

## TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

La Circular Única recopila las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente, lo cual implica que la misma es dinámica y, por ende, susceptible de actualización.

Por otro lado, la Superintendencia recalca que ejerce vigilancia respecto del cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de la supervisión concurrente a que haya lugar derivada de la naturaleza jurídica de los sujetos vigilados.

Las entidades sujetas al ámbito de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud a las cuales se encuentran dirigidas las instrucciones generales contenidas en el presente capítulo, son:

1. Entidades de aseguramiento en salud:
  - a. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado (se incluyen las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de Salud.
  - b. Las Entidades que administren planes voluntarios de salud,
  - c. Las entidades adaptadas de Salud,
  - d. Las entidades pertenecientes al régimen especial y de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud,
  - e. Las compañías de seguros en sus actividades en salud, incluyendo las que administren el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT y las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL.
2. Las entidades Territoriales (Departamentales, distritales y municipales) en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud.
3. Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.
4. Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud,
5. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o quien administre estos recursos
6. Los que exploten, produzcan, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades de los juegos de suerte y azar.

7. Los que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transfieran o asignen los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
8. Las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y quienes importen licores, vinos, aperitivos y similares y cervezas.
9. Los que exploten, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de los licores.

En los siguientes capítulos se actualizan e imparten lineamientos generales para la implementación de buenas prácticas, relativas al código de conducta y de buen gobierno, el programa de transparencia y ética empresarial, y el sistema de administración de riesgos de acuerdo con los lineamientos impartidos en este título.

Por esto las entidades vigiladas deberán revisar este título de disposiciones generales y el título del tipo de entidad vigilada para revisar los requerimientos específicos y cumplimiento ante esta Superintendencia.

## **CAPITULO PRIMERO CODIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO**

El Código de Conducta y de Buen Gobierno, se define como un conjunto de medidas concretas para los vigilados, en materia de: **(i)** Máximo Órgano Social, **(ii)** Órganos de Administración, **(iii)** Órganos de Control, **(iv)** Grupos de Interés, **(v)** Revelación de Información y, **(vi)** Pautas de Conducta. Lo dispuesto en el presente capítulo se entiende sin perjuicio de los requisitos que deben acreditar las personas jurídicas públicas y privadas, establecidos por normas de las autoridades competentes que regulen la materia.

**La esencia del Código de Conducta y de Buen Gobierno es la implementación voluntaria de las medidas**, sin perjuicio de que algunas de estas medidas resulten de obligatorio cumplimiento por estar consagradas en la normatividad vigente. Estas medidas voluntarias, al ser implementadas por la entidad, **deberán contar con vocación de permanencia y carácter vinculante para las entidades**, contemplando no solo procedimientos sino acciones al momento de detectar algún tipo de vulneración a dichas prácticas.

**Las medidas de Gobierno Organizacional se adoptarán de acuerdo con la estructura organizacional de cada entidad vigilada.** En particular, las responsabilidades atribuidas a los diferentes órganos de administración y vigilancia de la entidad deberán aplicarse de conformidad con los órganos sociales o cargos que se hayan creado para desarrollar las funciones análogas a las de la Junta Directiva, el Comité de Auditoría o Contraloría Interna, y otros órganos de vigilancia y administración a los cuales se haga referencia acorde con la figura jurídica correspondiente.

Las entidades, deben reportar ante la Superintendencia Nacional de Salud la implementación del Código de Conducta y de Buen Gobierno, mediante el Anexo Técnico dispuesto para ello. Este reporte, se fundamenta en el **principio “Cumpla y Explique”**, tal principio, solicita un pronunciamiento concreto sobre las recomendaciones adoptadas o no del Código de Conducta y de Buen Gobierno, **y permite que las entidades puedan voluntariamente añadir cualquier otra información o aclaración relacionadas con sus prácticas de buen gobierno y de buena conducta**, en la medida que resulten relevantes para la comprensión de las respuestas. De manera que, en todos los casos la entidad debe indicar si adoptó o no las medidas al momento del reporte, junto con su justificación.

### 1.1.1. OBJETIVOS

La implementación y ejecución de las prácticas de buen gobierno y de buena conducta empresarial dentro de las entidades vigiladas, tienen el objetivo de lograr el cumplimiento de los derechos derivados de la población, garantizando con ello la protección del derecho constitucional a la salud de los usuarios.

El Buen Gobierno, también denominado Gobierno Organizacional: i) Proporciona un marco sólido que define derechos y responsabilidades, donde se tiene como propósito alcanzar el mayor grado de coordinación posible entre los intereses del Máximo Órgano Social, la Junta o Consejo Directivo, los representantes legales y demás administradores<sup>1</sup>; ii) Brinda un adecuado entorno dentro del cual se relacionan los órganos de gobierno de la entidad, incluyendo el Revisor Fiscal y los correspondientes órganos de control; y iii) Provee mecanismos que aseguran las buenas prácticas en la gestión de la entidad, contribuye a una competitividad responsable, permite un mejor desarrollo institucional y ofrece una mayor eficiencia en el manejo de los recursos.

Por ende, el Gobierno Organizacional se entiende como el conjunto de normas, principios y órganos internos a través del cual se dirige, controla y diseña la gestión de una persona jurídica, ya sea de manera individual o dentro de un Grupo Empresarial. Basados en los pilares de Buen Gobierno planteados por la Corporación Andina de Fomento, el Nuevo Código País y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), la adopción de las medidas sirve para:

- i. Reconocer mejor los derechos de las diferentes partes interesadas, entre ellas, los usuarios del sistema de salud.
- ii. Tener entidades más eficientes que brinden servicios con mayor calidad y oportunidad a los usuarios.
- iii. Facilitar el ejercicio de los derechos y el trato equitativo a los miembros del Máximo Órgano Social.

---

<sup>1</sup> Superintendencia Financiera de Colombia. (2010). Documento Conceptual de Gobierno Corporativo. Delegatura para Riesgos de Conglomerados y Gobierno Corporativo, Subdirección de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgos; Versión 2.0; M-MN-SEG-002.

Gaitán, A. (2011). Grupos empresariales y control de sociedades en Colombia. Bogotá, D.C.: Superintendencia de Sociedades.

- iv. Garantizar la revelación oportuna y precisa de la información.
- v. Garantizar la orientación estratégica, el control efectivo de la dirección ejecutiva y la responsabilidad de esta frente a la empresa y a los miembros del Máximo Órgano Social.

Por su parte, los lineamientos de Conducta se definen como un referente formal e institucional que versa sobre la conducta profesional y personal que debe tener toda persona con vínculo a las entidades, ya sea empleado, director de la Junta Directiva, contratista o proveedor, entre otros.

El objetivo de tener estas pautas básicas de Conducta es enmarcar todo aquello que debe ser considerado como ético *“(...) en el cotidiano de las acciones y la forma en que cada sujeto debe encarar la solución de dilemas que pongan en juego su capacidad moral”*<sup>2</sup>. Su importancia radica en el componente disciplinario al interior de las entidades. La literatura internacional<sup>3</sup> ha mostrado que el poseer unos estándares de Conducta, fortalece el compromiso personal de cada trabajador, garantizando mejores indicadores en términos de gestión eficiente, eficaz, responsable, íntegra y transparente en el día a día.

Luego, con base en los lineamientos otorgados por el presente capítulo, las entidades vigiladas deberán diseñar, adaptar, consolidar y adoptar su propio Código de Conducta y de Buen Gobierno.

Dicho código y sus posteriores modificaciones debe ser aprobado por el Órgano de Administración, previa presentación al Máximo Órgano Social. Es importante que su modificación se realice a través de un procedimiento formalmente establecido. La documentación de las prácticas de Gobierno Organizacional y de Buena Conducta es necesaria para que las mismas tengan vocación de permanencia. De igual forma, los principios y prácticas que las entidades vigiladas adopten deben estar expresamente plasmados en un documento con el fin de que exista claridad frente a los mismos.

Este Código debe estar a total disposición del Máximo Órgano Social y de la Alta Gerencia de la entidad, así como de todos sus integrantes, de las autoridades de control y de los usuarios del SGSSS. Este documento debe ser publicado en la página web institucional de la entidad y ser de fácil consulta. Si no es posible por medio web, la publicación podrá realizarse a través de carteles en lugares visibles de las instalaciones físicas de la entidad.

### 1.1.2. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL

Las entidades vigiladas deberán diseñar, adoptar e implementar un Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE; el cual hará parte de las Políticas de Gobierno Organizacional enfocadas en prevenir que en las entidades se presenten fenómenos de

<sup>2</sup> Ministerio del Trabajo. (2013). Código de Ética. Bogotá, D.C.: Ministerio del Trabajo.

<sup>3</sup> Lee, Y., Choi, J., Moon, B., & Babin, B. (2014). Codes of ethics, corporate philanthropy, and employee responses. *International Journal of Hospitality Management*, 39, 97-106.

Sennewald, C., & Baillie, C. (2016). Ethics and conflicts of interest. En: Sennewald, C., & Baillie, C. (Eds.). *Effective Security Management* (59-68) (6 Ed.). Oxford: Elsevier Inc.

Corrupción, Opacidad y Fraude - COF y soborno en las actividades que desarrollan de acuerdo con el rol que desempeñan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, manteniendo los esfuerzos para operar de manera eficaz y responsable frente a cualquier acto.

El PTEE deberá elaborarse y desarrollarse de acuerdo con las condiciones específicas de cada entidad como tamaño, estructura, actividad económica y demás características particulares. De cualquier manera, el PTEE debe permitirles a las entidades, prevenir, detectar y corregir situaciones que tengan la potencialidad de convertirse en una práctica indebida o fraudulenta.

En el PTEE se compilan de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación de los Riesgos de COF y soborno, así como los principios y valores éticos que cada entidad considere apropiados, para llevar a cabo su operación de manera ética, transparente y honesta. En consecuencia, cualquier modificación al PTEE deberá incorporarse en forma detallada y rigurosa en el documento correspondiente. Este debe estar aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces.

El diseño del PTEE deberá hacerse con fundamento en una evaluación exhaustiva de los Riesgos de COF y soborno (Matriz de Riesgo de COF y soborno y/o Matriz de Riesgo de Soborno) que cada entidad haya identificado, y deba mitigar en el marco de sus funciones en el SGSSS.

En el PTEE se debe precisar los empleados o colaboradores y funciones asignadas para el diseño, implementación y ejecución del PTEE.

Conforme con lo anterior y teniendo en cuenta las buenas prácticas organizacionales, las presentes instrucciones están encaminadas a la elaboración y puesta en marcha de manera obligatoria del programa de transparencia y ética empresarial de los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud.

Las entidades que actualmente cuenten con Código de Conducta y de Buen Gobierno y Programa de transparencia y ética empresarial, deberán evaluar y ajustarlos con el objetivo que aseguren la finalidad perseguida en este capítulo buscando armonizar las exigencias de esta normatividad para el sector salud y a su actividad comercial o económica.

### **1.1.3. MEDIDAS DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO**

Las entidades públicas deben tener en cuenta lo dispuesto en la Ley 90 de 1995, decretos 1876 de 1994 y 2993 de 2011 o las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen.

#### **1.1.3.1. DE LOS MIEMBROS DEL MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL**

##### **1.1.3.1.1. Tratamiento equitativo**

**Medida 1.** La entidad proporciona un trato igualitario a todos los miembros del Máximo Órgano Social que, dentro de una misma categoría, determinada así por los estatutos de la

entidad, se encuentran en las mismas condiciones, sin que ello suponga el acceso a información privilegiada de unos de los miembros respecto de otros.

#### **1.1.3.1.2. Deber de información general**

**Preámbulo:** La entidad promueve el principio general de que la información debe ir a los miembros del Máximo Órgano Social y no que éstos tengan que ir a la información. Transforma el derecho de éstos a recibir información en una obligación de la entidad de proveerla.

Para alcanzar este objetivo se contempla la siguiente medida:

**Medida 2.** La entidad cuenta con una página web corporativa con secciones acerca de los miembros del Máximo Órgano Social, los Directores de la Junta Directiva, los administradores de la Alta Gerencia y los órganos de control. Adicionalmente, tiene otras secciones con el Código de Conducta y de Buen Gobierno, estadísticas descriptivas sobre su operación y la información financiera en los términos propuestos en las medidas dadas en esta Circular en la sección sobre revelación de información frente al público. La información allí publicada no incluye aquella confidencial de la entidad o cuya divulgación puede ser utilizada en detrimento de la misma.

**Medida 3.** La entidad cuenta con mecanismos de acceso permanente y uso dirigido exclusivamente a los miembros del Máximo Órgano Social, tales como un vínculo en la web de acceso exclusivo para ellos, o una oficina de atención o relaciones con miembros del Máximo Órgano Social, reuniones informativas periódicas, entre otros, para que puedan expresar sus opiniones o plantear inquietudes o sugerencias sobre el desarrollo de la entidad o aquellas asociadas a su condición de miembros. De igual manera, la entidad cuenta con un conducto regular para la solicitud de información clara, oportuna y confiable por parte de los miembros del Máximo Órgano Social.

#### **1.1.3.1.3. De la asamblea general de los miembros del máximo órgano social**

**Medida 4.** La entidad tiene un reglamento interno de funcionamiento de la Asamblea General que como mínimo abarca los temas de convocatoria, celebración, quórum deliberatorio, políticas de selección de los cargos que le competen al Máximo Órgano y sistemas de votación.

##### **1.1.3.1.3.1. Convocatoria**

**Medida 5.** La entidad facilita a los miembros del Máximo Órgano Social la toma de decisiones informadas en la Asamblea General, poniendo a su disposición, dentro del término de la convocatoria, en el domicilio social y en una página web de acceso restringido a los miembros, la documentación necesaria sobre los temas por tratar. Para estos efectos, la Entidad deberá establecer con cuánto tiempo de antelación la información debe ser puesta a disposición a los miembros, así como el responsable del proceso.

**Medida 6.** La convocatoria a las reuniones del Máximo Órgano Social se realiza, como mínimo, con la antelación establecida en la ley, y contiene, por lo menos:

- a. El orden del día, evitando menciones genéricas.
- b. El lugar específico, fecha y hora de la reunión.
- c. Lugar, oportunidad y persona ante quien podrá ejercerse el derecho de inspección, en los casos en que la ley lo establece.
- d. El mecanismo utilizado para garantizar que los asociados estén debidamente informados, de los temas a tratar.
- e. Cuando sea necesario, los posibles candidatos a conformar la Junta Directiva, junto con la información sobre sus perfiles (experiencia, especialidad, estudios) y la evaluación que de ellos se haya hecho según los procedimientos previstos para el efecto.

#### 1.1.3.1.3.2. Celebración

**Medida 7.** Sin perjuicio del derecho que les asiste a los miembros de presentar sus propuestas en las reuniones de Asamblea (ordinarias o extraordinarias), en el orden del día establecido para aquellas, se desagregan los diferentes asuntos por tratar de modo que no se confundan con otros, dando al orden del día una secuencia lógica de temas, salvo aquellos puntos que deban discutirse conjuntamente por tener conexidad entre sí, hecho que deberá ser advertido.

**Medida 8.** Existen algunos temas de vital importancia que son decididos por la Asamblea General, y no únicamente por la Junta Directiva, entre ellos:

- a. Segregación, fusiones, adquisiciones, escisiones, conversiones, cesiones de activos, pasivos, contratos y carteras u otras formas de reorganización, disolución anticipada, renuncia al derecho de preferencia, cambio del domicilio social y modificación del objeto social.
- b. Reforma a los estatutos de la entidad
- c. La aprobación de la política general de remuneración de la Junta Directiva y la Alta Gerencia.
- d. La aprobación de la política de sucesión de la Junta Directiva.
- e. La adquisición, venta o gravamen de activos estratégicos que a juicio de la Junta Directiva resulten esenciales para el desarrollo de la actividad, o cuando, en la práctica, estas operaciones puedan devenir en una modificación efectiva del objeto social.
- f. Establecer un proceso de selección y criterios de remuneración del Revisor Fiscal y de los órganos de control bajo criterios de independencia e idoneidad.
- g. Establecer y aprobar la política de creación de organizaciones subordinadas.

Estos temas son incluidos en la convocatoria cuando a ello haya lugar.

#### 1.1.3.1.3.3. Representación y Asistencia

**Medida 9.** Teniendo en cuenta los límites previstos en el artículo 185 del Código de Comercio o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen, la entidad no limita el derecho

del miembro a hacerse representar en la Asamblea General, pudiendo delegar su voto en cualquier persona, sea esta miembro o no.

**Medida 10.** La entidad minimiza el uso de delegaciones de voto en blanco, sin instrucciones de voto, promoviendo de manera activa el uso de un modelo estándar de carta de representación que la propia entidad hace llegar a los convocados o que publica en su página web. En el modelo se incluyen los puntos del Orden del Día y las correspondientes Propuestas de Acuerdo conforme al procedimiento establecido con anterioridad. Aquellas propuestas serán sometidas a la consideración de los convocados, con el objetivo de que el constituyente, si así lo estima conveniente, indique, en cada caso, el sentido de su voto a su representante.

**Medida 11.** El reglamento de la Asamblea de la entidad exige que los Directores de la Junta Directiva u órgano equivalente y, muy especialmente, los Presidentes de los Comités de la Junta Directiva, así como el Presidente Ejecutivo de la entidad, asistan a la Asamblea para responder a las inquietudes de los convocados., lo anterior, acorde al orden del día que se haya dispuesto.

#### **1.1.3.1.3.4. De las funciones del máximo órgano social**

**Medida 12.** Se tienen como funciones aquellas dispuestas en los estatutos y en el reglamento de funcionamiento de la propia Asamblea General, sin perjuicio de lo dispuesto por la normatividad legal vigente para cada entidad en particular.

El Máximo Órgano Social se encarga entre otras actividades de:

- a. Estudiar y aprobar las reformas de los estatutos, se debería incluir unos lineamientos mínimos para esto como: votar separadamente cada artículo o grupo de artículos, etc. Velar por el cumplimiento de los objetivos de la entidad y sus funciones indelegables, mediante la realización de asambleas, que pueden celebrarse de manera ordinaria o extraordinaria.
- b. Examinar, aprobar o improbar los balances de fin de ejercicio y las cuentas que deban rendir los administradores o representantes legales.
- c. Considerar los informes de los administradores o del Representante Legal sobre el estado de los negocios sociales, las proposiciones que presente la Junta Directiva respecto a los estados financieros y el informe del Revisor Fiscal.
- d. Analizar y aprobar los principios y procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, definición de funciones y responsabilidades, organización, estrategias para la toma de decisiones, evaluación y rendición de cuentas.
- e. Las demás que les señalen los estatutos o las leyes.

### 1.1.3.1.3.5. Conflictos de Interés

#### 1.1.3.1.3.5.1. Grupos Empresariales

**Medida 13.** La entidad declara la existencia del Grupo Empresarial, cuando a ello haya lugar haciendo visible al público interesado y a las entidades de control esta situación, por los medios idóneos.

**Medida 14.** Sin perjuicio de la independencia de cada entidad individual integrada en el Grupo Empresarial y las responsabilidades de sus órganos de administración, existe una estructura organizacional del Grupo Empresarial que define para los tres (3) niveles de gobierno – Asamblea General, Junta Directiva y Alta Gerencia – los órganos y posiciones individuales clave, así como las relaciones entre ellos, la cual es pública, clara y transparente, y permite determinar líneas claras de responsabilidad y comunicación, y facilita la orientación estratégica, supervisión, control y administración efectiva del Grupo Empresarial.

**Medida 15.** Bajo la anterior premisa, la entidad matriz y sus subordinadas han definido un marco de referencia de relaciones institucionales a través de la suscripción de un acuerdo, de carácter público y aprobado por la Junta Directiva de cada una de dichas empresas, que regula:

- a. La definición del interés del Grupo Empresarial al que pertenecen, entendido como el interés primario que todas las empresas deben perseguir y defender.
- b. El reconocimiento y aprovechamiento de sinergias entre entidades del Grupo Empresarial, bajo la premisa de respeto por los miembros minoritarios.
- c. Las respectivas áreas de actividad y eventuales negocios entre ellas.
- d. Los servicios comunes prestados por la matriz, una subordinada y/o por terceros.
- e. Los criterios o manera de determinar el precio y condiciones de los negocios entre entidades del Grupo Empresarial y de los servicios comunes prestados por alguna de ellas o terceros.
- f. La búsqueda de la cohesión del Grupo Empresarial, mediante una visión común y compartida de las posiciones clave de la Arquitectura de Control como contraloría interna (también denominada auditoría interna) y gestión de riesgos.
- g. La actuación y coordinación de los Comités de la Junta Directiva de la matriz y de los Comités que sea conveniente u obligatorio constituir en las Juntas Directivas de las subordinadas.
- h. Las situaciones que generan conflicto de interés, los mecanismos previstos para resolverlos y las consecuencias derivadas de incurrir en ellos.
- i. La previsión de que cuando se presenten operaciones vinculadas entre una empresa subordinada y su empresa matriz, se aplicará con especial sensibilidad y rigor la política de administración de conflicto de interés, para asegurar, entre otras cuestiones, que las operaciones propendan hacia precios y condiciones de mercado.

#### 1.1.3.1.3.5.2. Resolución de controversias

**Medida 16.** Salvo para aquellas disputas entre miembros del Máximo Órgano Social, o entre miembros del mismo y la entidad o su Junta Directiva, que por atribución legal expresa deban dirimirse necesariamente ante la jurisdicción ordinaria, los estatutos de la entidad incluyen mecanismos para la resolución de controversias tales como el acuerdo directo, la amigable composición, la conciliación o el arbitraje.

#### 1.1.3.2. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN

##### 1.1.3.2.1. Junta Directiva u órgano equivalente

**Medida 17.** Los Consejos Directivos de las cajas de compensación familiar que operan (EPS, IPS) constituyen un Comité de Dirección.

Esta medida aplica únicamente para las cajas de compensación familiar.

##### 1.1.3.2.1.1. Responsabilidades

**Medida 18.** Los estatutos de la entidad establecen que la Junta Directiva (u órgano equivalente) tiene entre sus responsabilidades, además de las establecidas en la ley, al menos las siguientes:

- a. Definir y aprobar la orientación estratégica de la entidad y su cobertura geográfica, en el contexto de la regulación que le es aplicable y hacerle seguimiento periódico.
- b. Fijar las políticas y adoptar los planes generales relacionados con la institución o el sector al que pertenecen y velar por el cumplimiento de los términos y condiciones establecidos para su ejecución.
- c. Dirigir, controlar y velar por el cumplimiento de los objetivos de la institución, en concordancia con los planes de desarrollo y las políticas trazadas.
- d. Organizar el funcionamiento de la entidad, proponer ajustes a la organización interna y demás disposiciones que regulan los procedimientos y trámites administrativos internos.
- e. Adelantar las gestiones necesarias para asegurar el oportuno cumplimiento de los planes, programas y proyectos y adoptar sistemas o canales de información para la ejecución y seguimiento de los planes del sector.
- f. Asistir a las reuniones de los consejos, juntas, comités y demás cuerpos en que tenga asiento la entidad o efectuar las delegaciones pertinentes.
- g. Establecer, mantener y perfeccionar el Sistema de Control Interno (SCI), el cual debe ser adecuado a la naturaleza, estructura y misión de la organización.
- h. Medir y evaluar de forma periódica, la calidad de los servicios de salud y de los procesos de atención al usuario.
- i. Aprobar el presupuesto anual y el plan estratégico.
- j. Establecer planes de sistemas de información para cumplir los objetivos de la entidad y los requerimientos de las autoridades, las contrapartes y supervisar su implementación, integridad y confiabilidad.

- k. Verificar el adecuado funcionamiento del SCI de la entidad, de las políticas del sistema de gestión de riesgos y el cumplimiento e integridad de las políticas contables.
- l. Hacer la propuesta a la Asamblea General para la designación del Revisor Fiscal, previo análisis de experiencia y disponibilidad de tiempo, recursos humanos y recursos técnicos necesarios para su labor.
- m. Establecer las políticas de información y comunicación con los grupos de interés de la entidad.
- n. Proponer las políticas generales de remuneración y sucesión de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia
- o. Designar, evaluar y remover el presidente de la Entidad, así como establecer los sistemas retributivos de la administración.
- p. Proponer los principios, políticas y procedimientos para la selección y destitución de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad y velar porque el proceso de proposición y elección se efectúe en cumplimiento a lo establecido.
- q. Definir las funciones y responsabilidades de los miembros de Junta, así como la forma de organizarse y deliberar, y las instancias para evaluación y rendición de cuentas. Así como, la creación de comités de apoyo, y la aprobación de sus respectivos reglamentos
- r. Aprobar el Informe de Gobierno Organizacional
- s. Velar por el cumplimiento de las normas en materia de Gobierno Organizacional, gestión de riesgos y control interno
- t. Aprobar las políticas y mecanismos necesarios para la implementación de un sistema de denuncias anónimas o “*whistleblowers*” que permita recibir y gestionar denuncias ante sospechas de comportamientos no adecuados por parte de Directores de la Junta Directiva o de empleados de la organización.
- u. Aprobar las políticas de gestión en salud orientadas a obtener la mejor calidad.
- v. Definir la política para la identificación, tratamiento y aprobación de transacciones con partes vinculadas.
- w. Establecer políticas y mecanismos en materia de administración de conflictos de interés. Así mismo, conocer y gestionar los conflictos que surjan entre la entidad y miembros del Máximo Órgano Social, miembros de la Junta Directiva (u órgano equivalente) y la Alta Gerencia.
- x. Aprobar las políticas de la entidad en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad.
- y. Aprobar los reglamentos, manuales de procesos, procedimientos y funciones de las áreas pertenecientes a la entidad, así como sus respectivas actualizaciones.
- z. Aprobar el Código de Conducta y Buen Gobierno, el SCI, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- aa. Aprobar el diseño y definir la periodicidad de los informes internos para los reportes de la gestión de los riesgos, especialmente los prioritarios que se van a presentar a las diferentes áreas de la entidad.
- bb. Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo a los riesgos prioritarios.

- cc. Aprobar las actuaciones en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios o cualquier excepción de las políticas, así como los planes de contingencia a adoptar en caso de presentarse escenarios extremos.
- dd. Conocer los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos, presentado por el Comité de Riesgos u órgano equivalente.
- ee. Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, teniendo en cuenta las características de cada riesgo, el tamaño y la complejidad de la entidad.
- ff. Realizar el nombramiento del Comité de Riesgos, en el caso que la entidad decida establecerlo, definir sus funciones y aprobar su reglamento.
- gg. Pronunciarse y hacer seguimiento sobre la información presentada por el Comité de Riesgos y el Oficial de Cumplimiento, en los casos que aplique, y los órganos de control de la entidad, respecto a los niveles de riesgo asumidos por la entidad, las medidas correctivas aplicadas para que se cumplan los límites de riesgo previamente establecidos y las observaciones o recomendaciones adoptadas para el adecuado desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo.
- hh. Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de la exposición como mínimo a los riesgos prioritarios.
- ii. Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas por la instancia responsable.
- jj. Monitorear el cumplimiento de los lineamientos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos promoviendo su continuo fortalecimiento y que la toma de decisiones esté en función de la selección e implementación de las estrategias para el tratamiento y control de los diversos riesgos y de su comportamiento.
- kk. La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar, tales como: política de inversiones en activos de la entidad, política de compras que sobrepasen cierto monto por ellos establecido, transacciones con bienes inmobiliarios y política de orientación formal que deben recibir los miembros de la Junta Directiva.

#### **1.1.3.2.1.2. Conformación**

##### **1.1.3.2.1.2.1. Directores**

**Medida 19.** Dentro de los límites legales, la Junta Directiva está conformada por un número impar de Directores que sea suficiente para el adecuado desempeño de sus funciones, y que permita una eficaz administración y gobierno de la entidad.

**Medida 20.** La entidad adopta ciertos requisitos, en adición a los establecidos legalmente, para la designación de Directores. Los requisitos aluden a la experiencia, conocimiento, formación académica y destrezas profesionales, para el mejor desarrollo de las funciones de la Junta Directiva.

**Medida 21.** Todo Director de Junta Directiva cuenta con su Carta de Aceptación, entendiendo por esta un documento que firma al ser elegido o reelegido y en la que se resumen los compromisos que el nuevo (o reelegido) Director de la Junta Directiva asume

con la entidad. Esta carta, aborda cuestiones tales como: plazo del nombramiento; deberes y derechos; compromisos estimados de tiempo; programa de inducción; remuneración; gastos; devolución de documentos; terminación de la designación; pólizas de responsabilidad civil de administradores y directivos; reuniones estimadas; conflictos de interés; aceptación de la normativa interna de la sociedad y sujeción a los principios de la misma (Estatutos, Reglamentos, Código de Conducta y de Buen Gobierno, entre otros). Al firmar la Carta de Aceptación se deja constancia del recibo y/o capacitación sobre su contenido.

En el caso de los Directores independientes, la Carta de Aceptación incluirá su declaración de independencia y cumplimiento de los requisitos establecidos por la sociedad para integrarse en esta categoría.

**Medida 22.** La entidad identifica el tipo de Director de la Junta Directiva de acuerdo con el siguiente esquema:

- a. Directores independientes, quienes, como mínimo, cumplen con los requisitos de independencia definidos en el título IX Glosario, y demás reglamentación interna expedida por la entidad para considerarlos como tales, independientemente del miembro del Máximo Órgano Social o grupo de miembros que los haya nominado y/o votado.
- b. Directores patrimoniales, quienes no cuentan con el carácter de independientes y son miembros del Máximo Órgano Social, ya sean personas jurídicas o naturales, o personas expresamente nominadas por un miembro o grupo de miembros del Máximo Órgano Social, para integrar la Junta Directiva.
- c. Directores Ejecutivos, que son los representantes legales, miembros de la Alta Gerencia o líderes de la parte asistencial que participan en la gestión diaria de la entidad.

**Medida 23.** El Reglamento de la Junta Directiva, estipula que los Directores independientes y patrimoniales son siempre mayoría respecto a los Directores ejecutivos, cuyo número, en el supuesto de integrarse en la Junta Directiva, es el mínimo necesario para atender las necesidades de información y coordinación entre la Junta Directiva y la Alta Gerencia de la sociedad.

**Medida 24.** En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos.

**Medida 25.** Además de los requisitos de independencia previstos en el título IX Glosario, la entidad adopta una definición de independencia rigurosa, a través de su reglamento de Junta Directiva, e incluye, entre otros requisitos que deben ser evaluados, los siguientes:

- a. Las relaciones o vínculos de cualquier naturaleza del candidato a Director independiente con miembros significativos y sus Partes Vinculadas, nacionales y del exterior.
- b. Declaración de independencia del candidato ante la entidad, sus miembros del Máximo Órgano Social y miembros de la Alta Gerencia, instrumentada a través de su Carta de Aceptación.

- c. Declaración de la Junta Directiva, respecto a la independencia del candidato, donde se expongan los posibles vínculos que puedan estar en contravía con la definición de independencia que haya adoptado la entidad.

**Medida 26.** Si la Junta Directiva se compone de:

- 3 a 4 Directores, al menos uno (1) es independiente.
- 5 a 8 Directores, al menos dos (2) son independientes.
- 9 o 12 Directores, al menos tres (3) son independientes.
- 13 o más Directores, al menos cuatro (4) son independientes.

**Medida 27.** La entidad cuenta con un procedimiento, articulado a través del Comité de Gobierno Organizacional/comité de nombramientos y retribuciones u otro que cumpla sus funciones, que permite a la Junta Directiva, a través de su propia dinámica y las conclusiones de las evaluaciones anuales, alcanzar los siguientes objetivos:

- a. Identificar la composición tentativa de perfiles funcionales (asociados a aspectos tales como conocimientos y experiencia profesional) que en cada circunstancia se necesitan en la Junta Directiva.
  - i. Habrá diversidad de perfiles profesionales, incluyendo al menos personas con experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros.
- b. Identificar los perfiles personales (vinculados con trayectoria, reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, dinámica de grupo, etc.) más convenientes para la Junta Directiva.
- c. Evaluar el tiempo y dedicación necesarios para que puedan desempeñar adecuadamente sus obligaciones.

#### 1.1.3.2.1.2.2. Presidente de la Junta Directiva.

**Medida 28.** El Presidente de la Junta tiene la responsabilidad del funcionamiento eficaz de la Junta, así mismo, en coordinación con otros miembros, debe actuar como enlace en las comunicaciones con la entidad pública propietaria y/o Estado.

El liderazgo y eficiencia en el cumplimiento de las responsabilidades del Presidente de la Junta Directiva, debe contribuir a fortalecer el sistema de pesos y contrapesos entre los distintos niveles de gobierno de la sociedad.

En este sentido, desde el Gobierno Corporativo se promueve el fortalecimiento de la posición del Presidente de la Junta Directiva para que actúe como verdadero líder del órgano de administración y no limite su actuación a dirigir los debates y a cumplir con las formalidades establecidas en la legislación vigente. Así mismo, las buenas prácticas exigen la separación de los cargos de Presidente ejecutivo y Presidente de la Junta.

Las principales responsabilidades del Presidente de la Junta Directiva deben establecerse en el Reglamento Interno de la Junta Directiva, entre las cuales figuran, como mínimo, las siguientes: Estatuto y sus responsabilidades principales son las siguientes:

- a. Coordinar y planificar el funcionamiento de la Junta Directiva mediante el establecimiento de un plan anual de trabajo basado en las funciones asignadas (que

- contenga actividades a realizar, cronograma y fechas, demás información necesaria). Dicha herramienta facilitará determinar el número razonable de reuniones ordinarias por año y su duración estimada.
- b. Realizar la convocatoria de las reuniones, directamente o por medio del Secretario de la Junta Directiva.
  - c. Preparar el Orden del Día de las reuniones, en coordinación con el Presidente de la sociedad, el Secretario de la Junta Directiva y los demás miembros.
  - d. Velar por la entrega, en tiempo y forma, de la información a los Miembros de Junta Directiva, directamente o por medio del Secretario de la Junta Directiva.
  - e. Presidir las reuniones y manejar los debates.
  - f. Monitorear la participación activa de los miembros de la Junta Directiva.
  - g. Liderar el proceso de evaluación anual de la Junta Directiva y los Comités, excepto su propia evaluación.

#### **1.1.3.2.1.2.3. Secretario de la Junta Directiva.**

**Medida 29.** En el Reglamento Interno de la Junta Directiva se establecen las funciones del Secretario, entre las que figuran, como mínimo, las siguientes:

- a. Realizar la convocatoria a las reuniones, de acuerdo con el plan anual.
- b. Realizar la entrega en tiempo y forma de la información a los miembros de la Junta Directiva.
- c. Conservar la documentación social, reflejar debidamente en los libros de actas el desarrollo de las sesiones, y dar fe de los acuerdos de los órganos sociales.

#### **1.1.3.2.1.3. Elección**

**Medida 30.** La entidad cuenta con un procedimiento interno para evaluar las incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal y la adecuación del candidato a las necesidades de la Junta Directiva, a través de la evaluación de un conjunto de criterios que deben cumplir los perfiles funcionales y personales de los candidatos, y la verificación del cumplimiento de unos requisitos objetivos para ser miembro de Junta Directiva y otros adicionales para ser Director independiente.

**Medida 31.** La entidad, a través de su normativa interna, considera que la Junta Directiva, por medio de su Presidente y con el apoyo del Comité de Gobierno Organizacional / comité de nombramientos y retribuciones o quien cumpla sus funciones, es el órgano más adecuado para centralizar y coordinar con anterioridad a la Asamblea General el proceso de conformación del órgano de administración.

**Medida 32.** El reglamento de la Junta Directiva prevé que la evaluación de la idoneidad de los candidatos es una actividad cuya ejecución es anterior a la realización de la Asamblea General, de tal forma que los miembros del Máximo Órgano Social dispongan de información suficiente (calidades personales, idoneidad, trayectoria, experiencia, integridad, etc.) sobre los candidatos propuestos para integrarla, con la antelación que permita su adecuada valoración.

#### 1.1.3.2.1.4. Reglamentos y Declaraciones

**Medida 33.** Al momento de posesionarse los Directores, presidente y secretario de la Junta Directiva, éstos declaran por escrito su compromiso de obrar en el interés general de la entidad y del SGSSS, en un ejercicio de máxima transparencia, y no en el interés particular de algún miembro del Máximo Órgano Social o parte interesada.

Asimismo, todos los Directores, el presidente y el secretario deben firmar un documento de confidencialidad con relación a la información que se recibe y se discute en cada una de sus reuniones.

**Medida 34.** La Junta Directiva construye el reglamento interno que regula su organización y funcionamiento, así como las funciones y responsabilidades de sus miembros, del Presidente y del Secretario de la Junta Directiva, y sus deberes y derechos. Tal reglamento es difundido entre los miembros del Máximo Órgano Social para su aprobación en Asamblea General y su carácter es vinculante para los Directores de la Junta Directiva. El reglamento contiene como mínimo:

- a. Deberes y derechos de los miembros de la Junta Directiva.
- b. Políticas de valoración, aprobación y revelación de operaciones con partes vinculadas.
- c. Responsabilidades del presidente y secretario de la junta directiva.
- d. Procesos mecanismos y responsables para realizar convocatoria.
- e. Conflictos de interés incluyendo miembros de la Junta Directiva (política, identificación, situaciones, etc.)
- f. Funcionamiento de la Junta Directiva

**Medida 35.** La Junta Directiva sesiona mínimo seis (6) veces por año. Su foco está claramente orientado a la definición y seguimiento de la estrategia de la entidad. Por lo menos una de las sesiones está orientada a evaluar y ajustar, si es necesario, la estrategia de la entidad.

**Medida 36.** Anualmente la Junta Directiva evalúa la eficacia de su trabajo como órgano colegiado, la de sus Comités y la de los miembros individualmente considerados. El proceso deberá alternar diferentes metodologías de evaluación (autoevaluación, evaluación por pares, evaluadores externos, entre otros) y evaluar elementos tales como la razonabilidad de sus normas internas, el funcionamiento del órgano respecto a la toma de decisiones, la dedicación y el desempeño de sus Directores y, dado el caso, la Junta deberá proponer las modificaciones a su organización y funcionamiento que considere pertinentes.

#### 1.1.3.2.1.5. Comités

**Medida 37.** La Junta Directiva podrá crear los Comités que considere necesarios para el adecuado funcionamiento de la entidad. Establecerá para cada uno de ellos las responsabilidades, objetivos, plan de trabajo y mecanismos de evaluación de su desempeño, a los que deberán ajustarse.

**Medida 38.** Cada uno de los Comités de la Junta Directiva cuenta con libro de actas y un reglamento interno que regula los detalles de su conformación, las materias, funciones sobre las que debe trabajar el Comité, y su operativa, prestando especial atención a los canales de comunicación entre los Comités y la Junta Directiva y, en el caso de los Grupos Empresariales, a los mecanismos de relacionamiento y coordinación entre los Comités de la Junta Directiva de la matriz y los de las empresas subordinadas, si existen. Las reuniones y decisiones de cada uno de los Comités de la Junta Directiva constan por escrito en informes o actas, los cuales están a disposición de la Junta Directiva, autoridades internas y externas de control.

**Medida 39.** Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Asimismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité.

**Medida 40.** Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos seis (6) veces por año.

**Medida 41.** Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) directores independientes.

**Medida 42.** La Junta Directiva establece un Comité de Mejoramiento de la Calidad para asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes.

#### **1.1.3.2.1.5.1. Comité de Contraloría Interna**

**Medida 43.** El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Contraloría Interna. Está conformado por mínimo dos (2) Directores independientes y un (1) experto externo delegado por la Junta Directiva, quienes cuentan con conocimientos contables, financieros y de gestión operativa relacionada con temas de protección al usuario.

Este Comité apoya la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles internos que se establezcan, el análisis de la ejecución de las operaciones de la entidad, el análisis de las salvedades generadas por el Revisor Fiscal y la revisión periódica de la Arquitectura de Control de la entidad y del sistema de gestión de riesgos. Aunque el Auditor Interno puede asistir a las reuniones, éste no posee poder de voto en el Comité de Contraloría Interna.

El Comité cuenta con la libertad para reportar sus hallazgos y revelarlos internamente, y las facilidades suficientes para mantener una comunicación directa y sin interferencia con el Órgano de Administración existente.

**Medida 44.** Las funciones del Comité de Contraloría Interna incluyen, al menos:

- a. Definir las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable.
- b. Definir mecanismos para consolidar la información de los órganos de control de la entidad para la presentación de la información a la Junta Directiva.
- c. Proponer para aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI.

- d. Presentarle a la Junta Directiva o al órgano que haga sus veces, las propuestas relacionadas con las responsabilidades y atribuciones asignadas a los diferentes cargos y áreas respecto de la administración del SCI, incluyendo la gestión de riesgos.
- e. Evaluar la estructura del control interno de la entidad de forma tal que se pueda establecer si los procedimientos diseñados protegen razonablemente los activos de la entidad, así como los de terceros que administre o custodie, y si existen controles para verificar que las transacciones están siendo adecuadamente autorizadas y registradas.
- f. Establecer planes de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los usuarios, pacientes, afiliados, entre otros.
- g. Informar a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida por los órganos de control para la realización de sus funciones.
- h. Estudiar los estados financieros, cuidar que adopten los criterios contables vigentes y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración de la Junta Directiva, con base en la evaluación no sólo de los proyectos correspondientes, con sus notas, sino también de los dictámenes, observaciones de las entidades de control, resultados de las evaluaciones efectuadas por los Comités competentes y demás documentos relacionados con los mismos.
- i. Supervisar las funciones y actividades del Departamento de Contraloría Interna de la entidad u órgano que haga sus veces, con el objeto de asegurar su independencia y objetividad en relación con las actividades que audita, determinar la existencia de limitaciones que impidan su adecuado desempeño y verificar si el alcance de su labor satisface las necesidades de control de la entidad.
- j. Evaluar los informes de control interno practicados por el Auditor o Contralor Interno, u otras instancias de control interno establecidas legalmente o en los reglamentos internos, verificando que la administración haya atendido sus sugerencias y recomendaciones.
- k. Hacer seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Junta Directiva u órgano equivalente, en relación con el SCI.
- l. Solicitar los informes que considere convenientes para el adecuado desarrollo de sus funciones.
- m. Analizar el funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones.
- n. Emitir concepto, mediante un informe escrito, respecto de las posibles operaciones que se planean celebrar con Partes Vinculadas, para lo cual deberá verificar que las mismas se realicen en condiciones de mercado.
- o. Presentar al Máximo Órgano Social, por conducto de la Junta Directiva, los candidatos para ocupar el cargo de Revisor Fiscal, sin perjuicio del derecho de los miembros de presentar otros candidatos en la respectiva reunión. En tal sentido, la función del Comité será recopilar y analizar la información suministrada por cada uno de los candidatos y someter a consideración del Máximo Órgano Social los resultados del

- estudio efectuado. Adicionalmente, supervisar los servicios de Revisoría Fiscal, lo cual incluye evaluar la calidad y efectividad de estos.
- p. Evaluar e informar a la Junta las situaciones de conflicto de interés que involucren a cualquiera de los miembros de los órganos de gobierno.
  - q. Recibir y tratar las denuncias provenientes del sistema de denuncias anónimas de la entidad.
  - r. Elaborar el informe que la Junta Directiva deberá presentar al Máximo Órgano Social respecto al funcionamiento del SCI, el cual deberá incluir entre otros aspectos:
    - i. Las políticas generales establecidas para la implementación del SCI de la entidad.
    - ii. El proceso utilizado para la revisión de la efectividad del SCI, con mención expresa de los aspectos relacionados con la gestión de riesgos.
    - iii. Las actividades más relevantes desarrolladas por el Comité de Contraloría Interna.
    - iv. Las deficiencias materiales detectadas, las recomendaciones formuladas y las medidas adoptadas, incluyendo entre otros temas aquellos que pudieran afectar los estados financieros y el informe de gestión.
    - v. Las observaciones formuladas por los órganos de supervisión y las sanciones impuestas, cuando sea del caso.
    - vi. Si existe un Departamento de Contraloría Interna o área equivalente, presentar la evaluación de la labor realizada por el mismo, incluyendo entre otros aspectos el alcance del trabajo desarrollado, la independencia de la función y los recursos que se tienen asignados. En caso de no existir, señalar las razones concretas por las cuales no se ha considerado pertinente contar con dicho departamento o área.
    - vii. Las demás que le fije la Junta Directiva, en su reglamento interno.

**Medida 45.** En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría.

#### 1.1.3.2.1.5.2. Comité de Gobierno Organizacional

**Medida 46.** El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Gobierno Organizacional. Se conforma por un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores y expertos externos delegados por la Junta Directiva con conocimientos de gobierno organizacional. Este Comité está encargado de apoyar a la Junta Directiva (o quien haga sus veces) en la definición de una política de nombramientos y retribuciones, la garantía de acceso a información veraz y oportuna sobre la entidad, la evaluación anual del desempeño de la Junta Directiva, los órganos de gestión, control interno y la monitorización de negociaciones con terceros, entre estos las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial (si es el caso).

El Comité de Gobierno Organizacional en ningún momento sustituye la responsabilidad que corresponde a la Junta Directiva y a la Alta Gerencia sobre la dirección estratégica del talento humano y su remuneración. En tal contexto, su responsabilidad quedará limitada a servir de apoyo al órgano directivo.

En el caso de que la entidad haga parte de un Grupo Empresarial, este Comité puede ser el mismo para todas las empresas que lo conforman, siempre y cuando se cumpla a cabalidad con todas las funciones establecidas en la presente Circular.

- a.** Propender por que los miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios, pacientes, afiliados y el público en general tengan acceso de manera completa, veraz y oportuna a la información de la entidad que deba revelarse.
- b.** Revisar y evaluar la manera en que la Junta Directiva dio cumplimiento a sus deberes durante el periodo.
- c.** Monitorear las negociaciones realizadas por Directores de la Junta Directiva con acciones, cuotas o partes de interés de la entidad o por otras entidades del mismo Grupo Empresarial.
- d.** Monitorear las negociaciones realizadas por miembros del Máximo Órgano Social con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial.
- e.** Supervisar el cumplimiento de la política de remuneración de los administradores y de la Junta Directiva; revisar periódicamente esta política y hacer las recomendaciones pertinentes.
- f.** Revisar el desempeño de la Alta Gerencia, entendiendo por ella al Presidente Ejecutivo y a los funcionarios del grado inmediatamente inferior.
- g.** Evaluar periódicamente las competencias y experiencia de los miembros de la Junta Directiva
- h.** Proponer una política de relacionamiento que establezca conductos regulares y espacios apropiados para consulta y discusión de asuntos de interés para personal de la entidad.
- i.** Proponer una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Alta Gerencia.
- j.** Hacer seguimiento a las instancias internas previstas para asuntos de ética médica.
- k.** Proponer una política para la revelación y el manejo adecuado de eventuales conflictos de interés para miembros de Junta Directiva, Alta Gerencia y personal asistencial. La política debe incluir las consecuencias de su incumplimiento.
- l.** Proponer los criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a la Junta Directiva y Alta Gerencia, incluyendo una política de sucesión para los mismos y para los ejecutivos clave.
- m.** Revisar que las prácticas de gobierno de la entidad se ajusten a lo establecido en el código de conducta y buen gobierno.

#### **1.1.3.2.1.5.3. Comité de Riesgos**

**Medida 47.** El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Riesgos. Presenta una composición interdisciplinaria que incluye al menos los siguientes miembros: un (1) profesional con formación en salud y con conocimientos en epidemiología, un (1) profesional con formación en actuaría o economía o matemáticas o estadística, un (1) profesional con formación en finanzas o economía o administración de empresas con

núcleo esencial en finanzas, o carreras profesionales afines, y un (1) director de la Junta Directiva.

Este Comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión de riesgos de la entidad.

**Medida 48.** Las funciones del Comité de Riesgos deben incluir, por lo menos las siguientes:

- a. Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos a los que se encuentra expuesta la entidad como los riesgos en salud, actuarial, crédito, liquidez, mercado de capitales, operacional, fallas del mercado de salud, de grupo, reputacional, corrupción, opacidad, fraude y soborno, lavado de activos y financiación del terrorismo, y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.
- b. Proponer a la Junta Directiva la política de riesgos de la entidad.
- c. Revisión y evaluación de la integridad y adecuación de la función de gestión de riesgos.
- d. Analizar y evaluar los sistemas y herramientas de control de riesgos de la entidad.
- e. Formular las iniciativas de mejora que considere necesarias sobre la infraestructura y los sistemas internos de control y gestión de los riesgos.
- f. Impulsar la adecuación de la gestión del riesgo en la entidad a un modelo avanzado que permita la configuración de un perfil de riesgos acorde con los objetivos estratégicos y un seguimiento del grado de adecuación de los riesgos asumidos a ese perfil.
- g. Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos, Oficial de Cumplimiento, o quien haga sus veces. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.
- h. Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos para cada uno de los riesgos identificados.
- i. Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
- j. Evaluar y proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, el manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- k. Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la entidad.
- l. Proponer y evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva y al Representante Legal, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes para la prevención y mitigación efectiva de estos.
- m. Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por la entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido al cual esta pertenezca. Cabe resaltar que de acuerdo con las políticas que establezca la entidad, cada instancia podrá tener diferentes atribuciones para

- aprobar operaciones que incumplan las políticas establecidas inicialmente por la entidad y que violen los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados.
- n. Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva, Consejo de Administración u órgano que haga sus veces.
  - o. Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos:
    - i. El comportamiento y los niveles de exposición de la entidad a cada uno de los riesgos (como mínimo los riesgos prioritarios), así como las operaciones objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress test).
    - ii. Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados.
    - iii. Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
  - p. Reportar de forma oportuna y comprensible a la Junta Directiva y al Representante Legal los resultados de análisis de las exposiciones a los riesgos inherentes de la entidad, resultados de pruebas de estrés o de análisis de escenarios, relacionados con las condiciones del entorno y el sector.
  - q. Dar seguimiento a las capacitaciones de los funcionarios del área, en la mitigación y control de riesgos.

Adicionalmente las EPS deben cumplir:

- r. Hacer seguimiento y evaluar periódicamente el funcionamiento de los Comités internos de la institución relacionados con asuntos de salud, incluidos los de vigilancia epidemiológica, historias clínicas, infecciones, y farmacia.
- s. Velar por el cumplimiento y mejoramiento progresivo de los procesos y estándares relacionados con la seguridad del paciente.
- t. Establecer medidas prudenciales como la correcta constitución de reservas técnicas, y velar por la suficiencia patrimonial. Para el caso de las EPS no indígenas, este Comité debe velar por el cumplimiento del Capítulo 2 “Condiciones de habilitación financiera de las EPS” del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, Decreto 780 de 2016 o normas que lo sustituyan, adicionen o modifiquen.
- u. Supervisar los procesos de atención al paciente, velar por una atención humanizada, y medir y evaluar indicadores de atención (seguimiento y análisis de quejas y reclamos, orientación al usuario, tiempos de espera, etc.).
- v. Las demás que señale la normatividad vigente.

#### 1.1.3.2.1.5.4. Comité de Conducta

**Medida 49.** El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Conducta. Se conforma por miembros de la Alta Gerencia y deben ser un número impar, igual o mayor a tres (3). Si el tema de discusión implica directamente al Presidente Ejecutivo (o quien haga sus veces) o al Auditor Interno, un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores de la Junta Directiva acciona como Comité de Conducta.

Los resultados obtenidos por este Comité se compartirán con la Junta Directiva. El comité de conducta debe poseer un reglamento interno en el que se debe establecer reportes periódicos a la junta directiva en materia de seguimiento y control de conducta, así como la suscripción de actas, funciones, conformación, entre otras.

**Medida 50.** Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes:

- a. Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética al interior de cada entidad.
- b. Apoyar a la Junta Directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés.
- c. Elaborar los programas necesarios para la divulgación y difusión de los principios y valores éticos de la entidad. Así como, generar una comunicación efectiva de programas antifraude, antisoborno y anticorrupción.
- d. Analizar los eventos de posibles violaciones del presente código para establecer si se ha incurrido en alguna conducta violatoria por parte de los colaboradores directos e indirectos
- e. Dictar las medidas necesarias para corregir las conductas violatorias y decidir sobre las sanciones aplicables a los funcionarios.
- f. Crear y apoyar las actividades para la actualización del Código de Conducta y de Buen Gobierno, en lo relacionado con temas de Conducta, cuando así se necesite.
- g. Informar periódicamente a la Junta Directiva los resultados de su gestión.

**Medida 51.** El Comité de Conducta implementa un Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción, de acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

**Medida 52.** Sin perjuicio de los procesos de riesgo identificados por el Comité de Conducta, este define políticas claras para prevenir o controlar los siguientes comportamientos<sup>4</sup>:

- a. Soborno a funcionarios del Estado o particulares delegados para el ejercicio de funciones públicas<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Esto, en línea con lo dispuesto en la sección 3.3.1 del documento: Secretaría de Transparencia. (2016). Guía para empresas en Colombia. ¿Cómo y por qué implementar un Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción? Bogotá D.C.: Presidencia de la República.

<sup>5</sup> Por ejemplo, las empresas privadas que hacen visitas a nombre de una entidad de control en virtud de un contrato.

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

### 1.1.3.3. ÓRGANOS DE CONTROL<sup>6</sup>

En lo relacionado con los órganos de control, las entidades públicas deberán tener en cuenta lo señalado por la Ley 87 de 1993 y el Decreto 1083 de 2015 o las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen.

#### 1.1.3.3.1. Principios

**Medida 53.** La entidad incluye como mínimo los siguientes tres principios en los diferentes elementos que constituyen el SCI de manera expresa, documentada y soportada:

**Autocontrol:** Es la capacidad de todos y cada uno de los funcionarios de la organización, independientemente de su nivel jerárquico para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos en el ejercicio y cumplimiento de sus funciones, así como para mejorar sus tareas y responsabilidades.

En consecuencia, sin perjuicio de la responsabilidad atribuible a los administradores en la definición de políticas y en la ordenación del diseño de la estructura del SCI, es deber que les corresponde a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la organización su cumplimiento, quienes por ende, en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de

---

<sup>6</sup> Esta sección sigue de cerca los lineamientos dados por la Circular Externa 014 de 2009 de la Superintendencia Financiera de Colombia, así como de los estándares planteados por el COSO (*Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*), la Ley SOX (*Sarbanes-Oxley Act of 2002, Section 404*), el Acuerdo de Basilea III (*Basel Committee on Banking Supervision*), los COBIT 5 (*Control Objectives for Information and related Technology*) y el IIA (Instituto de Auditores Internos de Colombia).

procesos operativos apropiados, procuran el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, en busca de lograr un mejor nivel de calidad en los servicios.

**Autorregulación:** Se refiere a la capacidad de la organización para desarrollar y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento del SCI, dentro del marco de las disposiciones aplicables.

**Autogestión:** Apunta a la capacidad de la entidad para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento.

Basado en los principios mencionados, el SCI establece las acciones, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, de control, de evaluación y de mejoramiento continuo de la entidad que le permiten tener una seguridad razonable acerca de la consecución de sus objetivos, cumpliendo las normas que la regulan.

#### **1.1.3.3.2. Elementos del Sistema de Control Interno (SCI)**

**Medida 54.** La entidad diseña e implementa la estructura de control interno necesaria para alcanzar los fines ya mencionados, incluyendo por lo menos los siguientes tópicos: (i) Ambiente de control, (ii) Gestión de riesgos, (iii) Actividades de control, (iv) Información y comunicación, (v) Monitoreo, y (vi) Evaluaciones independientes.

En lo relacionado con el ambiente de control, las IPS públicas deberán tener en cuenta lo señalado por la ley 87 de 1993 y el decreto 1083 de 2015 o las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen.

##### **1.1.3.3.2.1. Ambiente de control**

**Preámbulo:** El ambiente de control está dado por la implementación y consolidación de una cultura organizacional que fomenta los principios antes señalados, orientados hacia el control, de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Es el fundamento de todos los demás elementos del SCI, dado que la eficacia del mismo depende de que las entidades cuenten con personal competente e inculquen en toda la organización un sentido de integridad y concientización sobre el control.

**Medida 55.** En lo relacionado con el ambiente de control, la entidad realiza como mínimo las siguientes funciones:

- a. Determinar formalmente, por parte de la Junta Directiva, los principios básicos que rigen la entidad, los cuales deben constar en documentos que se divulguen a toda la organización y a grupos de interés.
- b. Determinar formalmente la política respecto a los mecanismos de denuncias, que se encargará de resolver inquietudes sobre la política de anticorrupción, antifraude y antisoborno; así como reportar violaciones o serias sospechas sobre posibles transgresiones a estas políticas o al Código de Conducta y de Buen Gobierno. Este

- tipo de reportes serán manejados con absoluta reserva y garantizando su confidencialidad.
- c. Establecer unos lineamientos de Conducta (incluidos explícitamente en el Código de Conducta y de Buen Gobierno), los cuales deben ser expresamente adoptados por todos los funcionarios de la entidad.
  - d. Promover una cultura de riesgos y control en toda la entidad.
  - e. Definir roles y responsabilidades en torno a la gestión de riesgos, control interno y evaluación, con líneas claramente establecida.
  - f. Establecimiento de objetivos y metas tanto generales como específicas, así como la formulación de los planes operativos que sean necesarios;
  - g. Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos;
  - h. Adopción de un sistema de organización adecuado para ejecutar los planes;
  - i. Delimitación precisa de la autoridad y los niveles de responsabilidad;
  - j. Adopción de normas para la protección y utilización racional de los recursos;
  - k. Dirección y administración del personal conforme a un sistema de méritos y sanciones;
  - l. Aplicación de las recomendaciones resultantes de las evaluaciones del control interno;
  - m. Establecimiento de mecanismos que faciliten el control ciudadano a la gestión de las entidades;
  - n. Establecimiento de sistemas modernos de información que faciliten la gestión y el control;
  - o. Organización de métodos confiables para la evaluación de la gestión;
  - p. Establecimiento de programas de inducción, capacitación y actualización de directivos y demás personal de la entidad;
  - q. Simplificación y actualización de normas y procedimientos.

#### 1.1.3.3.2.2. Gestión de riesgos

**Medida 56.** La entidad adelanta y documenta como mínimo los siguientes procedimientos respecto a la gestión de riesgos:

- a. Identificar las amenazas que enfrenta la entidad y las fuentes de las mismas.
- b. Autoevaluar los riesgos existentes en sus procesos, identificándolos, clasificándolos y priorizándolos a través de un ejercicio de valoración, teniendo en cuenta los factores propios de su entorno y la naturaleza de su actividad. Las categorías de riesgos incluirán como mínimo los riesgos en salud, los riesgos económicos<sup>7</sup>, los riesgos asociados a procesos operativos de las entidades, el riesgo de LAFT/FPADM, así como aquellos relacionados con hechos de corrupción, fraude y opacidad.
- c. Medir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto sobre los recursos de la entidad (económicos, humanos, entre otros), así como sobre su credibilidad y buen nombre, en caso de materializarse. Esta medición es cuantitativa, sin embargo, en caso excepcional de no contar con la suficiente información, podrá ser cualitativa.

---

<sup>7</sup> Se incluye entre otros, los financieros, de grupo y fallas de mercado.

- d. Identificar y evaluar con criterio conservador, los controles existentes y su efectividad, mediante un proceso de valoración realizado con base en la experiencia y un análisis razonable y objetivo de los eventos ocurridos.
- e. Construir los mapas de riesgos que resulten pertinentes, los cuales deben ser actualizados periódicamente, permitiendo visualizarlos de acuerdo con la vulnerabilidad de la organización a los mismos.
- f. Implementar, probar y mantener un proceso para administrar la continuidad de la operación de la entidad, que incluya elementos como: prevención y atención de emergencias, administración de crisis, planes de contingencia para responder a las fallas e interrupciones específicas de un sistema o proceso y capacidad de retorno a la operación normal.
- g. Divulgar entre los funcionarios que intervienen en los procesos respectivos, los mapas de riesgos y las políticas definidas para su administración.
- h. Gestionar los riesgos en forma integral, aplicando diferentes estrategias que permitan llevarlos hacia niveles tolerables. Para cada riesgo se debe seleccionar la alternativa que presente la mejor relación entre el beneficio esperado y el costo en que se debe incurrir para su tratamiento. Entre las estrategias posibles se encuentran las de evitar los riesgos, mitigarlos, compartarlos, transferirlos, o aceptarlos, según resulte procedente.
- i. Registrar, medir y reportar los eventos de pérdidas por materialización de riesgos.
- j. Hacer seguimiento a través de los órganos competentes, de acuerdo con el campo de acción de cada uno de ellos, estableciendo los reportes o acciones de verificación que la administración de la entidad y los jefes de cada órgano social consideren pertinentes o les exija la normativa vigente.
- k. Instaurar políticas para garantizar que se cuente con información adecuada para la cuantificación de los diferentes riesgos. En caso de no contar con la información suficiente, se debe establecer un plan de acción, en donde se identifiquen los plazos y las actividades que se realizarán para contar con dicha información.
- l. Efectuar un monitoreo periódico al cumplimiento de los lineamientos de los Subsistemas de Administración de Riesgos y como mínimo al comportamiento de cada uno de los riesgos prioritarios.
- m. Definir las acciones correctivas y preventivas derivadas del proceso de seguimiento y evaluación de los riesgos (planes de mejoramiento).
- n. Generar la documentación interna y externa necesaria para la adecuada gestión de los riesgos. Entre ellos se encuentran los manuales, instructivos, volantes, intranet, páginas web, entre otros.
- o. Designar voluntariamente, y de acuerdo con su estructura, un área especializada en la gestión de riesgos de la entidad. Sin perjuicio de la conformación de esta instancia, las entidades deben velar por una adecuada estructura organizacional que permita un desarrollo apropiado del Código de Conducta y buenas prácticas de Gobierno en pro de la mejora continua en la implementación y administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de sus Subsistemas.

#### 1.1.3.3.2.2.1. Área de gestión de riesgos

**Medida 57.** La entidad cuenta con un área de apoyo que tenga a su cargo la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos, de tal manera que se realice la evaluación continua del ciclo para detectar las desviaciones y, mediante el trabajo conjunto con las

demás áreas de la Entidad, generar insumos para la formulación de los planes de mejoramiento y demás información que requiera el Comité de Riesgos,

El Área de Gestión de Riesgos debe ser independiente y funcional de las áreas misionales de la entidad relacionadas con las áreas encargadas de las negociaciones como son compras, tesorería, entre otros, y queda a discreción de cada entidad y de acuerdo con su estructura, tamaño, naturaleza, y demás características particulares.

El responsable de esta área deberá pertenecer al segundo nivel jerárquico (depender directamente de la Gerencia y/o Dirección de la entidad) con poder de decisión que le permita cumplir de manera adecuada con sus funciones, atendiendo la naturaleza y estructura propia de cada entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido a la que esta pertenezca.

**Medida 58.** El área de gestión de riesgos debería tener como mínimo las siguientes funciones:

- a. Apoyar en el diseño de las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto.
- b. Sugerir al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- c. Proponer al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, el manual de procesos y procedimientos, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos. Asimismo, velar por su actualización, divulgación y apropiación en todos los niveles de la organización y su operatividad.
- d. Velar por el adecuado diseño e implementación de los controles a los diferentes riesgos para mitigar su impacto, en todos los niveles de la organización y su operatividad.
- e. Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- f. Ayudar a las áreas en la identificación y evaluación de los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes.
- g. Monitorear el nivel de capital mínimo y de patrimonio técnico de la entidad, cuando así lo establezca la normatividad vigente.
- h. Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
- i. Participar en el diseño y desarrollo como mínimo de los programas de capacitación sobre los riesgos identificados y velar por su cumplimiento. Incluir por lo menos los riesgos de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- j. Analizar los informes presentados por la Auditoría Interna o quien haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

- k. Monitorear e informar al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

#### 1.1.3.3.2.3. Actividades de control

**Preámbulo:** Las actividades de control son el desarrollo de las políticas y los procedimientos que deben seguirse para lograr que las instrucciones de la administración con relación a sus controles se cumplan.

Las actividades de control son seleccionadas y desarrolladas considerando la relación beneficio/costo y su potencial de efectividad para mitigar los riesgos que afecten en forma material el logro de los objetivos de la organización. Dichas actividades implican una política que establece lo que debe hacerse y adicionalmente los procedimientos para llevarla a cabo. Todas estas actividades deben tener como principal objetivo la determinación y prevención de los riesgos (potenciales o reales), errores, fraudes u otras situaciones que afecten o puedan llegar a afectar la estabilidad y/o el prestigio de la entidad.

**Medida 59.** La entidad adelanta actividades de control obligatorias para todas las áreas, operaciones y procesos de la entidad, tales como, las siguientes:

- a. Revisiones de alto nivel, como son el análisis de informes y presentaciones que solicitan los Directores de Junta Directiva u órganos que hagan sus veces y otros altos directivos de la organización para efectos de analizar y monitorear los resultados o el progreso de la entidad hacia el logro de sus objetivos; detectar problemas, tales como deficiencias de control, errores en los informes financieros o en los resultados en salud y adoptar los correctivos necesarios.
- b. Controles generales, que rigen para todas las aplicaciones de sistemas y ayudan a asegurar su continuidad y operación adecuada. Dentro de éstos se incluyen aquellos que se hagan sobre la administración de la tecnología de información, su infraestructura, la administración de seguridad y la adquisición, desarrollo y mantenimiento del software.
- c. Controles de aplicación, los cuales incluyen pasos a través de sistemas tecnológicos y manuales de procedimientos relacionados. Se centran directamente en la suficiencia, exactitud, autorización y validez de la captura y procesamiento de datos. Su principal objetivo es prevenir que los errores se introduzcan en el sistema, así como detectarlos y corregirlos una vez involucrados en él. Si se diseñan correctamente, pueden facilitar el control sobre los datos introducidos en el sistema.
- d. Limitaciones de acceso físico a las distintas áreas de la organización, y controles de acceso a los sistemas de información, de acuerdo con el nivel de riesgo asociado a cada área, teniendo en cuenta tanto la seguridad de los funcionarios de la entidad como de sus bienes, de los activos de terceros que administra y de su información.
- e. Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten.
- f. Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional.

- g. Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad.
- h. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional.
- i. Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros.
- j. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.
- k. Garantizar que el SCI disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación.
- l. Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características
- m. Segregación de funciones.
- n. Acuerdos de confidencialidad.
- o. Procedimientos de control aleatorios.
- p. Difusión de las actividades de control.

#### 1.1.3.3.2.4. Información y Comunicación

##### 1.1.3.3.2.4.1. Información

**Medida 60.** Los sistemas de información de la entidad son funcionales y permiten la dirección y control de la operación en forma adecuada. Asimismo, manejan tanto los datos internos como aquellos que se reciben del exterior. Tales sistemas garantizan que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se establecen controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo.

La entidad adelanta como mínimo las siguientes acciones respecto a la gestión de la información:

- a. Asegurar que el mecanismo de reporte de información hacia arriba (hacia la Junta Directiva y la Alta Gerencia) sea veraz, oportuno, comprensible y completo.
- b. Garantizar que las políticas, procedimientos y aspectos de la cultura de riesgos y control interno se comuniquen a todo nivel de la entidad.
- c. Establecer líneas internas de denuncias anónimas o "whistleblowers" que permitan a los empleados poder comunicar de forma anónima comportamientos ilegales o antiéticos o que puedan contravenir la cultura de administración de riesgos y controles de la entidad.
- d. Identificar la información que se recibe y su fuente.
- e. Diseñar formularios y/o mecanismos que ayuden a minimizar errores u omisiones en la recopilación y procesamiento de la información, así como en la elaboración de informes.
- f. Diseñar procedimientos para detectar, reportar y corregir los errores y las irregularidades que puedan presentarse.
- g. Establecer procedimientos que permitan a la entidad retener o reproducir los documentos fuente originales, para facilitar la recuperación o reconstrucción de datos, así como para satisfacer requerimientos legales.

- h. Definir controles para garantizar que los datos y documentos sean preparados por personal autorizado para hacerlo.
- i. Implementar controles para proteger adecuadamente la información sensible contra acceso o modificación no autorizada.
- j. Diseñar procedimientos para la administración del almacenamiento de información y sus copias de respaldo.
- k. Establecer parámetros para la entrega de copias, a través de cualquier modalidad (papel, medio magnético, entre otros).
- l. Verificar la existencia o no de procedimientos de custodia de la información, cuando sea del caso, y de su eficacia.
- m. Implementar mecanismos para evitar el uso de información privilegiada, en beneficio propio o de terceros.

**Medida 61.** De acuerdo con los criterios que fijen los directivos, la entidad adopta todas las medidas necesarias para proteger la información que le es esencial para conducir y controlar la organización. Las medidas abarcan lo relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.

**Medida 62.** A la información clasificada o sujeta a reserva por disposición legal, sólo tiene acceso directo ciertas personas (sujetos calificados), en razón de su profesión u oficio, ya que de conocerse podría vulnerarse el derecho a la intimidad de las personas. Los registros individuales que incluyen información a nivel de individuos pueden usarse internamente o con terceros para fines analíticos, estadísticos o de investigación siempre y cuando sean debidamente anonimizados de conformidad con el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 (o cualquier norma que lo sustituya, modifique o elimine).

**Medida 63.** A la información que se proporciona a esta Superintendencia la entidad adiciona, sin ser excluyente, la exposición de las transacciones que se realizan con sus Partes Vinculadas. En el caso de pertenecer a un Grupo Empresarial, la entidad informa las transacciones llevadas a cabo dentro de su Grupo, así como las relaciones existentes entre unas y otras, siguiendo lo dispuesto en este sentido por la Norma Internacional de Contabilidad (NIC 24), la Ley 222 de 1995 y demás disposiciones que adicionen, modifiquen o sustituyan.

**Medida 64.** La Junta Directiva define las políticas de seguridad de la información, mediante la ejecución de un programa que comprende, entre otros, el diseño, la implantación, la divulgación, la educación y el mantenimiento de las estrategias y mecanismos para administrar la seguridad de la información, lo cual incluye, entre otros mecanismos, la celebración de acuerdos de confidencialidad<sup>8</sup>, en aquellos casos en los cuales resulta indispensable suministrar información privilegiada a personas que en condiciones normales no tienen acceso a la misma.

---

<sup>8</sup> La confidencialidad es uno de los elementos más importantes de la seguridad de la información y tiene como propósito garantizar que ella sólo pueda ser conocida, consultada y divulgada por personas autorizadas.

#### 1.1.3.3.2.4.2. Comunicación

**Medida 65.** La Entidad se asegura de que cada empleado conoce el papel que desempeña dentro de la organización y dentro del SCI y la forma en la cual las actividades a su cargo están relacionadas con el trabajo de los demás.

**Medida 66.** Como parte de una adecuada administración de la comunicación interna, la entidad cuenta con un esquema de líneas de reporte y adopta los procedimientos necesarios para garantizar la calidad, oportunidad, veracidad, suficiencia de la información interna. El esquema cuando menos cuenta, por lo menos, con los siguientes elementos:

- a. Canales y/o mecanismos de comunicación.
- b. Responsables de su manejo.
- c. Requisitos de la información que se divulga.
- d. Frecuencia de la comunicación.
- e. Destinatarios.
- f. Controles al proceso de comunicación.

#### 1.1.3.3.2.5. Monitoreo

**Medida 67.** La entidad cuenta con un proceso en el que se permite verificar la calidad del control interno a través del tiempo. Se efectúa por medio de la supervisión continua que realizan los jefes o líderes de cada área o proceso como parte habitual de su responsabilidad (directores, coordinadores, etc., dentro del ámbito de la competencia de cada uno de ellos), así como de las evaluaciones periódicas que realiza el Departamento de Contraloría Interna u órgano equivalente, el Presidente Ejecutivo o máximo responsable de la organización y otras revisiones dirigidas.

Las deficiencias de control interno son identificadas y comunicadas de manera oportuna a las partes responsables de tomar acciones correctivas y, cuando resultan materiales, se informa también a la Junta Directiva u órgano equivalente.

#### 1.1.3.3.2.6. Evaluaciones independientes

**Medida 68.** La entidad utiliza empresas de Auditoría Externa para revisar la efectividad del control interno. Las debilidades resultado de esta evaluación y sus recomendaciones de mejoramiento, son reportadas de manera ascendente, informando sobre asuntos representativos de manera inmediata al Comité de Contraloría Interna, y haciéndoles seguimiento.

#### 1.1.3.3.3. Áreas especiales dentro del Sistema de Control Interno

**Preámbulo:** El SCI debe abarcar todas las áreas de la organización, aplicando para cada una de ellas los objetivos, principios, elementos y actividades de control, información, comunicación y otros fundamentos del sistema. No obstante, por su particular importancia se considera pertinente entrar a analizar algunos aspectos del SCI relacionados con las áreas de salud, financiera y tecnológica.

#### 1.1.3.3.3.1. Control interno en la gestión de salud

Estas medidas aplican únicamente para EPS, adaptadas, prestadores de salud, Régimen Especial y de Excepción y entidades territoriales.

**Medida 69.** La entidad implementa los sistemas necesarios para hacer una evaluación sistemática de la atención en salud (en los tópicos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad), a través de los procesos de contraloría, seguimiento, evaluación, identificación de problemas y solución de los mismos, mediante técnicas de auditoría o de autoevaluación para la calificación y mejoramiento de la calidad en la atención en salud.

Los representantes legales son responsables de adelantar todas las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestación de sus servicios, de conformidad con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad, para lo cual diseñan procedimientos de control necesarios e incluyen en el informe de gestión que los administradores de la entidad presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, y a la Junta Directiva o quien haga sus veces, evaluaciones sobre el desempeño de los mencionados sistemas.

**Medida 70.** Los representantes legales informan a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre la implementación y desarrollo de las acciones de auditoría para la garantía de la calidad, la revisión y el monitoreo de los niveles de acreditación, sobre las medidas que se deben adoptar para la superación de los eventos detectados, sobre los resultados de siniestralidad resultante respecto de la esperada y del mercado, sobre los eventos de seguridad relevantes y, particularmente, todas las deficiencias encontradas y medidas adoptadas para superarlas.

##### 1.1.3.3.3.1.1. Políticas de gestión en salud

**Medida 71.** La Junta Directiva u órgano equivalente adopta las políticas de gestión en salud orientadas a obtener la mejor calidad, para ello las definen, desarrollan, documentan y comunican, junto con los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar su cumplimiento, en procura de garantizar, cuando menos, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio.

Tales políticas se refirieren, cuando menos a:

- a. Definición de estándares de calidad en la atención en salud que se pretenden alcanzar.
- b. Estructura y procesos que se implementan para lograr los objetivos.
- c. Acciones de seguimiento, evaluación continua y sistemática a los niveles de calidad y a la concordancia entre los resultados obtenidos y los estándares planteados, de conformidad con las pautas dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y con la normatividad vigente.
- d. Procesos de auditoría interna o en el mejor caso auditoría externa, para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios para determinar su nivel de satisfacción.

- e. Diseño de programas para establecer una cultura de calidad en la atención en salud que incluya programas de capacitación y entrenamiento de los funcionarios.
- f. Diseño de programas para establecer acciones pedagógicas que tengan por finalidad fomentar la cultura del cuidado en los usuarios.

#### **1.1.3.3.3.2. Control interno en la gestión financiera**

**Medida 72.** Los representantes legales son los responsables del establecimiento y mantenimiento de adecuados sistemas de revelación y control de la información financiera, por lo cual diseñan procedimientos de control sobre la calidad, suficiencia y oportunidad de la misma. Además, verifican la operatividad de los controles establecidos al interior de la correspondiente entidad, e incluyen en el informe de gestión que los administradores presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, la evaluación sobre el desempeño de los mencionados sistemas de revelación y control.

**Medida 73.** Los representantes legales son los responsables de informar ante el Comité de Contraloría Interna o en su defecto a la Junta Directiva u órgano equivalente, todas las deficiencias significativas encontradas en el diseño y operación de los controles internos que hubieran impedido a la entidad registrar, procesar, resumir y presentar adecuadamente la información financiera de la misma. También son los responsables de reportar los casos de fraude que hayan podido afectar la calidad de la información financiera, así como cambios en la metodología de evaluación de la misma.

#### **1.1.3.3.3.2.1. Políticas contables**

**Medida 74.** La entidad adopta como mínimo las siguientes políticas de control contable:

- a. Supervisión de los procesos contables.
- b. Evaluaciones y supervisión de los aplicativos, accesos a la información y archivos, utilizados en los procesos contables.
- c. Presentación de informes de seguimiento.
- d. Validaciones de calidad de la información, revisando que las transacciones u operaciones sean veraces y estén adecuadamente calculadas y valoradas aplicando principios de medición y reconocimiento.
- e. Comparaciones, inventarios y análisis de los activos de la entidad, realizados a través de fuentes internas y externas.
- f. Supervisión continua de los Sistemas de Información.
- g. Autorización apropiada de las transacciones por los órganos de dirección y administración.
- h. Autorización y control de documentos con información financiera.
- i. Autorizaciones y establecimiento de límites en las diferentes actividades del proceso contable.

#### 1.1.3.3.3.3. Control interno para la gestión de la tecnología

**Medida 75.** La entidad establece, desarrolla, documenta y comunica políticas de tecnología y define los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de las políticas adoptadas.

##### 1.1.3.3.3.3.1. Políticas de tecnología

**Medida 76.** La entidad cuenta con un plan de infraestructura de tecnología, que incluye, por lo menos las siguientes variables:

- a. Administración de proyectos de sistemas.
- b. Administración de la calidad.
- c. Adquisición de tecnología.
- d. Adquisición y mantenimiento de software de aplicación.
- e. Instalación y acreditación de sistemas.
- f. Administración de cambios.
- g. Administración de servicios con terceros.
- h. Administración, desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura tecnológica.
- i. Continuidad del negocio.
- j. Seguridad de los sistemas.
- k. Capacitación y entrenamiento de usuarios.
- l. Administración de los datos.
- m. Administración de instalaciones.
- n. Administración de operaciones de tecnología y documentación.

Es importante resaltar que la Junta Directiva u órgano equivalente debe conocer y hacer seguimiento a su desempeño, así como participar activamente en la definición de sus componentes, objetivos y ajustes, a lo largo del tiempo, mediante la determinación de las políticas, necesidades y expectativas de la entidad.

#### 1.1.3.3.4. RESPONSABILIDADES DENTRO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

##### 1.1.3.3.4.1. Junta Directiva u órgano equivalente

**Medida 77.** En adición a las obligaciones especiales asignadas a este órgano, o el que haga sus veces en las normas legales, estatutarias o en reglamentos vigentes de conformidad con la naturaleza jurídica de la entidad, en materia de control interno, la Junta Directiva u órgano equivalente es la instancia responsable de:

- a. Establecer, mantener y perfeccionar el SCI, el cual debe ser adecuado a la naturaleza, estructura y misión de la organización.
- b. Participar en la planeación estratégica de la entidad, aprobarla y hacerle seguimiento, para determinar su ajuste, cuando se requiera.

- c. Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SCI, con fundamento en las recomendaciones de los Comités de la Junta Directiva cuando los haya.
- d. Establecer mecanismos de evaluación formal a la gestión de los administradores y sistemas de remuneración e indemnización atados al cumplimiento de objetivos a largo plazo y los niveles de riesgo.
- e. Definir claras líneas de responsabilidad y rendición de cuentas a través de la organización.
- f. Designar a los directivos de las áreas encargadas del SCI, salvo que el régimen legal aplicable a la respectiva entidad establezca una instancia diferente para el efecto.
- g. Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Auditor Interno y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- h. Conocer los informes relevantes respecto del SCI que sean presentados por los diferentes órganos de control o supervisión e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
- i. Solicitar y estudiar, con la debida anticipación, toda la información relevante que requiera para contar con la ilustración suficiente para adoptar responsablemente las decisiones que le corresponden y solicitar asesoría experta, cuando sea necesario.
- j. Requerir las aclaraciones y formular las objeciones que considere pertinentes respecto a los asuntos que se someten a su consideración.
- k. Aprobar los recursos suficientes para que el SCI cumpla sus objetivos.
- l. Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias directamente o a través de informes periódicos que le presenten los Comités de la Junta Directiva, sobre la gestión de estos aspectos en la entidad y las medidas más relevantes adoptadas para su control, por lo menos cada seis (6) meses, o con una frecuencia mayor si así resulta procedente.
- m. Evaluar las recomendaciones relevantes que formulen los Comités de Junta Directiva cuando los haya, y de los otros órganos de control internos y externos; adoptar las medidas pertinentes y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- n. Evaluar los estados financieros, con sus notas, antes de que sean presentados al Máximo Órgano Social, teniendo en cuenta los informes y las recomendaciones que le presente el Comité de Contraloría Interna.
- o. Presentar al final de cada ejercicio al Máximo Órgano Social un informe sobre el resultado de la evaluación del SCI y sus actuaciones sobre el particular.

Todas las decisiones y actuaciones que se producen en desarrollo de las atribuciones antes mencionadas constan por escrito en el acta de la reunión respectiva y están debidamente motivadas. La Junta Directiva u órgano equivalente determina la información que debe ser divulgada a los diferentes niveles de la organización, de acuerdo con lo que considera pertinente.

#### 1.1.3.3.4.2. Representante Legal <sup>9</sup>

**Medida 78.** En adición a las obligaciones especiales asignadas al Representante Legal en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, en materia de control interno el Gerente General es la instancia responsable de:

- a. Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva u órgano equivalente en relación con el SCI.
- b. Comunicar las políticas y decisiones adoptadas por la Junta Directiva u órgano equivalente a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la entidad, quienes en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados deben procurar el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, siempre sujetos a los lineamientos por ella establecidos.
- c. Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SCI, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
- d. Implementar los diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta Directiva relacionados con el SCI.
- e. Fijar los lineamientos tendientes a crear la cultura organizacional de control, mediante la definición y puesta en práctica de las políticas y los controles suficientes, la divulgación de las normas éticas y de integridad dentro de la institución y la definición y aprobación de canales de comunicación, de tal forma que el personal de todos los niveles comprenda la importancia del control interno e identifique su responsabilidad frente al mismo.
- f. Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno.
- g. Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor.
- h. Proporcionar los recursos que se requieran para el adecuado funcionamiento del SCI, de conformidad con lo autorizado por la Junta Directiva u órgano equivalente.
- i. Certificar que los estados financieros y otros informes relevantes para el público no contienen vicios, imprecisiones o errores que impidan conocer la verdadera situación patrimonial o las operaciones de la correspondiente entidad.
- j. Establecer y mantener adecuados sistemas de revelación y control de la información para lo cual deberá diseñar procedimientos de control y revelación para que la información sea presentada en forma adecuada.
- k. Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten a quienes detecten eventuales irregularidades ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.
- l. Verificar la operatividad de los controles establecidos al interior de la entidad.

---

<sup>9</sup> O en su defecto, el Representante Legal Suplente, el cual reemplaza al Principal en sus ausencias o cuando haya inhabilidad para actuar en un caso específico.

- m. Incluir en su informe de gestión un aparte independiente en el que se dé a conocer al Máximo Órgano Social la evaluación sobre el desempeño del SCI en cada uno de sus elementos.
- n. Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada Administración del Corrupción, Opacidad y Fraude a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.
- o. Velar por el establecimiento formal de un sistema de evaluación y control de gestión, según las características propias de la entidad y de acuerdo con lo establecido en el artículo 343 de la Constitución Nacional y demás disposiciones legales vigentes.

En general, el Representante Legal es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de control y revelación, verificar su operatividad al interior de la correspondiente entidad y su adecuado funcionamiento, para lo cual demuestra la ejecución de los controles que le corresponden.

**Medida 79.** Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a cargo del Representante Legal:

- a. Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva.
- b. Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos, en los casos que aplique, y mantener informada a la Junta Directiva.
- c. Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.
- d. Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de Riesgos u Órgano equivalente sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la entidad y los controles realizados, además de los informes presentados por la Revisoría Fiscal en los casos que aplique. Lo anterior debe plasmarse en un informe a la Junta Directiva o, quien haga sus veces, y hacer énfasis cuando se presenten situaciones anormales como mínimo en algún riesgo prioritario o existan graves incumplimientos a las políticas, procesos y procedimientos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- e. Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.
- f. Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tengan relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- g. Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la entidad tanto interna como externamente, para identificar y controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.
- h. Informar de manera oportuna mediante Oficio a la Superintendencia Nacional de Salud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente o prevea que pueda presentarse como mínimo en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la entidad para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.
- i. Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Sistema de Administración de Riesgos de la entidad.

- j. Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF,
- k. Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la administración de riesgos implica para la entidad.
- l. Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
- m. Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada administración de los riesgos que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

**Medida 80.** El Representante Legal deja constancia documental de sus actuaciones relacionadas con sus responsabilidades, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto.

Adicionalmente, mantiene a disposición del Auditor Interno, el Revisor Fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SCI, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.

#### **1.1.3.3.4.3. Departamento de Contraloría Interna u órgano que cumpla funciones equivalentes**

**Preámbulo:** La contraloría interna es una actividad que se fundamenta en criterios de independencia y objetividad, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización, ayudándola a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión, control y gobierno.

En tal sentido y ante la importancia que representa la contraloría (o auditoría) interna en el control y gestión exitosos de una organización, la Superintendencia Nacional de Salud estima necesario que las entidades bajo su supervisión que cuenten con un auditor interno, contralor, juntas de vigilancia o funcionario que cumpla funciones equivalentes, adopten como referente y cumplan normas y parámetros mínimos que garanticen el ejercicio profesional e idóneo de la auditoría o contraloría interna, acorde con los estándares y mejores prácticas internacionales.

El Departamento de Contraloría Interna es uno de los componentes del SCI, de nivel gerencial o directivo, encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

Para las entidades a las que va dirigida esta Circular que pertenezcan al sector público, se admitirá el enfoque de auditoría o contraloría interna establecido en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)<sup>10</sup>. En todo caso, las oficinas o áreas de control interno, auditoría

---

<sup>10</sup> Este modelo adoptado por el Gobierno Nacional para las entidades del Estado actualmente se rige por el Decreto No. 943 de 2014 "Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)", el cual proporciona una estructura para el control a la estrategia, gestión y evaluación del desempeño institucional, con el propósito de mejorarlo mediante el fortalecimiento del control y de los procesos de evaluación.

interna o quienes hagan sus veces se les recomienda, en lo que no sea contrario a las disposiciones legales aplicables, los lineamientos básicos de la presente Circular.

En adición a lo previsto para el cumplimiento de las exigencias legales sobre garantía de la calidad, cuando a ello haya lugar, se considera como buena práctica de gobierno organizacional contar con un área, departamento o dependencia que asuma como mínimo las siguientes medidas.

#### **1.1.3.3.4.3.1. Pautas para el ejercicio de la Contraloría Interna**

##### **1.1.3.3.4.3.1.1. Objetivo y responsabilidad**

**Medida 81.** Los objetivos, la autoridad y la responsabilidad de la contraloría interna están formalmente definidos en un documento, debidamente aprobado por la Junta Directiva u órgano equivalente, en donde se establece un acuerdo con la Alta Gerencia de la entidad respecto de la función y responsabilidad de la actividad de contraloría interna, su posición dentro de la organización y la autorización al Auditor Interno para que tenga acceso a todos los registros relevantes para la ejecución de su labor.

##### **1.1.3.3.4.3.2. Independencia y objetividad**

**Medida 82.** La actividad de contraloría interna es independiente, y el Auditor Interno es objetivo en el cumplimiento de sus trabajos a través de una actitud imparcial y neutral, buscando siempre evitar conflictos de intereses.

Si la independencia u objetividad del Auditor Interno en cualquier momento se ve comprometida de hecho o en apariencia, los detalles del impedimento se dan a conocer por escrito a la Junta Directiva u órgano equivalente.

**Medida 83.** El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado y removido por la Junta Directiva u órgano equivalente.

##### **1.1.3.3.4.3.3. Pericia y debido cuidado profesional**

**Medida 84.** Tanto el Auditor Interno como su equipo de trabajo reúnen los conocimientos, las aptitudes y las competencias necesarias para cumplir con sus responsabilidades. Cuentan con asesoría y asistencia competente para aquellas áreas especializadas respecto de las cuales él o su personal no cuentan con los conocimientos necesarios.

Los Auditores Internos cumplen su trabajo con el cuidado y la pericia que se esperan de un especialista razonablemente prudente y competente.

##### **1.1.3.3.4.3.4. Programa de calidad y cumplimiento**

**Medida 85.** El Auditor Interno desarrolla y mantiene un programa de calidad y mejora que cubre todos los aspectos de la actividad de contraloría interna y revisa continuamente su eficacia. Este programa incluye evaluaciones de calidad externas e internas periódicas y supervisión interna continua. Cada parte del programa está diseñada para ayudar a la actividad de contraloría interna a añadir valor y a garantizar que cumpla con las normas aplicables a esta actividad.

Cuando el incumplimiento afecta el alcance general o el funcionamiento de la actividad de contraloría interna, se aclara esta situación a la Alta Gerencia y a la Junta Directiva u órgano competente, informándoles los obstáculos que se presentaron para generar esta situación.

A los empleados que se destinen para las dependencias de control interno se les deberá brindar capacitación periódica en auditoría y demás materias relacionadas con el control interno, de conformidad con los lineamientos que imparta el Gobierno Nacional.

#### **1.1.3.3.4.3.5. Administración de la actividad**

**Medida 86.** El Auditor Interno gestiona efectivamente la actividad que desarrolla para asegurar que su trabajo está generando valor agregado a la organización, para lo cual ejerce entre otras, las siguientes actividades:

- a. Plan anual: Establece anualmente, planes soportados en los objetivos de la entidad, de acuerdo con las mejores prácticas basadas en riesgos, a fin de determinar las prioridades de la actividad de contraloría interna, incluyendo entre otros, el derivado de las operaciones y relaciones con otras entidades del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). Esto lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva.
- b. Requerimientos: Determina los requerimientos de recursos para el adecuado ejercicio de su labor y lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva directamente o por conducto del Comité de Contraloría Interna, para la adecuada revisión y aprobación. También comunica el impacto de cualquier limitación de recursos.
- c. Políticas: Establece políticas y procedimientos para guiar la actividad de contraloría interna, en pro de asegurar la adecuada ejecución de acciones contra riesgos. Asimismo, comparte información y coordina actividades con los otros órganos de control para lograr una cobertura adecuada y minimizar la duplicación de esfuerzos.
- d. Condiciones de los informes: Los informes emitidos por el Auditor Interno son precisos, objetivos, claros, constructivos, completos y oportunos. Igualmente, están debidamente soportados en evidencias suficientes y realizan el seguimiento a las acciones tomadas por la administración frente a estas comunicaciones.
- e. Código de Ética del Auditor Interno que tendrá como bases fundamentales, la integridad, objetividad, confidencialidad, conflictos de interés y competencia de éste.
- f. Carta de representación en la que se establezca la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información presentada a las Oficinas de Control Interno.
- g. Estatuto de auditoría, en el cual se establezcan y comuniquen las directrices fundamentales que definirán el marco dentro del cual se desarrollarán las actividades de la Unidad u Oficina de Control Interno, según los lineamientos de las normas internacionales de auditoría.

En lo relacionado al ejercicio de la Contraloría Interna, las IPS públicas deberán tener en cuenta lo señalado por la ley 87 de 1993 y el decreto 1083 de 2015.

#### 1.1.3.3.4.3.6. Funciones

**Medida 87.** La actividad de contraloría interna evalúa y contribuye a la mejor de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno de la entidad, utilizando un enfoque sistemático y disciplinado, que incluye por lo menos las siguientes funciones:

- a. Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del SCI.
- b. Verificar que el SCI esté formalmente establecido dentro de la organización y que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos y, en particular, de aquellos que tengan responsabilidad de mando.
- c. Verificar que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización se cumplan por los responsables de su ejecución y en especial, que las áreas o empleados encargados de la aplicación del régimen disciplinario ejerzan adecuadamente esta función.
- d. Verificar que los controles asociados con todas y cada una de las actividades de la organización, estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren permanentemente, de acuerdo con la evolución de la entidad.
- e. Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización y recomendar los ajustes necesarios.
- f. Servir de apoyo a los directivos en el proceso de toma de decisiones, a fin de que se obtengan los resultados esperados.
- g. Verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y los sistemas de información de la entidad y recomendar los correctivos que sean necesarios.
- h. Fomentar en toda la organización la formación de una cultura de control que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional, sin perjuicio de la autoevaluación y el autocontrol que corresponden a cada funcionario de la entidad.
- i. Evaluar y verificar la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana, que, en desarrollo del mandato constitucional y legal, diseñe la entidad correspondiente.
- j. Mantener permanentemente informados a los directivos acerca del estado del control interno dentro de la entidad, dando cuenta de las debilidades detectadas y de las fallas en su cumplimiento.
- k. Verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas;
- l. Las demás que le asigne el jefe del organismo o entidad, de acuerdo con el carácter de sus funciones.
- m. Gestión de salud: Evalúa la eficacia del sistema de gestión de salud de la entidad para verificar si se están cumpliendo las políticas y directrices trazadas por la Junta Directiva.
- n. Gobierno interno: La actividad de contraloría interna evalúa y hace las recomendaciones apropiadas para mejorar el proceso de gobierno interno, para lo cual evalúa el diseño, implantación y eficacia de los objetivos, programas y actividades de la organización.
- o. El Auditor Interno establece un proceso de seguimiento, para supervisar y verificar que las acciones de la dirección, si llegasen a existir, hayan sido efectivamente implantadas. Este aspecto queda debidamente documentado.

- p. Comunicación de resultados: El Auditor Interno deberá comunicar los resultados de su labor, en forma objetiva, clara, constructiva, completa y oportuna. Deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del SCI, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública. Dicho informe contiene por lo menos lo siguiente:
- i. Identificación de los temas, procesos, áreas o materias objeto del examen, el periodo y criterios de evaluación y la responsabilidad sobre la información utilizada, precisando que la responsabilidad del Auditor Interno es señalar los hallazgos y recomendaciones sobre los Sistemas de Control Interno.
  - ii. Especificación respecto a que las siguientes evaluaciones se realizaron de acuerdo con la regulación, las políticas definidas por la Junta Directiva u órgano equivalente y mejores prácticas de contraloría sobre el particular: evaluación de la confiabilidad de los sistemas de información contable, financiera y administrativa; evaluación sobre el funcionamiento y confiabilidad del SCI; evaluación de la calidad y adecuación de los sistemas establecidos para garantizar el cumplimiento con las leyes, regulaciones, políticas y procedimientos y evaluación de la calidad y adecuación de otros sistemas y procedimientos; análisis de la estructura organizacional y evaluación de la adecuación de los métodos y recursos en relación con su distribución.
  - iii. Resultados de la evaluación realizada respecto a la existencia, funcionamiento, efectividad, eficacia, confiabilidad y razonabilidad de los Sistemas de Control Interno.
  - iv. Información de la forma en que fueron obtenidas sus evidencias, indicando cuál fue el soporte técnico de sus conclusiones.
  - v. Indicación sobre las limitaciones encontradas para realizar sus evaluaciones, para tener acceso a información u otros eventos que puedan afectar el resultado de las pruebas realizadas y las conclusiones.
  - vi. Relación de las recomendaciones formuladas sobre deficiencias materiales detectadas, mencionando los criterios generales que se tuvieron en cuenta para determinar la importancia de las mismas.
  - vii. Resultados del seguimiento a la implementación de las recomendaciones formuladas en informes anteriores.
  - viii. Los demás dispuestos por la Ley

**PARAGRAFO:** Por otro lado, en ningún caso, podrá el asesor, coordinador, auditor interno o quien haga sus veces, participar en los procedimientos administrativos de la entidad a través de autorizaciones y refrendaciones.

#### 1.1.3.3.4.4. ÓRGANOS EXTERNOS

##### 1.1.3.3.4.4.1. Revisor Fiscal

**Medida 88.** *La Entidad cuenta con una política para la designación del Revisor Fiscal, aprobada por la Junta Directiva, en la que figuran:*

- a. Reglas de selección del Revisor Fiscal, basadas en criterios de profesionalidad, experiencia y honorabilidad.
- b. Duración máxima del contrato y prórrogas aplicables. En este sentido, cuando la revisoría fiscal es una persona jurídica, la Entidad establece su cambio a más tardar cada 5 años. Cuando es personal natural se cambia a más tardar cada tres años
- c. La conformación y calidades del equipo de trabajo que acompañan al Revisor Fiscal.
- d. Reglas para garantizar que los ingresos provenientes de la entidad no superan el tres por ciento (3%) de sus ingresos totales.

Para el caso específico de IPS, se sigue lo previsto en el artículo 232 de la Ley 100 de 1993 o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen.

**Medida 89.** El diseño, desarrollo y aplicación de las políticas de gestión de los riesgos prioritarios, deberá comprender los procesos de auditoría por parte de la Revisoría Fiscal.

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, la Revisoría Fiscal deberá dar cuenta por escrito cuando menos, de forma anual a la Junta Directiva o quien haga sus veces, y al Representante Legal, del estricto cumplimiento a las disposiciones contenidas en la Circular Única, debiendo incluir el pronunciamiento expreso sobre el Sistema Integrado de gestión de Riesgos dentro del dictamen que rinda respecto de los estados financieros.

De conformidad con lo previsto en los numerales 1, 2 y 3 del artículo 207 del Código de Comercio, el Revisor Fiscal deberá cerciorarse que las operaciones, negocios y contratos que celebre o cumpla la entidad, se ajustan a las instrucciones y políticas aprobadas.

De igual forma, deberá poner en conocimiento del Comité de Riesgos y del Representante Legal, las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos o la violación a los controles y límites establecidos.

Finalmente, deberá rendir informes de manera oportuna y permanente sobre las irregularidades que en la aplicación de la Circular Única advierta en el ejercicio de sus funciones, cuando las mismas sean materiales, y sobre el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Circular, y que le sean solicitadas por la Superintendencia Nacional de Salud. En consecuencia, el Revisor Fiscal debe establecer las medidas necesarias que le permitan cumplir con lo señalado en esta medida.

#### **1.1.3.4. GRUPOS DE INTERÉS**

##### **1.1.3.4.1. Rendición de Cuentas**

###### **1.1.3.4.1.1. Frente al Público**

**Medida 90.** En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se dará información sobre la gestión integral adelantada por la entidad, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor.

###### **1.1.3.4.1.2. Frente a las Autoridades Locales**

**Medida 91.** La Junta Directiva de la entidad designa un interlocutor, miembro de la Alta Gerencia, para atender las relaciones con el(los) Secretario(s) de Salud sobre:

- a. Coordinación de actividades de salud pública.
- b. Acceso de los usuarios a los servicios de salud y calidad de los mismos.
- c. Sistema de atención al usuario.
- d. Procedimientos para que estos representantes de las autoridades locales puedan establecer comunicación con la Junta Directiva como segunda instancia de dicho interlocutor.

Esta medida aplica únicamente para las Instituciones Prestadoras de Salud.

###### **1.1.3.4.1.3. Frente a la comunidad científica y médica**

**Medida 92.** La entidad realiza anualmente una convocatoria dirigida a expertos en medicina, salud pública y epidemiología con miras a realizar una rendición de cuentas académica. En esta reunión:

- a. Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de sus sistemas de administración de riesgo en salud, así como las mediciones o evaluaciones del impacto de sus programas de salud.
- b. Asisten los Directores de la Junta Directiva. El Presidente de la Junta Directiva presidirá la reunión.

###### **1.1.3.4.1.4. Frente a la Superintendencia Nacional de Salud**

**Medida 93.** La entidad aporta oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud la información detallada para que ésta pueda supervisar la integridad y rigor de las metodologías de gestión del riesgo en salud y financiero, el sistema de atención al usuario y el SCI. Asimismo, la entidad cumple a cabalidad con todas las instrucciones emitidas por esta Superintendencia.

###### **1.1.3.4.1.5. Transparencia en la Contratación de Prestadores**

**Medida 94.** La entidad tiene un documento, aprobado por acta de la Junta Directiva, que especifica los criterios que aplica para conformar la red de prestadores en las zonas donde

opera. El documento considera los diferentes tipos de prestadores y de atención en salud. E incluye consideraciones cuantitativas, especialidades y también cualitativas siempre que estén basadas en criterios objetivos.

**Medida 95.** La entidad cuenta con una política aprobada por la Junta Directiva, que especifica los criterios con los cuales evalúa a los prestadores contratados y la forma como los aplica.

**Medida 96.** Los prestadores pueden conocer el resultado de sus respectivas evaluaciones. Los resultados tienen en cuenta la suficiencia de información médica aportada por el prestador.

#### **1.1.3.4.1.6. Transparencia en la Contratación de Personal Médico**

**Medida 97.** La entidad tiene un documento, aprobado por resolución de la Junta Directiva, que especifica los criterios que aplica y perfiles que tiene en cuenta para seleccionar y vincular el cuerpo médico. El documento considera las diferentes especialidades y tiene previsiones claras para abrir nuevos procesos de selección y vinculación teniendo como criterio principal la necesidad del servicio.

#### **1.1.3.4.1.7. Transparencia en la Política de Pagos**

**Medida 98.** La entidad cuenta con una política aprobada por la Junta Directiva, que especifica los criterios con los cuales administra la liquidez y los plazos de pagos a los proveedores. En caso de que la entidad haga parte de un Grupo Empresarial, no existe discriminación en contra de proveedores externos al Grupo Empresarial respecto de los plazos de pago. Adicionalmente, la revisoría fiscal se pronuncia ante la Asamblea General respecto del cumplimiento de esta política.

#### **1.1.3.4.1.8. Transparencia en la Política de Compras**

**Medida 99.** La entidad tiene una política de compras, aprobada por la Junta Directiva, que incluye los criterios y procedimientos, así como las áreas responsables para la adquisición de bienes y servicios necesarios para la operación y sus respectivas atribuciones. Para las categorías de bienes y servicios y las cuantías que la entidad define, hay pluralidad de oferentes y comparación de ofertas con criterios predefinidos.

### **1.1.3.5. REVELACIÓN DE INFORMACIÓN**

#### **1.1.3.5.1. Política General de Revelación de Información**

**Medida 100.** La Junta Directiva aprueba una política de revelación de información, en la que se identifica, como mínimo, lo siguiente:

- a. Identificación del departamento o unidad responsable al interior de la entidad de desarrollar la política de revelación de información.

- b. La información que se debe revelar.
- c. La forma como se debe revelar esa información.
- d. A quién se debe revelar la información, discriminando a miembros del Máximo Órgano Social, las autoridades y el público general, entre otros grupos de interés (*stakeholders*).
- e. En lo relacionado con los reportes a las autoridades, se identifican los responsables de generar los datos incluidos en reportes como Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Cuenta de Alto Costo, Estadísticas Vitales y los relacionados con la Superintendencia Nacional de Salud, así como de establecer y aplicar los controles para garantizar su integridad y oportunidad. Esto sin perjuicio de la responsabilidad que al respecto recae sobre la Junta Directiva y la Alta Gerencia.
- f. Mecanismos para asegurar la máxima calidad oportunidad, veracidad, suficiencia y representatividad de la información revelada.
- g. Procedimiento para la calificación de la información como reservada o confidencial y para el manejo de esta información frente a las exigencias de revelación de la normativa vigente.

#### 1.1.3.5.1.1. Frente a las Autoridades

**Medida 101.** La entidad establece procedimientos para que la contraloría interna y la revisoría fiscal hagan una evaluación independiente y se pronuncien sobre la calidad de los datos en salud que la entidad reporta a las diferentes autoridades (incluyendo entre otros RIPS, SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo y Estadísticas Vitales), y al público general.

#### 1.1.3.5.1.2. Frente al Público

##### 1.1.3.5.1.2.1. Información sobre la entidad

**Medida 102.** La entidad cuenta con una página web que contiene información relevante de su institución -preservando el habeas data-, útil para cada una de las partes interesadas, que incluye al menos estos vínculos o enlaces<sup>11</sup>:

##### 1.1.3.5.1.2.1.1. Información de la Entidad

La página web cuenta con una sección “acerca de la entidad” que incluye, sin limitarse a ello: historia, principales datos, visión y valores, modelo de organización, modelo de gobierno y en el caso de Grupos Empresariales las relaciones entre matriz y subordinadas, entre otros temas.

##### 1.1.3.5.1.2.1.2. Información sobre los miembros o propietarios

La página web cuenta con una sección “acerca de los miembros o propietarios” que incluye, sin limitarse a ello:

---

<sup>11</sup> De no ser posible mediante página web, la publicación podrá realizarse a través de carteles en lugares visibles de las instalaciones físicas de la entidad.

- a. Las sociedades comerciales explican quiénes son sus propietarios, señalando los que tengan al menos el 5% de la propiedad, y sus respectivas participaciones.
- b. Las cooperativas y mutuales indican el número de miembros, discriminando las personas naturales y jurídicas. Explican el perfil de las personas naturales afiliadas (estadísticas sobre profesiones u ocupaciones, departamentos o ciudades de residencia, u otros datos que se consideren pertinentes). E identifican las personas jurídicas afiliadas.
- c. Las cajas de compensación familiar indican el número de empresas afiliadas y su perfil (por tamaño y sector económico). E identifican los 10 empleadores más grandes afiliados a la respectiva caja.

#### **1.1.3.5.1.2.1.3. Información sobre la administración**

La entidad identifica en su página web a los Directores de la Junta Directiva (u órgano equivalente), y a los miembros de la Alta Gerencia. En ambos casos se incluyen los principales datos de sus hojas de vida, sus fechas de nombramiento y se indica si pertenecen o han pertenecido a otras Juntas Directivas.

#### **1.1.3.5.1.2.1.4. Información sobre los órganos de control**

La entidad identifica en su página web la organización o la persona que dirige el SCI. Identifica asimismo las entidades o personas que han ejercido la revisoría fiscal en el presente y en el pasado con sus respectivas fechas. Incluye datos relevantes sobre las calificaciones e idoneidad de quienes ejercen la contraloría interna y la revisoría fiscal. En el caso de las cooperativas y mutuales los órganos de control incluyen las juntas de vigilancia.

#### **1.1.3.5.1.2.1.5. Información sobre los usuarios**

Estadísticas sobre su número, perfil demográfico y distribución geográfica.

#### **1.1.3.5.1.2.2. Información sobre Salud**

**Medida 103.** La página web de la entidad incluye información sobre las actividades y resultados en salud. Tiene, al menos, datos relevantes sobre:

- a) Servicios habilitados y en operación.
- b) Volumen de procedimientos y actividades en salud realizados.
- c) Información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso, así como de resultados en salud.
- d) Información sobre el recurso humano de la institución.
- e) Actividades de promoción y prevención de la salud.
- f) Las tarifas mínimas y máximas por tipo de pagador, presentando las principales estadísticas descriptivas en cada uno.

### 1.1.3.5.1.2.3. Información Financiera

**Medida 104.** La página web de la entidad incluye información financiera y administrativa. Puede incluir presentaciones (de resultados, de operaciones), informes financieros, de gestión, información a entes supervisores y noticias significativas. Adicionalmente, incluye al menos los resultados financieros trimestrales, presentados de manera consistente con los reportes de la entidad a la Superintendencia Nacional de Salud.

Entre la información revelada, se incluye cualquier ayuda financiera recibida del Estado y los compromisos derivados de asociaciones público-privadas.

### 1.1.3.5.1.3. Frente a los miembros del Máximo Órgano Social

#### 1.1.3.5.1.3.1. Informe de Gobierno Organizacional

**Medida 107.** La entidad prepara anualmente un Informe de Gobierno Organizacional, de cuyo contenido es responsable la Junta Directiva, previa revisión e informe favorable del Comité de Contraloría Interna, que se presenta junto con el resto de los documentos de cierre de ejercicio.

Este informe debe ser publicado en la página web de la entidad con el fin de ponerlo en conocimiento de sus diferentes grupos de interés.

Para las entidades que hacen parte de Grupos Empresariales, el informe se puede presentar por su sociedad matriz, no obstante, este tiene que incluir la información explícita de dicha entidad y cumplir a cabalidad con las medidas y recomendaciones que contiene la presente Circular.

**Medida 108.** La estructura del Informe Anual de Gobierno Organizacional de la entidad está alineada con el siguiente esquema:

#### 1.1.3.5.1.3.1.1. Estructura de la propiedad de la entidad o Grupo Empresarial.

- a. Capital y estructura de la propiedad de la entidad.
- b. Identidad de los miembros del Máximo Órgano Social que cuenten con participaciones significativas (participaciones mayores o igual al 5%), directas e indirectas.
- c. Información de las acciones de las que directamente (a título personal) o indirectamente (a través de entidades u otros vehículos) sean propietarios los Directores de la Junta Directiva y de los derechos de voto que representen.
- d. Relaciones de índole familiar, comercial, contractual o societaria que existan entre los titulares de las participaciones significativas en la propiedad o el control de la entidad, o entre los titulares de participaciones significativas entre sí.
- e. Negociaciones que los Directores de la Junta Directiva, de la Alta Gerencia y demás administradores han realizado con las acciones y los demás valores emitidos por la entidad.
- f. Síntesis de los acuerdos entre miembros del Máximo Órgano Social de los que se tenga conocimiento.

g. Acciones propias en poder de la entidad.

**1.1.3.5.1.3.1.2. Estructura de la administración de la entidad o Grupo Empresarial.**

- a. Composición de la Junta Directiva e identificación del origen o procedencia de cada uno de los Directores y de los miembros de los Comités constituidos en su seno. Fecha de primer nombramiento y posteriores.
- b. Hojas de vida de los Directores de la Junta Directiva.
- c. Cambios en la Junta Directiva durante el ejercicio.
- d. Directores de la Junta Directiva de la matriz que se integran en las Juntas Directivas de las entidades subordinadas o que ocupan puestos ejecutivos en estas (caso de Grupos Empresariales).
- e. Políticas aprobadas por la Junta Directiva durante el periodo que se reporta.
- f. Proceso de nombramiento de los Directores.
- g. Política de remuneración de la Junta Directiva.
- h. Remuneración de la Junta Directiva y miembros de la Alta Gerencia.
- i. Quórum de la Junta Directiva.
- j. Datos de asistencia a las reuniones de la Junta Directiva y de los Comités.
- k. Presidente de la Junta Directiva (funciones y temas claves).
- l. Secretario de la Junta Directiva (funciones y temas claves).
- m. Relaciones durante el año de la Junta Directiva con el Revisor Fiscal, analistas financieros, bancas de inversión y agencias de calificación.
- n. Asesoramiento externo recibido por la Junta Directiva.
- o. Política de revelación de información establecida por la Junta Directiva.
- p. Actividades de los Comités de la Junta Directiva.
- q. Información sobre la realización de los procesos de evaluación de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia, así como síntesis de los resultados.

**1.1.3.5.1.3.1.3. Operaciones con partes vinculadas**

- a. Atribuciones de la Junta Directiva sobre este tipo de operaciones y situaciones de conflictos de interés.
- b. Revelación de información sobre propiedad indirecta, es decir, la revelación de las diferentes capas de propiedad indirecta y control indirecto, con el fin de identificar Partes Vinculadas que no son evidentes en los propietarios directos o en los miembros del Máximo Órgano Social.
- c. Detalle de las operaciones con Partes Vinculadas más relevantes a juicio de la entidad, incluidas las operaciones entre entidades del Grupo Empresarial.
- d. Conflictos de interés presentados y actuación de los Directores de la Junta Directiva.
- e. Mecanismos para resolver conflictos de interés entre entidades del mismo Grupo Empresarial y su aplicación durante el ejercicio.

#### 1.1.3.5.1.3.1.4. Sistemas de gestión de riesgos de la entidad o Grupo Empresarial

- a. Explicación del SCI de la entidad o Grupo Empresarial y sus modificaciones durante el ejercicio.
- b. Descripción de la política de riesgos y su aplicación durante el ejercicio.
- c. Materialización de riesgos durante el ejercicio.
- d. Planes de respuesta y supervisión para los principales riesgos.

#### 1.1.3.5.1.3.2. **Salvedades del Revisor Fiscal**

**Medida 109.** De existir salvedades en el informe del Revisor Fiscal, estas y las acciones que la entidad plantea para solventar la situación son objeto de pronunciamiento ante los miembros del Máximo Órgano Social reunidos en Asamblea General, por parte del presidente del Comité de Contraloría Interna. Cuando ante las salvedades y/o párrafos de énfasis del Revisor Fiscal, la Junta Directiva considera que debe mantener su criterio, esta posición es adecuadamente explicada y justificada mediante informe escrito a la Asamblea General, concretando el contenido y el alcance de la discrepancia.

#### 1.1.3.5.1.4. **Partes Vinculadas**

**Medida 110.** Las operaciones con o entre Partes Vinculadas que, por medio de parámetros objetivos tales como volumen de la operación, porcentaje sobre activos, ventas u otros indicadores, sean calificadas como materiales por la entidad, se incluyen con detalle en la información financiera pública, así como la mención a la realización de operaciones con empresas off-shore.

#### 1.1.3.5.1.5. **Grupos Empresariales**

**Medida 111.** En el caso de Grupos Empresariales, la revelación de información a terceros es integral y transversal, referente al conjunto de empresas, que permita a los terceros externos formarse una opinión fundada sobre la realidad, organización, complejidad, actividad, tamaño y modelo de gobierno del Grupo Empresarial.

### 1.1.3.6. **TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL**

#### 1.1.3.6.1. **Medidas de conducta**

**Medida 112.** La entidad cuenta con lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética de la organización en el día a día. Estos deben contener los principios, valores y directrices que todo empleado de la entidad debe tener en cuenta en el ejercicio de sus funciones, en coherencia con lo dispuesto en este capítulo para el tema de Buen Gobierno.

La entidad debe propender por adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas a implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética, transparente, de lucha contra la corrupción, opacidad, fraude, una gestión antisoborno, y un **Código de Integridad** que esté acompañado de valores como: **Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia**, entre los demás valores que consideren relevantes las entidades.

Los objetivos de estas políticas, medidas, acciones y valores del código de integridad son prevenir, detectar, y, cuando sea del caso, denunciar la corrupción, la opacidad y el fraude que, en cualquiera de sus formas, eventualmente se pueda presentar, por parte o en contra de una entidad.

La implementación y seguimiento de estas medidas van estrechamente ligados a las políticas y principios establecidos por la entidad, y deben estar provistos en el Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de Buen Gobierno), de ahí la importancia de su implementación y mejoramiento continuo.

En el caso de las IPS públicas, los lineamientos a las que se refiere esta medida serán construidas teniendo en cuenta lo establecido al respecto por la ley 1474 de 2011, ley 190 de 1995 o las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen.

**Medida 113.** Los lineamientos de Conducta están estructurados como mínimo, sobre los siguientes pilares temáticos:

- a. Los principios éticos y valores institucionales
- b. Código de integridad que reúna como mínimo los siguientes valores: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia<sup>12</sup>.
- c. Direccionamiento estratégico de la entidad
- d. Las políticas para propender una gestión ética, en la interacción con los diferentes grupos de interés; entre la empresa y los usuarios internos y externos, entre los empleados y el manejo de la información y uso de los bienes, así como en lo relacionado con la interacción con actores externos, la sociedad, el Estado, la competencia, el medio ambiente, entre otros.
- e. Pautas que guíen las relaciones con cada uno de los grupos de interés de la entidad
- f. Pautas de conducta frente a la corrupción, la opacidad, el fraude y la gestión antisoborno.
- g. El tratamiento de las actuaciones ilegales o sospechosas
- h. Pautas de comportamiento frente a regalos e invitaciones
- i. Principios de responsabilidad social empresarial
- j. Mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de Conducta.
- k. El establecimiento de los procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión ética institucional.

En el caso de las IPS públicas, los lineamientos a las que se refiere esta medida serán construidas teniendo en cuenta lo establecido al respecto por la ley 1474 de 2011, ley 190 de 1995 o las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen.

---

<sup>12</sup> Las entidades públicas seguirán los lineamientos que estipule el Departamento Administrativo de la Función Pública.

**Medida 114.** Los lineamientos de Conducta establecen pautas de comportamiento relacionadas con:

- a. La obligación de informar sobre actuaciones ilegales o sospechosas de los diferentes grupos de interés.
- b. El compromiso con la protección y uso adecuado de los activos de la entidad.
- c. La importancia de colaborar con las autoridades.
- d. El manejo de la información confidencial y privilegiada de la entidad.

#### **1.1.3.6.2. Programa De Transparencia y Ética Empresarial**

El PTEE, hace parte de las Políticas de Gobierno Organizacional enfocadas en prevenir que en las entidades se presenten fenómenos de Corrupción, Opacidad y Fraude - COF y soborno, manteniendo los esfuerzos para operar de manera eficaz y responsable frente a cualquier acto.

Los PTEE deberán elaborarse y desarrollarse de acuerdo con las condiciones específicas de cada entidad. De cualquier manera, el PTEE debe permitirles a las entidades, prevenir, detectar y corregir situaciones que tengan la potencialidad de convertirse en una práctica indebida o fraudulenta.

**Medida 115.** El PTEE compila de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación del riesgo de COF y soborno, así como los principios y valores éticos que cada entidad considere apropiados, para llevar a cabo su operación de manera ética, transparente y honesta. En consecuencia, cualquier modificación al PTEE y a la Política de Gestión de Riesgos, se incorpora de forma detallada y rigurosa en el documento correspondiente de acuerdo con lo aprobado por el órgano correspondiente.

**Medida 116.** La entidad diseña el PTEE con fundamento en una evaluación exhaustiva de los riesgos de COF y Soborno, y, otras prácticas que cada entidad tenga intención de mitigar. El PTEE debe estar aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces.

**Medida 117.** La entidad detalla en el PTEE los empleados o colaboradores a los que les corresponde el ejercicio de las facultades y funciones necesarias frente al diseño, implementación y ejecución del PTEE.

Las funciones y facultades se traducen en reglas de conducta que orienten la actuación de sus empleados, asociados, administradores y demás vinculados o partes interesadas. De esta forma, tales asignaciones constan por escrito.

**Medida 118.** La entidad realiza las siguientes acciones para poner en marcha el PTEE:

- a. Asume un compromiso dirigido a la prevención del riesgo de COF y soborno, así como de cualquier otra práctica corrupta, de forma tal que la entidad pueda llevar a cabo sus actividades de manera ética, transparente y honesta.
- b. Determina las acciones pertinentes contra los administradores, asociados y cualquier empleado de la entidad, cuando cualquiera de los anteriores infrinja lo previsto en el PTEE.

- c. Establece una estrategia de comunicación para garantizar la divulgación del PTEE en los empleados, asociados, contratistas y la ciudadanía en general. La estrategia cuenta como mínimo con los siguientes elementos:
  - i. La divulgación tanto en el ámbito interno y externo del compromiso relacionado con la prevención de cualquier práctica corrupta.
  - ii. La puesta en marcha de mecanismos adecuados para comunicar a los asociados, administradores y empleados, de manera clara y simple, los beneficios del PTEE, así como las consecuencias de infringirlo.

**Medida 119.** La entidad delega en el Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces, la administración del PTEE. La entidad determina de manera expresa (i) el perfil del administrador del PTEE; (ii) las incompatibilidades e inhabilidades; (iii) la administración de conflictos de interés; y (iv) las funciones específicas que se le asignen a la persona que tenga dicha responsabilidad, adicionales a las establecidas en otras medidas o normas.

**Medida 120.** Además de las funciones que se le asignan a la persona encargada de la administración del PTEE, cumple como mínimo con las siguientes:

- a. Presentar con el representante legal, para aprobación de la junta directiva o quien haga sus veces, la propuesta del PTEE.
- b. Presentar, por lo menos una vez al año, informes de la gestión del PTEE a la junta directiva o quien haga sus veces. Como mínimo los informes contienen una evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del PTEE y, de ser el caso, proponer las mejoras respectivas. Así mismo, demostrar los resultados de la gestión de la persona encargada de la administración del PTEE.
- c. Velar porque el PTEE se articule con las Políticas de Riesgo adoptadas por la junta directiva o quien haga sus veces.
- d. Velar por el cumplimiento efectivo, eficiente y oportuno del PTEE.
- e. Garantizar la implementación de canales apropiados para permitir que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, acerca de incumplimientos del PTEE y posibles actividades sospechosas relacionadas con COF y Soborno.
- f. Verificar la debida aplicación de la política de protección a denunciantes que la entidad haya establecido.
- g. Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación del PTEE.
- h. Realizar la evaluación del cumplimiento del PTEE como mínimo una vez al año.

## CAPITULO SEGUNDO SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

### 1.2.1. GENERALIDADES DE LA GESTIÓN DE RIESGOS

En desarrollo de la operación que tienen las entidades sometidas a la Inspección, Vigilancia y Control de esta Superintendencia, existe una exposición a diversos riesgos inherentes, que deben ser identificados y administrados en un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, que promueva el autocontrol y la autorregulación, a fin de evitar o mitigar la ocurrencia de eventos que impacten negativamente los objetivos del SGSSS.

Las entidades vigiladas deben tener la capacidad institucional para identificar, evaluar, controlar y mitigar los riesgos que puedan afectar el logro de sus objetivos y, especialmente, el cumplimiento de los objetivos del SGSSS y sus obligaciones contractuales.

Las entidades vigiladas deberán diseñar y adoptar un Sistema de Administración de Riesgos de acuerdo con su tamaño, estructura, actividad económica y demás características particulares. Para tal efecto, deberán establecer y preservar estándares que permitan contar con personal idóneo para la administración de los riesgos a los que estén expuestas que surjan de sus actividades en salud; y la gestión dependerá de la discrecionalidad y organización que su administrador les quiera dar para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar los siguientes riesgos y sus respectivos subsistemas de administración: Riesgo en Salud, Riesgo Actuarial, Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Mercado de Capitales, Riesgo Operacional, Riesgo de Fallas del Mercado de Salud, Riesgo de Grupo, Riesgo Reputacional, Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, y el Riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.

El sistema debe comprender el diseño, aprobación e implementación de políticas y procedimientos para la prevención y control de los diferentes riesgos a los que este expuesta la entidad. Las políticas y procedimientos que se adopten deben permitir el eficiente, efectivo y oportuno funcionamiento de los subsistemas y traducirse en reglas de conducta y procedimientos que orienten la actuación de la entidad, sus empleados y socios.

Los parámetros establecidos son los mínimos requeridos, por lo que las entidades podrán adoptar reglas y prácticas por encima de lo exigido.

El Sistema de Administración de Riesgos como los Subsistemas que lo componen, deben contar al menos con los siguientes elementos mínimos: i) Ciclo General de Gestión de Riesgos, ii) Políticas de gestión de riesgos, iii) Procesos y Procedimientos, iv) Documentación, v) Estructura Organizacional, vi) Infraestructura Tecnológica y vii) Divulgación de la Información y Capacitaciones.

Aquellas entidades que a la fecha ya cuenten con políticas, procedimientos y Subsistemas de prevención y control adoptados para gestionar estos riesgos, deberán examinarlas y ajustarlas a la luz de los parámetros y lineamientos mínimos dispuestos por la

Superintendencia Nacional de Salud. Las entidades vigiladas deben tener a disposición de esta Superintendencia los medios verificables a través de los cuales se demuestre la realización de dicha revisión.

Es deber de las entidades revisar periódicamente las etapas que comprenden el ciclo y los elementos que hacen parte de cada Subsistema, con el fin de realizar los ajustes que consideren necesarios para su efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento, de tal forma que se tenga en cuenta en todo momento las condiciones particulares de cada entidad y las del mercado en general.

## **1.2.2. ELEMENTOS MÍNIMOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS**

Para efectos de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos al interior de cada una de las entidades, como mínimo se debe tener en cuenta los elementos generales que a continuación se desarrollan para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos:

### **1.2.2.1. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS**

Para cada una de las categorías de riesgo a supervisar por esta Superintendencia, se incluyen las siguientes etapas en los Subsistemas de Administración de Riesgos:

#### **1.2.2.1.1. Identificación de riesgos**

Consiste en reconocer, explorar exhaustivamente y documentar todos los riesgos internos y externos que podrían afectar tanto los objetivos de la entidad como la salud de los usuarios a su cargo, en los casos que aplica, identificando sus causas, efectos potenciales y la posible interrelación entre los diferentes tipos de riesgos, para lo cual se recomienda la utilización de normas técnicas nacionales o internacionales.

Para esta identificación, las entidades podrán seleccionar las metodologías y técnicas que consideren más adecuadas, dentro de las que se encuentran estudios científicos, encuestas, entrevistas estructuradas con expertos, talleres, lluvia de ideas, técnicas de escenarios, entre otros. De igual manera, para la identificación de los riesgos se puede utilizar la información que generan las entidades de acuerdo con el modelo de salud y el modelo de negocio, así como todos los datos y documentos disponibles en el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, y cualquier otra entidad competente.

#### **1.2.2.1.2. Evaluación y medición de riesgos**

Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. También se deberá considerar el análisis de los riesgos inherentes y residuales, y su participación en el riesgo neto global. Se entenderá por valoración del riesgo, la medida cualitativa o cuantitativa, de su probabilidad de ocurrencia y su posible impacto.

En la medida que avance el plan de implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, las entidades deberán contar con evaluaciones cuantitativas o cualitativas relacionadas con la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados y su impacto; independientemente del modelo que se adopte, justificado en los avances de la información disponible, estos deben estar sustentados técnicamente y documentados.

Las entidades deben contar con información suficiente, completa y de calidad para generar los mejores pronósticos. Si la entidad no cuenta con información suficiente, esta debe establecer mecanismos para tener estimaciones consistentes para cada uno de los riesgos asumidos y deberá documentar las hipótesis y supuestos de sus modelos, así como la información que se tuvo en cuenta para su cálculo, mientras logra obtener la información requerida y necesaria.

#### **1.2.2.1.3. Tratamiento y control de los riesgos**

Una vez identificados y evaluados los riesgos, a excepción de los riesgos en salud, deben compararse con los límites (tolerancia) de riesgos aprobados por la instancia definida en el Gobierno Organizacional de la entidad y su política de riesgos, siempre dentro del marco normativo como referencia. Todo riesgo que exceda los límites o desviaciones aceptadas debe ser objeto de actividades de mitigación y control a fin de regresar al nivel de riesgo tolerado, conforme la estrategia adoptada.

Todas las acciones de gestión del riesgo deberán identificar formalmente responsables, plazos y formas de ejecución, y reportes de avances los cuales deben corresponder a la complejidad de la operación de la entidad. Asimismo, deberán estar aprobadas por la instancia del Gobierno Organizacional que corresponda.

Por otro lado, los riesgos que no exceden el límite deben ser vigilados; las cifras que sean muy inferiores a lo que se podría considerar una frecuencia estadística usual para un evento en particular, deben ser objeto de investigación de la entidad para demostrar que no existe subregistro o ausencia de notificación por parte del personal al que corresponde tal responsabilidad.

#### **1.2.2.1.4. Seguimiento y monitoreo**

Una vez establecidos los posibles mecanismos o un conjunto de estos, para la mitigación y control de los riesgos que se han identificado como relevantes para la entidad y después de realizar un análisis de causa y efecto para determinar los puntos más críticos a intervenir con mayor prelación, esta deberá poner en práctica tales mecanismos y reflejarlos en un plan de implementación de las acciones diseñadas en la fase anterior, guardando correspondencia con las características particulares de cada entidad, teniendo en cuenta el grado de complejidad, el tamaño y el volumen de sus operaciones.

Con el fin de realizar el respectivo seguimiento, monitoreo permanente y continuo de la evolución de los perfiles de riesgo y la exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de cada uno de los riesgos identificados, la entidad debe desarrollar un sistema de alertas tempranas que facilite la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización, con una periodicidad acorde con los eventos y factores de riesgo

identificados como potenciales, así como con la frecuencia y naturaleza de los mismos. El diseño de dicho sistema de alertas debe incluir la definición de los límites máximos de exposición o niveles aceptables de riesgo previamente establecidos por la entidad teniendo en cuenta los análisis realizados, la normatividad vigente y los criterios definidos en la política de gestión de riesgo de cada entidad.

En esta etapa cobra importancia la implementación de mecanismos de retroalimentación donde se promueva la comunicación dinámica y continua y la entrega de los reportes gerenciales y de monitoreo donde se evalúen los resultados obtenidos, su evolución y la ejecución de los controles y estrategias implementadas para mejorar el desempeño en la mitigación de los factores de riesgo en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo, y que van dirigidos a todos los involucrados tanto externos como internos, en especial a los órganos de seguimiento definidos por el Gobierno Organizacional de cada entidad. Lo anterior determina la necesidad de implementar planes de mejora en donde se desarrollen estrategias de incorporación de cambios para mejorar los resultados en la gestión de riesgos de la entidad.

### **1.2.2.2. POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS**

Las entidades vigiladas deben adoptar, en relación con el marco de su Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, las políticas o lineamientos generales que permitan el desarrollo del ciclo de la gestión de los riesgos de forma eficiente y oportuna. Cada una de las etapas y elementos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos deben contar con políticas claras y aplicables. El diseño, aprobación o adopción de las Políticas para la Gestión de Riesgos, es responsabilidad de la Junta Directiva, el Consejo de Administración o quien haga las veces y cuando ésta no exista, del representante legal principal de la entidad y/o en todo caso quien haga sus veces o sea nombrado por mandato legal, el máximo órgano social, o por mandato legal quien haga sus veces, el empresario en el caso de las empresas unipersonales o el accionista único en la sociedad por acciones simplificada unipersonal; las cuales deben establecer los mecanismos y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de dichas políticas y de las normas que le son aplicables al proceso de gestión de cada riesgo inherente.

Las políticas de gestión de riesgos deben ser revisadas periódicamente y como mínimo una vez al año, con el fin de actualizarlas a las condiciones particulares de cada entidad y a las del mercado en general. Tanto la aprobación como las modificaciones que se efectúen a dichas políticas, deben tener constancia en acta del máximo órgano de administración, de la Junta Directiva o quien haga sus veces.

Las políticas que se adopten para la administración de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos deben contemplar como mínimo, los siguientes aspectos en su diseño y operación:

- a. Establecer los elementos necesarios para garantizar la alineación de la planeación estratégica institucional (objetivos y compromisos de la entidad) frente al contexto normativo en materia de la gestión de los diversos riesgos.
- b. Instaurar una cultura de autocontrol, autorregulación, autogestión y mejoramiento continuo en todos los niveles de la Entidad, inspirada y liderada por el máximo órgano de gobierno, que oriente el desarrollo de competencias en la gestión de riesgos.

- c. Comunicar a todos los niveles de la organización sobre la política de gestión de riesgos establecida.
- d. Establecer lineamientos para la prevención y resolución de conflictos de interés.
- e. Definir lineamientos para la adopción de un programa de transparencia y ética empresarial que incluyan mecanismos y normas internas de auditoría.
- d. Fijar lineamientos de ética y conducta que orienten el actuar de los funcionarios/empleados de la entidad para el oportuno y efectivo funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- e. Generar la documentación interna y externa necesaria para la adecuada gestión de los riesgos. Entre ellos se encuentran los manuales, instructivos, volantes, intranet, páginas web, entre otros.
- f. Identificar los factores y actores (usuarios, clientes y/o contrapartes, socios, trabajadores, empleados, proveedores, entre otros) tanto externos como internos, que puedan afectar los objetivos de una adecuada implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos en la Entidad, y de esta manera poderlos trabajar de forma independiente.
- g. Especificar de manera clara y precisar los criterios para cada una de las etapas del ciclo de gestión de riesgo en cada riesgo identificado.
- h. Determinar la directriz institucional en materia de la exposición a los riesgos, reflejando su nivel máximo de tolerancia, acorde con las metodologías para definir las escalas de calificación establecidas por la entidad.
- i. Disponer los criterios para la definición de límites frente a posibles pérdidas y a niveles máximos de exposición frente a los distintos tipos de riesgos.
- j. Instaurar los procedimientos a seguir en caso de que se presenten comportamientos aislados, desviaciones, se sobrepasen los límites o se presente el incumplimiento a alguna de las políticas previamente establecidas por cada entidad bajo un análisis autónomo, al enfrentar cambios fuertes e inesperados en las condiciones de la entidad, por ejemplo.
- k. Iniciar las acciones necesarias y oportunas en respuesta a los cambios en los controles y el perfil de riesgo de la Entidad.
- l. Establecer la periodicidad de revisión de la Política, con la que se ajuste en todo momento a las condiciones particulares de la entidad y a las del sector en general.
- m. Efectuar un monitoreo periódico al cumplimiento de los lineamientos de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- n. Fijar políticas de Sistemas de Información y manejo de bases de datos. Las Entidades deberán incluir en sus políticas, los criterios de seguridad y calidad de la información de todas y cada una de sus operaciones, así como de la información remitida a la Superintendencia Nacional de Salud y demás Organismos Gubernamentales, en los diferentes formatos, además de las respuestas a los requerimientos exigidos.
- o. Instaurar políticas para garantizar que se cuente con información adecuada para la cuantificación de los diferentes riesgos. En caso de no contar con la información suficiente, se debe establecer un plan de acción, en donde se identifiquen los plazos y las actividades que se realizarán para contar con dicha información.
- p. Establecer lineamientos 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.
- p. Garantizar que cuando se presenten cambios en las metodologías de cuantificación de los diferentes riesgos, se evalúe el impacto y se documenten dichos cambios de una manera adecuada.

- q. Garantizar la reserva de la información reportada conforme lo establece el art. 105 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero – EOSF.
- r. Definir los criterios y los tipos de reportes gerenciales y de monitoreo tanto internos como externos, así como la forma y frecuencia de la presentación de los resultados de la administración de los diferentes riesgos.
- s. Precisar los parámetros generales de la infraestructura tecnológica y el equipo técnico necesario para el adecuado funcionamiento de la gestión de riesgos.
- t. Establecer el deber de los órganos de Administración, de control y de sus demás funcionarios, de asegurar el cumplimiento de las normas internas y externas relacionadas con la Administración de los Riesgos.
- u. Conformar un Comité de Gestión de Riesgos acorde con su tamaño, estructura y demás características propias de la entidad.
- v. Conformar voluntariamente un área especializada o grupo interdisciplinario para la gestión de riesgos de la entidad. Sin perjuicio de la conformación de esta instancia, las entidades deben velar por una adecuada estructura organizacional que permita un desarrollo apropiado del Código de Conducta y Buenas Prácticas de Gobierno en pro de la mejora continua en la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de la administración de sus Subsistemas.

### **1.2.2.3. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS**

Las entidades vigiladas deben establecer los procesos y procedimientos que instrumenten la Política de Gestión de Riesgos y que sean aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgos.

Los procesos y procedimientos que se adopten deben cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

- a. Instrumentar las diferentes etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- b. Identificar los cambios y la evolución de los controles y de los perfiles de riesgo inherente y residual.
- c. Garantizar el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, de modo que se puedan adoptar oportunamente los correctivos necesarios.
- d. Contemplar las acciones a seguir en caso de incumplimiento de los límites fijados y los casos en los cuales se deban solicitar autorizaciones especiales.
- e. Generar informes internos y externos, que permitan la toma de decisiones de manera oportuna en todas las instancias de la organización.
- f. Garantizar que como mínimo las actividades de control del cumplimiento de los límites de los riesgos económicos y financieros sean llevadas a cabo por un área funcional diferente al área de tesorería.
- g. Atender los requerimientos de información por parte de autoridades competentes.

### **1.2.2.4. DOCUMENTACIÓN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS**

Las etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos deben quedar plasmados en documentos,

manuales, instructivos, registros, entre otros, garantizando la integridad, oportunidad, trazabilidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.

Esta documentación debe contener como mínimo lo siguiente:

- a. Las políticas para la administración de cada uno de los riesgos.
- b. Los procesos, procedimientos y metodologías para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos identificados.
- c. Descripción de la estructura organizacional que garantice el desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos y que, a su vez, fortalezca el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
- d. Mapas de Riesgos que contenga como mínimo: identificación de factores internos y externos, Riesgos identificados, análisis de probabilidad de ocurrencia de los Riesgos y su impacto, identificación de los controles existentes para prevenir la ocurrencia o mitigar el impacto de los Riesgos identificados, evaluación de la efectividad de los controles y definición de las acciones de mejoramiento necesarias.
- e. Los roles y responsabilidades de quienes participan en la gestión de los diversos riesgos identificados.
- f. Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas y objetivos de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- g. Los procesos y procedimientos que deben implementar los órganos de control interno frente a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- h. Las estrategias de capacitación y divulgación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

Asimismo, la entidad debe mantener en todo momento, y a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud la documentación siguiente, sin perjuicio de que se pueda solicitar otra información:

- a. Las actas del máximo órgano de administración, de la Junta Directiva o quien haga sus veces, donde conste la aprobación de las políticas de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, así como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.
- b. Las actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del informe del Comité de Riesgos y del Revisor Fiscal, en los casos que aplique.
- c. Las actas del Comité de Riesgos, del Comité de Contraloría Interna, y los reportes a la Junta Directiva y al Representante Legal en los casos que aplique. Los instructivos o manuales que contengan los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas aprobadas para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Estos documentos deberán ser firmados por el Representante Legal y ser de fácil consulta y aplicación al interior de la organización.
- d. El Código de Conducta y Buen Gobierno de las entidades.
- e. Los informes presentados por la Junta Directiva o quien haga sus veces, el Representante Legal y el Comité de Riesgos en los casos que aplique. Entre estos debe encontrarse un reporte sobre el cumplimiento de los límites y del nivel de exposición de los diferentes riesgos, particularmente los prioritarios.
- f. Los informes presentados por los órganos de control, como el Revisor Fiscal en los casos que aplique, sobre el funcionamiento y resultados de la implementación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

- g. Las constancias de las capacitaciones impartidas a todos los empleados, socios, directivos, administradores y cualquier otra persona que tenga una vinculación laboral con la entidad sobre el Sistema de Administración de Riesgos, con el fin de asegurar que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización.

La Superintendencia Nacional de Salud puede exigir, a través de la supervisión in situ o extra situ, los manuales, formatos, procedimientos, bases de datos y demás documentos que hagan parte de la gestión de riesgo, sin perjuicio de cualquier otra información que estime pertinente en ejercicio de sus atribuciones legales.

#### **1.2.2.5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

De acuerdo con la estructura organizacional de las entidades y de las buenas prácticas de Gobierno Organizacional, las entidades deben establecer y asignar funciones en relación con las distintas etapas y elementos en cada uno de los Subsistema de Administración del Riesgo.

Las funciones de los diferentes órganos de gobierno en materia de administración de riesgos deberán consultarse en el capítulo I – “Código de conducta y buen gobierno”.

#### **1.2.2.6. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA**

Las entidades deben disponer y utilizar la infraestructura tecnológica y los sistemas necesarios para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del Sistema de Administración de Riesgos, los cuales deben generar informes confiables sobre dicha labor y contar con un soporte tecnológico acorde con sus actividades, operaciones, riesgos asociados y tamaño. Cuando no se cuente con dicha infraestructura, debe establecer un plan de acción para cubrir esta falencia en el menor tiempo posible.

Las entidades deben propender porque sus sistemas cuenten con las siguientes características:

- a. Contar con procesos que permitan realizar un control adecuado del cumplimiento de las políticas y límites establecidos, además de contar con un plan de conservación, custodia y seguridad de la información tanto documental como electrónica.
- b. Establecer requisitos de seguridad, de forma tal, que se permita la consulta a información sensible, únicamente por parte de funcionarios autorizados.
- c. Definir las variables, parámetros utilizados en las aplicaciones informáticas para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos deben estar dentro de supuestos fundamentados y ser revisados periódicamente.
- d. Centralizar la información relacionada con la gestión de riesgos, para lo cual deben contar con un sistema adecuado de consolidación eficaz de los distintos riesgos para la toma de decisiones efectivas, el cual deberá ser validado por lo menos una vez al año.

- e. Contar con la posibilidad de captura y actualización periódica de la información de los distintos factores de riesgo, garantizando que la estructura de datos definida para la captura de la información de los mismos contemple la totalidad de los campos necesarios para la adecuada administración de los riesgos.
- f. Consolidar las operaciones de los distintos factores de riesgo, de acuerdo con los criterios establecidos por la entidad.
- g. Generar en forma automática los reportes internos y externos, distintos de los relativos a operaciones sospechosas, sin perjuicio de que todos los reportes a la UIAF sean enviados en forma electrónica.

#### **1.2.2.7. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CAPACITACIONES**

Las entidades deben garantizar que la divulgación de la información de los subsistemas de riesgos sea con integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad, para esto deben tener en cuenta:

- a. La divulgación de la información debe hacerse en forma periódica y estar disponible, cuando así se requiera.
- b. Diseñar un sistema adecuado de reportes tanto internos como externos, que garantice el funcionamiento de sus propios procedimientos y el cumplimiento de los requerimientos normativos.
- c. Debe mantener una comunicación eficaz, que fluya en todas las direcciones a través de todas las áreas de la organización.
- d. La entidad debe disponer de medios para comunicar la información significativa y de forma asertiva y clara, tanto al interior de la organización como hacia su exterior
- e. Debe contar con canales de comunicación particulares para la recepción de denuncias (tales como líneas telefónicas, correos electrónicos, buzones especiales en el sitio Web y otros mecanismos digitales) con el fin que las personas sean internas o externas a la entidad y que detecten eventuales irregularidades, incumplimientos normativos, violaciones al manual de prevención del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, u otros hechos o circunstancias que afecten o puedan afectar el adecuado funcionamiento del SICOF, puedan ponerlos en conocimiento del oficial de cumplimiento o la persona encargada del SICOF
- f. Los canales de comunicación deben contar con salvaguardias que garanticen la confidencialidad de la información y de la identidad de la persona que está entregando la información.
- g. Las entidades deben diferenciar claramente estos canales de recepción de este tipo de información, de los canales de formulación de quejas derivadas en las fallas en la prestación de servicios.

##### **1.2.2.7.1. Divulgación de la Información Interna**

Como resultado del monitoreo y control de cada uno de los riesgos identificados y especialmente los prioritarios, la entidad debe elaborar reportes semestrales como mínimo, que permitan establecer el perfil de riesgo de esta.

Asimismo, debe elaborar informes de gestión al cierre de cada ejercicio contable sobre el cumplimiento de las políticas, los límites establecidos y su grado de cumplimiento, el nivel de exposición a los diferentes riesgos a los que se ven expuestas las entidades, que incluya la cuantificación de los efectos de la posible materialización de estos sobre las utilidades, el patrimonio y el perfil de riesgo de cada entidad.

Estos informes deben dirigirse por lo menos al Representante Legal y a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los cuales deben quedar plasmados en acta donde se socialicen estos informes. Estos informes deben ser presentados de manera comprensible y deben mostrar las exposiciones por tipo de riesgo y de la manera más desagregada, detallada y clara posible.

#### **1.2.2.7.2. Divulgación de la Información Externa**

Las entidades establecerán dentro de su reglamentación interna una política general de revelación de información y transparencia, que permitan al público en general, conocer y acceder con facilidad a la información referente como mínimo a la red de servicios de salud, resultados en salud de la entidad y las actividades de gestión del riesgo adelantadas como mínimo de los subsistemas de administración de riesgos.

Los administradores de la entidad, en su informe de gestión, al cierre de cada ejercicio contable, deben incluir en las notas a los estados financieros un apartado sobre la gestión de riesgos adelantada.

Por un lado, la información cualitativa es indispensable para elaborar y proveer una mejor comprensión de los estados financieros de las entidades, por tanto, es necesario que las entidades informen sobre sus objetivos de negocio, estrategias y filosofía en la gestión de riesgos y los controles implementados en cada uno para mitigarlos. Además, la información revelada debe considerar los cambios potenciales en los niveles de riesgo, cambios materiales en las estrategias y límites de exposición para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

Por otro lado, las entidades deben revelar al público en general, la información cuantitativa sobre la gestión integral de los riesgos, como resultado de sus políticas y metodologías internas aplicadas para su control, de acuerdo con lo que los administradores de la entidad consideren pertinente revelar, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiado, confidencial o reservado, respecto de la cual se deben adoptar todas las medidas que consideren necesarias para su protección, incluyendo lo relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.

Las características de la información divulgada estarán relacionadas con el volumen, la complejidad y el perfil de riesgo de las operaciones que maneje cada entidad. Asimismo, las entidades deberán mantener a disposición del público en general, a través de medios que garanticen su acceso, la información general que resulte necesaria para que haya un adecuado y cabal entendimiento respecto de la estructura que la entidad tenga diseñada e implementada, para la identificación, medición y control integral de cada uno de los subsistemas definidos en esta circular, de acuerdo con los mecanismos de rendición de cuentas que la entidad haya establecido en sus políticas.

Lo anterior sin perjuicio del carácter de destinatario de las normas de transparencia para el sector público, que corresponden a las entidades públicas en virtud del artículo 5 de la Ley Estatutaria 1712 de 2014, la Ley 2195 de 2022 y sus normas reglamentarias, en sus distintos reglamentos de desarrollo.

### **1.2.2.7.3. Capacitaciones**

Las entidades deben garantizar que el personal vinculado tenga conocimiento de los productos y líneas de negocio, procedimientos administrativos y operativos asociados a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

Las entidades deben diseñar, programar y coordinar planes de capacitación sobre los Subsistemas de Administración del Riesgos, dirigidos a todas las áreas y funcionarios.

Tales programas deben, cuando menos cumplir con las siguientes condiciones:

- a. Periodicidad anual.
- b. Ser impartidos durante el proceso de inducción de los nuevos funcionarios.
- c. Ser impartidos a los terceros siempre que exista una relación contractual con éstos y desempeñen funciones de la entidad.
- d. Ser constantemente revisados y actualizados.
- e. Contar con los mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos con el fin de determinar la eficacia de dichos programas y el alcance de los objetivos propuestos.
- f. Se debe dejar constancia de las capacitaciones realizadas por medio de la presentación de una prueba de los temas expuestos a los participantes, para incentivar la adherencia y el entendimiento, y, en donde se indique como mínimo la fecha, los temas tratados y el nombre de los asistentes.

## CAPITULO TERCERO

### SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Cada uno de los subsistemas de administración de Riesgos deben responder a políticas claras y, a la vez, reflejarse en procesos y procedimientos que materialicen las estrategias de prevención y control de los riesgos identificados.

Los subsistemas de administración de Riesgos deberán permitir a las entidades la adopción de decisiones oportunas para la adecuada gestión de los riesgos, de acuerdo con los niveles de tolerancia al riesgo que cada entidad esté dispuesta a asumir de acuerdo a sus políticas y en función a su estructura, tamaño, complejidad de las actividades, naturaleza, forma de comercialización y demás características particulares, siempre dentro de los parámetros que la normatividad y el adecuado desarrollo de su objeto social, lo permita.

Asimismo, deben permitir incorporar acciones correctivas a tiempo, dirigidas a mejorar los resultados en salud y financieros de la entidad, la satisfacción de los usuarios, la estabilidad de los agentes del sector y la confianza de la población en el sistema.

En este capítulo se compilan los riesgos de LAFT/FPADM, SICOF y soborno que le aplican a todas las entidades vigiladas por esta Superintendencia, además se compilan las instrucciones impartidas para los riesgos de crédito, liquidez, mercado de capitales, operacional, reputacional, fallas de mercado y grupo teniendo en cuenta que los lineamientos son generales para cualquier tipo de entidad.

Cada entidad vigilada deberá implementar los subsistemas de riesgos que le apliquen y deberá desarrollar e implementar cada uno de los elementos mínimos para la gestión de riesgos descritos en el numeral 1.2.2. del capítulo de Sistema de Administración de Riesgos. En este capítulo se expondrán en detalle para cada uno de los riesgos, el ciclo general de gestión de riesgos y algunos elementos mínimos que son propios de cada riesgo.

A continuación, se muestra una tabla con las entidades vigiladas y las fechas que se establecieron para la implementación de cada uno de los subsistemas:

SUBSISTEMAS DE RIESGOS A IMPLEMENTAR	EPS, ADAPTADAS	EPS INDIGENAS EPSI	IPS GRUPOS B, C1, C2 y D1	IPS GRUPOS D2 Y D3; Y OTROS PRESTADORES*	REGIMENES DE EXCEPCIÓN Y ESPECIALES REE	PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD PVS	ENTIDADES TERRITORIALES	ADRES	GENERADORES	
SICOF	Obligatorio Implementación: Septiembre de 2022									
SARLA/FT/FPADM	Obligatorio Implementación: Septiembre de 2016			Voluntario	Voluntario	Obligatorio Implementación: Septiembre de 2016	Obligatorio Implementación: Septiembre de 2022	Obligatorio Implementación: Julio de 2019	Obligatorio: 1 año para ajustar y actualizar lo dispuesto	
SALUD	Obligatorio Implementación: Diciembre de 2018	Obligatorio Implementación: 2 años En el primer año: Identificación de los riesgos, políticas, procesos y procedimientos	Obligatorio Implementación: Marzo de 2023		Obligatorio Implementación: Enero 2025 En Julio 2023: Identificación de los riesgos, políticas, procesos y procedimientos	Obligatorio Implementación: Agosto 2024 En Agosto de 2023: Identificación de los riesgos, políticas, procesos y procedimientos	Obligatorio Implementación: 3 años En el primer año: Identificación de los riesgos, políticas, procesos y procedimientos	No Aplica	No Aplica	
ACTUARIAL			Obligatorio Implementación: Septiembre de 2023				Voluntario	Obligatorio Implementación: Enero de 2020	No Aplica	No Aplica
CRÉDITO			Obligatorio Implementación: Marzo de 2023				Voluntario	Obligatorio Implementación: Enero de 2019	Obligatorio: 1 año para ajustar y actualizar lo dispuesto	
LIQUIDEZ			Voluntario				No Aplica	No Aplica	No Aplica	
MERCADO DE CAPITALES			Voluntario				No Aplica	No Aplica	No Aplica	
OPERACIONAL	Obligatorio Implementación: Junio de 2019	Obligatorio Implementación: 2 años En el primer año: Identificación de los riesgos, políticas, procesos y procedimientos	Obligatorio Implementación: Marzo de 2023		Voluntario	Obligatorio Implementación: Agosto 2024 En Agosto de 2023: Identificación de los riesgos, políticas, procesos y procedimientos	Obligatorio Implementación: 3 años En el primer año: Identificación de los riesgos, políticas, procesos y procedimientos	Obligatorio Implementación: Enero de 2019	Obligatorio: 1 año para ajustar y actualizar lo dispuesto	
REPUTACIONAL			Voluntario		Voluntario	No Aplica	No Aplica	Voluntario	Voluntario	
GRUPO			Obligatorio Implementación: Septiembre de 2023		No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
FALLAS DE MERCADO			Voluntario		Obligatorio Implementación: Enero 2025 En Julio 2023: Identificación de los riesgos, políticas, procesos y procedimientos		No Aplica	No Aplica	No Aplica	

\*Otros prestadores: Servicio de Transporte Especial de Pacientes, Prestadores con Objeto social Diferente y Profesionales Independientes.

### **1.3.1. INSTRUCCIONES RELATIVAS AL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF**

Las entidades deben implementar o ajustar sus Sistemas Integrados de Gestión de Riesgos a los requisitos mínimos establecidos en esta capítulo, en forma tal que el mismo resulte acorde con el tamaño de su organización (en términos de número de empleados, cantidad de usuarios, número de sucursales o agencias, entre otros) y la naturaleza de las actividades propias de su objeto social, así como de las desarrolladas por cuenta de terceros, teniendo en cuenta la relación costo beneficio.

Así mismo, deberán procurar que sus subordinadas (sean filiales o subsidiarias) tengan un adecuado Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF), para lo cual deben emitir los lineamientos generales mínimos que en su concepto deben aplicar, atendiendo la naturaleza, magnitud y demás características de las mismas. Es así como el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF dará prioridad a las actividades de prevención, sin disminuir los esfuerzos en las actividades de detección y respuesta.

Adicionalmente, los principios del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, constituyen los fundamentos y condiciones imprescindibles y básicas que garantizan su efectividad de acuerdo con la naturaleza de las operaciones autorizadas, funciones y características propias. En consecuencia, las entidades, en el diseño e implementación o revisión o ajustes del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, deben documentarlos con los soportes pertinentes y tenerlos a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud.

Es importante reiterar que los Subsistemas de Administración de Riesgos específicos, no son independientes del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, sino que forman parte del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos. El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, y los Subsistemas de Administración de Riesgos son transversales en todas y cada una de las actividades, procesos y áreas de la entidad, por ello su importancia en el logro de los objetivos estratégicos y de calidad de la información que genera la organización.

#### **1.3.1.1. ELEMENTOS MÍNIMOS PARA LA GESTIÓN DEL SICOF**

Para los elementos mínimos que debe contener el sistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude i) Ciclo General de Gestión de Riesgos, ii) Políticas de gestión de riesgos, iii) Procesos y Procedimientos, iv) Documentación, v) Estructura Organizacional, vi) Infraestructura Tecnológica y vii) Divulgación de la Información y Capacitaciones, las entidades vigiladas deben desarrollarlos de acuerdo a lo descrito en el numeral 1.2.2., siempre que resulte aplicable, a continuación se hacen algunas

especificidades para el ciclo general que debe contener el subsistema de gestión del SICOF:

#### **1.3.1.1.1. CICLO GENERAL DE LA GESTIÓN DEL RIESGO SICOF**

El SICOF que implementen los vigilados deben comprender como mínimo las siguientes etapas:

##### **1.3.1.1.1.1. Identificación de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude**

Esta etapa se encuentra orientada a descubrir las posibles conductas irregulares, los fraudes o los actos de corrupción; enfocándose en aquellas áreas especiales o sensibles a los riesgos previamente identificados, de acuerdo con la información obtenida tales como denuncias sobre conductas irregulares o auditorías internas y externas, así como canales y protocolos de comunicación adecuados que garanticen la seguridad y confidencialidad de la información reportada a través de los mismos, los cuales también hacen parte de la etapa de monitoreo y seguimiento.

En desarrollo del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, las entidades deberán identificar los riesgos a los que se ven expuestos.

Para identificar este riesgo, las entidades deberán como mínimo:

- a. Identificar, inventariar, relacionar y documentar la totalidad de los procesos.
- b. Revisar, evaluar y analizar el contexto interno y externo que permita identificar a los stakeholders, factores de riesgo, riesgos asociados, entre otros.
- c. Establecer metodologías de identificación, que sean aplicables a los procesos, con el fin de determinar los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- d. La etapa de identificación deberá realizarse previamente a la implementación o modificación de cualquier proceso.

Se deberá trabajar por una cultura organizacional en donde los reportes de eventos de Corrupción, Opacidad o Fraude se realicen de manera eficaz, eficiente y ágil.

##### **1.3.1.1.1.2. Evaluación y medición de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude**

En esta etapa las entidades deberán medir la probabilidad de ocurrencia (frecuencia) de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude y su impacto (severidad) en caso de materializarse. Esta medición podrá ser cualitativa y, cuando se cuente con datos históricos, cuantitativa. Para la determinación de la probabilidad se debe considerar un horizonte de tiempo de un año.

En el proceso de medición de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, las entidades deberán desarrollar, como mínimo, los siguientes pasos:

- a. Establecer la metodología de medición individual y consolidada susceptible de aplicarse a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude identificados. La metodología deberá ser aplicable tanto a la probabilidad de ocurrencia como al impacto.
- b. Aplicar la metodología establecida en desarrollo del literal anterior de la presente Circular para lograr una medición de la probabilidad de ocurrencia y del impacto de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude en la totalidad de los procesos de la entidad, conforme la clasificación de internos y externos de los mismos.
- c. Determinar el perfil de riesgo inherente de la entidad.

#### **1.3.1.1.1.3. Tratamiento y control de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude**

Las entidades deben tomar medidas para controlar los riesgos inherentes a que se ven expuestas con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto en caso de que se materialicen. Durante esta etapa las entidades deberán como mínimo:

- a. Establecer la metodología con base en la cual definan las medidas de control de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- b. Establecer de manera clara los responsables de llevar a cabo la actividad de control.
- c. Definir una periodicidad mínima para su ejecución.
- d. Indicar cuál es el propósito del control
- e. Establecer el cómo se realiza la actividad de control.
- f. Indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.
- g. Dejar evidencia de la ejecución del control.
- h. De acuerdo con la metodología establecida, implementar y adoptar controles o medidas conducentes a controlar el riesgo inherente de cada uno de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- i. Determinar la naturaleza de los controles, preventivos, detectivos y los correctivos que buscan reducir o recuperar las pérdidas o corregir los daños ocasionados por la ocurrencia de dichos eventos
- j. Estar en capacidad de determinar el perfil de riesgo residual de la entidad.
- k. Debe contar con actuaciones a conducir las revisiones, validaciones, indagaciones, investigaciones y/o sanciones a que haya lugar de conformidad con las disposiciones contenidas en el Reglamento Interno de Trabajo y/o las demás normas internas o externas.

Sin perjuicio de lo anterior, las entidades podrán decidir si transfieren, aceptan o evitan el riesgo, en los casos en que esto sea posible.

#### **1.3.1.1.1.4. Seguimiento y monitoreo de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude**

Las entidades deben hacer un monitoreo periódico del perfil de riesgo. Para el efecto, éstas deben cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

- a. Desarrollar un proceso de seguimiento efectivo, que facilite la rápida detección y corrección de las deficiencias en el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF. Dicho seguimiento debe tener una periodicidad acorde con los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude potenciales y ocurridos tanto en la entidad como en el sector salud. En cualquier caso, el seguimiento debe realizarse con una periodicidad mínima de un año.
- b. Realizar análisis del registro de eventos de Corrupción, Fraude y Opacidad que permitan:
  - Entender los Riesgos para las entidades, sus trabajadores y sus usuarios con las posibles consecuencias que conllevan.
  - Determinar si los controles y actividades ejecutadas son realmente efectivos a la hora de reducir los casos de Corrupción, Fraude y Opacidad.
  - Investigar sobre nuevos métodos de Corrupción, Fraude y Opacidad a fin de diseñar y evaluar controles para prevenirlos, detectarlos y responder de forma apropiada.
  - Colaborar con la Superintendencia Nacional de Salud y autoridades y organismos judiciales para emprender acciones conjuntas contra la Corrupción Fraude y Opacidad en el SGSSS.
- c. Establecer indicadores descriptivos y/o prospectivos que evidencien los potenciales Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- d. Asegurar que los controles estén funcionando en forma oportuna, efectiva y eficiente.
- e. Asegurar que los riesgos residuales se encuentren en los niveles de aceptación establecidos por la entidad.
- f. Generar un reporte interno de manera periódica (mínimo semestralmente) con la gestión de los riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude que contenga el perfil de riesgo inherente y residual de la entidad de acuerdo con las políticas establecidas y aprobadas, el cual debe estar a disposición de las autoridades competentes.

#### **1.3.1.1.1.5. Herramientas e instrumentos de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude**

Las entidades deben contar con mecanismos que le permitan la detección de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, para ello debe contar con metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de estas posibles actividades. Como prueba de esto, las entidades deben dejar constancia de cada una de las posibles actividades de Corrupción, Opacidad o Fraude detectadas, así como del responsable o responsables de su análisis y los resultados de este.

Si se llegase a detectar alguna posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude, es deber del oficial de cumplimiento o de quien delegue la entidad para tal fin, reportar ante la autoridad competente; dejando evidencia de esto y guardando la debida reserva ante tal reporte, así como reportando el evento a las autoridades competentes de manera inmediata y eficiente. La información deberá estar disponible para la Superintendencia Nacional de Salud, sin embargo, dicha información debe ser estadística por clasificación de actividades, más no el detalle de cada caso.

Los instrumentos mínimos con los que deben contar los sujetos obligados para la adecuada, efectiva y eficiente gestión del Subsistema son los siguientes:

- a. **Señales de alerta:** Son hechos, situaciones, eventos, cuantías, indicadores cuantitativos y cualitativos, que la entidad determine como relevante, a partir de los cuales se puede inferir oportuna y/o prospectivamente la posible existencia de un hecho o situación que escapa a lo que la entidad, ha determinado como normal. Estas señales deben considerar cada uno de los factores de riesgo y las características de sus operaciones, así como cualquier otro criterio que a juicio de la entidad resulte adecuado.
- b. **Segmentación de los factores de riesgo:** Los vigilados deben segmentar cada uno de los factores de riesgo de acuerdo con las características particulares de cada uno de ellos, garantizando homogeneidad al interior de los segmentos y heterogeneidad entre ellos, según la metodología que previamente haya establecido la entidad.

#### 1.3.1.1.2. DOCUMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO SICOF

Las etapas y los elementos del SICOF, implementados por las entidades deben constar en documentos y registros, garantizando la integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida. Se debe tener en cuenta la documentación general que se encuentra en el numeral 1.2.2.4.

##### 1.3.1.1.2.1. Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude

El Manual para la prevención de la Corrupción, Opacidad y Fraude debe contener, como mínimo, lo siguiente:

- a. Las políticas para la Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- b. La estructura organizacional del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.
- c. Los roles y responsabilidades de quienes participan en la Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- d. Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas y objetivos del SICOF.
- e. Los procedimientos y metodologías para identificar, medir, controlar y monitorear los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude y su nivel de aceptación.
- f. Los procedimientos y metodologías para implementar y mantener el registro de eventos.
- g. Parámetros concretos determinados para el manejo de conflictos de interés, incluyendo expresamente, entre otros, los que regulen las operaciones con vinculados económicos, en adición a los que apliquen por disposición legal.

- h. Las Políticas de protección a las personas que informen sobre posibles casos de corrupción, opacidad o fraude bajo el principio de buena fe.
- i. Políticas sobre confidencialidad de las personas que informen sobre posibles casos de corrupción, opacidad o fraude y de la identidad de los denunciantes.
- j. Procedimientos sobre el conocimiento de la información sobre posibles casos de corrupción, opacidad o fraude, incluyendo las reglas y principios que rijan su investigación, análisis, tratamiento, escalamiento, e información a las autoridades competentes.
- k. Mecanismos para evitar el uso de información privilegiada o reservada.
- l. Consecuencias de la inobservancia del manual de la prevención del SICOF.
- m. Las estrategias de capacitación y de divulgación del SICOF.

El manual deberá orientar la actuación de todos los funcionarios, quienes deben comprometerse explícitamente con su cumplimiento, para lo cual deberán certificar su conocimiento y se vinculará y armonizará con el Reglamento de Trabajo y el Código de Buen Gobierno Corporativo y las obligaciones contractuales o reglamentarias que apliquen para este fin y deberá ser aprobado por la junta directiva o el máximo órgano social de la entidad.

#### **1.3.1.1.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y RESPONSABILIDADES DENTRO DEL SICOF**

Las entidades deben establecer y asignar funciones en relación con las distintas etapas y elementos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.

Para el adecuado cumplimiento de la labor que corresponde al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, así como a su mejoramiento continuo será delegado el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad, sin que ello implique una sustitución a la responsabilidad que de manera colegiada le corresponde al máximo órgano social u órgano equivalente en la materia, desarrollando funciones de carácter eminentemente de asesoría y apoyo.

##### **1.3.1.1.3.1. Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF**

El oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, debe cumplir como mínimo con las siguientes condiciones:

- a. Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- b. Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- c. Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva o quien haga sus veces, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad 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 esta Circular.

- d. Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la entidad.
- e. Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.
- f. Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la presente Circular.
- g. Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- h. Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF.
- i. Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.
- j. Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.
- k. 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.
- l. Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude, 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.
- m. Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
- n. Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por el máximo órgano social, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
- o. Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
- p. Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales, disciplinarios y/o fiscales) para fortalecer el SICOF.

En general, el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de prevención y control, y verificar al interior de la entidad su operatividad y su adecuado funcionamiento, para lo cual debe demostrar la ejecución de los controles que le corresponden.

El Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, debe dejar constancia documental de sus actuaciones en esta materia, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto.

#### **1.3.1.1.4. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CAPACITACIONES**

Las entidades deben garantizar que la divulgación de la información del SICOF sea con integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad, para esto deben tener en cuenta lo estipulado en el numeral 1.2.2.7.

##### **1.3.1.1.4.1. Colaboración con la Justicia y Autoridades Administrativas**

De conformidad con la Constitución Política de Colombia, tanto los particulares como las autoridades deben ceñir sus actuaciones a la buena fe, respetar a las autoridades y colaborar con la justicia. En tal sentido, la información reportada por las entidades vigiladas por la Superintendencia será suministrada a las autoridades judiciales, legislativas y administrativas que lo soliciten, quienes aseguran su reserva, según corresponda.

Así mismo, las instituciones vigiladas deben adoptar las medidas a que haya lugar, tendientes a procurar el inmediato y correcto cumplimiento de las órdenes emitidas por las autoridades judiciales y administrativas, y corregir el incumplimiento o las demoras en la atención de las órdenes impartidas. Ello en el entendido de que la colaboración con la justicia no sólo es un deber, sino que su incumplimiento, acarrea la imposición de sanciones, incluso de índole penal.

#### **1.3.2. INSTRUCCIONES RELATIVAS AL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA – SAR LA/FT/FPADM**

El sistema de prevención y control que deben implementar los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para la adecuada gestión del riesgo de LA/FT/FPADM, en virtud del cual, deberán adoptar procedimientos y herramientas que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo de su objeto social y que se ajusten a su tamaño, actividad económica, forma de comercialización y demás características particulares.

##### **1.3.2.1. ELEMENTOS MÍNIMOS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LA/FT/FPADM**

Los elementos mínimos que debe contener el subsistema de administración del riesgo de LA/FT/FPADM son: **i)** Ciclo General de Gestión de Riesgos, **ii)** Políticas de gestión de riesgos, **iii)** Procesos y Procedimientos, **iv)** Documentación, **v)** Estructura Organizacional, **vi)** Infraestructura Tecnológica y **vii)** Divulgación de la Información y Capacitaciones. Las entidades vigiladas deben desarrollarlos de acuerdo con lo descrito en el numeral 1.2.2. siempre que resulte aplicable. A continuación, se hacen algunas precisiones para el ciclo general que debe contener el riesgo de LA/FT/FPADM, y sus procesos y procedimientos:

### 1.3.2.1.1. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE LA/FT/FPADM

#### 1.3.2.1.1.1. Identificación de los riesgos de LA/FT/FPADM

El subsistema de administración de LA/FT/FPADM debe permitir a los actores del SGSSS reconocer, explorar exhaustivamente y documentar los riesgos inherentes de LA/FT/FPADM en el desarrollo de las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad.

Debe identificarse el riesgo derivado de un nuevo producto, nuevos mercados o bienes o servicios o por la modificación de los existentes, así como situaciones que generen algún grado de incertidumbre por su magnitud o expectativas en el mercado o que supongan la intervención de terceros inversionistas, variación de coberturas, contratos o cualquier otra operación de las entidades vigiladas.

Esta identificación implica evaluar los cambios y la evolución de los controles y de los perfiles de riesgo inherente y residual, en situaciones tales como operaciones con clientes y/o contrapartes, usuarios, productos, canales de distribución y jurisdicción territorial.

Las entidades deben como mínimo establecer metodologías para la segmentación de los factores de riesgo, y la elaboración de la matriz de riesgo, la cual debe incluir un ejercicio de revisión, evaluación y análisis del contexto interno y externo de la entidad. Al aplicar estas metodologías, las entidades vigiladas deben estar en capacidad de identificar los factores de riesgo, señales de alerta, los efectos potenciales y los riesgos asociados. Las entidades podrán seleccionar las metodologías y técnicas que consideren más adecuadas, dentro de las que se encuentran encuestas, entrevistas estructuradas con expertos, talleres, lluvia de ideas, la revisión a los procesos establecidos, consultando la experiencia y opiniones de los asociados, administradores y empleados, técnicas de escenarios, entre otras.

El Oficial de Cumplimiento debe elaborar y documentar la relación de los factores de riesgo, con el fin de implementar los controles necesarios y facilitar su seguimiento.

Asimismo, para verificar los procesos de debida diligencia, la entidad debe tener en cuenta como mínimo los siguientes procesos:

**1.3.2.1.1.1.1. Conocimiento de los clientes y usuarios:** La debida diligencia en el conocimiento de los clientes y/o contrapartes y usuarios será implementada según las características particulares del negocio y de la comercialización de los servicios que presta.

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<sup>13</sup> (Plan Obligatorio de Salud, Sistema de Riesgos

---

<sup>13</sup> Se incluyen en estos pagos, los efectuados por concepto de copagos, cuotas moderadoras, deducibles o cualquier pago adicional contemplado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los Planes Voluntarios de Salud o seguros en general que cubran eventos de salud.

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.

Frente a la prestación de los servicios de salud, no podrá restringirse la atención en salud por parte del prestador o para el aseguramiento obligatorio, movilidad o autorización de atención en salud por la ausencia del conocimiento de los clientes y usuarios.

Los soportes y la verificación del conocimiento de clientes y usuarios implican recaudar y conservar como mínimo información que permita identificar a la persona natural o jurídica (siendo firmado por este cuando aplique) por un término no menor a cinco (5) años.

A su vez, las entidades vigiladas pueden realizar los procedimientos de conocimiento del cliente de manera presencial o no presencial a través del uso de canales digitales o electrónicos y pueden obtener la información necesaria para realizar los procedimientos de conocimiento del cliente utilizando datos e información de fuentes confiables e independientes<sup>14</sup>, siempre y cuando exista constancia de haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en el documento por parte del cliente.

Por otra parte, se recalca la importancia de validar en las personas jurídicas la identificación del beneficiario final (real) y/o accionistas y/o asociados que tengan directa o indirectamente una participación igual o superior al 25% del capital social o aporte del potencial cliente. Para el caso de las EPS, se deberá tener en cuenta lo dispuesto en el Artículo 75 de la Ley 1955 de 2019 o las que lo modifiquen o sustituyan.

Adicionalmente, las políticas y procedimientos de conocimiento del cliente deben prever la verificación efectiva de la identidad de los potenciales clientes al momento de su vinculación utilizando datos e información de fuentes confiables e independientes. Para el efecto, las entidades vigiladas pueden utilizar: certificados de firma digital<sup>15</sup>; biometría, información disponible en los bancos de datos administrados por operadores de información en los términos previstos en la Ley, o cualquier otro mecanismo tecnológico que garantice la realización de una verificación efectiva de la identidad del potencial cliente conforme a las leyes colombianas.

De esta manera, será obligatorio el conocimiento de los clientes y usuarios y en general, las personas naturales y jurídicas que tienen relaciones y operaciones económicas con los actores del SGSSS.

---

<sup>14</sup> En este sentido, las entidades vigiladas pueden utilizar bases de datos públicos, de prestadores de servicios ciudadanos digitales, de bases de datos propias y/o de bases de datos externas, siempre que: (i) individualicen al potencial cliente a través de la verificación de sus datos de identificación; y (ii) den cumplimiento a las reglas establecidas en la Ley 1581 de 2012 sobre tratamiento de datos personales y demás normas que las modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen. Adicionalmente, en el evento en que utilicen bases de datos externos, las entidades vigiladas deben realizar un análisis de riesgo asociado a dicha fuente, en el cual se evalúe la calidad de los datos, su confiabilidad y la pertinencia de la misma en la gestión del riesgo de LA/FT. Las entidades vigiladas deben tener a disposición de esta Superintendencia los medios verificables a través de los cuales se demuestre la realización de dicho análisis de riesgo.

<sup>15</sup> De acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 y sus decretos reglamentarios, o las normas que la modifiquen, deroguen o subroguen.

Dicho conocimiento de los clientes y usuarios deberá contener como mínimo la siguiente información:

Descripción	PN	PJ
Nombre y apellidos completos o Razón Social según el caso	X	X
Número de identificación: Cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, cédula de extranjería, carné diplomático, pasaporte o NIT	X	X
Nombre y apellidos completos del representante y número de identificación		X
Dirección y teléfono del representante		X
Lugar y fecha de nacimiento	X	
Dirección y teléfono residencia	X	
Ocupación, oficio o profesión	X	
Declaración voluntaria de origen de los fondos	X	X
¿Maneja recursos públicos y/u ostenta algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público? (Declaración del cliente/usuario de si tiene o no la condición de Persona Políticamente Expuesta (PEP). ¿Es servidor público?).	X	
¿Realiza operaciones internacionales? (Señale el tipo de operación: importaciones, exportaciones, inversiones, préstamos, envío y/o recepción de giros, pago de servicios, transferencias, entre otras.	X	X
Firma y huella del cliente/usuario cuando aplique. Será la del representante en caso de las personas jurídicas	X	X
Fecha de diligenciamiento del formulario y nombre e identificación del funcionario de la entidad que lo diligencia.	X	X

**PN:** Identificación requerida del cliente persona natural.

**PJ:** Identificación requerida del cliente persona jurídica.

Igualmente, para el análisis de las operaciones con clientes y usuarios, la entidad debe construir una base de datos que le permita consolidar e identificar alertas presentes o futuras. Para los casos de proveedores, grupos de factor y clientes, la identificación del cliente/usuario será obligatoria dentro del diseño de políticas que la Junta Directiva o quien haga sus veces determine.

**1.3.2.1.1.1.2. Conocimiento de personas expuestas políticamente:** Si la entidad celebra operaciones con personas expuestas políticamente, como aquellas que por razón de su cargo manejan recursos públicos, se debe indagar sobre la autorización para contratar o negociar otorgada por el órgano competente para el caso en que los servicios adquiridos no sean para su beneficio personal, así como establecer el origen de los recursos. Sin embargo, aplican las mismas excepciones del numeral anterior.

En todo caso, los procesos para el conocimiento de esta clase de clientes/usuarios deben ser más estrictos, y en lo posible, la negociación debe ser aprobada por una instancia superior al interior de la organización. En este tema, lo importante es que la entidad tome las medidas necesarias, para no ser utilizada en la canalización de recursos provenientes de actos de corrupción, lavado de activos y/o financiación del terrorismo.

**1.3.2.1.1.1.3. Conocimiento del beneficiario final y/o accionistas y/o asociados:** Debe contemplar herramientas que permitan establecer plenamente la identificación del(los) beneficiario(s) final(es) (socios y/o accionistas) de la organización que de manera directa y/o indirecta, tengan una participación dentro de la sociedad, igual o superior al 5%, así como confirmar sus datos y tenerlos actualizados permanentemente. También, debe

permitirle conocer la procedencia de los aportes en dinero o en especie, para lo cual se deberán requerir los documentos pertinentes. Para el caso de las EPS, se deberá tener en cuenta lo dispuesto en el Artículo 75 de la Ley 1955 de 2019 y su decreto reglamentario, así como las normas que lo modifiquen, sustituyan o deroguen.

**1.3.2.1.1.4. Conocimiento de trabajadores, empleados o proveedores:** La entidad debe verificar los antecedentes de sus trabajadores, empleados o proveedores antes de su vinculación y realizar por lo menos una actualización anual de sus datos. Cuando se detecten comportamientos inusuales en cualquier persona que labore o tenga contacto con la entidad, se debe analizar tal conducta de acuerdo con las políticas establecidas por la entidad.

**1.3.2.1.1.5. Determinar el monto máximo de efectivo que puede manejarse al interior de la entidad por tipo de cliente/usuario:** Para prevenir el riesgo de LA/FT/FPADM, la entidad debe establecer controles y procedimientos para reglamentar la cantidad máxima de dinero en efectivo que puede operarse con los diferentes segmentos de clientes/usuarios y en lo posible utilizar los medios de pago que ofrecen las instituciones financieras. La entidad que tiene un alto volumen de manejo de efectivo debe implementar mayores medidas de prevención y control.

#### **1.3.2.1.1.2. Evaluación y medición de los riesgos de LA/FT/FPADM**

El sistema debe permitirles a los actores del SGSSS medir la posibilidad o probabilidad de ocurrencia (frecuencia) del riesgo inherente de LA/FT/FPADM, frente a cada uno de los factores de riesgo, así como el impacto (severidad) en caso de materializarse mediante los factores o riesgos asociados. Estas mediciones podrán ser de carácter cualitativo o cuantitativo, al establecer metodologías de medición o evaluación para construir el perfil de riesgo inherente de LA/FT/FPADM de la entidad y las mediciones agregadas en cada factor de riesgo y en sus riesgos asociados.

#### **1.3.2.1.1.3. Tratamiento y control de los riesgos de LA/FT/FPADM**

Las entidades deben como mínimo establecer las metodologías para definir las medidas de control del riesgo de LA/FT/FPADM, los niveles de exposición y efectuar los ROS a la UIAF. Como resultado de esta etapa, la entidad debe establecer el perfil de riesgo residual de LA/FT/FPADM. El control debe traducirse en una disminución de la posibilidad de ocurrencia y/o del impacto del riesgo de LA/FT/FPADM, en caso de materializarse, al buscar detectar operaciones que se pretendan realizar o se hayan realizado.

Todas las acciones de gestión del riesgo deberán identificar formalmente responsables, plazos, formas de ejecución, y reportes de avances. Asimismo, deberán estar aprobadas por la instancia del Gobierno Organizacional que corresponda.

#### **1.3.2.1.1.4. Seguimiento y monitoreo de los riesgos de LA/FT/FPADM**

Esta etapa debe permitir a los actores del SGSSS hacer seguimiento del perfil de riesgo, así como llevar a cabo la detección de operaciones inusuales o sospechosas. Para estos efectos se permite comparar la evaluación del riesgo inherente con el riesgo residual de cada factor de riesgo y de los riesgos asociados, y así establecer indicadores descriptivos que permitan definir la eficiencia del sistema.

La entidad debe implementar una matriz de riesgo y desarrollar reportes que permitan establecer la evolución del riesgo, así como la eficiencia de los controles implementados, para así poder establecer si se ha logrado corregir oportunamente eventuales deficiencias. En esta etapa cobra importancia la comunicación y entrega de resultados a todos los involucrados y responsables, en especial a los órganos de seguimiento definidos por el Gobierno Organizacional.

Dicho seguimiento debe tener una periodicidad acorde con el perfil de riesgo residual de LA/FT/FPADM de la entidad, esta revisión se debe llevar a cabo, como mínimo, de forma anual, sin perjuicio de que se pueda hacer en un periodo inferior por decisión de la Junta Directiva de la entidad vigilada.

El comité de riesgo o quien haga sus veces de las entidades, deberá velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión del riesgo de LA/FT/FPADM, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en los numerales anteriores.

#### **1.3.2.1.1.5. Herramientas e instrumentos de los riesgos de LA/FT/FPADM**

Para que los mecanismos adoptados por las entidades operen de manera efectiva, eficiente y oportuna, el SARLAFT debe contar como mínimo con los siguientes instrumentos:

**1.3.2.1.1.5.1. Señales de alerta o alertas tempranas:** Son los hechos, situaciones, eventos, cuantías, indicadores cuantitativos y cualitativos, razones financieras y demás información que la entidad determine como relevante, a partir de los cuales se puede inferir oportuna y/o prospectivamente la posible existencia de un hecho o situación que se escapa a lo que la entidad ha determinado como normal.

**1.3.2.1.1.5.2. Segmentación de los factores de riesgo:** Las entidades deben segmentar, como mínimo, cada uno de los factores de riesgo de acuerdo con las características particulares de cada uno de ellos asegurando que las variables de análisis definidas garanticen la consecución de las características de homogeneidad al interior de los segmentos y heterogeneidad entre ellos, según la metodología que previamente haya establecido la entidad y así determinar las características usuales de las transacciones que se desarrollan y compararlas con aquellas que realicen los clientes, a efectos de detectar las operaciones inusuales.

Para realizar la segmentación de los factores de riesgo, las entidades deben contemplar como variables, entre otras, la información recolectada durante la aplicación de los procedimientos de conocimiento del cliente.

**1.3.2.1.1.5.3. Seguimiento de operaciones en efectivo:** Las entidades deben estar en capacidad de hacer seguimiento a las operaciones en efectivo que realicen sus clientes y usuarios con una frecuencia acorde a la evaluación de riesgo de los factores de riesgo involucrados en las operaciones realizadas en cada uno de los segmentos de los factores de riesgo.

Las entidades vigiladas deben dar pleno cumplimiento a las normas relacionadas con protección de datos personales y habeas data previstas para la aplicación de medidas intensificadas de conocimiento al cliente mencionadas en los numerales anteriores.

**1.3.2.1.1.5.4. Consolidación electrónica de operaciones en efectivo:** Las entidades deben estar en capacidad de consolidar electrónicamente por lo menos de manera mensual, las operaciones en efectivo que realicen sus clientes y usuarios a través de los productos, canales y jurisdicciones.

**1.3.2.1.1.5.5. Matriz de riesgo:** La matriz de riesgos que diseñen e implementen las entidades vigiladas debe contemplar las siguientes características, como mínimo, sin perjuicio de cualquier otra que consideren necesario incorporar:

- Los riesgos identificados, junto con sus respectivas causas y el impacto de su materialización.
- La relación existente entre los riesgos identificados y cada uno de los segmentos de los factores de riesgo en los que se podrían materializar los mismos.
- La relación existente entre los riesgos identificados y cada uno de los riesgos asociados.
- Las mediciones de probabilidad e impacto, tanto inherentes como residuales, para cada uno de los riesgos identificados y a nivel consolidado.
- Los controles que mitigan cada uno de los riesgos identificados, junto con las variables consideradas para la medición de su efectividad.
- Indicadores que permitan efectuar permanente seguimiento al perfil de riesgo de LA/FT/FPADM de la entidad.

#### **1.3.2.1.2. DOCUMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LA/FT/FPADM**

Las etapas y los elementos del SARLAFT/FPADM, implementados por las entidades deben constar en documentos y registros, garantizando la integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida. Se debe tener en cuenta la documentación general que se encuentra en el numeral 1.2.2.4.

##### **1.3.2.1.2.1. Manual de procedimientos de SARLAFT/FPADM**

El Manual de procedimientos de SARLAFT/FPADM, debe contener, como mínimo, lo siguiente:

- a. Las políticas para la administración del riesgo de LA/FT/FPADM.
- b. Las metodologías para la segmentación, identificación, medición y control del riesgo de LA/FT/FPADM.

- c. La estructura organizacional que garantice el desarrollo del LA/FT/FPADM.
- d. Los roles y responsabilidades de quienes participan en la administración del riesgo de LA/FT/FPADM.
- e. Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas del LA/FT/FPADM.
- f. Los procedimientos para identificar, medir, controlar y monitorear el riesgo de LA/FT/FPADM.
- g. Los procedimientos de control interno y revisión del LA/FT/FPADM.
- h. Las estrategias de capacitación y divulgación del LA/FT/FPADM.
- i. Los procesos y procedimientos establecidos por la entidad.
- j. Las metodologías para la detección de operaciones inusuales y sospechosas,
- k. Los procesos para llevar a cabo un efectivo, eficiente y oportuno conocimiento de los clientes actuales y potenciales, así como la verificación de la información suministrada y sus correspondientes soportes.
- l. Los procedimientos especiales respecto de países de mayor riesgo.
- m. Procedimiento para el conocimiento de clientes y usuarios, esto implica recaudar y conservar como mínimo información que permita identificar a la persona natural o jurídica por un término no menor a cinco (5) años y deberá actualizarse como mínimo anualmente.

Tanto las políticas, como el manual de procedimientos de la entidad, las bases de datos de clientes o usuarios, los requisitos del Oficial de Cumplimiento y demás información, documentación y lineamientos, deben estar a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud.

### **1.3.2.1.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL RIESGO LA/FT/FPADM**

Las entidades deben establecer y asignar las facultades y funciones en relación con las distintas etapas y elementos del LA/FT/FPADM para su adecuado funcionamiento, así como para su mejoramiento continuo.

#### **1.3.2.1.3.1. Oficial de Cumplimiento**

El Oficial de Cumplimiento debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- a. Ser empleado directo de la entidad y depender directamente del Órgano de Administración o Dirección dentro de la estructura organizacional y funcional de la entidad. Es decir, pertenecer como mínimo al segundo nivel jerárquico en el área administrativa o corporativa de la entidad.
- b. Tener capacidad decisoria frente a los reportes y temas relacionados con la prevención de Lavado de Activos y/o Financiación del Terrorismo.
- c. Acreditar conocimiento en materia de administración de riesgos, particularmente en el riesgo de LA/FT/FPADM, mediante certificación expedida por parte de 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 90 horas 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 pueden certificar cuatro (4) años de experiencia laboral en áreas de administración y gestión de riesgos.
- d. Acreditar un título profesional.
  - e. Contar con el apoyo de un equipo de trabajo humano y técnico, de acuerdo con el Riesgo LA/FT/FPADM y el tamaño de la Empresa Obligada.
  - f. Para el caso de los grupos empresariales oficialmente reconocidos o una situación de control declarada, se puede nombrar a un mismo Oficial de Cumplimiento para todo el grupo, siempre y cuando éste sea funcionario de alguna de las entidades que conforman dicho grupo, independientemente del número de Empresas que lo conformen.
  - g. No estar vinculado con las actividades previstas en el objeto social principal de la entidad, que le puedan generar conflictos de interés.
  - h. No fungir como Oficial de Cumplimiento en más de una (1) entidad vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, salvo en aquellos casos referidos en el literal f) que antecede, esto es, grupos empresariales.
  - i. No pertenecer a la administración o a los órganos sociales, ni de auditoría o control interno o externo revisor fiscal o vinculado a la empresa de revisoría fiscal que ejerce esta función, si es el caso) o quien ejecute funciones similares o haga sus veces en la entidad.

Para el caso del Oficial de Cumplimiento suplente (quien será el reemplazo en ausencia del Oficial de cumplimiento principal), y quien también debe existir al interior de la organización, debe cumplir como mínimo, los requisitos establecidos en los subnumerales **b al f** del presente numeral.

El empresario o el accionista único, que a su vez es el Representante Legal de la empresa unipersonal o de la sociedad por acciones simplificada unipersonal, podrá autonombrarse como Oficial de Cumplimiento para los anteriores efectos.

Las IPS de los grupos D2 y D3, el Servicio de Transporte Especial de Pacientes y los Régimen Especiales y de Excepción no están obligados a contar con un oficial de cumplimiento de acuerdo con las disposiciones contenidas en el presente subnumeral. Sin embargo, deben designar un funcionario, responsable de la administración de las medidas de control diseñadas para prevenir que en la realización de sus operaciones puedan ser utilizadas como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos vinculados con las mismas.

Las entidades deben designar al funcionario responsable mediante la junta directiva u órgano que haga sus veces, y dará a conocer al responsable a la SNS 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 de la plataforma NRVCC módulo de datos generales o el sistema o herramienta que la SNS disponga para ello. Además, se deberá verificar que el funcionario responsable no se encuentre en una lista internacional vinculante para Colombia.

### **1.3.2.1.3.2. Funciones del Oficial de Cumplimiento**

Al Oficial de Cumplimiento y su suplente les corresponde desempeñar como mínimo las siguientes funciones:

- a. Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el SARLAFT/FPADM.
- 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/FPADM.
- c. Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones que realiza la entidad.
- d. Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad.
- e. Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- f. Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT/FPADM de la entidad.
- 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, al empresario en el caso de las empresas unipersonales o al accionista único en la sociedad por acciones simplificada, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas del SARLAFT/FPADM.
- i. Proponer a la administración la actualización del manual de procedimientos y velar por su divulgación a los funcionarios.
- j. Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte de estas dos últimas a la UIAF.
- k. Realizar todos los reportes a la SNS, incluidas las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos.
- l. Mantener actualizados los datos de la entidad 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 servirán de apoyo para la elaboración de los reportes.
- p. Diseñar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT/FPADM.
- q. Analizar los informes presentados por la auditoría interna o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas de SARLAFT/FPADM.
- r. Elaborar y someter a la aprobación de la Junta Directiva o el órgano que haga sus veces, los criterios objetivos para la determinación de las operaciones sospechosas, así como aquellos para determinar cuáles de las operaciones efectuadas por usuarios serán objeto de consolidación, monitoreo y análisis de operaciones inusuales.

- s. Presentar cuando menos, de forma semestral a los administradores y anualmente a la Junta Directiva o quien haga sus veces, al empresario en el caso de las empresas unipersonales o al accionista único en la sociedad por acciones simplificada unipersonal, un informe por escrito donde exponga el resultado de su gestión.

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 la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- ✓ Las medidas adoptadas para corregir las falencias 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 para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que considere pertinentes.
- ✓ El cumplimiento a los ajustes o modificaciones a las políticas de prevención y de control del riesgo de LA/FT/FPADM aprobados por la Junta Directiva o quien haga sus veces, el empresario en el caso de las empresas unipersonales o el accionista único en la sociedad por acciones simplificada unipersonal.
- ✓ 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.

No podrán contratarse con terceros las funciones asignadas al Oficial de Cumplimiento, ni aquellas relacionadas con la identificación y reporte de operaciones inusuales, así como las relacionadas con la determinación y Reporte de Operaciones Sospechosas.

La designación del Oficial de Cumplimiento no exime a los administradores y demás empleados sobre la obligación de comunicarle y/o informarle internamente a éste, sobre la ocurrencia de operaciones inusuales, sospechosas o intentadas (anormalidades dentro de las actividades y/u operaciones propias del negocio que realiza la Entidad), de acuerdo con el procedimiento que se haya establecido.

Adicional a las anteriores funciones, el Oficial de Cumplimiento también debe consultar, monitorear y revisar con la debida diligencia las listas sobre sanciones financieras dirigidas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas que den lugar a posibles vínculos con delitos relacionados con LA/FT/FPADM. De encontrar algún vínculo con alguna persona natural o jurídica relacionada con la entidad, el Oficial de Cumplimiento deberá informar sobre este punto en particular, a la Fiscalía General de la Nación.

En el evento en que el oficial de cumplimiento no tenga dedicación exclusiva y desempeñe funciones adicionales, la entidad vigilada debe contar con políticas y mecanismos para prevenir y gestionar los conflictos de interés que puedan surgir en el ejercicio de sus funciones de oficial de cumplimiento con el desempeño de las funciones adicionales.

#### 1.3.2.1.4. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Las entidades deben diseñar un sistema efectivo, eficiente y oportuno de reportes tanto internos como externos que garantice el funcionamiento de sus procedimientos y los requerimientos de las autoridades competentes, de acuerdo con lo establecido en el numeral 1.2.2. 7..

Los siguientes son los reportes mínimos que deber tener en cuenta las entidades en el diseño del SARLAFT/FPADM.

##### 1.3.2.1.4.1. Divulgación de información interna

Los reportes internos son de uso exclusivo de la entidad.

**1.3.2.1.4.1.1. Transacciones inusuales:** La entidad debe prever dentro del SARLAFT/FPADM los procedimientos para que el responsable de la detección de operaciones inusuales reporte las mismas a la instancia competente de analizarlas. El reporte debe indicar las razones que determinan la calificación de la operación como inusual.

**1.3.2.1.4.1.2. Operaciones sospechosas:** Constituye una operación sospechosa cualquier información relevante sobre manejo de activos, pasivos u otros recursos, cuya cuantía o características no guarden relación con la actividad económica de sus clientes, o sobre transacciones de sus usuarios que por su número, por las cantidades transadas o por las características particulares de las mismas, puedan conducir razonablemente a sospechar que los mismos están usando a la entidad para transferir, manejar, aprovechar o invertir dineros o recursos provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación.

El SARLAFT/FPADM debe prever los procedimientos de reporte al funcionario o instancia competente, con las razones objetivas que ameritaron tal calificación.

**1.3.2.1.4.1.3. Reportes de la etapa de monitoreo:** Como resultado del monitoreo deben elaborarse reportes que permitan establecer el perfil de riesgo residual de la entidad, la evolución individual y consolidada de los perfiles de riesgo de los factores de riesgo y de los riesgos asociados. Dichos reportes deben tener una periodicidad acorde con el perfil de riesgo residual de LA/FT/FPADM de la entidad, pero en todo caso, deben realizarse con una periodicidad mínima anual sin perjuicio de que se pueda hacer en un periodo inferior.

Los administradores de la entidad, en su informe de gestión al cierre de cada ejercicio contable, deben incluir una indicación sobre la gestión adelantada en materia de administración de riesgo de LA/FT/FPADM.

##### 1.3.2.1.4.2. Divulgación de información externa

Los reportes externos deben ser enviados a la UIAF y/o a las demás autoridades competentes.

**1.3.2.1.4.2.1. Reportes a la UIAF:** Los reportes deben ser entregados en la forma que disponga la UIAF, conforme a las instrucciones impartidas en los manuales y formatos contenidos en la página de Internet de dicha Entidad: <https://www.uiaf.gov.co/reportantes>

**1.3.2.1.4.2.2. Reporte de Operaciones Intentadas y Operaciones Sospechosas (ROS):** Una operación intentada o una operación sospechosa debe reportarse de manera inmediata como ROS directamente a la UIAF, entendiéndose por inmediato el momento a partir del cual la entidad toma la decisión de catalogar la operación como intentada o sospechosa. Para el efecto, no se necesita que la entidad tenga certeza de que se trata de una actividad delictiva, ni de identificar el tipo penal o de verificar que los recursos tienen origen ilícito; tan sólo se requiere que la operación sea sospechosa en los términos definidos en la presente Circular y/o dentro del manual de políticas de la misma entidad.

El envío del ROS a la UIAF no constituye una denuncia, ni da lugar a ningún tipo de responsabilidad para la entidad reportante, ni para las personas que hayan participado en su detección o en su reporte de conformidad con el artículo 42 de la Ley 190 de 1995

Los soportes de la operación reportada se deben organizar y conservar como mínimo por cinco (5) años, dado que pueden ser solicitados por las autoridades competentes. Ninguna persona de la entidad podrá dar a conocer que se ha efectuado el reporte de una operación sospechosa a la UIAF, según lo determina el inciso cuarto del artículo 11 de la Ley 526 de 1999.

Para efectos de lo dispuesto en el presente numeral, los sujetos obligados deberán entender por reporte de manera inmediata, el lapso que transcurre entre que el sujeto obligado toma la decisión de catalogar la operación como sospechosa y documentarla, plazo que en ningún caso puede exceder de ocho (8) días calendario.

**1.3.2.1.4.2.3. Reporte de ausencia de operaciones intentadas y operaciones sospechosas (reporte de ausencia de ROS):** Si durante el mes inmediatamente anterior, la entidad no observó transacciones u operaciones que den lugar a la realización de reporte, o sea que no realizó ningún ROS a la UIAF, dentro de los 10 primeros días calendario del mes siguiente deberá reportar a la UIAF que durante el mes anterior no efectuaron Reporte de Operaciones Sospechosas.

**1.3.2.1.4.2.4. Reporte de transacciones individuales en efectivo:** Todos los sujetos vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud que les compete la aplicación de este sistema deberán reportar mensualmente a la UIAF dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente, todas las transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica, por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE (\$5.000.000) y/o su equivalente en otras monedas.

**1.3.2.1.4.2.5. Reporte de transacciones múltiples en efectivo:** Todos los sujetos vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud que les compete la aplicación de este sistema, deberán reportar mensualmente a la UIAF dentro de los diez (10) primeros días

calendario del mes siguiente, todas las transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior, que en su conjunto iguale o supere la cuantía de veinticinco millones de pesos (\$25.000.000) M/CTE, y/o su equivalente en otras monedas durante el mes objeto de reporte.

El reporte de transacciones en efectivo se realizará en un único archivo relacionando las operaciones múltiples y luego las individuales.

**1.3.2.1.4.2.6. Reporte de ausencia de transacciones en efectivo:** Todos los sujetos vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud a los que le compete la aplicación de este sistema, que no hayan reportado transacciones en efectivo, bien sea individuales o múltiples durante el mes inmediatamente anterior, deberán reportar este hecho a la UIAF dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente.

**1.3.2.1.4.2.7. Otros Reportes:** La UIAF podrá establecer otros reportes y/o controles para ser entregados en los términos y periodicidad que determine, de acuerdo con los riesgos y vulnerabilidad de LA/FT/FPADM detectados en la actividad.

**1.3.2.1.4.2.8. Reportes a la SNS:** Reportar a esta Superintendencia el Oficial de Cumplimiento principal y suplente o quien haga sus veces, 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 de la plataforma NRVCC módulo de datos generales o aplicativos de reporte de información que la SNS dispone para ellos.

Demás reportes que la SNS considere pertinentes. Adicionalmente, la SNS realizará los requerimientos respectivos para verificar el cumplimiento de las etapas descritas anteriormente. Los soportes y evidencias de cada una de las etapas y su plan de trabajo deberán mantenerse en todo momento y quedar a disposición de la SNS, para ser revisados y validar que cumplen con lo establecido en la presente Circular, para fines de supervisión.

### **1.3.3. INSTRUCCIONES RELATIVAS AL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO**

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que se incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores o contrapartes en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones. Su materialización puede poner en riesgo la operación y por ende en los resultados en salud.

Teniendo en cuenta la anterior definición, se debe evaluar permanentemente el riesgo inherente que sus activos pierdan valor, como consecuencia que un deudor o contraparte incumpla con sus obligaciones, como por ejemplo los anticipos. Es así como dentro de esta evaluación debe incorporar oportunamente los cambios significativos de las condiciones de cumplimiento de sus deudores.

Para esto, se deberá desarrollar políticas, procedimientos y mecanismos idóneos que le permiten llevar a cabo en forma oportuna el ciclo general de gestión del riesgo de crédito. Por otro lado, la verificación de los siguientes literales se debe realizar al menos semestralmente, para evaluar su funcionamiento y monitorear efectivamente la exposición a este riesgo.

### **1.3.3.1. ELEMENTOS MÍNIMOS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO**

Para los elementos mínimos que debe contener el sistema de administración del riesgo de crédito i) Ciclo General de Gestión de Riesgos, ii) Políticas de gestión de riesgos, iii) Procesos y Procedimientos, iv) Documentación, v) Estructura Organizacional, vi) Infraestructura Tecnológica y vii) Divulgación de la Información y Capacitaciones, las entidades vigiladas deben desarrollarlos de acuerdo a lo descrito en el numeral 1.2.2., siempre que resulte aplicable, a continuación se hacen algunas especificidades para el ciclo general que debe contener el riesgo de crédito y los procesos y procedimientos:

#### **1.3.3.1.1. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO**

##### **1.3.3.1.1.1. Identificación del riesgo de crédito**

Para la identificación de este riesgo, los aspectos mínimos a considerar por parte de las entidades vigiladas parten de definir los tipos de activos expuestos a este riesgo: i) las cuentas por cobrar (por ejemplo, los anticipos, por lo que las entidades deben evaluar el riesgo de que la contraparte no legalice o no haga la devolución de estos dineros) y ii) los instrumentos financieros. Estos últimos incluyen:

- a. Cuentas de Bancos y Fondos de Inversión Colectivas (FIC, antes Carteras Colectivas) tales como: cuentas corrientes; cuentas de ahorros; cuentas maestras de recaudo; FIC abiertos, del mercado monetario; carteras colectivas cerradas; y otros tipos de encargos fiduciarios o fondos de inversión, fideicomisos, fondos de inversión colectiva inmobiliarios y/o fondos de capital privado, entre otros, siendo locales o extranjeros.
- b. Instrumentos inscritos en el Mercado de Valores de Colombia, tales como títulos de deuda pública emitidos o garantizados por la Nación o por el Banco de la República; títulos de renta fija emitidos, aceptados, garantizados o avalados por entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, FOGAFIN y FOGACOOP.
- c. Todas las inversiones en títulos o valores sean de renta fija o renta variable emitidos por entidades nacionales o extranjeras.

##### **1.3.3.1.1.2. Evaluación y medición del riesgo de crédito**

El Subsistema de Administración de Riesgo de Crédito debe evaluar las pérdidas estimadas como resultado del incumplimiento de sus contrapartes. Dentro del Subsistema, la entidad puede diseñar modelos para diferentes tipos de activos expuestos a este riesgo, dentro de los cuales deberá como mínimo contemplar la estimación de los siguientes elementos:

- a. La probabilidad de incumplimiento de los deudores dentro de un periodo de tiempo de 12 meses.
- b. Exposición del activo, se deben generar categorías de calidad del deudor/contraparte que orienten una posterior asignación de factores de riesgo diferenciales según dicha categorización.
- c. La estimación de la pérdida esperada en que incurriría la entidad dado el incumplimiento. En este elemento se debe considerar tanto el valor expuesto del activo (saldo de la obligación o valor neto del activo) en el momento del incumplimiento, como la tasa de recuperación del valor del activo una vez se ha materializado el incumplimiento, la cual debe contemplar las recuperaciones efectivas que se han realizado sobre estos incumplimientos en los últimos 3 años y la existencia e idoneidad de las garantías, si las hubiese.

Para estimar la probabilidad que el deudor/contraparte no cumpla con sus obligaciones en los términos acordados, se recomienda que la entidad tenga en cuenta como mínimo los siguientes aspectos:

- En el caso de los deudores/cuentas por cobrar:
  - a. Análisis históricos de las cuentas por cobrar de cada deudor según plazos y cumplimiento de pago.
  - b. La calidad del deudor y el plazo de la cartera: a mayor concentración de las deudas de mayor plazo, mayor el riesgo asociado al deudor.
  - c. Adicional al análisis individual por deudor, se recomienda realizar un análisis segmentado por la línea de negocio (en tanto la entidad desarrolle varias actividades dentro del sector como aseguramiento obligatorio, voluntario y prestación de servicios de salud, entre otros) y el concepto generador de la obligación, en el caso de las cuentas por cobrar.
  - d. Estimar las posibles pérdidas que resulten de incumplimientos de pago frente a prestaciones realizadas u obligaciones generadas, las cuales involucran entre otros elementos, la evaluación de deterioros o posteriores valoraciones de acuerdo con las políticas contables que sobre los instrumentos financieros haya escogido la entidad, específicamente en las cuentas por cobrar.
- En el caso de los instrumentos financieros, se recomienda que la entidad:
  - a. Clasifique la seguridad del activo con fundamento en la calificación de crédito emitida por agencias calificadoras de riesgo tanto para el activo de renta fija como para el emisor, ya que estas calificaciones reflejan las probabilidades de incumplimiento de los activos en cada categoría de calificación.
  - b. Asigne factores de riesgo en función de las probabilidades de incumplimiento para cada categoría de seguridad del activo. De no disponer de estudios propios que evalúen estas probabilidades de incumplimiento para los diferentes emisores y tipos

de instrumentos financieros, se puede tomar como referencia los ponderadores que se mencionan en el Decreto 2954 de 2010 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y sus modificatorias.

#### **1.3.3.1.1.3. Tratamiento y control del riesgo de crédito**

Las entidades vigiladas deberán contemplar dentro de este Subsistema de Administración y Gestión de Riesgo mecanismos de tratamiento y control del riesgo de crédito, los cuales se aplicarán de forma continua. Su frecuencia y criterios de calificación se definirán de acuerdo con las políticas de gestión del riesgo que esté dispuesto a asumir cada entidad. Además de, la definición de procedimientos específicos de seguimiento y cobranza de las deudas y el establecimiento de mecanismos apropiados de negociación y recuperación de deudas que se encuentran en incumplimiento.

Se consideran buenas prácticas de gestión para el tratamiento y control del riesgo de crédito las siguientes acciones, las cuales por su naturaleza deberán ser refrendadas en los aspectos específicos de la política de gestión del riesgo de crédito de la entidad.

**1.3.3.1.1.3.1. Límites de exposición crediticia y de pérdida tolerada:** Las políticas de gestión del riesgo deben establecer lineamientos para la fijación de niveles y límites de exposición (iniciales y potenciales) de los créditos totales, individuales y por portafolios de inversión, así como de los límites de concentración por deudor, sector o grupo económico. Asimismo, para establecer porcentajes máximos de tenencia de activos de la categoría más riesgosa y mínimos de los activos de máxima seguridad.

**1.3.3.1.1.3.2. Deterioro de los activos:** Las políticas de gestión del riesgo deben establecer un sistema de cubrimiento del riesgo de crédito por medio de provisiones o deterioro de los activos generales e individuales que permitan absorber las pérdidas esperadas derivadas de la exposición crediticia de la entidad y estimadas mediante las metodologías y análisis desarrollados para la gestión de riesgo de crédito. En todo caso, el sistema de deterioro desarrollado debe estar alineado con el cumplimiento de las normas que se encuentren vigentes sobre la materia y debe establecerse como política contable calculado en función de la pérdida esperada.

**1.3.3.1.1.3.3. Capital expuesto al riesgo:** El capital expuesto al riesgo de crédito corresponde a la estimación del nivel de patrimonio necesario para absorber las pérdidas no esperadas de la entidad debido a incumplimientos de las obligaciones por parte de sus deudores. En este sentido, se recomienda como medida prudencial que se realice un proceso de estimación de este capital con metodologías internas y acorde con las políticas de gestión del riesgo de crédito aprobadas.

**1.3.3.1.1.3.4. Recuperación de cartera:** Las entidades debe establecer políticas y procedimientos que le permita tomar medidas oportunas para enfrentar incumplimientos

con el objeto de menguar las pérdidas. El diseño debe partir como mínimo de la base histórica de recuperaciones y las variables críticas que determinen la disminución de las pérdidas o castigos a la cartera. La información sobre los resultados de estas políticas debe ser almacenada como insumo de afinamiento de los modelos desarrollados, su seguimiento y la estimación de pérdidas, así como para alimentar las proyecciones de flujos de caja que permiten gestionar a su vez, el riesgo de liquidez.

#### **1.3.3.1.2. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL RIESGO DE CRÉDITO**

El Subsistema de Administración de Riesgo de Crédito que implementen las entidades, deberá incorporar dentro de sus procesos y procedimientos internos para la gestión del riesgo de crédito, los siguientes lineamientos y aspectos específicos como mínimo:

- a. Una evaluación de riesgo por contraparte (incluyendo los instrumentos financieros, tratándose de inversiones de renta fija), teniendo en cuenta los límites de exposición por contraparte asociadas a la evaluación de riesgos realizada. La entidad podrá realizar una evaluación agrupando activos con características y perfiles de riesgo similares, pero deberá realizar esta evaluación en forma individual si el activo es significativo.
- b. Un modelo de cálculo de deterioros/provisiones por riesgo de crédito que sea adecuado para reflejar las potenciales pérdidas a las que está expuesta la entidad por el incumplimiento de las contrapartes y que se ajuste a la normatividad vigente.
- c. La definición de procedimientos específicos de seguimiento, cobranza de las deudas y el establecimiento de mecanismos apropiados de negociación y recuperación de deudas que se encuentren en incumplimiento.
- d. Una estrategia de gestión de glosas ante las EPS, la ADRES (o la entidad que ejerza sus funciones) o ante las Entidades Territoriales según sea el caso. La definición de la estrategia de gestión de glosas se debe formular en función del análisis histórico y su consecuente caracterización para determinar procesos específicos de actuación ante cada tipo de glosa. (entidades a las que le aplique)
- e. La verificación de los literales anteriores se debe realizar por lo menos una vez al año, para evaluar su funcionamiento y monitorear efectivamente la exposición a este riesgo.
- f. Las bases de datos utilizadas en el proceso de diseño de los modelos para la administración del riesgo crediticio deben tener una historia mínima de tres (3) años. En caso de no cumplirse con el tiempo recomendado, la entidad deberá preparar un plan de ajuste en el cual se expongan los procedimientos y fechas en las cuales se logrará cumplir con esta recomendación. Durante el periodo de ajuste, a partir de la infraestructura tecnológica y de los sistemas necesarios para garantizar la adecuada administración del Riesgo de Crédito se deben generar informes confiables sobre dicha labor por lo menos una vez al trimestre.

#### **1.3.4. INSTRUCCIONES RELATIVAS AL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ**

El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).

Como consecuencia de las actividades y operaciones diarias, las entidades se ven expuestas a este riesgo de liquidez. La gestión de liquidez de la entidad está correlacionada con:

- a. Una adecuada recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito),
- b. Una adecuada modelación y monitoreo a las volatilidades del mercado financiero (gestión de riesgo de mercado) y,
- c. Un adecuado manejo en el flujo de los recursos del sistema.

La materialización del riesgo de liquidez genera necesidades de recursos líquidos por parte de las entidades, las cuales pueden verse impedidas a realizar los pagos a los prestadores de servicios de salud o demás proveedores, lo que podría conllevar, entre otras consecuencias, a deficiencias en la prestación del servicio de salud, tales como: no asignación de citas, retraso en los servicios de salud, procedimientos o entrega de medicamentos, entre otros; y así afectar la percepción de los usuarios al servicio de salud y la viabilidad financiera de las entidades del sector.

Con el objetivo de evitar que las situaciones antes descritas se materialicen, las entidades deben desarrollar e implementar un Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez, que le permita identificar, medir, controlar y monitorear eficazmente este riesgo. Este Subsistema de Administración le debe permitir tomar decisiones oportunas para mitigar este riesgo.

#### **1.3.4.1. ELEMENTOS MÍNIMOS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ**

Para los elementos mínimos que debe contener el sistema de administración del riesgo de liquidez i) Ciclo General de Gestión de Riesgos, ii) Políticas de gestión de riesgos, iii) Procesos y Procedimientos, iv) Documentación, v) Estructura Organizacional, vi) Infraestructura Tecnológica y vii) Divulgación de la Información y Capacitaciones, las entidades vigiladas deben desarrollarlos de acuerdo a lo descrito en el numeral 1.2.2., siempre que resulte aplicable, a continuación se hacen algunas especificidades para el ciclo general que debe contener el riesgo de crédito y los procesos y procedimientos:

##### **1.3.4.1.1. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ**

###### **1.3.4.1.1.1. Identificación del riesgo de liquidez**

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir, definir e identificar el riesgo al que están expuestas las entidades en función de los flujos de ingresos y egresos de efectivo y equivalentes de efectivo, de acuerdo con las operaciones autorizadas.

Con el fin de identificar y cuantificar el riesgo de liquidez se debe disponer de la mejor información que permita realizar las proyecciones de todos los flujos netos de activos y pasivos o de ingresos y egresos, y debe contar como mínimo con lo siguiente para poder analizar los posibles descalces:

###### **Activos:**

- a. Identificar los activos considerados como líquidos (aquellos que proveen liquidez inmediata). Se recomienda incluir dentro de estos como mínimo, el disponible que esté consignado en bancos y/o inversiones en Fondos de Inversión Colectiva (FIC) en las siguientes modalidades: cuenta corriente, cuenta de ahorros (cuenta maestra de recaudo), FIC abiertos, del mercado monetario y cualquier otro tipo de encargo fiduciario o fondo de inversión, fideicomiso, fondos de inversión colectiva de inmobiliarios y fondos de capital privado que no tengan restricciones para el retiro inmediato de recursos (sin pacto de permanencia). Asimismo, se debe identificar todas las inversiones en títulos o valores sean de renta fija o renta variable emitidos por entidades nacionales o extranjeras, públicas o privadas, que considere de fácil realización (activos que forman parte del portafolio de inversiones y que no tengan ninguna restricción de movilidad ni que estén sujetos a algún tipo de gravamen, medida preventiva o de cualquier naturaleza, que impida su libre cesión o transferencia).
- b. Identificar los recursos y plazos de recuperación de cartera (cuentas por cobrar). Tener en cuenta el comportamiento histórico de cartera vencida para aplicar factores de descuento o de castigo, en los casos que considere necesario para obtener una aproximación mucho más cercana a la realidad.
- c. Identificar los ingresos operacionales.
- d. Proyectar cualquier movimiento de entradas futuras de efectivo por cualquier concepto, entre los cuales puede estar el portafolio de inversiones: vencimiento de títulos de renta fija o de operaciones, cobro de cupones, rendimientos de un CDT, dividendos en efectivo, entre otros flujos que se esperan recibir.

**Pasivos:**

- a. Identificar las cuentas por pagar bajo cualquier concepto.
- b. Proyectar cualquier movimiento de salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto, entre los cuales pueden presentarse por la emisión de instrumentos financieros, el pago de cupones de emisiones de deuda por renta fija, el pago de dividendos por acciones emitidas, entre otros.

**1.3.4.1.1.2. Evaluación y medición del riesgo de liquidez**

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir cuantificar el nivel mínimo diario de efectivo o equivalentes de efectivo requerido, en moneda nacional y/o extranjera, de acuerdo con la normatividad vigente, que le permita cumplir de manera oportuna con sus obligaciones de pago.

Es decir que deben estar en capacidad de medir y proyectar los flujos de caja de sus activos y pasivos, en diferentes horizontes de tiempo, tanto en un escenario en condiciones normales como en un escenario de crisis bajo hipótesis razonables (stress testing), en el que los flujos de caja se alejan significativamente de lo esperado, por efecto de cambios imprevistos en el entorno de los mercados, de la entidad o de ambos, y de esta manera, poder calcular sus necesidades de liquidez.

Para la medición de este riesgo, se requiere que aplique un “test de liquidez” periódicamente con el fin de identificar potenciales necesidades de liquidez o recursos líquidos para cubrir sus flujos de pago y las causas de potenciales situaciones de iliquidez. Uno de los

principales objetivos de este test es que las entidades mejoren sus estimaciones conforme lo aplican frecuentemente y puedan prevenir potenciales situaciones adversas. Si bien algunos ingresos y/o egresos son más predecibles que otros, se busca que las estimaciones vayan mejorando a medida que estas se realizan y que con fundamento en las proyecciones de egresos se identifiquen los activos necesarios o recursos adicionales para poder cubrir estas estimaciones, de acuerdo con unos niveles de tolerancia de riesgo definidos.

Para estructurar el test de liquidez debe usar la información de los flujos de efectivo tanto de ingresos como de egresos, de acuerdo con los diferentes tipos de obligaciones y acreencias proyectándolos en un horizonte de tiempo de por lo menos tres (3) meses. Los periodos de proyección se pueden construir de forma diaria, semanal, mensual e incluso trimestral.

La proyección de ingresos y egresos estará basada en la mejor información disponible con la que cuenta cada entidad, y de acuerdo con supuestos y estimaciones propias, los cuales en todo caso deben ser explicitados y justificados técnicamente por la entidad. Para efectos de la determinación del riesgo inherente de liquidez, se deberá establecer el superávit o déficit de liquidez, que corresponderá a la diferencia entre el monto total de ingresos y egresos de efectivo proyectados. Este monto se utilizará para el cálculo del indicador de liquidez.

Debido a que el riesgo será mayor en aquellas proyecciones más volátiles o que incorporen una mayor incertidumbre, y que a su vez cuenten con menores recursos líquidos para cubrir sus necesidades, las técnicas de modelación deben abordar como mínimo los siguientes elementos críticos:

- a. Identificación y caracterización de los conceptos de ingresos y egresos más volátiles.
- b. Identificación y caracterización de los recursos líquidos para cubrir las necesidades de liquidez, teniendo en cuenta factores de descuento cuando se considere necesario.

Es así como las entidades deberán identificar descalces en distintos horizontes de tiempo y realizar un análisis de la liquidez, que les permitan crear señales de alerta temprana y establecer límites encaminados a evitar la materialización de riesgos asociados a otros riesgos.

#### **1.3.4.1.1.3. Tratamiento y control del riesgo de liquidez**

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo de liquidez al que se ven expuestas en las actividades propias de la entidad.

Adicionalmente, debe permitir realizar seguimiento continuo de su exposición al riesgo de liquidez mediante las alertas tempranas, los límites de exposición y los indicadores que la entidad haya elaborado con el fin de monitorear y realizar los controles adecuadamente y a tiempo para evitar que este riesgo pueda llegar a materializarse e impactar negativamente en los objetivos de la entidad.

El seguimiento debe permitir la elaboración de reportes gerenciales y de monitoreo del riesgo de liquidez y evaluar los resultados de las estrategias de la entidad e incluyan el resumen de las posiciones que contribuyen significativamente a dicho riesgo.

A su vez, se deben establecer límites para mantener un nivel mínimo de activos líquidos, que estén acordes con el volumen de operaciones y tamaño de la entidad y sus necesidades de liquidez bajo condiciones normales del negocio y márgenes adicionales de liquidez para enfrentar situaciones de estrés.

Asimismo, las entidades deberán incluir mediciones de escenarios extremos (stress testing y de back testing), como medios para verificar la precisión de las proyecciones obtenidas a través de los test y hacerlos parte del mismo para hacer ajustes posteriores.

#### **1.3.4.1.1.4. Herramienta básica para calcular la posición de liquidez**

La evaluación del riesgo inherente de liquidez se efectuará a través de la aplicación de un test de liquidez para cada una de las entidades, el cual debe ser propuesto por la entidad en su diseño de gestión de este riesgo. Sin embargo, para las entidades que aún no cuenten con modelos de liquidez o proyecciones de flujos de caja, a continuación, se describe el funcionamiento de un modelo básico de liquidez que les puede servir como guía de apoyo, la cual no es de obligatoria adopción. La entidad vigilada deberá tener a disposición de la Superintendencia la herramienta que diseñó.

La herramienta ejemplo que propone la Superintendencia, (ver archivo de Excel cargado en la página web: "Modelo básico flujos de caja.xlsx"), provee una estructura simple para procesar los resultados del test de liquidez. La evaluación se basa en la proyección de flujos de ingresos y egresos sobre la base de la mejor información disponible que tiene la entidad, así como también de sus expectativas y estimaciones propias, es decir se estiman los posibles flujos de entrada y salida de caja derivados de ingresos y egresos en diferentes periodos de tiempo futuros (se recomienda separar los flujos que provienen de la operación de los que no, tanto para las entradas como para las salidas de efectivo) y la diferencia entre ellos determinará las necesidades de liquidez de la entidad que requieran ser cubiertas de alguna manera (se identifica si existe a no algún déficit de liquidez).

A estas necesidades de liquidez se le agregan los activos líquidos con los que cuenta la entidad<sup>16</sup>, para finalmente llegar a un monto de posición neta de liquidez y a un margen de liquidez que se calcula en relación con el monto total de egresos estimados.

Entre la categoría de activos líquidos se recomienda que la entidad identifique todas las inversiones en títulos o valores sean de renta fija o renta variable emitidos por entidades

---

<sup>16</sup> Al adicionar los activos líquidos se determina en forma más precisa la posición neta de liquidez de la entidad y se hace consistente con metodologías de riesgos financieros que consideran el capital disponible como factor mitigador (por ejemplo, el indicador de solvencia del Capital Basado en Riesgo - CBR).

nacionales o extranjeras que considere de fácil realización, es decir todos los activos que forman parte del portafolio de inversiones de la entidad y que no tienen ninguna restricción de movilidad ni que estén sujetos a algún tipo de gravamen, medida preventiva o de cualquier naturaleza, que impida su libre cesión, venta o transferencia.

En esta categoría se encuentra el disponible, las participaciones en Fondos de Inversión Colectiva abiertos sin pacto de permanencia, las acciones inscritas en la Bolsa de Valores de Colombia que sean elegibles para ser objeto de operaciones repo, y las inversiones negociables y disponibles para la venta en títulos de renta fija, por ejemplo.

Los resultados de esta proyección de flujos se deben presentar de manera diaria para por lo menos las dos primeras semanas y de manera semanal para por lo menos el primer mes, de forma tal que se identifiquen y orientan más adecuadamente las medidas correctivas a implementar, al tener un mayor seguimiento a los flujos de corto plazo.

#### **1.3.4.1.2. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL RIESGO DE LIQUIDEZ**

Para mejorar la capacidad técnico-administrativa, el flujo de recursos y la calidad y disponibilidad de información necesaria para diseñar el flujo de efectivo se requiere como mínimo:

- a. Implementación de procesos orientados a garantizar el pago oportuno a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás proveedores (política de pagos a proveedores).
- b. Sistema que permita la radicación oportuna, de preferencia en línea, por parte de los proveedores, de las facturas correspondientes a los servicios realizados por los prestadores de servicios.

#### **1.3.5. INSTRUCCIONES RELATIVAS AL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES**

El Riesgo de Mercado de Capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de un incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en las tasas de interés, en la tasa de cambio o cualquier otro parámetro de referencia que afecte cualquier elemento de la situación financiera de la administración del régimen.

Las entidades deben desarrollar e implementar un Subsistema de Administración de Riesgo de mercado de capitales, que le permita identificar, medir, controlar y monitorear eficazmente este riesgo. Este Subsistema de Administración le debe permitir tomar decisiones oportunas para mitigar este riesgo.

##### **1.3.5.1. ELEMENTOS MÍNIMOS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES**

Para los elementos mínimos que debe contener el sistema de administración del riesgo de mercado de capitales i) Ciclo General de Gestión de Riesgos, ii) Políticas de gestión de riesgos, iii) Procesos y Procedimientos, iv) Documentación, v) Estructura Organizacional,

vi) Infraestructura Tecnológica y vii) Divulgación de la Información y Capacitaciones, las entidades vigiladas deben desarrollarlos de acuerdo a lo descrito en el numeral 1.2.2., siempre que resulte aplicable, a continuación se hacen algunas especificidades para el ciclo general que debe contener el riesgo de mercado de capitales:

### **1.3.5.1.1. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE MERCADO DE CAPITALS**

#### **1.3.5.1.1.1. Identificación del riesgo de mercado de capitales**

El Subsistema debe permitir definir e identificar la exposición al riesgo de mercado de capitales al que se encuentran expuestas de acuerdo, con las siguientes acciones como mínimo:

- i) Definir los factores de riesgo que generan su exposición a este riesgo. Como mínimo las entidades deben considerar las tasas de interés, el precio de las acciones, el de bienes inmuebles y la tasa de cambio.
- ii) Identificar los activos expuestos a la volatilidad de estas variables, como mínimo:
  - a. Respecto a los activos expuestos a la tasa de interés (instrumentos de renta fija principalmente) considerar al menos los siguientes: bonos ordinarios, bonos subordinados, bonos opcionalmente convertibles en acciones, bonos obligatoriamente convertibles en acciones, Certificados de Depósito a Término (CDT), Títulos de Deuda Pública (TES), bonos de capitalización, y demás inversiones que estén expuestos a este factor de riesgo, ya sea que estén inscritos o no en la Bolsa de Valores de Colombia (BVC).
  - b. Al considerar los activos expuestos al precio de las acciones (instrumentos de renta variable) por lo menos tener en cuenta acciones ordinarias, preferenciales y demás inversiones que estén expuestos a este factor de riesgo, ya sea que estén inscritos o no en la BVC.
  - c. Entre los activos no monetarios que estarían expuestos a la variabilidad en el precio de los bienes inmuebles, contemplar los terrenos, así como las construcciones y edificaciones de la entidad.
  - d. Por último, considerar los activos y pasivos denominados en moneda extranjera a efectos de abordar la volatilidad de la tasa de cambio.

#### **1.3.5.1.1.2. Evaluación y medición del riesgo de mercado de capitales**

El Subsistema de Administración del Riesgo de Mercado de Capitales debe permitir medir y cuantificar las posibles pérdidas esperadas derivadas de la exposición a este riesgo en particular. Para esta etapa del ciclo, las entidades deben como mínimo:

- a. Detallar la correspondiente valoración de los activos y pasivos (el precio o valor de mercado) expuestos a los factores de riesgos identificados por la entidad y mencionados en el numeral anterior como mínimo, aplicando de manera adecuada las mediciones, reconocimiento, presentación y revelación en aplicación del respectivo marco técnico normativo de información financiera y contable.

- b. Escoger y aplicar una metodología para valorar la exposición de cada factor ante el riesgo de mercado de capitales, analizando de manera independiente las variaciones en las tasas de interés, de cambio, precio de las acciones y de los bienes inmuebles, como mínimo.
- c. La entidad debe escoger la metodología que considere más apropiada para la medición, en función de la información disponible, personal encargado de la estimación y las políticas establecidas por la entidad en la gestión de este riesgo. Para ello, se recomienda analizar la información histórica de las variables que generan exposición al riesgo de mercado de capitales para un periodo de observación efectivo de por lo menos un (1) año. Entre los posibles métodos de cálculo se encuentran: paramétricos o no paramétricos tales como el Valor en Riesgo (VaR), simulaciones de Montecarlo, simulaciones históricas, entre otros.
- d. Calcular el capital adecuado que guarde correspondencia con los niveles de riesgo de cada entidad para cubrir las pérdidas inesperadas para cada uno de los factores de riesgo del mercado de capitales (tasa de interés, tasa de cambio, precio de las acciones y de bienes inmuebles, como mínimo).
- e. Agregar los requerimientos de capital de los diferentes factores de riesgo del mercado de capitales aplicando la correlación entre los mismos.

#### **1.3.5.1.1.3. Tratamiento y control del riesgo de mercado de capitales**

El Subsistema de Administración del Riesgo de Mercado de Capitales debe permitir tomar medidas adecuadas para su control en el desarrollo de sus operaciones. Esta etapa debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

- a. Contar con un modelo de seguimiento de riesgo de mercado de capitales donde se identifiquen los criterios utilizados para calcular los niveles de exposición, los factores de riesgo, la periodicidad de evaluación y las fuentes de información. Debe haber correspondencia entre el modelo y las características particulares de cada entidad, teniendo en cuenta el grado de complejidad y el volumen de las operaciones expuestas a este riesgo.

Dicho modelo debe estar en la capacidad de realizar mediciones que incorporen escenarios extremos (stress testing) en los diferentes factores de riesgo. Asimismo, cuando se presenten cambios estructurales en las variables que generan exposición a este, el modelo debe considerar estos movimientos en los factores de riesgo. Un ejemplo que se puede usar como referencia es el que se contempla en el Sistema de Administración de Riesgo de Mercado (SARM) de la Superintendencia Financiera de Colombia.

- b. Permitir el control de los niveles de exposición a los diferentes factores de riesgo de mercado de capitales y especificar los límites máximos de exposición permitidos por

la Entidad y los planes de contingencia para los casos en los que se superen dichos límites.

- c. Realizar pruebas de desempeño (back testing) del modelo interno para determinar la consistencia, precisión y confiabilidad del requerimiento de capital estimado para cubrir las pérdidas inesperadas.

### **1.3.6. INSTRUCCIONES RELATIVAS AL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL**

El Riesgo Operacional corresponde a la posibilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales de sus procesos como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos y biomédicos, en la infraestructura, fraude, corrupción, entre otros ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

Es importante resaltar que, la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos de las entidades, y que pueden materializarse como resultado de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad, prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las características propias de las entidades.

#### **1.3.6.1. ELEMENTOS MÍNIMOS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL**

Para los elementos mínimos que debe contener el sistema de administración del riesgo de operacional **i) Ciclo General de Gestión de Riesgos, ii) Políticas de gestión de riesgos, iii) Procesos y Procedimientos, iv) Documentación, v) Estructura Organizacional, vi) Infraestructura Tecnológica y vii) Divulgación de la Información y Capacitaciones**, las entidades vigiladas deben desarrollarlos de acuerdo a lo descrito en el numeral 1.2.2., siempre que resulte aplicable, a continuación se hacen algunas especificidades para el ciclo general que debe contener el riesgo operacional:

##### **1.3.6.1.1. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL**

###### **1.3.6.1.1.1. Identificación del Riesgo Operacional**

El Subsistema debe permitir a las entidades definir e identificar la exposición al riesgo operacional, por lo cual, en esta etapa se elabora un perfil de los procesos de las actividades en salud de la entidad con las siguientes acciones:

- a. Levantamiento y documentación de los procesos, entre los cuales deben tener en cuenta los siguientes para el cumplimiento de las funciones de la Entidad:
  - o Auditoría de cuentas médicas
  - o Facturación
  - o Gestión del talento humano
  - o Sistemas de Información

- Gestión de Red de: Prestadores de Servicios de Salud, de insumos y de medicamentos
  - Gestión Financiera
  - Atención al Usuario
- b. Identificación de los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos.
- c. Identificar pérdidas en los resultados de salud de su población, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.
- d. La etapa de identificación debe realizarse previamente a la implementación de nuevos procesos o a la modificación de cualquiera de ellos, así como en los casos de fusión, adquisición, cesión de activos, pasivos y contratos, entre otros.
- e. Determinar potenciales pérdidas financieras en la entidad causadas por los eventos de riesgo operacional identificados.

Para la identificación, se debe tener un registro de eventos materializados de riesgo operacional, con la información relacionada a nivel local. A continuación, se presenta la información relevante que debe tener un registro de eventos de riesgo operativo:

1. **Referencia:** Código interno que relacione el evento en forma secuencial.
2. **Proceso:** Identificación del proceso donde se produjo el evento de riesgo o se vio afectado.
3. **Fecha de descubrimiento:** Fecha en que se detecta el evento (Día, mes, año, hora).
4. **Fecha de inicio:** Fecha en la que el evento tiene su inicio (Día, mes, año, hora).
5. **Fecha de finalización:** Fecha en que finaliza el evento (Día, mes, año, hora).
6. **Descripción del evento:** Descripción detallada del evento.
7. **Producto-Servicio afectado:** Identificación del producto o servicio al que el evento afecta.
8. **Clase de evento:** Especifique la clase de evento, según la clasificación adoptada (Fraude interno, fraude externo, relaciones laborales, clientes, daños a activos físicos, fallas tecnológicas, ejecución y administración de procesos, entre otros).
9. **Tipo de pérdida:** Identificación de la pérdida que origina el evento:
  - Genera pérdida y afecta el estado de resultados de la entidad
  - Genera pérdida y no afecta el estado de resultados de la entidad
  - No genera pérdidas
10. **Divisa:** Moneda en la que se materializa el evento (COP, USD, entre otras).
11. **Cuantía:** Monto de dinero a la que asciende la pérdida. Este valor debe ser presentado en moneda legal, es decir en pesos colombianos (COP). Si el evento se presenta en otra moneda diferente a la legal, se utiliza para el cambio la TRM del día en que se contabilizó la pérdida por el evento.
12. **Cuantía total recuperada:** Monto de dinero recuperado por acción directa de la entidad. Incluye cuantías recuperadas por seguros.
13. **Cuantía recuperada por seguros:** Corresponde al monto de dinero recuperado por el cubrimiento a través de un seguro.
14. **Cuentas del Plan de Cuentas afectadas:** Identifica las cuentas del “Plan de Cuentas” afectadas
15. **Fecha de contabilización:** Fecha en que se registra contablemente la pérdida por el evento (Día, mes, año, hora).

**16. Datos del registro:** Aquí se detalla quien diligenció el formato, la dependencia y fecha de este, así como nombre, firma y cargo de quien lo reporte.

Además de los campos descritos en este numeral, se pueden incorporar dentro del registro de eventos materializados de riesgo operacional otros adicionales que consideren relevantes para su gestión.

Asimismo, cabe mencionar que, dentro del riesgo operacional se puede encontrar inmerso el riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, al igual que el riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude tratado en la última circular en mención.

#### **1.3.6.1.1.2. Evaluación y Medición del Riesgo Operacional**

En esta etapa, el Subsistema de Administración de Riesgo Operacional debe medir la probabilidad de ocurrencia de un evento y su impacto en caso de materializarse. En caso de no contar con datos históricos se deberá realizar una aproximación cualitativa, y elaborar un plan de ajuste que posibilite la medición cuantitativa del riesgo posteriormente. Para esta etapa del ciclo, las entidades deben tener como mínimo lo siguiente:

- a. Diseñar y aplicar la metodología de evaluación acorde con los eventos de riesgo operacional identificados procurando una medición individual y consolidada de la probabilidad de ocurrencia y del impacto, para así determinar el perfil de riesgo de la entidad.
- b. Tener en cuenta dentro de la evaluación, los planes de contingencia y el Plan de Continuidad del Negocio, todos los recursos (físicos, humanos, técnicos y financieros) necesarios para que cada entidad enfrente la exposición al riesgo operacional bajo cualquier eventualidad, de acuerdo con su tamaño y nivel de operaciones.

#### **1.3.6.1.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo Operacional**

El Subsistema de Administración del Riesgo Operacional debe permitir tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo operacional inherente al que se ve expuesta en el desarrollo de sus operaciones con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o impacto en caso de que se materialicen.

Esta etapa debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

- a. Diseñar e implementar controles para cada proceso de manera que se pueda mitigar el riesgo inherente, ya sea mediante su probabilidad, impacto o ambos.
- b. Incluir los controles diseñados dentro de las políticas y procedimientos de la entidad.
- c. En cuanto a los riesgos que afecten la operación en condiciones normales de la entidad, ésta debe implementar un Plan de Continuidad del Negocio aprobado por el órgano director de cada entidad.

Adicionalmente, se deben adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas en implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética de integridad,

transparencia y la lucha contra la corrupción. El objetivo de esta estrategia es prevenir, detectar, y, cuando sea del caso, denunciar la corrupción que, en cualquiera de sus formas, eventualmente se pueda presentar, por parte o en contra de una entidad.

La implementación y seguimiento a estos riesgos van estrechamente ligados a las políticas, principios y valores institucionales, de ahí la importancia de su ejecución y mejoramiento continuo.

#### **1.3.6.1.1.3.1. Plan de Continuidad del Negocio**

Las entidades deben definir, implementar, probar y mantener un proceso para administrar y asegurar la continuidad del negocio en situaciones de emergencia o desastre, incluyendo elementos como la prevención y la atención de emergencias, administración de la crisis, planes de contingencia y capacidad de retorno a la operación normal. Estas medidas deben contar con los siguientes elementos:

- a. Identificación de eventos que pueden afectar la operación.
- b. Actividades para realizar cuando se presentan las fallas.
- c. Alternativas de operación.
- d. Proceso de retorno a la actividad normal.

#### **1.3.7. INSTRUCCIONES RELATIVAS AL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE GRUPO**

El Riesgo de Grupo corresponde a la posibilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial. Este se deriva de la exposición a fuentes de riesgo adicionales a las propias del negocio de la entidad, dentro de las que se encuentran, por ejemplo: i) riesgo de contagio financiero, ii) detrimentos patrimoniales por filtración de flujos o concentración de pasivos, iii) posibles conflictos de intereses, que generen condiciones desfavorables en las transacciones de la entidad. La exposición a las fuentes de riesgo puede ser directa, mediante exposición financiera u operativa, o indirecta, mediante daño a la reputación.

Mediante la supervisión de este riesgo, se continuará verificando el cumplimiento de lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, de acuerdo con los instrumentos y metodologías adoptados por la Superintendencia.

##### **1.3.7.1. ELEMENTOS MÍNIMOS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE GRUPO**

Para los elementos mínimos que debe contener el sistema de administración del riesgo de grupo i) Ciclo General de Gestión de Riesgos, ii) Políticas de gestión de riesgos, iii) Procesos y Procedimientos, iv) Documentación, v) Estructura Organizacional, vi) Infraestructura Tecnológica y vii) Divulgación de la Información y Capacitaciones, las entidades vigiladas deben desarrollarlos de acuerdo a lo descrito en el numeral 1.2.2.,

siempre que resulte aplicable, a continuación se hacen algunas especificidades para el ciclo general que debe contener el riesgo de grupo.

### **1.3.7.1.1. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE GRUPO**

#### **1.3.7.1.1.1. Identificación del Riesgo de Grupo**

Para la identificación de este riesgo la entidad debe determinar si esta hace parte de un grupo empresarial e identificar todos los miembros de su grupo definido en los términos legales de los artículos 260 y 261 del código de comercio, la Ley 222 de 1995 y sus modificatorias. Asimismo, debe tener en cuenta lo establecido en el marco de las Normas Internacionales de información Financiera.

Adicionalmente, la entidad debe identificar las transacciones de índole financiera y administrativa que involucran de forma directa o indirecta los miembros de su grupo empresarial o partes vinculadas, con el fin de poder evaluar el impacto y probabilidad de ocurrencia de los mismos.

#### **1.3.7.1.1.2. Evaluación y Medición del Riesgo de Grupo**

La entidad debe establecer mecanismos para la medición y evaluación del riesgo de grupo teniendo en cuenta que, por el hecho de pertenecer a un grupo puede estar expuesta, entre otros, a:

- **Riesgo de contagio**, donde resultados negativos en el ámbito financiero, calidad del servicio, entre otros, de los miembros del grupo empresarial y/o de las partes vinculadas impliquen algún estrés al interior de la entidad.
- **Concentración del riesgo**, donde un mismo tipo de riesgo se puede materializar en la entidad y otro miembro del grupo y/o parte vinculada al mismo tiempo.
- **Posibles conflictos de intereses.**

Para la medición del impacto debe tenerse en cuenta los efectos sobre la fijación de precios, el flujo de información, la calidad en la atención en salud, la gestión contractual, entre otros.

#### **1.3.7.1.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo de grupo**

Teniendo en cuenta la probabilidad e impacto de las diferentes transacciones de la entidad con los miembros del grupo empresarial al cual pertenece sobre las pérdidas de la entidad, se recomiendan las siguientes medidas:

- Incluir políticas en la entidad asociadas a la gestión y auditorías de transacciones con los miembros del grupo empresarial al cual pertenece o sus partes vinculadas.
- Velar por la inscripción del grupo empresarial, al cual pertenece, en el registro mercantil de acuerdo con lo establecido en el artículo 30 de la ley 222 de 1995.

Adicional a las políticas individuales, se debe verificar que la entidad controlante asegure la existencia de políticas internas del grupo empresarial y mecanismos de control y gestión de riesgos adecuados conforme la estructura, negocios y perfil riesgos del grupo empresarial.

### **1.3.8. INSTRUCCIONES RELATIVAS AL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO REPUTACIONAL**

El Riesgo Reputacional corresponde a la posibilidad de toda acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de una entidad, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad. Tal publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede mermar la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, o dar lugar a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o los ingresos. Estos pueden ser desagregados, en situacional o previsto, de acuerdo con la capacidad de prevención-mitigación<sup>17</sup>.

- Riesgo reputacional situacional: Riesgo reputacional inmediato derivado de una acción imposible de anticipar.
- Riesgo reputacional previsto: Riesgo reputacional derivado de eventos a los cuales la organización puede anticiparse con una gestión adecuada de los riesgos en salud, financieros, y operativos, así como mediante estrategias de comunicación.

#### **1.3.8.1. ELEMENTOS MÍNIMOS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO REPUTACIONAL**

Para los elementos mínimos que debe contener el sistema de administración del riesgo de reputacional i) Ciclo General de Gestión de Riesgos, ii) Políticas de gestión de riesgos, iii) Procesos y Procedimientos, iv) Documentación, v) Estructura Organizacional, vi) Infraestructura Tecnológica y vii) Divulgación de la Información y Capacitaciones, las entidades vigiladas deben desarrollarlos de acuerdo a lo descrito en el numeral 1.2.2., siempre que resulte aplicable, a continuación se hacen algunas especificidades para el ciclo general que debe contener el riesgo reputacional.

##### **1.3.8.1.1. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DEL RIESGO REPUTACIONAL**

###### **1.3.8.1.1.1. Identificación del Riesgo Reputacional**

Para la identificación de este riesgo, la entidad debe construir un inventario de eventos que tengan posibles efectos sobre la reputación de la Entidad. Para ello, se debe realizar la selección de los procesos, servicios y acciones que sean considerados estratégicos en formar reputación que sean cuantificables y que permitan la comparabilidad frente al sector.

Para tal inventario, se pueden considerar los siguientes casos: aquellos eventos que afectan las ventas, los ingresos observados o potenciales (derivados de menores contratos, afiliaciones, deserciones), así como también costos asociados (por multas, compensaciones, demandas), entre otros que identifique la entidad de sus procesos. Para la identificación de estos procesos, la entidad puede apoyarse en instrumentos que permitan conocer y entender los principales factores que afectan la percepción de los actores vinculados a la entidad.

<sup>17</sup> Existen variadas clasificaciones aportadas en la literatura y no hay consenso sobre clasificación única. Por ejemplo, IF-IFC (2011) distingue entre los riesgos culturales (legal y ético), gerenciales y externos, los cuales están basados en las causas que los producen.

#### 1.3.8.1.1.2. Evaluación y Medición del Riesgo Reputacional

En esta etapa, la entidad debe establecer mecanismos para la medición y evaluación del riesgo reputacional en el sector, para lo cual se recomienda la adopción de herramientas que permitan valorar la posición de la entidad y comparar su evolución con respecto a variables relacionadas tales como desempeño visible, percepción de usuario, entre otros, con el fin de determinar la probabilidad y severidad de los eventos que afectan la reputación. Las mediciones pueden variar de acuerdo con la herramienta usada y pueden consistir en análisis descriptivos, ordenamientos, puntajes, entre otros.

Las fuentes de información para la medición del riesgo reputacional pueden ser los diferentes sistemas de recolección de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRD), las diversas encuestas sectoriales, las encuestas propias y la información de medios, entre otros. Las siguientes son mediciones posibles, pero no exhaustivas, para la medición del riesgo reputacional:

- **Encuestas de satisfacción:** Por medio de encuestas a usuarios, se puede medir la lealtad de los mismos con la entidad y la satisfacción frente a su experiencia con el servicio. Se puede referir a herramientas como, por ejemplo, Net Promoter Score (NPS), Customer Effort Score (CES) y Customer Advocacy.
- **Recolección de contenido en medios:** Se utilizan reportes en redes sociales, prensa, noticias, televisión y radio, a través de la búsqueda de palabras clave y la detección de los sentimientos positivos y negativos hacia las entidades o marcas, la fuerza de la marca o la influencia de la misma.

La apropiada medición del riesgo reputacional debe tener en cuenta que:

- La reputación es solo parcialmente construida con base en experiencias directas con la empresa; la buena reputación se construye por la intervención de terceras partes, tales como medios, expertos del sector, usuarios, entre otros.
- Las entidades no tienen absoluto control de los mensajes recibidos por las partes mencionadas anteriormente.
- Los usuarios normalmente no perciben la complejidad en el proceso de toma de decisiones de las entidades.
- La entidad normalmente cuenta con baja credibilidad cuando se enfrenta a una crisis que afecta su reputación, especialmente con relación a terceras partes reconocidas públicamente.

#### 1.3.8.1.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo Reputacional

Teniendo en cuenta la naturaleza de este riesgo, se recomiendan las siguientes medidas:

- Incorporar en el Código de Conducta y Buen Gobierno políticas encaminadas a la medición, evaluación y seguimiento continuo de la reputación de la entidad y la toma de acciones con el fin de mejorar los procesos que tienen relación directa o indirecta con la reputación.
- Tomar acciones y decisiones en los procesos que permitan mejorar la percepción sobre la entidad por parte de los actores relacionados, como usuarios o proveedores,

de acuerdo con las brechas que existan entre el resultado de la medición de reputación y el desempeño de la entidad.

- Implementar un protocolo de manejo de comunicaciones públicas y que se encuentre incluido o articulado con el Plan de Comunicaciones Institucional.
- Adoptar metodologías de valoración continua de su posición reputacional en el mercado, ya sea a través de rankings o de rastreo de medios a por encuestas propias.

Adicionalmente, debido a que los eventos de carácter reputacional están naturalmente asociados a la materialización de otros riesgos (salud, operación, financieros, entre otros), una adecuada gestión de estos debería mitigar también el riesgo reputacional asociado.

Asimismo, se debe tener en cuenta que las creencias, percepción y expectativas de las personas son cambiantes. La entidad debe implementar un sistema de alertas tempranas para identificar eventos de reputación negativa, que puede incluir acciones, tales como el monitoreo informal de medios, grupos de reacción rápida contra eventos de carácter reputacional, herramientas informáticas para rastrear potenciales tendencias en redes sociales y medios, entre otros. También, debe realizar un seguimiento permanente a los resultados y ordenamientos públicos.

## **CAPITULO CUARTO REPORTE DE INFORMACIÓN**

### **1.4.1. GENERALIDADES**

1.4.1.1. Toda la información debe seguir los principios de transparencia, integralidad y veracidad, por tal razón no podrá contener información sesgada, insuficiente, no verificable, o cualquier otra que pueda inducir a error o confusión.

1.4.1.2. La información cargada de forma exitosa en el canal dispuesto para ello tiene carácter oficial, se considera como válida para todos los efectos legales y para todas las acciones de Inspección, Vigilancia y Control. El vigilado tiene la responsabilidad respecto a la oportunidad y calidad de la información que reporta en los canales que la Superintendencia disponga para ello.

1.4.1.3. Los representantes legales, y, en los casos que aplica contadores y revisores fiscales deben realizar las verificaciones, revisiones, comparaciones, conciliaciones y demás acciones que sean pertinentes para asegurar la calidad, confiabilidad, suficiencia y reporte oportuno de la información a reportar a la Superintendencia Nacional de Salud.

De igual manera, los contadores y revisores fiscales serán responsables en el evento que se suministren datos contrarios a la realidad y/u ordenen, toleren, hagan o encubran falsedad en la información remitida a esta Superintendencia en los términos que señalan los artículos 10 de la Ley 43 de 1990, 207 y siguientes del Código de Comercio y 43 de la Ley 222 de 1995, en los casos que aplique.

1.4.1.4. Los revisores fiscales deberán cumplir con lo estipulado en la Circular Conjunta 122 de 2001 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y la Junta Central de Contadores en la cual formulan precisiones e imparten instrucciones a los ejecutores de la función de fiscalización y los usuarios de sus servicios.

1.4.1.5. Los anexos técnicos de información financiera deben estar firmados digitalmente por el Representante Legal, el Contador Público y el Revisor Fiscal, éste último si le es aplicable.

1.4.1.6. Los anexos técnicos de información general y de salud deben estar firmados digitalmente por el Representante Legal.

1.4.1.7. La Superintendencia Nacional de Salud establece los formatos anexos técnicos de reporte de información para los vigilados, los cuales deben cumplir con las especificaciones técnicas para el cargue y reporte de la información, los vigilados podrán consultar los instructivos en la página web de la Superintendencia.

1.4.1.8. El nombre de los anexos técnicos se encuentra definido como: NITDVPPANNOFFFFF.EXT, las sintaxis que componen el nombre del archivo deben estar unidas, sin caracteres de separación, y en el orden mencionado.

Donde:

- NIT : Número de identificación tributaria de la entidad que reporta.
- DV : Dígito de verificación.
- PP : Periodo de corte de la información reportada.
- ANNO : Año de corte de la información reportada.
- FFFFF : Número de archivo (ejemplo, FFFFF=FT001).
- EXT : Extensión del archivo

1.4.1.9. Los periodos de corte de la información se definen en la siguiente tabla, los cuales deben ser utilizados en el nombre del archivo y corresponderán al periodo de reporte de la información.

TABLA PERIODOS			
Período de corte	Nombre Periodo	Día Limite	Tipo Periodo
01	Enero	31	Mensual
02	Febrero	28	Mensual
03	Marzo	31	Mensual
04	Abril	30	Mensual
05	Mayo	31	Mensual
06	Junio	30	Mensual
07	Julio	31	Mensual
08	Agosto	31	Mensual
09	Septiembre	30	Mensual
10	Octubre	31	Mensual

TABLA PERIODOS			
Período de corte	Nombre Periodo	Día Limite	Tipo Periodo
11	Noviembre	30	Mensual
12	Diciembre	31	Mensual
40	Primer Trimestre	31	Trimestral
41	Segundo Trimestre	30	Trimestral
42	Tercer Trimestre	30	Trimestral
43	Cuarto Trimestre	31	Trimestral
80	Anual	31	Anual
81	Primer Semestre	30	Semestral
82	Segundo Semestre	31	Semestral

1.4.1.10. Los anexos técnicos, Archivo Tipo FT0XX, ST0XX, GT0XX, JT0XX y PT0XX, deberán ser reportados por las entidades vigiladas en formato .XML o TXT de acuerdo con los lineamientos del capítulo de anexos técnicos.

1.4.1.11. Los anexos técnicos, Archivo Tipo FP0XX, deberán ser reportados por las entidades vigiladas en formato .PDF escaneados del documento original, no es permitido enviar el documento con fotos o imágenes escaneadas.

1.4.1.12. La plataforma que la Superintendencia Nacional de Salud disponga para el cargue de la información permanecerá a disposición de los vigilados para el reporte de está, por tanto, los anexos técnicos que se reporten después de la fecha máxima de reporte quedarán como reporte extemporáneo y no exime a la entidad de las acciones de control correspondientes.

1.4.1.13. Los anexos técnicos deberán ser reportados mediante la plataforma que la Superintendencia Nacional de Salud disponga para el cargue de la información, que será el único medio de reporte, por tanto, se entenderá como información no presentada aquella que sea radicada en formato físico o enviada por correo electrónico.

1.4.1.14. Reporte en cifras expresadas **en pesos colombianos.**

1.4.1.15. Los campos con valores monetarios deberán reportarse sin decimales.

1.4.1.16. Los campos con porcentaje deberán reportarse con máximo dos decimales, separados por coma.

1.4.1.17. Las entidades que se encuentren en **Medidas Especiales** deberán reportar los archivos tipo, de acuerdo con el tipo de vigilado y la periodicidad que le aplique. Asimismo, deberán reportar los archivos tipo específicos cuando las entidades se encuentren en intervención forzosa para liquidar o en liquidación voluntaria.

## 1.4.2. DATOS GENERALES

1.4.2.1. La Superintendencia Nacional de Salud establece para efectos de supervisión, el módulo de datos generales en el aplicativo NRVCC, en el cual se determina la información que se requiere de cada tipo de entidad vigilada; los sujetos vigilados deben diligenciar de manera obligatoria veraz, completa, con calidad y oportunidad la información relacionada con:

- 1.4.2.1.1. **Información general:** Se debe diligenciar toda la información básica de la entidad.
- 1.4.2.1.2. **Información directivos y funcionarios:** Se debe diligenciar la información de los directivos (miembros de junta directiva) y funcionarios (contador, revisor fiscal y sus suplentes, oficial de cumplimiento, funcionario encargado de la administración de SARLAFT y sus suplentes, entre otros).
- 1.4.2.1.3. **Información de grupos empresariales:** Cada vigilado debe informar si pertenece a grupos empresariales y los miembros que la integran matriz, filiales y subsidiarias. (En los casos que aplique).
- 1.4.2.1.4. **Información uniones temporales y/o consorcios:** Cada vigilado debe informar si pertenece a uniones temporales y/o consorcios y, por tanto, debe reportar la información relacionada con los miembros de estas uniones temporales y/o consorcios. (En los casos que aplique).
- 1.4.2.1.5. **Información de los comités y miembros:** Se debe diligenciar la información de cada uno de los comités con los que cuenta la entidad, incluyendo la información correspondiente a los miembros que hacen parte del respectivo comité.
- 1.4.2.1.6. **Información de sedes, sucursales o agencias:** Deberá diligenciar la información correspondiente a cada una de las sedes, sucursales o agencias con que cuentan los vigilados, y deberá registrar cuál de ellas es la sede principal.
- 1.4.2.1.7. **Información de oficinas y puntos de atención al usuario:** Deberá diligenciar la información correspondiente a cada una de oficinas y puntos de atención al usuario con que cuentan los vigilados.
- 1.4.2.1.8. **Información de asociaciones y alianzas de usuarios:** Se debe diligenciar la información básica correspondiente de asociaciones y alianzas de usuarios incluyendo la información de cada uno de los miembros de estas.
- 1.4.2.1.9. **Contactos del grupo de Soluciones Inmediatas en Salud -SIS:** Deberá diligenciar el contacto de los responsables de resolver los casos marcados como Riesgo de Vida, responsables que serán contactados por el grupo de Soluciones Inmediatas en Salud (SIS) de la Superintendencia Nacional de salud. Este contacto debe estar disponible 7 por 24 y contar con capacidad resolutive.

1.4.2.2. La veracidad y completitud de la información diligenciada en el módulo de Datos generales es responsabilidad del Representante Legal y debe mantenerse actualizada cuando haya algún cambio en la información mencionada anteriormente. Por lo tanto, en el

aplicativo debe asignarse el rol correspondiente para su diligenciamiento y asignar las personas que realizarán el cargue de la información, las cuales tendrán un rol solo para visualizar la información de este módulo.

Cabe resaltar, que existe información que no será posible modificar por parte de las Entidades vigiladas sin previa autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

1.4.2.3. La Superintendencia Nacional de Salud podrá realizar cambios en el módulo de datos generales, como solicitar información adicional y será deber de los sujetos vigilados mantener la información completa y actualizada y verificar que la información se encuentre actualizada como mínimo cada 3 meses.

1.4.2.4. El módulo de datos generales permite realizar el cargue de la información mediante archivos xls, de manera rápida y segura, evitando equivocaciones al digitalizar la información en cada campo. Para esto dentro del aplicativo, debe descargar el archivo en xls y diligenciarlo.

### 1.4.3. INFORMACIÓN FINANCIERA

1.4.3.1. La Superintendencia Nacional de Salud establece para efectos de supervisión, la estructura de los conceptos a reportar por todas las entidades vigiladas, en aplicación de los nuevos marcos técnicos normativos definidos por los reguladores de los Grupos 1, 2 y 3 (Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de Comercio, Industria y Turismo) y por el regulador de las entidades que aplican el Régimen de Contabilidad Pública (Contaduría General de la Nación).

1.4.3.2. Para efectos de la información financiera a reportar por las entidades clasificadas en los **GRUPOS NIIF 1, 2 y 3**, la Superintendencia Nacional de Salud expide el **Catálogo de Información Financiera con fines de supervisión** dirigido a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Generadores, Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud.

1.4.3.3. Las entidades clasificadas en los **GRUPOS NIIF 1, 2 y 3** son aquellas que no se encuentran obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación.

1.4.3.4. Teniendo en cuenta que el enfoque de los marcos técnicos normativos se basa en principios respecto del alcance, reconocimiento, medición, presentación y revelación de la información financiera, el **Catálogo de Información Financiera con fines de supervisión** expedido por la Superintendencia Nacional de Salud tiene como objetivo esquematizar de manera uniforme y lógica los conceptos y agrupaciones relacionadas con las operaciones financieras de las entidades vigiladas.

En este sentido, el **Catálogo de Información Financiera con fines de supervisión** es obligatorio únicamente para efectos del reporte a la Superintendencia Nacional de Salud, por lo que no obliga a que sea incorporado en su sistema de información para el reconocimiento diario de las operaciones económicas, ni para efectos del sistema documental contable.

1.4.3.5. La estructura de desagregación por número de dígito del **Catálogo de Información Financiera con fines de supervisión**:

Categoría	Clase	Grupo	Cuenta	Subcuenta Primer Nivel	Identificador de Negocio
<b>Número de Dígito</b>	1	2	3 y 4	5 y 6	7 y 8

1.4.3.6. Para efectos de diferenciar en el **Catálogo de Información Financiera con fines de supervisión** el tipo de vigilado, de acuerdo con su condición de actor en el SGSSS, se incorpora la siguiente clasificación y descripción al nivel del séptimo y octavo dígito, denominada Identificador de Negocio:

Codificación	Identificador de Negocio (Dígitos 7 y 8)
01	Régimen Contributivo RC
02	Régimen Subsidiado RS
03	Plan de Atención Complementaria PAC
04	Empresa de Medicina Prepagada EMP
05	Servicio de Ambulancia Prepagado SAP
06	Prestadores de Servicios de Salud
07	Generadores-Lotería
08	Generadores-Concesionarios de Apuestas Permanentes-Chance
09	Generadores-Juegos Hípicos
10	Generadores-Productores de Licores, Vinos, Aperitivos y Similares-Privadas
11	Generadores-Productores de Cerveza y Sifones
12	Generadores-Concesionarios de Licores
13	Generadores-Juegos Localizados
14	Generadores-Juegos Novedosos
15	Generadores-Juegos Promocionales
16	Generadores- Importadores Licores
17	Generadores- Importadores cervezas
18	Generadores- Importadores cigarrillos
19	Gestores Farmacéuticos
20	Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud

La información reportada en el **Catálogo de Información Financiera con fines de supervisión** deberá ser asociada al identificador de negocio que le corresponda de acuerdo con el tipo de operación que realiza en el SGSSS.

1.4.3.7. Las entidades vigiladas deben presentar todos y cada uno de sus identificadores de negocio en un único reporte de manera discriminada en lo que le corresponda a cada actividad que desarrolle dentro del SGSSS.

No obstante a lo anterior, respecto de los casos particulares en los que la Superintendencia Nacional de Salud tenga la facultad de ejercer inspección, vigilancia y control sobre el programa de salud u otra actividad exclusiva de una entidad jurídica en la cual se desarrollan otras actividades que no son propias de la supervisión de esta Superintendencia, el reporte del **Catálogo de Información Financiera con fines de supervisión** corresponderá solamente al programa de salud o la actividad exclusiva y no a la información financiera de la persona jurídica como un todo.

1.4.3.8. La Superintendencia Nacional de Salud pondrá a disposición de las entidades vigiladas clasificadas en los Grupos NIIF 1, 2 y 3 y al público en general, la estructura del **Catálogo de Información Financiera con fines de supervisión** a través de la página web [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co).

1.4.3.9. Cuando se generen adiciones, eliminaciones o modificaciones a esta estructura, como consecuencia de la incorporación de las enmiendas al ordenamiento jurídico nacional en los marcos técnicos normativos aplicables por parte del Consejo Técnico de la Contaduría Pública, será deber de la Superintendencia Nacional de Salud mantener actualizadas las estructuras del **Catálogo de Información Financiera con fines de supervisión** y se dispondrá de la misma manera, para consulta a través del portal de esta Superintendencia.

1.4.3.10. Para el cargue y reporte del **Catálogo de Información Financiera con fines de supervisión**, las entidades vigiladas deberán tener en cuenta lo siguiente:

1.4.3.10.1. Respecto de las entidades que se encuentran obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación, únicamente reportarán ante esta Superintendencia las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de acuerdo con el Catálogo General de Cuentas que le corresponda emitido por dicha entidad General de la Nación:

- Empresas que cotizan en el mercado de valores o que captan o administran ahorro del público.
- Empresas que no cotizan en el mercado de valores, y que no captan ni administran ahorro del público.
- Entidades de Gobierno.

1.4.3.10.2. Se debe identificar el Grupo de clasificación al que pertenece de acuerdo con el respectivo marco técnico normativo de los Grupos NIIF 1, 2, 3 o de la Contaduría General de la Nación.

1.4.3.10.3. La información reportada en el **Catálogo de Información Financiera con corte a diciembre 31, debe corresponder al cierre del año acumulado**, en cada uno de los códigos de concepto en los que presente saldo.

1.4.3.10.4. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del grupo B y aquellas que tengan más de un (1) negocio, deben realizar el reporte del formato Archivo Tipo FT001 Catálogo de Información Financiera que le corresponda a la entidad vigilada, de acuerdo con el marco técnico normativo que le es aplicable, **al nivel máximo** de desagregación respecto al campo número 1 denominado “Código del concepto”.

1.4.3.10.5. Las IPS de los grupos C2, D1, D2 y D3, Transporte Especial de Pacientes, Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, deben efectuar el cargue y reporte del formato Archivo Tipo FT001 Catálogo de Información Financiera que le corresponda a la entidad vigilada, de acuerdo con el marco técnico normativo que le es aplicable, **a seis dígitos** respecto del campo número 1 denominado “Código del concepto”.

1.4.3.10.6. Las entidades que se encuentren en Medidas Especiales: **Intervenidas para liquidar y en Liquidación voluntaria**, deberán reportar el formato Archivo Tipo FT001 Catálogo de Información Financiera, de acuerdo con el marco normativo que venía aplicando antes de entrar en la medida especial y la periodicidad que le corresponda según la presente circular.

1.4.3.10.7. Las entidades que entren en Medidas Especiales: **Intervenidas para administrar y Técnica administrativa**, deberán reportar el formato Archivo Tipo FT001 Catálogo de Información Financiera, de acuerdo con el marco normativo que le aplique y la periodicidad que le corresponda según la presente circular.

1.4.3.10.8. Las entidades que cuenten con más de una actividad vigilada por esta Superintendencia, deberán reportar la información financiera como una sola persona jurídica, asociando las operaciones en los respectivos identificadores de negocio.

1.4.3.10.9. De acuerdo con los marcos técnicos normativos, las entidades deberán identificar y seleccionar el Catálogo de Conceptos Financieros que le corresponda:

Tabla de Referencia	Catálogos de Conceptos Financieros
AT FT001 – 01	Conceptos Financieros Grupo NIIF 1
AT FT001 – 02	Conceptos Financieros Grupo NIIF 2
AT FT001 – 03	Conceptos Financieros Grupo NIF 3
AT FT001 – 04	PUC Resolución 724 de 2008 y sus modificatorias (EAPB)
AT FT001 – 05	PUC Resolución 1474 de 2009 y sus modificatorias (IPS)

Tabla de Referencia	Catálogos de Conceptos Financieros
AT FT001 – 06	Resolución 117 de 2015 y sus modificatorias
AT FT001 – 07	Resolución 139 de 2015 y sus modificatorias
AT FT001 – 08	Resolución 620 de 2015 y sus modificatorias
AT FT001 – 09	Resolución 356 de 2007 y sus modificatorias
AT FT001 – 10	Decreto 2650 de 1993 y sus modificatorias

1.4.3.11. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que **no se encuentran obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública** emitido por la Contaduría General de la Nación, para efectos del cargue y reporte de información exigida a través de la presente Circular Externa, deberán identificar el grupo el que se encuentran clasificadas.

1.4.3.12. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que estén **clasificadas en el grupo B**, deberán reportar los archivos tipo de acuerdo con la periodicidad en la que reporta su Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB).

#### 1.4.4. PUBLICACIÓN ESTADOS FINANCIEROS

1.4.4.1. Todas las Entidades sometidas a Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional deben publicar una copia del conjunto completo de estados financieros de propósito general y el dictamen del Revisor Fiscal (en caso de que aplique), con corte a Diciembre 31. **Esta publicación estará sujeta a control posterior por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.**

1.4.4.2. La publicación debe realizarse a más tardar el 30 de abril después del cierre de año en la página web oficial de la entidad (no es permitido en BLOG, ni en páginas web rentadas). Las Empresas Sociales del Estado pueden realizar la publicación a través de la página web oficial del municipio donde se encuentre ubicada la sede principal. La publicación también podrá realizarse a través de un medio de amplia divulgación nacional.

1.4.4.3. Si la publicación se hace a través de la página web oficial de la entidad deberá permanecer el enlace habilitado indefinidamente.

1.4.4.4. La publicación debe cumplir con los siguientes aspectos:

1.4.4.4.1. Encabezado que tenga como mínimo la razón social de la entidad, Número de Identificación Tributaria (NIT), nombre del estado financiero, expresión de las cifras, el grado de redondeo practicado, la fecha de cierre y la fecha de publicación, número de la versión y última fecha de actualización. Adicionalmente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Transporte Especial de Pacientes, Gestores Farmacéuticos, Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Generadores, debe incluir el municipio/distrito y departamento donde se encuentra ubicada la sede principal de la entidad.

1.4.4.4.2. La presentación de los estados financieros deberá realizarse con los comparativos del año inmediatamente anterior.

1.4.4.4.3. La información debe presentarse a nivel de cuatro (4) dígitos, identificando el código y la descripción del concepto.

1.4.4.4.4. No está permitida la publicación en archivo plano o en otro formato que no permita su lectura.

1.4.4.4.5. Firma del Representante Legal.

1.4.4.4.6. Firma del Contador Público de la Entidad.

1.4.4.4.7. Firma del Revisor Fiscal, para las entidades que aplique.

1.4.4.4.8. Incluir la expresión “VIGILADO SUPERSALUD”.

1.4.4.5. Las entidades deben tener a disposición de esta Superintendencia las evidencias de la publicación e informar a través del Anexo técnico la fecha y el sitio de publicación de los estados financieros.

#### **1.4.5. RETRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN**

1.4.5.1. Después de la fecha límite de reporte establecida en las instrucciones y circulares externas emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud, la información podrá cargarse a través del Sistema de Recepción, Validación y Cargue (NRVCC), o el que lo sustituya; no obstante, quedará como reporte extemporáneo y no exime a la entidad de las acciones de control correspondientes. Es decir, el anexo técnico retransmitido quedará como reporte extemporáneo.

1.4.5.2. No se autorizarán solicitudes de retransmisión de información por parte de los vigilados. La retransmisión de información sólo procederá en los casos en que sea requerida y ordenada por esta Superintendencia.

1.4.5.3. Excepcionalmente, los vigilados podrán solicitar la retransmisión de la información reportada del FT001 - “Catálogo de información Financiera” con corte al cierre de cada vigencia (diciembre de cada año) únicamente en caso de que la Asamblea General o quien haga sus veces como Máximo Órgano Social haya aprobado los estados financieros con algún ajuste respecto a la información ya reportada a la Superintendencia.

1.4.5.4. La solicitud deberá contener:

- Solicitud firmada por el representante legal
- Copia del acta de la Asamblea General o el Máximo Órgano Social, en la que conste la aprobación de los Estados Financieros del correspondiente ejercicio fiscal, que soportan los ajustes que generan la solicitud de retransmisión, máximo hasta el 10 de abril del año en curso, teniendo en cuenta que la información reportada en los FP001 al FP005 concuerden con el archivo FT001 a retransmitir.

1.4.5.5. Si la solicitud de retransmisión del archivo tipo FT001 es aprobada, la Superintendencia de Salud podrá ordenar la retransmisión de otros archivos de información financiera complementaria.

1.4.5.6. En el evento en que la Superintendencia Nacional de Salud haya identificado la necesidad y ordene la retransmisión de la información reportada, el vigilado debe responder con la debida justificación respecto a las falencias en la información. La comunicación debe ir firmada por el representante legal y específicamente, para los archivos que contengan información financiera por el contador y revisor fiscal, este último en los casos que aplique. La información objeto de retransmisión podrá cargarse en el Sistema de Recepción, Validación y Cargue (NRVCC) o el que lo sustituya; hasta que sea requerido o autorizado (en el caso que aplique) por esta Superintendencia, en los términos que se especifiquen en la comunicación, debidamente firmado digitalmente por los responsables.

1.4.5.7. La información retransmitida debe contener únicamente los ajustes autorizados a través de oficio y por tanto, está sujeta a revisión por parte de esta Superintendencia.

1.4.5.8. La autorización para retransmitir información otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud no exime al vigilado de las acciones administrativas a que tenga lugar, de acuerdo con lo establecido en los numerales 11, 12, 13 y 17 del artículo 130 y lo dispuesto en el artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, debido a la baja calidad, no completitud o falta de transparencia de la información reportada previamente. Esto, teniendo en cuenta que viene certificada por el representante legal, el contador y dictaminada por el revisor fiscal de la entidad vigilada, en los casos que aplique, quienes son los responsables de la información reportada.

1.4.5.9. Todos los vigilados tienen la responsabilidad de informar a la Superintendencia Nacional de Salud a través de oficio a la Delegada correspondiente según el tipo de vigilado, cualquier observación respecto a la calidad de la información que ha sido reportada de forma exitosa. Esto será insumo para las acciones de supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud.

#### **1.4.6. COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS**

Con el fin de garantizar un intercambio seguro y eficiente de los datos entre los vigilados y la entidad, la Superintendencia Nacional de Salud, incorpora la aplicación de tecnologías de seguridad en sus comunicaciones electrónicas, de conformidad con lo establecido en la Ley 527 de 1999 y normas que lo modifiquen; que define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación.

#### 1.4.6.1. Notificación electrónica

Se debe aceptar o manifestar la negativa a la notificación por medios electrónicos de los actos administrativos y en caso de aceptarla se debe actualizar el correo electrónico para tal fin en los términos del artículo 56 de la Ley 1437 de 2011.

Para la operatividad de la notificación electrónica se requerirá:

El vigilado deberá aceptar la notificación por medios electrónicos en los términos del artículo 56 de la Ley 1437 de 2011; sin embargo, durante el desarrollo de la actuación conserva la posibilidad de solicitar que, nuevamente, sean surtidas las notificaciones por los medios tradicionales, la cual deberá informarse a través de la plataforma nRVCC o el sistema de información que se disponga para este fin.

Para la validez de la notificación electrónica se requerirá:

- Que el vigilado haya aceptado en forma expresa este medio de notificación, de forma tal que no exista duda de su aquiescencia.
- Que durante el desarrollo de la actuación administrativa no haya solicitado otra forma de notificación u opte por el cambio en la modalidad.
- Que la Superintendencia certifique el acuse de recibo del mensaje electrónico, para efectos de establecer la fecha y hora en la cual el vigilado tuvo acceso al acto administrativo<sup>18</sup>.

#### 1.4.6.2. Firma digital

Las comunicaciones electrónicas de cualquier índole enviadas por las entidades vigiladas a la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control que se encuentren respaldados con una firma digital, deberán cumplir con las disposiciones del artículo 28 de la Ley 527 de 1999 con el fin de dar por satisfechos los atributos jurídicos propios de una firma digital, garantizando con ello que dicha firma tendrá la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita y por tanto deben ser emitidos por una entidad de certificación abierta autorizada por la Superintendencia de Industria y Comercio.

Las consideraciones que deben ser tenidas en cuenta para el intercambio de mensajes de datos respaldados con firmas digitales son las siguientes:

- Para el envío de comunicaciones emitidas por las entidades vigiladas, así como para la recepción de las comunicaciones dirigidas a éstos se debe hacer uso de los sistemas de comunicación definidos por la Superintendencia Nacional de Salud para tal fin.

---

<sup>18</sup> Consejo de Estado Sala de Consulta y Servicio Civil 04 de Abril de 2017 radicado 11001-03-06-000-2016-00210-00 (2316) M.G. Alvaro Námén Vargas.

- Las comunicaciones en forma de mensajes de datos emitidas por la entidad vigilada que requieran de una firma manuscrita en su equivalente en papel deberán encontrarse firmadas digitalmente.
- Las comunicaciones en forma de mensajes de datos respaldadas con certificados digitales generadas por la entidad vigilada deberán encontrarse dentro de los usos aceptados en la Declaración de Prácticas de Certificación de la entidad de certificación que emite los certificados.

La Superintendencia Nacional de Salud verifica que la firma digital asociada al mensaje de datos o comunicación electrónica satisfice:

- Que el certificado digital que respalda la firma digital del acto de comunicación fue emitido por una entidad de certificación abierta autorizada para ello por la Superintendencia de Industria y Comercio.
- Que la firma digital puede ser verificada con la clave pública que se encuentra en el certificado digital en relación con la firma, emitido por la entidad de certificación autorizada.
- Que la firma digital fue emitida dentro del tiempo de validez del certificado.
- Que el certificado digital que respalda la firma digital no haya sido revocado, para este efecto, se debe validar que el certificado digital no se encuentre en la base de datos de certificados digitales revocados publicada por la Entidad de Certificación.
- Que el mensaje de datos firmado se encuentra dentro de los usos aceptados en la Declaración de Prácticas de Certificación.

La entidad vigilada debe hacer uso de los mecanismos idóneos para llevar a cabo la conservación de los documentos firmados digitalmente y presentados a la Superintendencia Nacional de Salud, para su posterior consulta y que garanticen que permanezca completa e inalterada. La Superintendencia podrá volver a requerir la información en cualquier momento.

#### **1.4.7. GESTIÓN DOCUMENTAL**

##### **1.4.7.1. ARCHIVO DE GESTIÓN**

1.4.7.1.1. Las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud deben cumplir con la normatividad archivística nacional y asegurar la adecuada producción, recepción, distribución, organización, conservación, recuperación y consulta oportuna de los documentos de archivo en el marco de la Ley 594 de 2000 y el Decreto 2578 de 2012

1.4.7.1.2. Deberán contar con archivos técnicamente organizados y dotados, de forma que se facilite el cumplimiento de la normatividad asociada en la materia.

1.4.7.1.3. Deberán desarrollar programas de descripción documental basados en la norma internacional de descripción archivística ISAD (G), así como en la NTC 4095. De acuerdo con esto las instituciones deberán contar con la siguiente información:

- Disponer de un Programa de Gestión Documental (PGD)
- Asegurar y llevar al día el Formato Único de Inventario documental (FUID)
- Deberán tener el Cuadro de Clasificación Documental
- Deberán Contar con Tablas de Retención Documental
- Deberán Contar con Tablas de Valoración Documental
- Contar con Reglamento Interno de Archivo.

1.4.7.1.4. Deberán contemplar el uso de nuevas tecnologías de la información, con el fin de garantizar la organización archivística, autenticidad, integridad, así como la interoperabilidad de los sistemas de seguridad y perdurabilidad de la información, el ciclo vital de los documentos, la posibilidad de reproducción y el funcionamiento razonable del sistema, durante el tiempo establecido de las tablas de retención documental.

1.4.7.1.5. Las tablas de retención documental adoptadas por los vigilados deberán estar a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud en cualquier momento cuando esta las solicite para verificar el cumplimiento de la normatividad establecida.

1.4.7.1.6. Cuando se supriman, liquiden, fusionen entidades privadas, se deberá implementar un plan de entrega de los documentos históricos y de las series que respalden los derechos de los empleados y ciudadanos, tales como expedientes laborales, nómina y documentación contable, así como las actas y demás documentos que den cuenta del desarrollo de la institución a la cabeza de sector salud.

En los casos en que cesen definitivamente las funciones de una empresa o institución privada vigilada, la institución privada deberá proporcionar los recursos humanos, así como los medios físicos, tecnológicos y económicos que se requieran para la adecuada conservación, organización, administración y consulta de los documentos.

1.4.7.1.7. Las entidades públicas deben coordinar la entrega de archivos y documentos históricos se podrá coordinar su transferencia documental con el Archivo General de la Nación.

#### **1.4.7.2. DISPOSICIÓN HISTORIA CLÍNICA**

1.4.7.2.1. La historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, en un periodo mínimo de 15 años, contados a partir de su última atención. Es decir, los primeros 5 años en archivo de gestión, los siguientes 10 en archivo central.

En casos de personas víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán.

1.4.7.2.2. Para el proceso de eliminación de la Historia Clínica, las entidades deben adelantar el procedimiento descrito en la resolución 839 de 2017 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

1.4.7.2.3. La copia del acta de eliminación y sus anexos, serán remitidos a la entidad departamental o distrital de salud del domicilio de la entidad o sus sedes o del domicilio del profesional independiente que esté adelantando el proceso de eliminación y a la Superintendencia Nacional de Salud, quienes la conservarán con el fin de brindar la respectiva información al usuario o a la autoridad que lo solicite.

## CAPITULO QUINTO USO LOGO VIGILADO SUPERSALUD

La Superintendencia Nacional de Salud, actuando como máxima autoridad de control del Sistema General de Seguridad Social en Salud y su función principal de inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la normatividad vigente (Ley 100 de 1993 y 1122 de 2007) y para el caso en particular, instruir a las entidades sujetas a su vigilancia, respecto al deber de reportar las evidencias de la difusión de su publicidad, y particularmente de la expresión **“VIGILADO Supersalud”**.

Para tales efectos, entiéndase por publicidad en general, toda difusión de mensajes publicitarios, avisos comerciales, vallas, afiches, plegables, logotipos, material multimedia y piezas digitales con fines de publicidad, información general, capacitación o similares, que sean difundidas al público interno y externo a través de cualquier medio masivo de comunicación, a saber: prensa impresa, radio, televisión, publicidad digital, redes sociales y sitios web, entre otros.

En este sentido, cuando los anuncios sean emitidos por radio o televisión, el mensaje o spot publicitario de la entidad vigilada deberá contener al cierre la expresión: **“VIGILADO Supersalud”**.

### 1.5.1. LOGO **“VIGILADO SUPERSALUD”**

El logo **“VIGILADO Supersalud”**, debe ser incluido en todas las piezas gráficas ajustándose a los lineamientos de esta Circular:

**VIGILADO Supersalud** 

### 1.5.1.1. TIPOGRAFÍA

Se debe utilizar la fuente tipográfica Century Gothic en un tamaño que le permita a quien visualiza la pieza, identificar el mensaje publicitario de manera clara, legible y visible:

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ – Century Gothic - Normal  
 ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ – Century Gothic - *Italic*  
**ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ** – Century Gothic - **Negrita**  
**ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ** – Century Gothic - ***Negrita Italic***

### 1.5.1.2. APLICACIONES DE COLOR

El logo puede utilizarse a color, en negro o en blanco buscando siempre el mejor contraste; sin embargo, se debe privilegiar el uso a color.

Las opciones en negro y en blanco se deben utilizar en casos donde el fondo sea un color plano y no sobre una imagen.



### 1.5.1.3. VARIACIONES DEL LOGO

De acuerdo con la publicación, el logo “**VIGILADO Supersalud**” tiene como versión su aplicación horizontal y vertical en color, negro y blanco, que solo podrá ser utilizado sobre fondo de color y no sobre imágenes.

#### 1.5.1.3.1. Logo color



#### 1.5.1.3.2. Logo negativo



#### 1.5.1.3.3. Logo blanco sobre fondo de color



#### 1.5.1.4. ÁREA DE RESERVA

Cuando se usa el logo con otros elementos gráficos o logotipos, se debe respetar un área de reserva para proteger su legibilidad.

Área de reserva



#### 1.5.1.5. USOS INCORRECTOS

Para garantizar el uso correcto de la imagen de la Entidad de manera adecuada y coherente a continuación, se describe en general unas pautas para el uso del logo:

**“VIGILADO Supersalud”**

- Ningún elemento del logotipo puede ser eliminado, recortado, modificado o utilizado en solitario.
- Se debe mantener una reserva o espacio libre mínimo en el perímetro que rodea al logo, como se describe en este documento previamente.
- El logotipo no puede deformarse o distorsionarse las proporciones de las ilustraciones, espacios, relación de los elementos y/ o formas de las letras, por el contrario, debe escalarse de manera uniforme.
- No se debe reproducir el logo en colores que no sean los especificados en esta Circular.
- El logo debe estar sobre un fondo sólido para garantizar el contraste de sus elementos y no sobre una imagen que impida su legibilidad.
- No biselar o grabar en relieve el logo.
- No adicionar efectos de sombras o brillos al logo.
- No presentar el logo en línea sin color.
- No incluir el logo sobre fondos de colores similares.
- No incluir una caja blanca alrededor del logo cuando se ponga sobre un fondo oscuro.



## 1.5.2. APLICACIONES

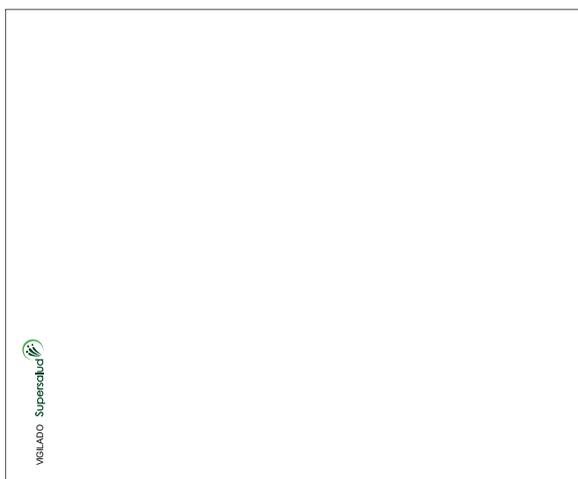
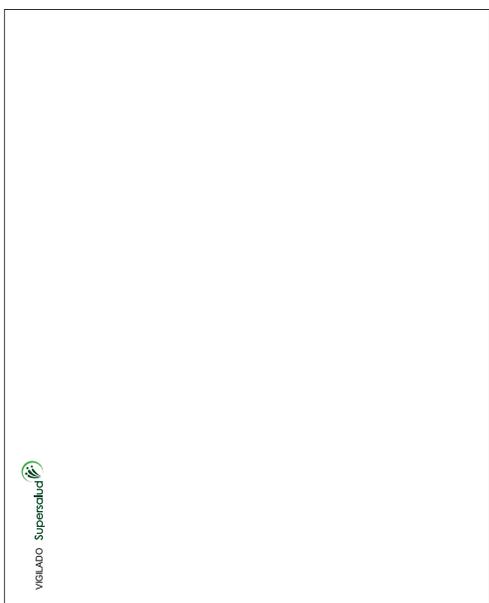
### 1.5.2.1. HORIZONTAL

Cuando se trate de mensajes publicitarios presentados en formato horizontal, el logo “**VIGILADO Supersalud**”, debe publicarse en el margen izquierdo, abajo y en sentido horizontal a la derecha o en sentido vertical ascendente, dependiendo del espacio disponible.

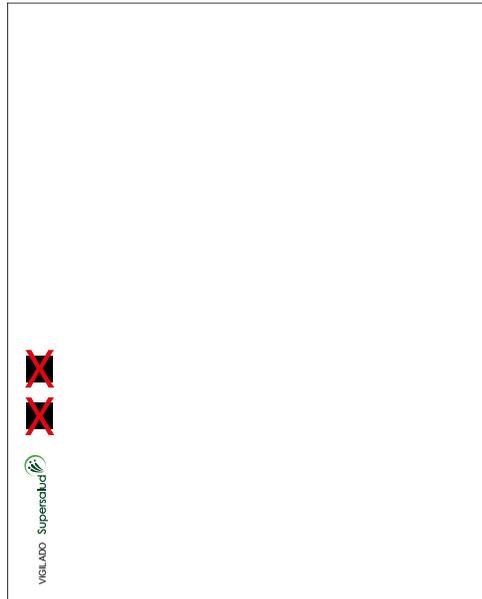


### 1.5.2.2. VERTICAL

En la publicidad de formato vertical el “**VIGILADO Supersalud**”, debe publicarse en el margen izquierdo y en sentido vertical ascendente.



Dentro de las márgenes anteriormente descritas no debe existir ningún tipo de leyenda, nombre, marca, logotipo o eslogan que tenga relación con una entidad no vigilada por este organismo de control u otra entidad adicional, tal como se describe en el siguiente ejemplo:



### 1.5.3. USO EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA

Se debe utilizar en todos los medios impresos, digitales y/o redes sociales que la entidad vigilada utilice como canal de comunicación para divulgar un mensaje publicitario relacionado con un servicio o producto, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes: Periódicos, revistas, afiches, pancartas, volantes, pendones, catálogos, folletos, plegables, talonarios de pago, recetarios etc., en los medios audiovisuales en mensajes de radio y televisión o en sus medios digitales en mensajes de redes sociales.

#### 1.5.3.1. MEDIOS IMPRESOS, DIGITALES Y REDES SOCIALES

El logo deberá ir obligatoriamente de acuerdo con el formato utilizado: vertical u horizontalmente, como se indicó anteriormente.

#### 1.5.3.2. TELEVISIÓN, VIDEO Y ANIMACIÓN

Cuando los anuncios sean emitidos por radio o televisión o se incluyan en un video animado, el mensaje de la entidad vigilada deberá estar seguida de la expresión: **“VIGILADO Supersalud”**.

El logo deberá estar ubicado dentro del área de seguridad y sus medidas mínimas deben ser de 200 px. X 37,5 px., su posición será la misma de acuerdo con el formato utilizado (vertical u horizontal).

Cuando el mensaje sea radial, televisivo o en un video animado el mismo debe ser pausado, claro y comprensible por el oyente o televidente.

### **1.5.3.3. RADIO**

Cuando los anuncios sean emitidos por radio o televisión, el mensaje de la entidad vigilada deberá estar seguida de la expresión: **“VIGILADO Supersalud”**.

Cuando el mensaje sea televisivo el mismo debe ser pausado, claro y comprensible por el oyente o televidente.

### **1.5.3.4. SITIOS WEB**

Cuando se trate de sitios web, el **“VIGILADO Supersalud”** debe ubicarse en el footer o pie de página y, se debe generar hipervínculo al sitio web de la Superintendencia Nacional de Salud ([www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co)).

## **CAPITULO SEXTO CONTRIBUCIÓN**

La Ley 1955 de 2019 en su artículo 76 modificó el artículo 98 de la Ley 488 de 1998 en el cual estableció que:

1.6.1. La contribución debe ser cancelada por las personas jurídicas de derecho privado y derecho público sometidos a inspección, vigilancia y control a favor de la Superintendencia Nacional de Salud con el fin de apoyar los costos y gastos que ocasione el funcionamiento e inversión de esta.

1.6.2. La tarifa de la contribución se establece anualmente mediante resolución expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, en base a los ingresos operacionales del sector, la cual no puede superior al 0,2% de dichos ingresos.

1.6.3. Los responsables del pago de la contribución que no cancelen dentro de los plazos que establezca la SNS, deberán liquidar y pagar intereses moratorios a la tasa prevista por el Estatuto tributario.

1.6.4. La contribución impuesta se causará el primer día calendario de enero. Si una entidad no permaneció bajo IVC durante todo el año anterior a la causación, pagará la contribución, con base en los ingresos operacionales del sector obtenidos durante el tiempo que estuvo activa.

1.6.5. Se encuentran exoneradas de realizar la contribución las siguientes entidades:

- ADRES
- INDUMIL
- Los prestadores de servicios de salud con objeto social diferente
- Los profesionales independientes
- Las EPS e IPS indígenas
- Las Empresas Sociales del Estado acreditadas
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas
- Hospitales Universitarios acreditados

1.6.6. Los vigilados obligados al pago de la Contribución de vigilancia deben:

1.6.6.1. Registrarse en el Sistema de Información habilitado por la Superintendencia Nacional de salud.

1.6.6.2. Realizar el reporte de información financiera exigidos con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.

1.6.6.3. Pagar en los plazos que determine la Superintendencia Nacional de Salud. De conformidad con el artículo 3 de la Ley 1066 de 2006.

1.6.7. La no generación del recibo de pago por medio de la plataforma puede deberse:

1.6.7.1. La entidad no tuvo ingresos en el año anterior.

1.6.7.2. No presentó los reportes financieros a la Superintendencia Nacional de Salud o en el Chip de la Contaduría pública

1.6.7.3. Se encuentra exonerada de pago.

1.6.8. En caso de que la entidad vigilada no se encuentre de acuerdo con el valor a pagar por la contribución deberá enviar un correo a [contribucion@supersalud.gov.co](mailto:contribucion@supersalud.gov.co) o [correointernosns@supersalud.gov.co](mailto:correointernosns@supersalud.gov.co).

## **CAPITULO SÉPTIMO ORIGEN DE LOS RECURSOS DESTINADOS PARA EL PAGO DE LAS MULTAS IMPUESTAS**

Las personas jurídicas y naturales sujetas a sanciones administrativas de la Superintendencia Nacional de Salud deberán tener disponibles los documentos e información contable que esta entidad considere necesaria para verificar el origen de los recursos destinados al pago de las multas impuestas, y deberán enviar los siguientes documentos una vez sea cancelada la multa, de acuerdo con los lineamientos que se establezcan en los actos administrativos en que se imponga la sanción y se resuelvan los recursos de la vía gubernativa, si estos fueron interpuestos:

### **1.7.1. PERSONAS NATURALES**

1.7.1.1. Soporte de pago realizado, el cual debe estar de acuerdo con los procedimientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud para tal fin.

1.7.1.2. Certificación expedida y firmada por Contador y Revisor Fiscal, cuando aplique, de la entidad a la cual presta sus servicios o estaba vinculado el sancionado cuando incurrió en la conducta objeto de sanción, donde se certifique que la entidad no destinó recursos bajo ninguna modalidad para el pago de multas de la persona natural sancionada.

1.7.1.3. Declaración juramentada o certificación de Contador Público para aquellas personas naturales obligadas a llevar contabilidad, donde conste que el origen de los recursos destinados al pago de la multa provienen de su patrimonio, inversiones o de obligaciones contraídas a título personal o familiar (créditos o cualquier modalidad de financiación) y que acrediten que los recursos utilizados para el pago de la respectiva multa no provengan de la entidad a la cual presta sus servicios o estaba vinculado el sancionado cuando incurrió en la conducta objeto de sanción, ni de transferencias bajo cualquier modalidad o mecanismo de compensación, bonos, pagos o reconocimientos adicionales en beneficio del infractor.

### **1.7.2. PERSONAS JURÍDICAS**

1.7.2.1. Soporte de pago realizado, el cual debe estar de acuerdo con los procedimientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud para tal fin.

1.7.2.2. Certificación expedida y firmada por el Representante Legal, Contador y Revisor Fiscal, cuando aplique, en la que declaren que los recursos empleados para el pago de la respectiva multa provienen del patrimonio de la persona jurídica y que no corresponden a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En la certificación debe indicarse y acreditarse como mínimo, el origen de los recursos, las fuentes de financiación y el reconocimiento contable. Así mismo, se deberá mantener a disposición de la Superintendencia, los documentos e información necesaria que corrobore lo indicado y acreditado en la certificación por los declarantes.

1.7.2.3. Lo anterior sin perjuicio de las demás actuaciones o medios de prueba que se puedan llegar a exigir por parte de esta Superintendencia para comprobar la veracidad de las manifestaciones contenidas en las certificaciones allegadas que declaren el origen de los recursos destinados al pago de las multas, y de las eventuales investigaciones que en tal sentido se realicen para verificar la información suministrada.

1.7.2.4. Las personas jurídicas deberán determinar y cuantificar las contingencias derivadas de investigaciones sancionatorias en curso o decisiones en firme e incorporar lo

correspondiente en su contabilidad siguiendo los lineamientos establecidos por las normas contables vigentes.

1.7.2.5. Los representantes legales, contadores y revisores fiscales de las personas jurídicas serán los responsables de la calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia de la información reportada en este numeral.