportes podrán ser realizados en:

Formulario web: <https://coa.com.co/linea-de-transparencia/>

Correo electrónico: sarlaft.coa@quironosalud.com

Los lineamientos se establecen con mayor detalle en el documento Procedimientos del sistema de administración de corrupción, opacidad, fraude y soborno, que hace parte integral del presente Manual.

6.2.2.6. Procedimiento para la declaración de conflicto de intereses.

Este procedimiento se describe en el documento Procedimientos del sistema de administración de corrupción, opacidad, fraude y soborno, que hace parte integral del presente Manual.

6.2.2.7. Procedimiento para recibir regalos y atenciones

Este procedimiento se describe en el documento Procedimientos del sistema de administración de corrupción, opacidad, fraude y soborno, que hace parte integral del presente Manual.

6.2.2.8. Procedimiento de debida diligencia

Se realiza con el propósito de prevenir y/o detectar el riesgo de corrupción, fraude y/o soborno con el fin de que la entidad evalúe la conveniencia de posponer, suspender o revisar las operaciones, proyectos y el relacionamiento con las diferentes contrapartes. Es complementaria a la debida diligencia para la prevención de los riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, la cual se encuentra descrita en el manual SARLAFT/FPADM. Dentro de los factores a evaluar, entre otras, se encuentran:

- Cumplimiento de los procedimientos internos de vinculación de personal, proveedores y clientes.
- Mecanismos de financiación y pagos.
- Vínculos entre los terceros y los empleados del COA
- Reportes de prensa y reputación de los terceros.

- Calificaciones, experiencia y recursos necesarios para llevar a cabo el contrato o acuerdo comercial.
- Sanciones, investigaciones e inhabilidades por soborno, delitos en contra de la administración pública, fraude.

6.2.3. Mecanismos

El Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno -SICOFS- del Centro Oncológico Antioquia deberá permitirle establecer cuándo existe una posible actividad de corrupción, opacidad, fraude y soborno, para ello, cuenta con metodologías e indicadores cuantitativos para la oportuna detección de estas posibles actividades:

6.2.3.1. Indicadores

Cada líder de proceso implementará indicadores de proceso que tienen como finalidad informar, controlar, evaluar y ayudar a tomar las decisiones y deberán estar alineados a la estrategia de la organización. Estos indicadores están los tableros corporativos, cuadro de mando integral y análisis de información financiera. Para cada indicador se deberá establecer los niveles “Meta” de cumplimiento, así como los niveles de “precaución” y “críticos”. Estos dos últimos niveles serán considerados como señales de alerta.

Los indicadores hacen parte de los pilares estratégicos de la organización y soportan las iniciativas estratégicas. El seguimiento a los indicadores se realiza mensualmente por parte de la oficina de calidad.

Como parte del fortalecimiento de la cultura de la integridad y del reporte de presuntos hechos de corrupción, opacidad, fraude y soborno, se medirá el siguiente indicador:

$$\text{Proporción de casos analizados reportados en la línea de transparencia} = \left(\frac{\text{Número de casos analizados reportados en la línea de transparencia}}{\text{Total de casos reportados en la línea de transparencia}} \right) * 100$$

6.2.3.2. Factores de riesgo y su segmentación

Mediante su análisis y seguimiento, el oficial de cumplimiento monitorea de manera mensual las posibles desviaciones de cada uno de los factores y analiza las variaciones presentadas a fin de identificar posibles actividades de corrupción, opacidad, fraude y soborno.

6.2.3.3. Línea de transparencia

Es una herramienta para el reporte irregularidades partiendo de la cultura y sentido de pertenencia de los grupos de interés, estos reportes se analizan y se gestionan de acuerdo con el procedimiento SICOFS, el cual se encuentra en un documento separado y hace parte integral del presente Manual.

- Centro Oncológico Antioquia dejará constancia de cada una de las posibles actividades de corrupción, opacidad, fraude y soborno detectadas, así como del responsable o responsables de su análisis y los resultados de este en el formato el registro de eventos de riesgo materializados creado para tal fin.
- Si se llegase a detectar alguna posible actividad de corrupción, opacidad, fraude o soborno, el oficial de cumplimiento debe reportar ante la autoridad competente; dejando evidencia de esto y guardando la debida reserva ante tal reporte, dejando la salvedad de que la entidad está en obligación de reportar el evento a las autoridades competentes de manera inmediata y eficiente. En caso de que la Superintendencia Nacional de Salud solicite un informe sobre los reportes realizados, es de aclarar que dicho informe debe ser estadístico por clasificación de actividades, más no el detalle de cada caso.
- Los datos suministrados por este medio serán utilizados para la gestión de la denuncia o reporte; éstos serán tratados de acuerdo con la política de datos personales publicada en la página web institucional, la cual sigue los fundamentos de la Ley 1581 de 2012 y las normas que la sustituyan, deroguen o modifiquen. En la investigación de los reportes se preservará la confidencialidad y se garantizará que las personas mencionadas en este no están expuestas a daños de reputación, al menos no por nuestra causa.
- La información sólo se compartirá a necesidad de conocerla para la investigación. También pueden ser entregados a autoridades cuando se requiera conforme a su facultad legal y pueden ser consultados en bases de datos públicas y listas vinculantes de los delitos de lavado de activos y la financiación del terrorismo, para la prevención de estos. En todo caso, los datos de la persona que reporta nunca se darán a conocer, sólo tendrá acceso a ellos el oficial de cumplimiento.

6.2.4. Instrumentos

6.2.4.1. Señales de alerta

Son hechos, situaciones, eventos, indicadores cuantitativos y cualitativos, que la entidad determine relevante, a partir de los cuales se infiere un hecho o situación que escapa a lo que Centro Oncológico

Antioquia ha determinado como normal y que puede favorecer la materialización del riesgo de corrupción opacidad y fraude.

- Controles internos débiles o inexistentes en procesos que involucran transacciones de dinero, activos, prestación de servicios o contratos.
- Disminuciones en saldos de tesorería.
- Incrementos elevados en cuentas de gastos o costos injustificados.
- Uso inadecuado de tarjetas de crédito de la empresa.
- Pagos de horas extraordinarias no relacionadas con la actividad o no acordes a los históricos sin justificación.
- Contraparte no idónea para ejecutar un contrato, venta de un insumo o prestación un servicio con poca o nula experiencia en el servicio requerido pero que recibe el contrato y/o proyecto de Centro Oncológico Antioquia.
- La contraparte recibe pagos muy altos o muy bajos por bienes o servicios en comparación con los precios normales del mercado para productos o servicios equivalentes.
- Transacciones con PEP, los miembros de su familia o sus asociados cercanos que involucran importantes sumas de dinero en efectivo o retiros frecuentes y/o en cantidades inusuales.
- Información pública que vincula a la contraparte con la corrupción u otros delitos financieros.
- La contraparte solicita vincular otro número de cuenta para integrarla a una estructura económica compleja y no tiene justificación. Esto podría indicar la intención de ocultar al beneficiario real.
- Estilo de vida de empleados o contrapartes que no tienen relación con sus medios económicos.
- Alteración, ausencia o correcciones en documentos y registros.
- Solicitar creación de contraparte, o transacciones que no cumplen con el debido proceso de autorización.
- Suministros comprados en exceso sin necesidad, ajustes de inventario sin justificación.
- Existencia de conflictos de intereses no revelados con contrapartes o empleados.
- Empleados reacios a compartir información, con problemas de adicciones, frecuente ausentismo de su puesto de trabajo sin justificación.
- Permanecen frecuentemente en la oficina más allá de la hora de cierre o concurren a ella por fuera del horario habitual.
- Empleados renuentes a disfrutar de vacaciones, aceptar cambios de su actividad o promociones que impliquen no continuar ejecutando las mismas actividades.

- Manejo de grandes sumas de dinero en efectivo.
- Contratación de una contraparte que haya presentado incumplimientos (no conformidades) anteriores.
- Baja capacidad de transmitir o intercambiar información en forma transparente, es decir, de manera clara, oportuna, precisa y completa.
- Robo de medicamentos e insumos médicos.
- Consumo inusual y/o en grandes cantidades de insumos médicos y medicamentos.
- Prestación de servicios diferentes al ordenamiento inicial y/o cantidad de órdenes de un servicio que exceden los promedios históricos de su prestación sin justificación para favorecer la facturación de un tercero.

6.2.4.2. Segmentación de los factores de riesgo

El procedimiento está descrito en un documento separado que hace parte integral de este manual.

6.2.4.3. Encuesta para la medición de la percepción de la cultura de la integridad en el COA

Se hará anualmente, se analizará en el comité de riesgos y buen gobierno, se tomarán las medidas necesarias de acuerdo con los resultados y se difundirán los resultados a todos los empleados y contratistas por los medios institucionales.

6.2.5. Estructura y responsabilidades

6.2.5.1. Junta Directiva u órgano que haga sus veces

- Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOFS, con fundamento en las recomendaciones del Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOFS.
- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOFS y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Aprobar el Manual de prevención de la corrupción, la opacidad, el Fraude y soborno y sus actualizaciones.

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

6.2.5.2. Representante legal

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del SICOFS.
- Designar al Oficial de Cumplimiento encargado de la implementación y seguimiento del SICOFS.
- Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de este Riesgo implica para la entidad.
- Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
- Recibir y evaluar los informes presentados por la persona encargada de la ejecución del SICOFS.
- Velar porque las etapas y elementos del SICOFS se cumplan.

- Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada administración del SICOFS.

6.2.5.3. Oficial de Cumplimiento

- Diseñar y someter a aprobación, el manual de prevención de la corrupción, la opacidad, fraude y soborno y sus actualizaciones.
- Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo.
- Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva o de quien ellos designen, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que Centro Oncológico Antioquia administre efectivamente sus riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en la normativa vigente.
- Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la corrupción, la opacidad, fraude y soborno de la Clínica.
- Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno medidos.
- Establecer y monitorear el mapa de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente.
- Desarrollar los modelos de medición del riesgo de corrupción, opacidad, fraude y soborno, para ello, tendrá en cuenta la política integral de gestión de riesgos del COA
- Desarrollar los programas de capacitación relacionados con el SICOFS.
- Presentar un informe semestral, a la Junta Directiva o a quien esta designe y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOFS, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.
- Establecer mecanismos para la recepción de denuncias que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes del Centro Oncológico Antioquia.
- Informar al máximo órgano social u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.
- Estudiar los posibles casos de corrupción, opacidad, fraude y soborno, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que

se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración del máximo órgano social.

- Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de corrupción, opacidad, fraude y soborno que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
- Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
- Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOFS, en desarrollo de las directrices impartidas por el máximo órgano social, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
- Elaborar el plan anual de acción del SICOFS y darle estricto cumplimiento.
- Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOFS.
- Dejar constancia documental de sus actuaciones en esta materia, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto.
- Mantener a disposición del auditor interno, el revisor fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SICOFS, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.

6.2.5.4. Revisoría Fiscal

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al Revisor Fiscal, éste debe elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable, en el que informe acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad, Fraude y Soborno - SICOFS. A su vez, debe poner en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOFS, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la Junta Directiva u órgano que haga sus veces.

6.2.5.5. Oficina de riesgos

Por los conocimientos de los procesos del COA, así como los conocimientos técnicos propios del área, la Junta Directiva designa como encargado de la administración del proceso SICOFS al Oficial de riesgos del Centro Oncológico Antioquia. El cumplimiento de sus funciones relacionadas con el SICOFS estará a cargo de la Revisoría Fiscal o a través de una evaluación externa.

6.2.5.6. Líderes de procesos y demás colaboradores

- Identificar y calificar los riesgos propios de su proceso, identificando la causa que los origina y las consecuencias de los mismos.
- Implementar los controles que considere necesario para mitigar los riesgos validando el costo/beneficio de la implementación. El costo de un control no debe ser superior al del riesgo.
- Informar al Oficial de Cumplimiento sobre posibles situaciones de fraude.

6.2.6. Documentación

La siguiente información hace parte de la documentación que soporta el SICOFS:

- Manual de prevención de la corrupción, la opacidad, fraude y soborno que contiene:
 - Metodología e instrumentos para la gestión de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno.
 - Políticas establecidas en materia de manejo de información y comunicación, que incluyan mecanismos específicos para garantizar la conservación y custodia de información reservada o confidencial y evitar su filtración.
- Los documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SICOFS.
- Los informes de la Junta Directiva, el Representante Legal y los órganos de control.
- El mapa de riesgos del SICOFS.
- Documento que soporte la comunicación a todos los funcionarios de la entidad del mapa de riesgos y de las políticas y metodologías a que se refieren los numerales anteriores.
- Los análisis del registro de eventos de corrupción, fraude, soborno y opacidad.

De acuerdo con el art. 28 de la Ley 962 de 2005, los documentos aquí mencionados, deben conservarse por un período de diez (10) años. Vencidos dichos periodos, pueden ser destruidos siempre que, por cualquier medio técnico adecuado, se garantice su reproducción exacta, sin perjuicio de los términos establecidos en normas especiales.

6.2.7. Plataforma tecnológica

Centro Oncológico Antioquia cuenta con un aplicativo para administrar los riesgos del SICOFS, además cuenta con otros sistemas tecnológicos como un software en donde se registran todas las operaciones asistenciales y financieras; además, también tiene un canal de transparencia en la página web

institucional en donde se pueden reportar hechos de corrupción, fraude, soborno y opacidad, que están en contra de los principios y valores del COA.

6.2.8. Comunicación y divulgación

La política y procedimientos que conforman el SICOFS deben ser comunicados claramente a todos los niveles de la organización, de manera anual y en la inducción a los empleados y contratistas nuevos, con el propósito que las conozcan, entiendan y sean conscientes de su importancia. Adicionalmente, se debe involucrar a las partes interesadas externas (clientes, accionistas, entes regulatorios, etc.), cuando se considere necesario. Para garantizar la oportunidad en la divulgación de la información, Centro Oncológico Antioquia cuenta con una plataforma tecnológica documental donde todos los colaboradores pueden consultar las políticas y procedimientos. Igualmente, se divulgará normatividad, conceptos, señales de alerta, funciones de los empleados y contratistas en relación con estos riesgos, tipologías y señales de alerta en boletines internos.

6.3. Incumplimiento al SICOFS

Los incumplimientos a las políticas y procedimientos establecidos en Centro Oncológico Antioquia para la prevención del riesgo de corrupción, opacidad, fraude y soborno – SICOFS- estarán sujetas a las sanciones establecidas en el código de conducta y buen gobierno, el reglamento interno de trabajo, las cláusulas contractuales y a las disposiciones legales vigentes.

6.4. Colaboración con la justicia y autoridades administrativas

Centro Oncológico Antioquia actuará conforme a lo establecido en la Ley para denunciar situaciones de las cuales tenga conocimiento o sospecha relacionadas con el riesgo de corrupción, opacidad y fraude con las partes con las que interactúa.

7. ANEXOS:

Formatos:

PE-F5-GIR REGALOS_Y_ATENCIÓN.

PE-F7-GIR DECLARACIÓN_DE_CONFLICTOS_DE_INTERESES.

Procedimientos:

PE-P1-GIR METODOLOGÍA_SEGMENTACIÓN_SICOF.

PE-P2-GIR SICOFS

8. BIBLIOGRAFÍA

Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018. Circular Externa 20211700000005-5 de 2021. Superintendencia Nacional de Salud.

Nota Técnica Colombiana - ISO 37001 de 2017 – Sistema de Gestión Antisoborno. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) 2017-04-26.

Guía de conflicto de intereses, Superintendencia de Sociedades, disponible en: www.supersociedades.gov.co.

9. CONTROL DEL DOCUMENTO:

Actividad que se controla	Como se controla	Quien lo controla	Frecuencia	Responsable
Medir adherencia	PE-F5-GIR REGALOS_Y_ATENCIÓN. PE-F7-GIR DECLARACIÓN_DE_CONFLICTOS_DE INTERESES.	Personal	Cuando haya lugar	Oficial de riesgos

CONTROL DE CAMBIOS:

Versión	Fecha (Día/mes/año)	Descripción	Puntos de cambio
0	15/09/2022	Creación de manual.	No aplica.

CUADRO DE APROBACIÓN:

	ELABORÓ O REDACTÓ	REVISÓ	APROBÓ
FECHA (Día/mes/año)	08/09/2022	09/09/2022	15/09/2022
CARGO	Directora Administrativa	Directora Financiera	Junta Directiva
NOMBRE	Yessenia Gómez Torres	Carolina Atehortúa Álvarez	No aplica
FIRMA			