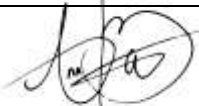






CLINICA ONCOLOGICA  
**AURORA**

*"Primero los pacientes"*

**MANUAL PARA LA PREVENCIÓN DEL  
RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF  
MNDC004**

| ELABORÓ  |
|--|
| <br><b>ANA CAROLINA BASTIDAS</b><br>AUXILIAR ADMINISTRATIVA –<br>JURÍDICA |


| REVISÓ  |
|---|
| <br><b>MARÍA ALEJANDRA<br/>PORTILLA</b><br>COORDINADORA DE CALIDAD |

| APROBÓ  |
|---|
| <br><b>JAVIER PAZ</b><br>GERENTE |

| VIGENCIA   |
|------------|
| 13/09/2022 |


| VERSIÓN |
|---------|
| 1       |

| CONTROL DE CAMBIO     |
|-----------------------|
| Creación de documento |

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b><br><br><b>MANUAL PARA LA<br/>PREVENCIÓN DEL RIESGO DE<br/>CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y<br/>FRAUDE - SICOF</b> | Código: MNDC004<br>Versión: 1             |
|   |  | Vigencia:<br>13/09/2022<br>Página 2 de 21 |

## TABLA DE CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| 1. ASPECTOS GENERALES.....   | 3  |
| 2. OBJETIVO.....   | 3  |
| 3. DESCRIPCIONES.....  | 3  |
| □ Tipologías de fraude.....  | 4  |
| □ Factores generadores de fraude.....                              | 5  |
| 4. ETAPAS DEL SICOF.....   | 6  |
| 4.1. Identificación de riesgos.....                                | 6  |
| 4.2. Medición de riesgos.....                                      | 7  |
| 4.3. Control de riesgos.....                                       | 10 |
| 4.4. Monitoreo.....  | 13 |
| 5. ELEMENTOS DEL SICOF.....  | 14 |
| 5.1. Políticas.....  | 14 |
| 5.2. Procedimientos.....   | 15 |
| 5.3. Mecanismos.....   | 16 |
| 5.4. Instrumentos.....   | 17 |
| 5.4.1. Señales de Alerta.....                                      | 17 |
| 5.4.2. Segmentación de los factores de riesgo.....                 | 17 |
| 5.5. Estructura y Responsabilidades.....                           | 17 |
| 5.5.1. Junta Directiva.....  | 17 |
| 5.5.2. Representante Legal.....                                    | 18 |
| 5.5.3. Administrador del SICOF.....                                | 18 |
| 5.5.4. Líderes de procesos y demás colaboradores.....              | 19 |
| 5.5.5. Órganos De Control.....                                     | 19 |
| 5.6. Documentación.....  | 20 |
| 5.7. Capacitaciones.....   | 20 |
| 5.8. Plataforma Tecnológica.....                                   | 20 |
| 5.9. Incumplimiento al SICOF.....                                  | 20 |
| 5.10. Comunicación y divulgación.....                              | 20 |
| 6. COLABORACIÓN CON LA JUSTICIA Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS..... | 21 |

|   |  |  |
|---|--|--|
|  <p>CLÍNICA ONCOLÓGICA<br/><b>AURORA</b><br/>"Primero los pacientes"</p> | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b><br><br><b>MANUAL PARA LA<br/>PREVENCIÓN DEL RIESGO DE<br/>CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y<br/>FRAUDE - SICOF</b> | Código: MNDC004<br>Versión: 1          |
|   |  | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 3 de 21 |

## 1. ASPECTOS GENERALES

El Programa de anticorrupción, opacidad y fraude consiste en una serie de medidas proactivas que evitan o mitigan el riesgo de fraude, y se basa en la premisa de que es más fácil, conveniente y menos costoso prevenir el fraude que detectarlo, investigarlo y sancionarlo.

La Compañía hace manifiesta su posición de “Cero Tolerancia frente al Fraude, la Corrupción y el Soborno” como una política inquebrantable.

## 2. OBJETIVO

Prevenir o detectar oportunamente la ocurrencia de fraudes internos y externos, a través de la implementación de las acciones preventivas o correctivas que se consideren necesarias para controlar los factores que los generan.

## 3. DESCRIPCIONES

**ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:** Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la Administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.

**ANÁLISIS DEL RIESGO:** Proceso para comprender la naturaleza del Riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del Riesgo.

**línea DE DENUNCIA:** Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de Fraude, opacidad o Corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.


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

**COLUSIÓN:** Acuerdo indebido con otras personas para cometer un ilícito.

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

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

**CONFLICTO DE INTERÉS:** Situación en virtud de la cual una persona (colaborador, prestador de servicio, o tercero vinculado a la entidad), debido a su actividad se enfrenta a distintas alternativas de conducta con relación a intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede privilegiar en atención a sus obligaciones legales o contractuales.

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b>   | Código: MNDC004<br>Versión: 1          |
|   | <b>MANUAL PARA LA<br/>PREVENCIÓN DEL RIESGO DE<br/>CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y<br/>FRAUDE - SICOF</b> | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 4 de 21 |

**EVENTO:** Incidente o situación que ocurre en la empresa durante un intervalo particular de tiempo. Evento presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.

**EVALUACIÓN DEL RIESGO:** Proceso de comparación de resultados del análisis del Riesgo con los criterios del Riesgo para determinar si el Riesgo, su magnitud (nivel) o ambos son aceptables o tolerables.

**FRAUDE:** Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.

**INDICADORES DESCRIPTIVOS:** Son aquellos que permiten monitorear y gestionar el riesgo DESPUÉS de su ocurrencia. La información que alimenta estos indicadores es generada por el registro de eventos de riesgo operativo, tema a tratar más adelante en este documento, el cual revela la ocurrencia de los riesgos operativos al interior de la Entidad.

**INDICADORES PROSPECTIVOS:** Son aquellos que permiten monitorear y gestionar el riesgo ANTES de su ocurrencia (controles a los riesgos potenciales – mapa de riesgos). Estos indicadores son definidos a los diferentes riesgos y se construyen por medio de variables que demuestran la posible generación de riesgos de fraude. Debido a lo anterior, estos indicadores permiten PREVENIR la ocurrencia de riesgos de fraude.

**MONITOREO:** Es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y eficacia de una política o de un proceso, mediante la identificación de sus logros y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados.

**SOBORNO:** Dar dinero o regalos a alguien para conseguir algo de forma ilícita.


- **Tipologías de fraude**

Los fraudes corporativos pueden dividirse en tres categorías principales:

**Fraude de estados financieros:** Es la deliberada presentación errónea de la situación financiera de la empresa, que se logra de la presentación intencionalmente errónea de cifras o revelaciones o la omisión de estas en los estados financieros para engañar a los usuarios de los estados financieros.

**Apropiación indebida o malversación de activos:** Hurto o utilización indebida de activos de la entidad o bajo responsabilidad de los colaboradores para el beneficio propio o de terceros, generando pérdidas a la entidad. Esta tipología involucra la administración de efectivo, activos fijos y administración de la información de reserva incluyendo el cibercrimen.

**Sustracción de activos:** Se pueden dividir en dos grandes categorías: los que involucran efectivo y los que no involucran efectivo.

|   |  |  |
|---|--|--|
|  <p>CLÍNICA ONCOLÓGICA<br/><b>AURORA</b><br/>"Primero los pacientes"</p> | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b><br><br><b>MANUAL PARA LA<br/>PREVENCIÓN DEL RIESGO DE<br/>CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y<br/>FRAUDE - SICOF</b> | Código: MNDC004<br>Versión: 1          |
|   |  | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 5 de 21 |

Los fraudes con efectivo, que representan hasta un 90% de todas las sustracciones de efectivo, pueden dividirse en tres grandes categorías:


- **Desembolsos fraudulentos.** Generación de desembolsos para cubrir servicios no prestados, a través de estrategias como: facturación falsa, falsificación de cheques, etc.
- **Ocultamiento.** Robo de efectivo antes de registrarse en los libros y registros de la organización.
- **Robo de efectivo.** Robo de efectivo después de registrarse en los libros y registros de la organización.

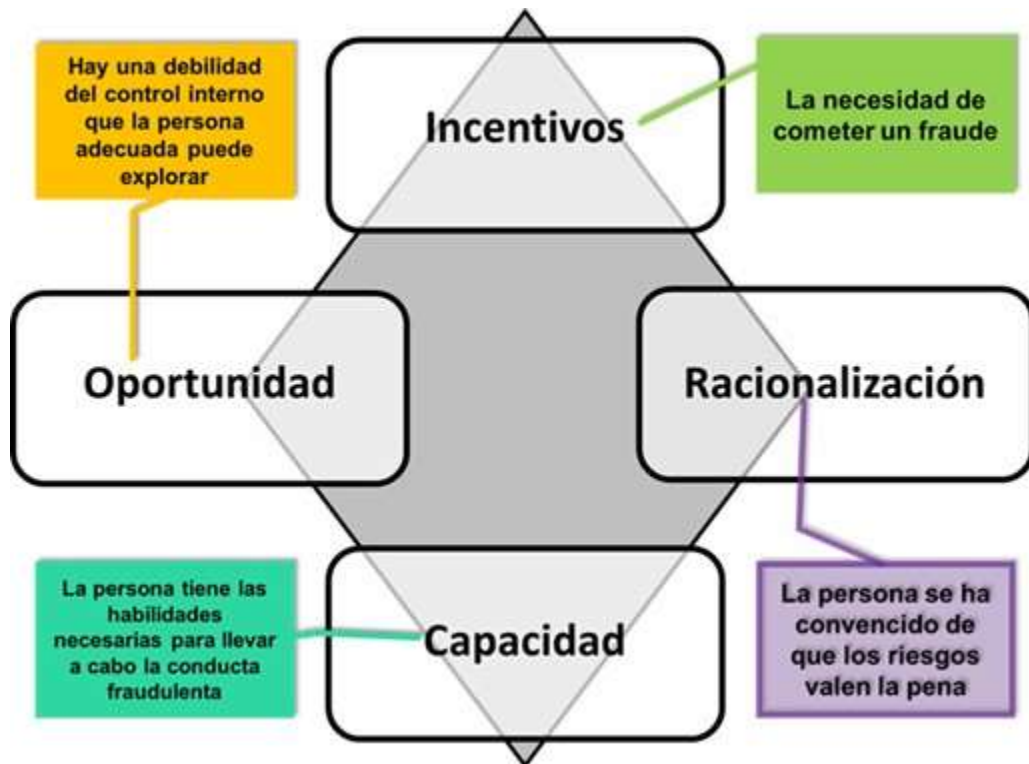
**Corrupción:** Los esquemas de corrupción ocurren cuando los funcionarios usan su influencia en una operación de negocios con el fin de obtener algún beneficio para ellos o para otra persona.

**Lavado de activos:** Toda actividad que pretende dar apariencia de legalidad a dinero de procedencia ilícita.

**Incumplimiento de la normativa interna y externa:** Actividad ilícita en la cual se identifique incumplimiento de las políticas internas y externas de la Clínica, con el fin de obtener un beneficio personal o para un tercero. Esta tipología puede presentarse en las siguientes situaciones:

- Falsificación o alteración de documentos o registros exigidos por la normatividad interna o externa.
  - Infracción a la propiedad intelectual
  - Violación de las políticas internas de la Clínica por los colaboradores
  - Omisión o impedir la implementación de controles
- **Factores generadores de fraude**  
Los siguientes son los factores que genera fraude.

|   |   |  |
|---|---|--|
|  <p>CLÍNICA ONCOLÓGICA<br/><b>AURORA</b><br/>"Primero los pacientes"</p> | <p><b>PROCESO DIRECCIÓN</b></p> <p><b>MANUAL PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF</b></p> | <p>Código: MNDC004<br/>Versión: 1</p>          |
|   |   | <p>Vigencia: 13/09/2022<br/>Página 6 de 21</p> |



Fuente: [www.Crowe.com](http://www.Crowe.com)

#### 4. ETAPAS DEL SICOF


La Gestión del Riesgo y las Actividades de Control de la Clínica se basan en un modelo de tres líneas de defensa, el cual proporciona una distribución clara de las responsabilidades en cuanto a la gestión de riesgos y definición de controles a efectos de evitar vacíos en la gobernabilidad. Ver mayor detalle en el manual integral de riesgos

##### 4.1. Identificación de riesgos

La identificación de los riesgos está a cargo de los líderes de los procesos (Consultar más detalle en el Manual Integral de Gestión de Riesgos).

Para la adecuada identificación de riesgos, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

1. Identificación de todos los procesos de la Clínica y las partes interesadas con las que interactúa.
2. La metodología a utilizar para la identificación de los riesgos será la técnica de "Lluvia de

|   |  |  |
|---|--|--|
|  <p>CLÍNICA ONCOLÓGICA<br/><b>AURORA</b><br/>"Primero los pacientes"</p> | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b>   | Código: MNDC004<br>Versión: 1          |
|   | <b>MANUAL PARA LA<br/>PREVENCIÓN DEL RIESGO DE<br/>CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y<br/>FRAUDE - SICOF</b> | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 7 de 21 |

ideas” contemplada en la ISO 31010 teniendo en cuenta las siguientes reglas:

**Suspender el juicio:** Eliminar toda crítica. No se permite ningún comentario crítico a las ideas realizadas. Se anotarán todas las ideas. La evaluación se reserva para después.

**Pensar libremente.** Pensar fuera de los límites de lo habitual, de lo normal, pueden surgir soluciones nuevas. Algunas ideas no convencionales se transforman en prácticas.

**La cantidad es importante.** Cuanto mayor sea el número de ideas se tendrá la posibilidad de escoger, adaptar o combinar.

**El efecto multiplicador.** Los participantes pueden sugerir mejoras de las ideas de los demás o conseguir una idea mejor a partir de otras dos.


3. Para llevar a cabo lo indicado en el punto anterior se deben tener en cuenta los siguientes factores, sin limitarse a ellos así estén o no bajo su control:

- Las fuentes de riesgo tangibles e intangibles
- Las causas y los eventos
- Las amenazas y las oportunidades;
- Las vulnerabilidades y las capacidades;
- los cambios en los contextos externo e interno;
- las consecuencias y sus impactos en los objetivos;
- las limitaciones de conocimiento y la confiabilidad de la información;
- los sesgos, los supuestos y las creencias de las personas involucradas.

4. Para nuevos procesos o proyectos debe realizarse la identificación de los riesgos de Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude. Igualmente aplica para los cambios en los procesos.

#### 4.2. Medición de riesgos

En esta etapa se medirán los riesgos por la probabilidad de ocurrencia y su impacto en caso de materializarse. Para llevar a cabo esta etapa se deben tener en cuenta los siguientes lineamientos:

|   |  |  |
|---|--|--|
|  <p>CLÍNICA ONCOLÓGICA<br/><b>AURORA</b><br/>"Primero los pacientes"</p> | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b><br><br><b>MANUAL PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF</b> | Código: MNDC004<br>Versión: 1          |
|   |  | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 8 de 21 |

**Lineamientos PROBABILIDAD:**

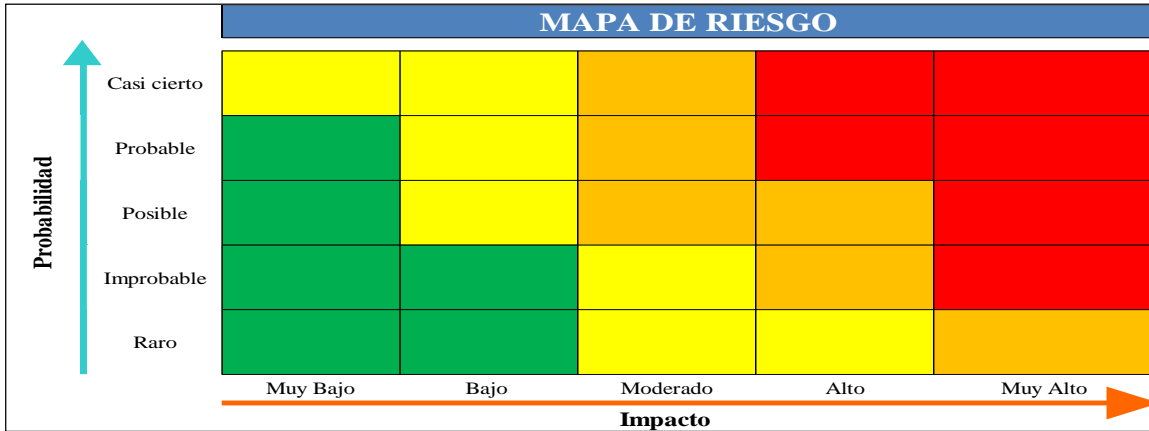
| Nivel | Descriptor  | Factibilidad   | Frecuencia                                     |
|-------|-------------|--|--|
| 1     | Raro        | El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales.        | Se presentó una vez en los últimos tres años.  |
| 2     | Improbable  | El evento puede ocurrir en algún momento                             | Se presentó una vez en el último año           |
| 3     | Posible     | El evento podría ocurrir en algún momento                            | Se presentó una vez en los últimos seis meses. |
| 4     | Probable    | El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias | Se presentó una vez en el último mes           |
| 5     | Casi seguro | Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias   | Se presentó más de una vez en el último mes    |

**Lineamientos IMPACTO:**

| Calificación | Humano   | Económico                                   | Confidencialidad  | Reputación /Imagen  | Legal   |
|--------------|--|---|---|---|---|
| Catastrófico | Muerte del paciente                                    | >2.0% de la facturación mensual             | Si el evento se presentara se afectaría la información administrativa, financiera y educativa | Si el evento se presenta se divulgaría en los medios de comunicación (nivel regional o nacional):                                     | Afectación de principios, valores y misión.<br>Incumplimiento de normas de derecho privado, estatutos y normatividad vigente. |
| Mayor        | Paciente con secuelas definitivas                      | Entre 1.5% y 1.9% de la facturación mensual | Si el evento se presentara se afectaría la información administrativa y financiera            | Si el evento se presenta se afectaría la imagen institucional con más de dos grupos de interés externos (incluidos antes de control). | Cierre de la institución  |
| Moderado     | Paciente con secuelas transitorias                     | Entre 1.1% y 1.4% de la facturación mensual | Si el evento se presentara se afectaría la información financiera                             | Si el evento se presentara se afectaría la imagen institucional con más de dos grupos de interés externos (no antes de control)       | Condenas  |
| Menor        | Paciente presenta una alteración funcional transitoria | Entre 0.6% y 1.0% de la facturación mensual | Si el evento se presentara se afectaría la información administrativa                         | Si el evento se presentara se afectaría la imagen institucional con un grupo de interés externo.                                      | Multas y sanciones  |



**Lineamientos MAPA DE RIESGOS:**



En esta etapa se determinará el perfil de riesgo inherente (antes de controles). Las calificaciones de impacto y probabilidad serán realizadas por los líderes de los procesos basado en su juicio profesional teniendo como parámetros el conocimiento del proceso, su experiencia e información histórica.


La determinación de la colorimetría del mapa de calor está dada por los siguientes porcentajes de nivel de riesgo:

| <b>Calific</b>  | <b>%</b>     |              |
|-----------------|--------------|--------------|
|                 | <b>Desde</b> | <b>Hasta</b> |
| <b>Bajo</b>     | 0%           | 6%           |
| <b>Moderado</b> | 6%           | 14%          |
| <b>Alto</b>     | 14%          | 31%          |
| <b>Extremo</b>  | 31%          | 100%         |

**Severidad de los riesgos**

Las siguientes son las calificaciones de los niveles de severidad establecidos en La organización y las acciones que se deben seguir para cada uno de ellos:

|                 |
|-----------------|
| <b>Extremo</b>  |
| <b>Alto</b>     |
| <b>Moderado</b> |
| <b>Bajo</b>     |

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b><br><br><b>MANUAL PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF</b> | Código: MNDC004<br>Versión: 1           |
|   |  | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 10 de 21 |

### 4.3. Control de riesgos

La Clínica tomará 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.

Los controles estarán incluidos en las diferentes políticas y procedimientos de la institución y estarán a cargo de los líderes de los procesos.

En todo caso, dicha metodología tendrá en cuenta los siguientes aspectos:


| Concepto  | Criterio                      | Puntuación |
|---|-------------------------------|------------|
| 1. Asignación del control   | Asignado<br>No asignado       | 10%<br>0%  |
| 2. Autoridad y adecuada segregación de funciones por parte del responsable de ejecutar el control | Adecuada<br>Inadecuada        | 30%<br>0%  |
| 3. Propósito del control  | Preventivo<br>Detectivo       | 20%<br>10% |
| 4. Frecuencia del control   | Oportuna<br>No oportuna       | 10%<br>0%  |
| 5. Documentación  | Documentado<br>No documentado | 30%<br>0%  |

| Entre | Y    | El control será |
|-------|------|-----------------|
| 0%    | 50%  | Débil           |
| 51%   | 70%  | Moderado        |
| 71%   | 100% | Fuerte          |

La implementación del control hace referencia a la ejecución del control por parte de los responsables. En caso de presentarse observaciones o desviaciones en la ejecución de este el líder del proceso deberá implementar las acciones necesarias para que dicho control opere normalmente y evitar materializaciones de los riesgos.

Cualquier cambio en las políticas y procedimientos deberá quedar documentada en la herramienta habilitada para ello.

En esta etapa se determinará el perfil de riesgo residual (después de controles). Las calificaciones de impacto y probabilidad serán realizadas por los líderes de los procesos basado en su juicio profesional teniendo como parámetros el conocimiento del proceso, su experiencia, funcionamiento de los controles e información histórica.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b><br><br><b>MANUAL PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF</b> | Código: MNDC004<br>Versión: 1           |
|   |  | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 11 de 21 |

| Resultado del Riesgo Residual | Acción a seguir   |
|-------------------------------|---|
| <b>Extremo</b>                | Debe ser puesto en conocimiento de la Gerencia General y la Junta Directiva y el Comité de Contraloría y ser objeto de tratamiento inmediato. |
| <b>Alto</b>                   | Exige la atención del Gerente General y las demás Gerencias, debe ser tratado y monitoreado. Debe ser informado a la Junta Directiva.         |
| <b>Moderado</b>               | Debe ser gestionado adecuadamente por los líderes de los procesos y ser objeto de monitoreo continuo. Debe informarse a la Gerencia General.  |
| <b>Bajo</b>                   | Debe continuar gestionándose con los controles actuales existentes en la organización.  |

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

- **Controles estratégicos**

La alta dirección realizará revisiones de alto nivel a los asuntos de alta criticidad para la organización, tales como:

- ✓ Seguimiento al cumplimiento de la estrategia corporativa.
- ✓ Revisión de los niveles de cumplimiento o avance de los indicadores establecidos en la organización.
- ✓ Monitoreo de la efectividad de los sistemas de gestión implementados.


Adicionalmente, debe garantizar que los sistemas de compensación y los indicadores de gestión no están generando presiones en los funcionarios que los induzcan a cometer acciones fraudulentas.

- **Segregación de funciones**

Los procesos requieren implementar controles que involucren segregación de funciones, donde un colaborador no tiene control sobre dos o más fases de una operación, lo que permite reducir las oportunidades para que esté en la posición de perpetrar u ocultar errores o fraudes en el curso normal de sus funciones.

- **Controles contables**

Desde el área financiera de la Clínica se garantizará la definición de una política contable y la implementación de los procedimientos necesarios para llevarla a cabo. La política y los procedimientos deben cumplir con los requisitos normativos vigentes y con el marco de información financiera.

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>CLÍNICA ONCOLÓGICA<br/><b>AURORA</b><br/><small>"Primero los pacientes"</small></p> | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b>   | Código: MNDC004<br>Versión: 1           |
|  | <b>MANUAL PARA LA<br/>PREVENCIÓN DEL RIESGO DE<br/>CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y<br/>FRAUDE - SICOF</b> | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 12 de 21 |

Se debe contar con controles tales como:

- Monitoreo del procedimiento de pagos a terceros.
- Cuadros diarios de caja
- Verificación de registros contables (arqueos, conciliaciones, inventarios, circularizaciones, controles tributarios)

- **Controles de seguridad de la información**

Desde el área de sistemas se debe velar por la implementación de políticas, procedimientos y controles que garanticen que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (efectividad, eficiencia y confiabilidad) y cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes.

- **Controles del recurso humano**

Desde Recursos Humanos se debe garantizar la implementación de controles efectivos en los procesos de selección, vinculación y promoción del recurso humano, tales como:

- Adecuación de competencias, verificación de antecedentes, visitas domiciliarias, entre otros.
- Monitoreo al cumplimiento del plan de vacaciones.
- Monitoreo de la rotación interna y externa.
- Valoración del clima laboral.

- **Controles de los proveedores**


Desde el área de compras se debe garantizar la implementación de políticas y procedimientos que permitan controlar la contratación de proveedores y monitorear la calidad de sus entregables, entre estos controles se pueden mencionar:

- Seguimiento al cumplimiento de las políticas de contratación.
- Promover la selección objetiva a través de la definición de criterios de evaluación y de un Comité Evaluador.
- Controles de vinculación de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Manual Gestión Prevención de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo.
- Establecimiento de acuerdos de confidencialidad y cumplimiento de otros requisitos relacionados con la administración de la seguridad de la información.
- Valorar la gestión realizada por el proveedor. (Evaluación periódica y reevaluación)

- **Auditoría de controles**

Las actividades de control antifraude pueden ser preventivas o detectivas. Los controles preventivos están diseñados para mitigar riesgos de fraude específicos y pueden disuadir de que ocurra el fraude, mientras que las actividades detectivas están diseñadas para identificar el fraude si ocurre.

Los controles detectivos también pueden ser usados para el monitoreo de las actividades

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b>   | Código: MNDC004<br>Versión: 1           |
|   | <b>MANUAL PARA LA<br/>PREVENCIÓN DEL RIESGO DE<br/>CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y<br/>FRAUDE - SICOF</b> | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 13 de 21 |

con el fin de valorar la efectividad de los controles antifraude y pueden ofrecer evidencia adicional respecto a la efectividad de los programas y controles antifraude.

El responsable del Control Interno debe probar la efectividad del diseño de los controles, para determinar si son operados como fueron definidos, si los ejecutan colaboradores que poseen las competencias necesarias, si satisfacen los objetivos de control de la organización y si efectivamente pueden prevenir o detectar errores o posibles fraudes.

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

- **Programa de denuncias anónimas**

La Clínica debe disponer de canales para reportes de situaciones que vayan en contravía de las políticas y procedimientos, el cual debe ser accesible para todos los colaboradores y terceros. Se dará a conocer por los canales que tenga la Clínica.

Desde el área jurídica se administrará este proceso y presentará informes al comité de gerencia de los reportes realizados por este medio.


Por su parte, los procedimientos de detección y de investigación de posibles fraudes se deben documentar como se indica en el Procedimiento de investigación y análisis de riesgos fraudes. Las actualizaciones del Programa Antifraude que el Comité de contraloría considere no relevantes, es decir, que no modifican la esencia de la política, serán presentadas para aprobación de la Junta Directiva dentro del reporte semestral del Informe de Gestión de Riesgos.

#### **4.4. Monitoreo**

Por lo menos semestralmente se efectuará un monitoreo a al perfil de riesgo de fraude, soborno y corrupción. Cada líder de proceso, dentro de sus responsabilidades velará porque los controles de su proceso estén funcionando en las periodicidades establecidas y adoptará los correctivos o mejoras a que haya lugar.

Cada líder de proceso implementará indicadores de ejecución (KPI) que tienen como finalidad informar, controlar, evaluar y ayudar a tomar las decisiones y deberán estar alineados a la estrategia de la organización. Para cada indicador se deberá establecer los niveles “Meta” de cumplimiento, así como los niveles de “precaución” y “críticos”. Estos dos últimos niveles serán considerados como señales de alerta (KRI).

Los KPI hacen parte de los pilares estratégicos de la organización y soportan las iniciativas estratégicas. El seguimiento se efectuará mensualmente en el Comité Gerencial.

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b>   | Código: MNDC004<br>Versión: 1           |
|   | <b>MANUAL PARA LA<br/>PREVENCIÓN DEL RIESGO DE<br/>CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y<br/>FRAUDE - SICOF</b> | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 14 de 21 |

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

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

Los incumplimientos a los límites serán presentados en el Comité de Gerencia donde se informará los planes de contingencia adoptados respecto de cada escenario extremo presentado.

Adicionalmente, se adopta la herramienta “Ley el primer dígito” o “Ley de Benford” para el análisis de fraude en la organización el cual estará a cargo del Oficial de Cumplimiento SICOF

## **5. ELEMENTOS DEL SICOF**

### **5.1. Políticas**

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

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


Los accionistas, directores, alta gerencia, colaboradores y/o prestadores de servicios, no participan en ninguna forma de fraude, soborno o práctica de corrupción, directa o indirectamente y toman las medidas necesarias para combatirlos, independientemente de cualquier forma o tipología de la que se trate.

La Clínica establece y promueve dentro de toda la organización, una cultura institucional encaminada a fortalecer la transparencia como valor y principio de toda actuación.

A través del CÓDIGO DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO se definen las reglas de conducta con el fin de prevenir la promoción de cualquier forma de Corrupción, Opacidad y Fraude, y de manejar adecuadamente el otorgamiento y recepción de regalos, invitaciones y/o favores (hospitalidades).

No mantiene relaciones de ningún tipo con accionistas, directores, colaboradores, prestadores de servicios, proveedores o terceros que hayan sido condenados por actividades ilícitas relacionadas con el fraude, la corrupción o el soborno.

No tolera que sus accionistas, directores, y demás colaboradores, y/o prestadores de servicios, proveedores, contratistas y cualquier tercero que tenga relacionamiento con la

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b>   | Código: MNDC004<br>Versión: 1           |
|   | <b>MANUAL PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF</b> | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 15 de 21 |

Clínica, obtengan resultados económicos, comerciales o de cualquier otra índole, a cambio de violar la ley o actuar de manera deshonesta.

Adopta un enfoque preventivo, de tal forma que las vulnerabilidades son minimizadas desde su origen, a través de adecuados criterios de diseño organizacional y programas de transformación cultural.

Segmenta, identifica, mide, controla y monitorea los factores de riesgo relacionados con el Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude y, evalúa sistemática y periódicamente, la exposición a los riesgos relacionados con estos delitos, con el fin de implementar medidas administrativas efectivas.

La Clínica tiene a disposición de todos los grupos interés la línea ética para la recepción y registro de indicios o incidentes por posibles actos indebidos cometidos por parte de sus colaboradores, prestadores de servicios y/o demás grupos de interés. Además, gestiona de forma oportuna todas las denuncias de actos relacionados con el riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, independientemente de su cuantía o del personal involucrado, garantizando confidencialidad, objetividad, no retaliación, respeto, transparencia, independencia y autonomía de los responsables de las evaluaciones.


Ningún denunciante sufrirá consecuencias negativas por prevenir, rechazar o denunciar actos de esta naturaleza. Cuando sea procedente, la Clínica pondrá en conocimiento de las autoridades competentes toda conducta que contrarie lo previsto en estos lineamientos e igualmente emprenderá y acompañará las acciones judiciales que sean pertinentes.

Toda persona puede reportar su denuncia de manera anónima si así lo desea. Para los denunciantes que desean aportar sus datos personales en todo momento se garantizará la confidencialidad de la información, para ello, los procesos de investigación o reportes mencionarán, indicarán o insinuarán a la persona denunciante.

## 5.2. Procedimientos

Para la adecuada implementación y funcionamiento de las etapas y elementos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF la Clínica cuenta con los siguientes procedimientos:

- **Instrumentación de las diferentes etapas y elementos del SICOF:**  
Manual para la prevención del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF
- **Identificación de los cambios y la evolución de los controles, así como del perfil de Riesgo:**  
Manual para la prevención del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF
- **Medidas por el incumplimiento del SICOF.**  
Código De Ética y Buen Gobierno

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b>   | Código: MNDC004<br>Versión: 1           |
|   | <b>MANUAL PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF</b> | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 16 de 21 |

- **Procedimientos y metodologías para identificar, medir, controlar y monitorear los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude y su nivel de aceptación**  
Manual para la prevención del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF
- **Procedimientos y metodologías para implementar y mantener el registro de eventos.**  
El registro de eventos relacionados con el riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude se efectuará con la misma metodología para el registro de eventos de riesgo operativo y serán registrados en la plataforma tecnológica que la Clínica haya habilitado para este fin.
- **Procedimientos para reportar sobre posibles casos de corrupción, opacidad o fraude.**  
Canal de denuncias

### 5.3. Mecanismos


El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF de la Clínica deberá permitirle establecer cuándo existe una posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude, para ello, cuenta con las siguientes metodologías e indicadores cuantitativos para la oportuna detección de estas posibles actividades:

- **Ley de Benford:** Es una herramienta estadística que, a través de la aplicación de las frecuencias, demuestra empíricamente que los números tienen un comportamiento regular cuando estos se generan de manera natural. Aplicando esta teoría, se puede inferir que cualquiera de estos conjuntos de datos cuando no se cumpla, se puede afirmar que hay algo anómalo o posible manipulación de la información. Esta herramienta será ejecutada por el Oficial de Cumplimiento.
- **Indicadores:** Cada líder de proceso implementará indicadores de ejecución (KPI) que tienen como finalidad informar, controlar, evaluar y ayudar a tomar las decisiones y deberán estar alineados a la estrategia de la organización. Para cada indicador se deberá establecer los niveles “Meta” de cumplimiento, así como los niveles de “precaución” y “críticos”. Estos dos últimos niveles serán considerados como señales de alerta (KRI).

Los KPI hacen parte de los pilares estratégicos de la organización y soportan las iniciativas estratégicas. El seguimiento se efectuará mensualmente en el Comité Gerencial

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



|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b><br><br><b>MANUAL PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF</b> | Código: MNDC004<br>Versión: 1           |
|   |  | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 17 de 21 |

La Clínica dejará 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.

#### 5.4. Instrumentos

##### 5.4.1. Señales de Alerta

###### *En los estados financieros:*

- Transacciones impropias de la naturaleza de la Clínica
- Inesperadas disminuciones en saldos de tesorería
- Importes elevados en cuentas de gastos a justificar por empleados
- Uso inadecuado de tarjetas de crédito de la empresa
- Pagos de horas extraordinarias poco relacionadas con la actividad
- Oscilaciones no razonables en la ratio compra/venta
- Ventas y otras transacciones con terceros relacionadas/vinculadas
- Ventas de activos, desinversiones por debajo del precio de mercado
- Diferencias importantes con referentes sectoriales

##### 5.4.2. Segmentación de los factores de riesgo


La documentación de la metodología de segmentación se encuentra en documento separado y hace parte integral de este manual.

#### 5.5. Estructura y Responsabilidades

##### 5.5.1. Junta Directiva

La Junta Directiva delega al Comité de Contraloría las siguientes funciones:

- Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOF basado en los informes de los órganos de control.
- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia de la persona encargada para la ejecución del SICOF y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude de la Clínica.
- Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICOF, que realicen los órganos de control.
- Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOF.
- Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que la persona encargada por la Clínica para la ejecución del SICOF.

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>CLÍNICA ONCOLÓGICA<br/><b>AURORA</b><br/><small>"Primero los pacientes"</small></p> | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b>   | Código: MNDC004<br>Versión: 1           |
|  | <b>MANUAL PARA LA<br/>PREVENCIÓN DEL RIESGO DE<br/>CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y<br/>FRAUDE - SICOF</b> | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 18 de 21 |


- Conocer los informes relevantes respecto del SICOF, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
- Efectuar seguimiento a través de los informes que presente la persona encargada para la ejecución del SICOF, sobre la gestión de este en la Clínica y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.
- Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formule la persona encargada por la Clínica para la ejecución de este y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Analizar los informes que presente la persona encargada por la Clínica para la ejecución del SICOF respecto de las labores realizadas para evitar que la Clínica sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos de Corrupción, Opacidad o Fraude y evaluar la efectividad de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.

### 5.5.2. Representante Legal

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del SICOF.
- Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
- Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de este Riesgo implica para la Clínica.
- Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
- Recibir y evaluar los informes presentados por la persona encargada de la ejecución del SICOF.
- Velar porque las etapas y elementos del SICOF se cumplan.
- Velar porque se implementen los procedimientos para la administración del SICOF.

### 5.5.3. Administrador del SICOF

- 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.
- Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva o quien haga sus veces, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la Clínica administre efectivamente sus riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en la normativa vigente.
- Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la Clínica.
- Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.
- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la Clínica e informarlo al órgano

|   |  |   |
|---|--|---|
|  <p>CLÍNICA ONCOLÓGICA<br/><b>AURORA</b><br/>"Primero los pacientes"</p> | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b><br><br><b>MANUAL PARA LA<br/>PREVENCIÓN DEL RIESGO DE<br/>CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y<br/>FRAUDE - SICOF</b> | Código: MNDC004<br>Versión: 1           |
|   |  | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 19 de 21 |

correspondiente.

- Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, para ello, tendrá en cuenta la política integral de gestión de riesgos de la Clínica.
- Desarrollar los programas de capacitación relacionados con el SICOF.
- Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.
- Establecer mecanismos para la recepción de denuncias que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la Clínica.
- Informar al máximo órgano social u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.
- Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración del máximo órgano social.
- Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
- Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
- Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por el máximo órgano social, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
- Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
- Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOF.


#### **5.5.4. Líderes de procesos y demás colaboradores**

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

#### **5.5.5. Órganos De Control**

##### **Revisoría Fiscal**

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al Revisor Fiscal, éste debe elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable, en el que informe acerca de las

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PROCESO DIRECCIÓN</b>   | Código: MNDC004<br>Versión: 1           |
|   | <b>MANUAL PARA LA<br/>PREVENCIÓN DEL RIESGO DE<br/>CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y<br/>FRAUDE - SICOF</b> | Vigencia: 13/09/2022<br>Página 20 de 21 |

conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.

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

### **5.6. Documentación**

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

- Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude.
- Los documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SICOF.
- Los informes de la Junta Directiva, el Representante Legal y los órganos de control
- El mapa de Riesgos del SICOF
- Metodología e instrumentos para la gestión de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude.
- Políticas establecidas en materia de manejo de información y comunicación, que incluyan mecanismos específicos para garantizar la conservación y custodia de información reservada o confidencial y evitar su filtración.

### **5.7. Capacitaciones**

La Clínica efectuará dos (2) tipos de capacitaciones sobre el SICOF: 1. Al momento de la vinculación de un nuevo colaborador y 2. Capacitación anual a todos los colaboradores. La Clínica podrá utilizar cualquier metodología que considere conveniente.

Para garantizar el correcto aprendizaje del SICOF, se contará con proceso de evaluación por cualquier metodología que la Clínica considere conveniente. La constancia de aprobación será mediante la expedición de un certificado.

### **5.8. Plataforma Tecnológica**


La Clínica contará con un aplicativo para administrar los riesgos del SICOF.

### **5.9. Incumplimiento al SICOF**

Los incumplimientos a las políticas y procedimientos establecidos en la Clínica para la prevención del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF estarán sujetas a las sanciones establecidas en el Código de Ética y a las disposiciones legales vigentes.

### **5.10. Comunicación y divulgación**

La política y procedimientos que conforman el programa antifraude deben ser comunicados claramente a todos los niveles de la organización, con el propósito que las

|  |   |   |
|--|---|---|
|  <p>CLÍNICA ONCOLÓGICA<br/><b>AURORA</b><br/><small>"Primero los pacientes"</small></p> | <p><b>PROCESO DIRECCIÓN</b></p> <p><b>MANUAL PARA LA<br/>PREVENCIÓN DEL RIESGO DE<br/>CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y<br/>FRAUDE - SICOF</b></p> | <p>Código: MNDC004<br/>Versión: 1</p>           |
|  |   | <p>Vigencia: 13/09/2022<br/>Página 21 de 21</p> |

conozcan, entiendan y sean conscientes de su importancia. Adicionalmente, se debe involucrar a las partes interesadas externas (clientes, accionistas, entes regulatorios, etc.), cuando se considere necesario.

Para garantizar la oportunidad en la divulgación de la información, la Clínica cuenta con una plataforma tecnológica documental donde todos los colaboradores pueden consultar las políticas y procedimientos.

Los colaboradores deberán firmar anualmente su compromiso con el cumplimiento de las políticas, procedimientos y demás documentos relacionados para la prevención del riesgo de corrupción, opacidad y fraude.

## **6. COLABORACIÓN CON LA JUSTICIA Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS**

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