CIRCULARES EXTERNAS

CIRCULAR EXTERNA NÚMERO 20211700000004-5 DE 2021

(septiembre 15)

PARA:	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) DE LOS GRUPOS B, C1, C2 Y D1 PÚBLICOS, PRIVADOS Y MIXTOS VIGILADOS POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD DE MANERA OBLIGATORIA, Y PARA LOS DEMÁS GRUPOS DE FORMA VOLUNTARIA COMO BUENAS PRÁCTICAS.
DE:	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.
ASUNTO:	POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO ORGANIZACIONAL, EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y A SUS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.
FECHA:	15-09-2021.

A. ANTECEDENTES

El artículo 4º de la Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se reguló el derecho fundamental a la salud y se dictaron otras disposiciones, definió al Sistema de Salud como “...el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento, controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud”.

Es así, como el Gobierno nacional ha impulsado una serie de normas dirigidas al fortalecimiento técnico, operativo, financiero y administrativo de los agentes participantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual comprende la implementación del Sistema de Gestión de los Riesgos en Salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que deben acogerse a lo definido por el marco normativo de los componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), establecido por el Decreto número 1011 de 2006 y acogido en el Decreto número 780 de 2016; y la adopción de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con énfasis en resultados en salud y disminución de la carga de enfermedad (Resolución número 2626 de 2019), entre otras medidas.

Estos nuevos aspectos están incluidos en el modelo de Supervisión Basada en Riesgos (SBR) de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), quien encabeza el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del sector salud, de acuerdo con la Ley 1122 de 2007. El modelo de SBR es la estrategia implementada por la SNS para complementar a la Supervisión Basada en el Cumplimiento y, de esta manera, garantizar la protección de los derechos de los usuarios y el cumplimiento de las normas que regulan el sistema, al utilizar ambas formas de supervisión de forma combinada y transversal. Asimismo, con la SBR, en el marco de un modelo de supervisión preventivo y activo, se busca fortalecer el SGSSS a través de una mayor estabilidad de las diferentes instituciones que lo componen, apoyada en una cultura de autocontrol y un adecuado Sistema Integrado de Administración y Gestión de Riesgos.

Para hacer efectivo el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud, mediante el Decreto número 2462 de 2013 fue modificada la estructura de la SNS, creando la Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo así como la Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos; unidades con funciones concretas de diseño, vigilancia, recolección y análisis de información relevante para la aplicación de la SBR mediante la identificación y prevención de riesgos con la incorporación de alertas tempranas.

Adicionalmente, el artículo 12 de la Ley 1474 de 2011 o Estatuto Anticorrupción, crea el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del SGSSS y ordena a la SNS, el cual define que, para sus sujetos vigilados, un conjunto de medidas preventivas para control, así como la implementación de indicadores de alerta temprana y ejercer sus funciones de IVC sobre la materia.

Esta misma ley, en el artículo 73, establece la obligatoriedad para las entidades públicas de elaborar anualmente la “estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano”, la cual contempla mapa de riesgos anticorrupción, medidas de mitigación, estrategias antitrámites y mecanismos de mejora a la atención (lo cual considera la conducta y trato por parte del servidor público).

Asimismo, por medio de la Resolución 518 de 2015 se dictaron disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública (...) y en cumplimiento del párrafo del artículo 5 de dicha Resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) generó las Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual fue modificada por la Resolución número 2626 de 2019, adoptando el Modelo de Atención Integral Territorial MAITE, incluyendo las líneas mínimas de acción del Modelo en las cuales se encuentra 8.2 Salud Pública y 8.3 Presentación de Servicios de Salud.

A su vez, los principios y directrices genéricos para la gestión del riesgo en una organización sin importar su naturaleza, industria y sector se encuentran establecidas bajo la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000 expedida por el Instituto Colombiano

de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), la cual es una adopción idéntica por traducción de la norma internacional ISO 31000 de 2009. Cabe resaltar que su adopción es voluntaria.

De igual forma, en desarrollo del modelo de supervisión basada en riesgos, fue expedida la Resolución número 4559 de 2018, por la cual se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual en los artículos 2º, 3º y 4º insta a las entidades vigiladas a la implementación de un Sistema Integrado de gestión de riesgos, estableciendo el mecanismo para hacer exigible el sistema para cada tipo de vigilado así como las instrucciones con los lineamientos mínimos que el mismo debe tener.

En esa misma línea, por medio de la expedición de la Circular Externa 003 de 2018, se impartieron recomendaciones para la implementación y la ejecución de mejores prácticas organizacionales (Código de Conducta y de Buen Gobierno empresarial) para las IPS vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud pertenecientes a los grupos C1 y C2 establecidos en la Circular Externa 018 de 2015 y las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen. La Circular Externa 003 de 2018 parte del principio de voluntariedad (cumpla o explique) con el fin de incentivar una política de autorregulación, autocontrol y autogestión, fortalecer los criterios de idoneidad y reputación para la Alta Gerencia, información pública oportuna y de calidad en pro de lograr una mayor eficiencia, transparencia y optimización del uso de los recursos del SGSSS, un mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de riesgos que se vea reflejado en mejores resultados en la atención del paciente y la protección de los usuarios.

Como consecuencia de las actividades propias y operaciones diarias de las IPS, estas se ven expuestas a diversos riesgos inherentes, que deben ser identificados y administrados en un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, que promueva el autocontrol y permita generar alertas tempranas al interior de cada entidad sometida a la IVC de la SNS.

Es así, como este Sistema Integrado de Gestión de Riesgos debe estar alineado con los planes estratégicos que tenga cada entidad. Sin embargo, se precisa que la SNS llevará a cabo seguimiento a los Subsistemas de Administración de los Riesgos priorizados de acuerdo con la Resolución número 4559 de 2018, con fines de supervisión. Los elementos y procedimientos mínimos que se deben tener en cuenta en el ciclo de gestión para cada uno de los riesgos prioritarios estipulados por esta Superintendencia se desarrollarán en los siguientes literales y numerales.

Estos Subsistemas de Administración de Riesgos de forma individual les permite a las entidades identificar, evaluar, medir, controlar y monitorear eficazmente como mínimo los riesgos prioritarios a los que están expuestas en desarrollo de sus operaciones, para mejorar los resultados en salud de la población, la satisfacción de los usuarios, la estabilidad financiera del sistema, fortalecer la confianza de la población en los componentes de salud del SGSSS y prevenir posibles impactos negativos.

Por otro lado, la evaluación de los riesgos de las entidades consiste en identificar y analizar la probabilidad que ocurra un evento y qué impacto tiene sobre los objetivos misionales y, de esta forma adoptar estrategias preventivas.

Adicionalmente, por medio de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, se busca:

- a) Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud y el cumplimiento de metas en salud de acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública, Resolución número 1841 de 2013, y velar por el mejoramiento de la salud de los individuos y la mitigación de los riesgos en salud, brindando servicios con mayor calidad y oportunidad.
- b) Incrementar la probabilidad que los eventos de mayor impacto (eventos en salud, administrativos, financieros, entre otros), sean detectados y prevenidos antes que se materialicen.
- c) Fomentar una cultura de autocontrol y de gestión de riesgos por parte de los vigilados, de manera que sea una política empresarial o de gobierno organizacional que se interiorice en toda la estructura corporativa, incluyendo políticas de control interno.
- d) Generar condiciones de estabilidad operativa y financiera de las entidades a través de la implementación de Subsistemas de Administración de Riesgos estratégicamente diseñados e implementados, y debidamente documentados mediante Políticas de Gestión de Riesgo y manuales de procesos y procedimientos donde se incluyan Metodologías de valoración de los riesgos y las funciones de los Órganos de Control (Auditoría o Control Interno y Revisoría Fiscal, entre otros).
- e) Robustecer la infraestructura de supervisión dentro de las entidades (Auditoría Interna, Revisoría Fiscal o Contralor Normativo, entre otros), encaminada a fortalecer el control y gestión de riesgos al interior de cada institución.
- f) Promover la cultura institucional hacia una supervisión y administración basada en riesgos que desarrolle habilidades evaluativas sobre la calidad de la gestión de los riesgos por parte de cada entidad.
- g) Extender el compromiso y responsabilidad de las Juntas Directivas y órganos administrativos de las entidades frente a la adecuada gestión de los riesgos, además de establecer criterios de idoneidad y reputación para la Alta Gerencia.

h) Estimular la transparencia, la calidad, la preservación de la información y la mejora continua en todos los procesos relacionados, como insumo fundamental para la gestión de los diversos riesgos.

i) Impulsar las mejores prácticas de Gobierno Organizacional e incorporar e interiorizar el Código de Conducta y Buen Gobierno en todas las instancias de las organizaciones que hacen parte del sector de la salud.

Cabe resaltar que los lineamientos generales contenidos en la presente circular son los mínimos que debe tener el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos y son complementarios al marco normativo vigente. Por lo tanto, no sustituyen ni reemplazan las metodologías o instrumentos adoptados por cada entidad para administrar los riesgos que a la fecha cada entidad esté gestionando, así como la implementación de los subsistemas que se definen en la presente circular.

B. OBJETO

En desarrollo de la operación de las IPS, 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.

Los Sistemas Integrados de Gestión 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. Asimismo, estos Sistemas deben estar constituidos como mínimo por los riesgos prioritarios que se listan en la presente circular y que seleccionó la Superintendencia (se desarrollará cada Subsistema de Administración de Riesgos en detalle en literales y numerales posteriores, los cuales harán parte integral del Sistema en su conjunto), además de incorporar otros riesgos que identifiquen y que se presenten en el desarrollo ordinario de las actividades de cada entidad.

Las políticas y procedimientos que se adopten deben permitir el eficiente, efectivo y oportuno funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de las entidades, y traducirse en reglas de conducta y directrices que orienten la actuación de la entidad, sus empleados y sus socios.

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos deberá 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 según 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 de salud.

Como se mencionó anteriormente, los elementos y procedimientos mínimos que se deben tener en cuenta en el ciclo de gestión para cada uno de los riesgos prioritarios estipulados por esta Superintendencia se desarrollarán en los siguientes literales y numerales.

Los Subsistemas de Administración de Riesgos permiten a las entidades identificar, evaluar, medir, controlar y monitorear eficazmente como mínimo los riesgos prioritarios a los que están expuestas en desarrollo de sus operaciones, para mejorar los resultados en salud de la población, la satisfacción de los usuarios, la estabilidad financiera, y fortalecer la confianza de la población en los componentes de salud del SGSSS y prevenir posibles impactos negativos.

Asimismo, y como se mencionó anteriormente, para lograr un mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de riesgos es necesaria la implementación y la ejecución de mejores prácticas organizacionales mediante la formulación de un Código de Conducta y de Buen Gobierno empresarial en cada entidad.

Por medio de la presente circular se establecen los lineamientos generales (criterios, parámetros y recomendaciones mínimas) que las IPS públicas, privadas y mixtas deben tener en cuenta para diseñar, implementar y poner en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y subsistemas para cada uno de los riesgos priorizados por la SNS.

C. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente instrucción aplica a las IPS pertenecientes a los grupos B, C1, C2 y D1 establecidos en la Circular Externa 018 de 2015 y las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen. Asimismo, se encuentra dirigida a los representantes legales, socios, accionistas, revisores fiscales, la Alta Gerencia, los Máximos Órganos Sociales, Oficiales de Cumplimiento, administradores, directores o quienes hagan sus veces y demás funcionarios responsables de la administración de dichas entidades.

Para las demás IPS que no pertenezcan a los grupos anteriormente mencionados, podrán adoptarla de forma voluntaria como buenas prácticas.

D. DEFINICIONES

Para efectos de la correcta aplicación de lo previsto aquí, se recurrirá a la formulación de las definiciones que se presentan a continuación para el entendimiento e interpretación de los lineamientos generales del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas objeto de esta circular. Adicionalmente, las definiciones relacionadas con el Gobierno Organizacional y mejores prácticas como son los conflictos de interés, la Junta Directiva, el Máximo Órgano Social, entre otras, ya fueron definidas en la Circular Externa 003 de 2018, por lo que se recomienda remitirse a esta norma para su consulta:

a) **Administrador:** De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 222 de 1995, “*son administradores el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detentan esas funciones*”. El administrador debe obrar de buena fe, con lealtad y con diligencia. Sus actuaciones se cumplirán en interés de la sociedad, teniendo en cuenta los intereses de sus asociados, y en el cumplimiento de su función, deben realizar como mínimo las expresadas en el artículo 23 de la mencionada ley.

b) **Atención en Salud:** Servicios o tecnologías en salud suministrados a los individuos y a la comunidad para promover, mantener, monitorizar o restaurar el estado de salud.

c) **Categorías de riesgos prioritarios:** Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la SNS. Cabe resaltar que las IPS deben gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad y organización que cada entidad les quiera dar para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes riesgos: Riesgo en Salud, Riesgo Actuarial; Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Mercado de Capitales, Riesgo Operacional, Riesgo de Grupo y Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

d) **Ciclo general de gestión de riesgo:** Son las etapas que incorpora un Subsistema de Administración de Riesgos para cada uno de los tipos o categorías de riesgo identificadas.

e) **Conflicto de interés:** Se considera que existe un conflicto de interés cuando por una situación de control, influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas, se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal, desviaciones de recursos de seguridad social, o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector. Estos desequilibrios tienen su fundamento en un “interés privado” que motiva a actuar en contravía de sus obligaciones y puede generar un beneficio personal, comercial o económico para la parte que incurre en estas conductas.

f) **Contralor Normativo:** Cargo o área especializada dentro o fuera de la organización, el cual es nombrado por la Junta Directiva o quien haga sus veces, y ejerce control para asegurar la observancia de las disposiciones normativas aplicables. Sus funciones son dependientes de la Junta o quien haga sus veces, a quien debe asesorar y rendir cuentas.

g) **Controles:** Medidas prudenciales, preventivas y correctivas que ayudan a contrarrestar la exposición a los diferentes riesgos. Entre estas se encuentra la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras estrategias de gestión.

h) **Cultura de autocontrol:** Concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a la entidad contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda la organización (desde la Junta Directiva y la Alta Gerencia, hasta los propios empleados), los cuales pueden proveer una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la entidad.

i) **Evento:** Situación que se presenta en un lugar específico y durante un intervalo de tiempo determinado.

j) **Eventos externos:** Son eventos ocasionados por terceros, o, asociados a la naturaleza que, debido a su causa y origen, se escapan del control de la entidad.

k) **Evento de pérdida:** Son las situaciones que generan pérdidas a las entidades al exponerse a cualquier riesgo.

l) **Factores de riesgo:** Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.

m) **Falla de mercado:** Una situación en la que un mercado no asigna eficientemente los recursos por sí solo.

n) **Gestión de Riesgo:** Es un enfoque estructurado y estratégico liderado por la Alta Gerencia acorde con las políticas de gobierno organizacional de cada entidad, en donde se busca implementar un conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia o mitigar el impacto de un evento de riesgo potencial (incertidumbre) que pueda afectar los resultados y, por ende, el logro de los objetivos de cada entidad, así como el cumplimiento de los objetivos en el SGSSS o sus obligaciones. Dentro de este conjunto de acciones se incluye, entre otros, el ciclo general de gestión de riesgo.

o) **Grupos de Riesgo:** Conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.

p) **Gobierno Organizacional:** Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables a cualquier tipo de entidad, mediante los cuales se dirige y controla la gestión de estas de conformidad con las disposiciones contenidas en la presente circular y demás disposiciones sobre la materia. Tiene como objeto la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión de las entidades se realice bajo los principios de transparencia,

eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión.

q) **Influencia Significativa:** El poder de intervenir en las decisiones de política financiera y de operación en la participación, sin llegar a tener el control ni el control conjunto de dichas decisiones.

r) **Pérdidas:** Cuantificación económica que representa la materialización de un evento de Riesgo Operacional, donde se incluyen los gastos derivados de su atención.

s) **Perfil de riesgo:** Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad.

t) **Pruebas de desempeño o de autocomprobación (Back Testing):** Se desarrolla para evaluar y calibrar la consistencia y confiabilidad de la medición de los indicadores de riesgos estimados por parte del modelo que se está utilizando, mediante la comparación de los resultados que el modelo arrojó, frente a los resultados observados. De esta manera se pueden identificar y ajustar los supuestos, parámetros y demás elementos que hacen parte del modelo de cálculo.

u) **Pruebas de tensión (Stress Testing):** Herramienta de diagnóstico donde bajo varios escenarios de estrés, se simulan diferentes choques extremos a los factores de riesgo para evaluar su sensibilidad e impacto, además de la capacidad de respuesta que las entidades tienen para enfrentarlos. Busca identificar fortalezas y vulnerabilidades de los Subsistemas de Administración de Riesgos de manera individual para cada riesgo, y así cada entidad pueda comprender mejor sus propios perfiles de riesgo y validar los límites establecidos.

v) **Reputación:** Percepción agregada que sobre una organización tienen los agentes relacionados con ella, sean estos clientes, accionistas, grupos de interés, partes vinculadas o público en general, la cual tiene el potencial de afectar la confianza en la entidad, influenciando su volumen de negocios, y su situación general. Esta puede variar por factores tales como el desempeño, escándalos, menciones en prensa, entre otros.

w) **Riesgo:** Posibilidad que ocurra un evento que pueda afectar negativamente el cumplimiento de la operación de una Entidad y que atenten contra los objetivos del SGSSS.

- **Riesgo inherente:** Nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control.

- **Riesgo neto o residual:** Nivel de riesgo que resulta luego de la aplicación de las medidas de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.

- **Riesgo neto global:** Resultado de la combinación de cada uno de los riesgos residuales de la entidad, teniendo en cuenta la importancia relativa que a cada categoría de riesgo le haya asignado la Entidad.

- **Riesgo significativo:** Riesgo identificado y valorado de incorrección material que, a juicio del auditor, requiere una consideración especial en la auditoría.

x) **Seguridad del Paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

E. LINEAMIENTOS GENERALES, ESPECÍFICOS Y SUS COMPONENTES

Las entidades deben desarrollar y mantener una estructura organizacional apropiada para la administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de acuerdo con su tamaño, estructura, actividad económica y demás características particulares. Para el efecto, deben establecer y preservar estándares que permitan contar con personal idóneo para la administración de los riesgos. De igual forma, deben quedar claramente asignadas las responsabilidades de las diferentes personas y áreas involucradas en los respectivos procesos y procedimientos, establecer reglas internas dirigidas a prevenir y sancionar conflictos de interés, a controlar el uso y a asegurar la reserva de la información.

Por tanto, sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que se encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, para el diseño y adopción de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, se deben incluir como mínimo las siguientes actividades a cargo de los órganos de dirección y administración de cada entidad.

CAPÍTULO I: CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO

Para lograr un mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de riesgos es indispensable la implementación y la ejecución de mejores prácticas organizacionales mediante la formulación, implementación, desarrollo y seguimiento de un Código de Conducta y de Buen Gobierno en cada entidad. Como buenas prácticas para la implementación y fortalecimiento del Gobierno Organizacional y Código de Conducta en las entidades, se debe tener en cuenta las medidas mencionadas en la Circular Externa 003 de 2018 o las que la modifiquen, sustituyan o eliminen para su implementación.

Por medio de la implementación y fortalecimiento del Gobierno Organizacional, se busca:

a) Eficiencia en la Prestación del Servicio de Salud (Pertinencia, Accesibilidad, Calidad, Oportunidad y Seguridad), y así promover el uso debido y eficiente de los recursos.

b) Reconocer los derechos de las diferentes partes interesadas, entre ellas, los usuarios del sistema de salud, para equilibrar los intereses y mejorar las relaciones e interlocución, para alcanzar el mayor grado de coordinación posible.

c) Evitar y/o gestionar los posibles conflictos de interés.

d) Establecer políticas anticorrupción (entre ellas establecer políticas antisoborno).

e) Facilitar el ejercicio de los derechos y el trato equitativo a los miembros del Máximo Órgano Social, para promover la independencia y equidad.

f) Garantizar la revelación oportuna y precisa de la información para lograr una mayor transparencia.

g) 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.

h) Mejorar el desempeño operacional de la entidad, que se debe ver reflejada en la creación de valor de la empresa.

CAPITULO II: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS

- CAPITULO II-I: LINEAMIENTOS GENERALES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS

Las entidades deben tener la capacidad institucional para identificar, evaluar, controlar, prevenir 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.

Tanto el Sistema Integrado de Gestión 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.

En este contexto, las entidades deben gestionar todos los riesgos a los que estén expuestas dentro de su operación, y su gestión dependerá de la discrecionalidad y organización que cada entidad les quiera dar para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes riesgos priorizados y sus respectivos subsistemas:

1. **Riesgo en Salud**
2. **Riesgo Operacional**
3. **Riesgo Actuarial**
4. **Riesgo de Crédito**
5. **Riesgo de Liquidez**
6. **Riesgo de Mercado de Capitales**
7. **Riesgo de Grupo**
8. **Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.**

Cabe recordar que, el Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo es la posibilidad que en la realización de las operaciones de una entidad, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de 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 de recursos vinculados con las mismas. Los lineamientos específicos se encuentran publicados en la **Circular Externa 009 de 2016** (expedida por la SNS) y las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen, por lo cual solo se menciona la definición en la presente circular.

Para gestionar estos riesgos prioritarios, deberán examinarlos a la luz de los parámetros y lineamientos mínimos dispuestos en la presente circular y realizar las modificaciones a que haya lugar.

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.

Tal como se listaron anteriormente, para efectos de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos al interior de cada uno de los vigilados, 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. 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:

a) **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.

b) 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 modelo de Supervisión Basada en Riesgos, las entidades deberán contar con evaluaciones cuantitativas relacionadas con la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados y su impacto, en la medida de lo posible. Independientemente de contar con modelos cuantitativos o cualitativos, estos deben estar sustentados y documentados técnicamente.

Es así como para la evaluación y medición de cada uno de los riesgos identificados, la entidad debe contar con información suficiente, completa y de calidad para generar los mejores pronósticos. Si la entidad no cuenta con este recurso se deben 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.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos: Una vez identificados y evaluados los riesgos, 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 establecido. 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. En cuanto a los riesgos en salud, estos límites hacen referencia a los máximos permitidos por la normatividad vigente, estándares internacionales y sin perjuicio de lo anterior, de acuerdo con lo que establezca la entidad en sus políticas, siempre que estén en pro del beneficio de la población de su área de influencia.

Se deben determinar las acciones tendientes a gestionar los riesgos a los que se ve expuesta la entidad, de acuerdo con los niveles de riesgo determinados y las tolerancias al riesgo definidas.

Todas las acciones de gestión del riesgo deberán identificar formalmente responsables, plazos, 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.

d) 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, las entidades deberán poner en práctica tales mecanismos y reflejarlos en un plan de implementación de las acciones planteadas 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 y 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. Lo anterior, con una periodicidad acorde con los eventos y factores de riesgo identificados como potenciales, así como con la frecuencia y naturaleza de estos.

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.

Las mediciones de riesgos esperadas, los riesgos derivados y sus controles deben ser contrastados regularmente con la realidad observada, de forma tal que permita establecer si los Subsistemas de Administración de Riesgos han logrado su mitigación y la corrección oportuna y efectiva de eventuales deficiencias. De esta manera la entidad debe contar con indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos residuales y netos, y que estos a su vez se encuentren y se mantengan en los niveles de aceptación previamente establecidos por la entidad.

De llegarse a presentar desviaciones o que se superen los límites previamente establecidos, 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. Todas las acciones y actividades incluidas en estos planes deben contener la definición de los estándares de seguimiento y monitoreo, además de contar con un responsable, plazos, periodicidad, reportes de avance y de evaluaciones periódicas sobre las estrategias seleccionadas que incluyan el monitoreo de los indicadores propuestos para el seguimiento de las acciones de gestión del riesgo planteadas, los cuales deben ser definidos mediante un cronograma y ser objeto de un proceso de seguimiento, verificación y calidad de la información. Los planes de contingencias resultantes del seguimiento a riesgos deben ser coherentes con otras medidas contingentes o planes de mejoramiento resultantes de otras actividades

de control, internas o externas, a fin de lograr soluciones estructurales e integrales a las problemáticas identificadas.

En esta etapa cobra importancia la implementación de mecanismos de retroalimentación, donde se promueva la comunicación dinámica y continua, la entrega de 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, 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.

2. POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS

Las entidades deben adoptar como mínimo, 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 prioritarios 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. Estas Políticas de Gestión de Riesgos deberán ser adoptadas por la Junta Directiva, el Consejo de Administración o quien haga las veces como máximo órgano de administración, 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 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, tal como se menciona más en detalle en el numeral 4. *Documentación.*

Asimismo, estas políticas deben ser conocidas por todos los funcionarios de la organización y se deben establecer mecanismos de comunicación y socialización que permitan que los responsables a cargo de las funciones de la gestión de los diversos riesgos conozcan los hechos que pueden impactar sus funciones.

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) Fijar lineamientos de ética y conducta que orienten el actuar de los funcionarios de la entidad para el oportuno y efectivo funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Se debe dejar constancia por escrito de estas políticas e incorporarse en el Código de Conducta y Buen Gobierno, que debe incluir disposiciones sobre la confidencialidad de la información, manejo de información privilegiada y conflictos de interés.
- 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 precisa 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 como mínimo frente a los riesgos prioritarios, 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 mecanismos y las herramientas de seguimiento y monitoreo necesarios 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 el perfil de riesgo de la entidad.

l) Establecer la periodicidad de revisión de la Política, 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 y como mínimo al comportamiento de cada uno de los riesgos prioritarios.

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 y respuestas a los requerimientos exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades que soliciten información.

o) Instaurar políticas para garantizar que se cuente con información adecuada para la cuantificación de los diferentes riesgos.

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) Establecer los lineamientos del sistema de control interno y el monitoreo frente a los diferentes riesgos.

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) La política debe precisar las características básicas de los usuarios y proveedores de insumos y medicamentos, de igual forma establecer los mercados en los cuales puede actuar la entidad.

u) Conformar de manera voluntaria un Comité de Gestión de Riesgos en los términos del numeral 5 del presente literal y las medidas del Código de Conducta y de Buen Gobierno en su numeral 3.3.2.1.6.3.

v) 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.

3. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

Las entidades a las que les aplica la presente circular deben establecer los procesos y procedimientos que instrumenten su Política de Gestión de Riesgos que cada entidad establezca 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) Implementar las diferentes etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.

b) Garantizar el efectivo y oportuno funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, de modo que se puedan adoptar oportunamente los correctivos necesarios.

c) Definir las acciones a seguir en caso de incumplimiento de los límites fijados y los casos en los cuales se deban solicitar autorizaciones especiales.

d) Generar informes internos y externos, que permitan la toma de decisiones de manera oportuna en todas las instancias de la organización.

e) Garantizar como mínimo que 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.

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 y registros, garantizando la integridad, oportunidad, trazabilidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.

Los procesos y procedimientos mencionados en el anterior numeral se deben adoptar y plasmar mediante documentos controlados, en los cuales deben quedar claramente definidas las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas para cada uno de los funcionarios de los diferentes órganos de dirección, administración y control involucrados en la administración de los diversos riesgos.

Esta documentación debe contener como mínimo lo siguiente:

a) Las políticas para la administración de cada uno de los riesgos.

b) Las metodologías y procedimientos para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos identificados. A su vez, el establecimiento de los niveles de aceptación y límites de exposición.

c) 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) Los roles y responsabilidades de quienes participan en la gestión de los diversos riesgos identificados, especialmente los prioritarios.

e) Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas y objetivos de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

f) Roles, responsabilidades y acciones de los órganos de control interno frente a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

g) 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 e información, que se trata en la presente circular y previendo como mínimo lo siguiente:

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) 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.

c) El Código de Conducta y Buen Gobierno de las entidades.

d) Los informes presentados por la Junta Directiva o quien haga sus veces, el Representante Legal y el Comité de Riesgos, en el caso que aplique. Entre estos debe encontrarse un reporte sobre el cumplimiento de los límites y del nivel de exposición de los diferentes riesgos establecidos por la entidad, particularmente los prioritarios.

e) Los informes presentados por los órganos de control, como el Revisor Fiscal, sobre el funcionamiento y resultados de la implementación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

f) 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.

g) 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.

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

i) Los documentos y registros que evidencien el funcionamiento oportuno, efectivo y eficiente de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

j) Las metodologías, parámetros, fuentes de información y demás elementos utilizados para la medición de cada uno de los riesgos.

k) El procedimiento a seguir en caso de incumplimiento a los límites preestablecidos en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

l) Disponer de un respaldo físico o en medio magnético de la documentación mencionada en este numeral.

m) Establecer requisitos de seguridad, de forma tal, que se permita la consulta a información sensible, únicamente por parte de funcionarios autorizados.

n) Determinar criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de la información.

Tanto las políticas, como el manual de procesos y procedimientos de la entidad, las bases de datos utilizados para la gestión de los diversos riesgos y con especial énfasis en los prioritarios, y demás información, documentación y lineamientos que estén referenciados en esta circular, deben estar a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud para ser revisados y validar que cumplen con lo establecido en la presente circular. Asimismo, la SNS en virtud de sus funciones de IVC, podrá requerir dicha información en cualquier momento.

5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que se encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, para el diseño y adopción de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, se deben establecer como mínimo las siguientes actividades a cargo de los órganos de dirección, administración y el revisor fiscal de las entidades dentro de sus Códigos de Conducta y Buen Gobierno:

5.1. Representante Legal

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 u Órgano equivalente, 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. 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.

5.2. ÁREA DE GESTIÓN DE RIESGOS

De manera voluntaria y sin perjuicio del cumplimiento de otras disposiciones, las entidades deberían contar con un área de apoyo, orientadora y de evaluación, que tendrá a su cargo la administración y gestión de los diferentes riesgos a los cuales las entidades se encuentran expuestas (incluyendo los riesgos priorizados) a través de la identificación, medición, control y monitoreo de cada uno de ellos de tal manera que se realice la evaluación continua del ciclo para detectar las desviaciones y generar insumos para la formulación de los planes de mejoramiento y demás información que requiera el Comité de Riesgos, en los casos que aplique, mediante el trabajo conjunto con todas las áreas. En caso de que la entidad recurra a un *outsourcing* o tercerización de todo o parte de lo anteriormente descrito, debe contar con mecanismos y procedimientos que le permitan garantizar que los objetivos de la función de gestión de riesgos se estén cumpliendo a cabalidad.

En caso de que en la entidad exista el área de Gestión de Riesgos, debe tener características de independencia y sin sesgos de las áreas misionales de la entidad relacionadas con la prestación de servicios de salud (atención en servicios ambulatorios, atención en urgencias, atención hospitalaria y quirúrgica, entre otras), las áreas encargadas de las negociaciones como son compras, tesorería, entre otros. Queda a discreción de cada entidad, contar con un área de gestión de riesgos de acuerdo con su estructura, tamaño, naturaleza, y demás características particulares.

En caso de no contar con esta área, se deben otorgar funciones de gestión de riesgos en cada uno de los procesos (especialmente los más significativos y sensibles para el funcionamiento) a funcionarios de diferentes áreas de manera transversal dentro de la misma entidad. Sin embargo, los responsables de estas áreas deberán 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 está pertenezca.

El área de gestión de riesgos o quien haga sus veces, 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) Apoyar 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 las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la entidad, de acuerdo con la Resolución número 3100 de 2019 o las normas que la sustituyan o modifiquen.

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.

5.3. Órganos de Control

El diseño, desarrollo y ejecución de políticas para la gestión de riesgos deben contemplar procesos de auditoría y control tanto internos como externos, mediante los cuales se audite el cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos.

Los órganos de control deben 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 relacionados con las áreas de salud, financiera y tecnología.

Las entidades deben establecer instancias responsables de efectuar una revisión y evaluación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, compuesto por cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, así como por otros riesgos identificados por cada entidad, las cuales deben informar oportunamente a los órganos competentes, de 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.

Los órganos de control serán, por lo menos, Revisoría Fiscal y la Auditoría Interna, cuando apliquen. Estos deberán identificar las operaciones realizadas con entidades o personas vinculadas a la entidad, y promover revisiones independientes para validar la efectividad del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad y de los Subsistemas por los cuales está conformado, además de las responsabilidades y obligaciones que se encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos.

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 Integrado de Gestión 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.

Además, deben 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.

Los parámetros utilizados en las aplicaciones informáticas para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos que componen el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos deben estar dentro de supuestos fundamentados y ser revisados periódicamente.

Asimismo, las entidades deben 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.

7. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CAPACITACIONES

Por un lado, las entidades deben garantizar que el personal vinculado tenga conocimiento de los productos y líneas de negocio que tenga la Entidad, además de los procedimientos administrativos y operativos asociados a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Para ello cada entidad debe diseñar, programar y coordinar planes de divulgación y capacitación como mínimo una vez al año a todas las áreas y funcionarios de la entidad, con mayor énfasis a las áreas involucradas en la gestión de estos riesgos, sobre las políticas, procedimientos, herramientas y controles adoptados por parte de la entidad para dar cumplimiento al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

La divulgación y capacitación sobre cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos deben hacer parte de los procesos de inducción de los nuevos empleados. 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.

Por otro lado, las entidades deben diseñar un sistema efectivo, veraz, eficiente y oportuno de manejo de la información capaz de generar reportes, tanto internos como externos, que garantice el funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, teniendo en cuenta los procesos y procedimientos establecidos para cada uno.

Este sistema de información debe ser funcional y permitir la dirección y control de la operación en forma adecuada. Además, estos sistemas deben garantizar que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se deben establecer controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo.

7.1. Divulgación de la información interna

Como resultado del monitoreo y control de cada uno de los riesgos identificados y especialmente los prioritarios, las entidades deben elaborar reportes semestrales como mínimo, que permitan establecer el perfil de riesgo de estas.

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 los prioritarios y la cuantificación de los efectos de la posible materialización de estos sobre la salud de la población de su área de influencia, las utilidades, el patrimonio y el perfil de riesgo de cada entidad.

Los informes deben dirigirse por lo menos al Representante Legal, a la Junta Directiva o quien haga sus veces y los líderes de los procesos involucrados, 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.

7.2. Divulgación de la información externa

Los administradores de las entidades, 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 adelantada en materia de administración como mínimo de los subsistemas de gestión de riesgos descritos en esta circular. En este sentido, las notas deberán contener un resumen de su situación en materia de la administración de dichos riesgos con información tanto cualitativa como cuantitativa.

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 mínimo de los subsistemas de riesgos definidos en esta circular), como resultado de sus políticas y metodologías internas aplicadas para su control, de acuerdo con lo que los administradores de las entidades 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.

– CAPÍTULO II-II: LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

El presente capítulo contiene los lineamientos específicos que deben tener como mínimo los Subsistemas de Administración de Riesgos para cada uno de los riesgos prioritarios (salud, actuarial, crédito, liquidez, mercado de capitales, operacional, y finalmente para la gestión del riesgo de grupo), sin perjuicio de los demás riesgos identificados por la entidad.

Como ya se mencionó anteriormente, para el Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, los lineamientos específicos se encuentran publicados en la Circular Externa 009 de 2016 (expedida por la SNS) y sus modificatorias.

1. GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

Se entiende por Riesgo en Salud la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos²¹. De esta manera, se incluyen el marco institucional y el ciclo de gestión de riesgo en salud. Asimismo, lo dispuesto en el presente numeral se entiende sin perjuicio de los requisitos establecidos que deben acreditar las entidades por normas superiores de las autoridades competentes que regulen la materia.

1.1. Ciclo general de gestión del Riesgo en Salud

²¹ Definición basada en el Plan Decenal de Salud Pública del MSPS 2012-2021.

Para la gestión del Riesgo en Salud inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta circular, armonizados con los lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y las prioridades territoriales y poblacionales. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo en Salud que implementen las entidades, por lo menos debe contener los siguientes lineamientos específicos:

1.1.1. Identificación del Riesgo en Salud

La identificación de riesgos en salud debe comprender, como mínimo, lo siguiente:

a) Identificación de la situación en salud del territorio donde se encuentran habilitados y de la población objeto de la IPS o afiliada a cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) con las cuales tienen una relación contractual. Para lo cual, podrán hacer uso de la información disponible en las diferentes fuentes oficiales de información, y las demás pertinentes para el análisis.

b) Caracterización de los servicios ofertados según modalidades de atención y contratación, teniendo en cuenta los grupos de riesgos de la población potencialmente usuaria de estos servicios, que permita una gestión clínica óptima en el marco de un enfoque diferencial.

c) Caracterización de la demanda de servicios ex-ante, efectiva y agregada propia de la entidad, teniendo en cuenta un enfoque diferencial (género, grupo etario, étnico, curso de vida, territorial, grupos de riesgo, entre otros).

d) Establecer un sistema de reporte institucional de incidentes y eventos adversos.

e) Caracterización de los riesgos existentes en cada uno de los servicios declarados con su respectiva estrategia de prevención (Política de Seguridad del Paciente).

En cuanto a la caracterización de los servicios ofertados, la entidad debe realizar como mínimo, la evaluación de la capacidad de oferta de los servicios, teniendo en cuenta la capacidad instalada y la oferta de talento humano con respecto a la capacidad de producción, discriminado en cada uno de los servicios. Dicho análisis debe tener en cuenta la población asignada por las diferentes Empresas Responsable de Pago con las cuales la entidad suscribe contratos.

Es importante recordar que, en el desarrollo de la política de seguridad del paciente, no solo es necesario que el prestador haga un diagnóstico de los eventos adversos prevenibles ocurridos, sino también que identifique los procesos asistenciales de mayor riesgo de acuerdo con lo descrito en la literatura. Algunos de estos riesgos, han sido destacados en el documento de “lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”³² y pueden ser específicos de un servicio o derivados de un proceso asistencial (por ejemplo, neumonías asociadas al uso del respirador) o ser transversales a todos los servicios institucionales (por ejemplo, caídas).

Esta etapa implica la revisión de la estadística propia pero también de estudios realizados por terceros. No tener reportes de eventos adversos y de incidentes de seguridad del paciente no necesariamente significa que se cuente con un proceso asistencial libre de riesgos en salud, siendo necesario la valoración del proceso de búsqueda activa y la eficiente implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Así mismo, las atenciones en salud inseguras no están directamente asociadas a un gran número de incidentes y eventos adversos reportados. El uso de estudios transversales de prevalencia de eventos adversos es muy recomendado para hacer un mejor diagnóstico y para hacer seguimiento a la seguridad del paciente, como complemento de sistemas de reporte. También son recomendables técnicas de identificación de alertas para medir la frecuencia de los eventos adversos en un prestador.

Adicionalmente, es fundamental que las instituciones velen por la disponibilidad y confiabilidad de la información acerca de la exposición al riesgo y de la gestión de los eventos adversos ocurridos; para tal fin es importante que cuenten con un sistema de información que permita cumplir este objetivo. Debe tenerse en cuenta que el reporte de incidentes y eventos adversos no es un medio confiable para conocer la verdadera magnitud del riesgo sino una herramienta para profundizar la cultura de la seguridad mediante el aprendizaje alcanzado con el análisis de eventos y los planes de acción diseñados en conjunto con los interesados.

1.1.2. Medición y Evaluación del Riesgo en Salud

Posterior a la identificación de los riesgos en salud se debe realizar la medición y evaluación de los mismos. Para lo cual, las entidades deberán establecer una metodología para determinar el nivel de riesgo, que debe contemplar:

a) Determinar la probabilidad de ocurrencia y la severidad de las consecuencias máximas posibles o impacto, sobre la salud de los pacientes, en caso de presentarse un evento derivado de cada riesgo identificado.

b) Establecer el costo que representa para la institución en términos de sobre costo asistencial (susceptible de ser objeto de rechazo o glosa), estancia hospitalaria prolongadas, riesgo jurídico o la suma de los dos. Este análisis establece un vínculo entre los riesgos en salud y el riesgo operacional y financiero.

c) Incluir una matriz de priorización de riesgos en salud acorde con los criterios de valoración definidos por la entidad y armonizados con los lineamientos, pautas e

³² https://www.minsaud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y con las prioridades territoriales y poblacionales.

d) Definir los límites de tolerancia para cada riesgo o factor de riesgo identificado de forma tal que se establezcan metas de control o mitigación para el sistema de gestión; pero priorizando los recursos sobre aquellos riesgos de mayor importancia según el ejercicio anterior.

e) Priorizar aquellos riesgos de mayor importancia, sin que eso implique ignorar, dejar de vigilar y no tratar de evitar, otros riesgos que se consideran de menor importancia y que pueden estar presentes en la Institución.

Aquellas entidades que no tengan una medición de riesgo inherente inicial en el momento de la expedición de la presente circular deberán iniciar con dicha medición. Por otro lado, aquellas que cuentan con una medición inicial, deberán desarrollar la estimación del riesgo neto después de aplicados los controles y las medidas de mitigación correspondientes al riesgo inherente.

La metodología de medición y evaluación establecida por la entidad deberá permitir que se construya una matriz de priorización de riesgos en salud acorde con los criterios de valoración definidos por la entidad y armonizados con los lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique; y con las prioridades territoriales y poblacionales. Con esta información se deberán, asignar los recursos requeridos para atender los riesgos de mayor importancia, sin que eso implique ignorar, dejar de vigilar y no tratar de evitar, otros riesgos que se consideran de menor importancia y que pueden estar presentes en la Institución.

1.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo en Salud

Los métodos de tratamiento y control con los que la entidad deberá contar deben estar soportados en una metodología que le permita de forma sistemática e integral, establezca acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas, encaminadas al tratamiento y control de los riesgos en salud.

Se consideran como elementos mínimos para la selección e implementación de tratamiento y control los siguientes:

a) Diseño, implementación, evaluación y seguimiento de programas, planes o procedimientos que establezcan el tratamiento de los riesgos en salud identificados, y debe contener indicadores de gestión y resultado (nivel de riesgo alcanzado). Esto con el fin de monitorear el logro de las metas, acorde con la escala establecida por la entidad, y los límites de aceptación y tolerancia para los riesgos en salud identificados, además permite apoyar el replanteamiento de estrategias de intervención en caso de ser necesario para garantizar el cumplimiento de las metas planteadas.

b) Realizar el monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad y salud correspondiente a aquellos factores de riesgo que se hayan identificado como prioritarios. Estos deben ser sujetos de tratamientos y controles, y tener una medición de impacto y de la efectividad de las actividades implementadas.

c) Definir planes de mitigación o control de los riesgos que se encuentran en niveles mayores al nivel de tolerancia definido por la organización; estos deben generar acciones de capacitación, comunicación y revisión periódica de implementación y resultados.

d) Diseño, implementación, evaluación y seguimiento de los procesos y procedimientos institucionales y su articulación; de tal manera que garanticen el acceso y la calidad de los servicios ofertados.

e) Utilizar modelos de contratación y mecanismos de pago con sus proveedores orientados a la obtención de resultados en salud y pago por desempeño e incentivos, los cuales deben ir articulados con el Modelo de Atención en Salud planteado por la entidad.

f) Implementar jornadas de capacitación a su personal, haciendo énfasis en el procedimiento de evaluación, seguimiento, y adherencia a guías, protocolos de práctica clínica, normas técnicas, lineamientos y orientaciones.

Es importante tener en cuenta que todo riesgo que exceda los límites aceptados debe ser objeto de actividades de mitigación y control a fin de regresar al nivel de riesgo tolerado, conforme la estrategia adoptada.

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 por parte de la IPS para demostrar que no existe sub registro o ausencia de notificación por parte del personal al que corresponde tal responsabilidad.

2. GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL

El Riesgo Operacional corresponde a la probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, 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 cada entidad.

Es así como los Riesgos Operacionales en la entidad pueden generar pérdidas de tres tipos:

i) Pérdidas en los resultados en salud de los pacientes, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.

ii) Pérdidas en los resultados operativos esperados, incluyendo la satisfacción de la población en su área de influencia, que deben ser tratados en el resultado de la gestión de los riesgos operacionales.

iii) Pérdidas financieras en la entidad, que corresponden a la contabilización de los eventos de riesgo y los riesgos que se materializaron, tratados en la evaluación de los riesgos financieros.

Adicionalmente, las entidades deben adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas a implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética de integridad, transparencia y la lucha contra la corrupción y opacidad. Los objetivos de estas políticas, medidas y acciones son prevenir, detectar y, cuando sea el caso, denunciar la corrupción y la opacidad que, en cualquiera de sus formas, eventualmente se pueda presentar, por parte, en contra de una entidad o en contra del SGSSS.

La implementación y seguimiento a estos riesgos van estrechamente ligados a las políticas, principios y valores institucionales establecidos en el Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de Buen Gobierno), de ahí la importancia de su implementación y mejoramiento continuo. Una adecuada gestión de riesgos y prácticas de Gobierno Corporativo, son indispensables para mitigar el nivel de riesgo inherente al que están expuestas las entidades. Como resultado de la mitigación de los riesgos a través de la adecuada gestión y gobiernos corporativos, se obtiene el riesgo neto de la entidad, para cada categoría de riesgo.

La adopción del Subsistema de Administración de Riesgo Operacional debe cumplir como mínimo con lo siguiente:

2.1. Ciclo general de gestión del Riesgo Operacional

Para la gestión del riesgo operacional inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo Operacional que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

2.1.1. 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 de la entidad con las siguientes acciones:

a) Levantamiento y documentación de la totalidad de los procesos de la entidad. Como mínimo, entre otros definidos por la entidad, se deben tener en cuenta los siguientes procesos relevantes para el cumplimiento de las funciones de la entidad, así estos sean tercerizados:

- Atención ambulatoria
- Atención hospitalaria y quirúrgica
- Atención de Urgencias
- Atención de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
- Referencia y Contrarreferencia
- Sistemas de información en salud
- Calidad
- Gestión del talento humano
- Gestión Financiera.
- Gestión administrativa y legal.

b) Identificación de los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos.

e) Identificación de procesos jurídicos en los que se encuentre la entidad.

d) Identificación pérdidas en los resultados en salud de sus pacientes, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.

e) Determinación de potenciales pérdidas financieras en la entidad causadas por los eventos de riesgo operacional identificados.

La etapa de identificación debe realizarse previamente a la implementación de nuevos procesos o a la modificación de cualquier proceso, así como en los casos de fusión, adquisición, cesión de activos, pasivos y contratos, entre otros.

Para la identificación, cada entidad debe tener su propio y único registro de eventos de riesgo operacional, incluyendo las entidades con casa matriz en el exterior, con la información relacionada con los eventos de riesgo operacional presentados a nivel local. A continuación, se presenta la información relevante mínima que debe tener un registro de eventos de riesgo operativo:

1. **Referencia:** Código interno que relacione el evento en forma secuencial.
2. **Área o Dependencia:** Área de la entidad en la cual se detecta el evento.
3. **Proceso:** Identificación del proceso donde se produjo el evento de riesgo o se vio afectado.

4. **Fecha de descubrimiento:** Fecha en que se detecta el evento (Día, mes, año, hora).
5. **Fecha de inicio:** Fecha en la que el evento tiene su inicio (Día, mes, año, hora).
6. **Fecha de finalización:** Fecha en que finaliza el evento (Día, mes, año, hora).
7. **Descripción del evento:** Descripción detallada del evento (Canal de servicio o atención al cliente (cuando aplica), Zona geográfica).
8. **Producto-Servicio afectado:** Identificación del producto o servicio al que el evento afecta.
9. **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).
10. **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).
11. **Divisa:** Moneda en la que se materializa el evento (COP, USO, entre otras).
12. **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.
13. **Cuantía total recuperada:** Monto de dinero recuperado por acción directa de la entidad. Incluye cuantías recuperadas por seguros.
14. **Cuantía recuperada por seguros:** Corresponde al monto de dinero recuperado por el cubrimiento a través de un seguro.
15. **Cuentas del Plan de Cuentas afectadas:** Identifica las cuentas del “Plan de Cuentas” afectadas.
16. **Fecha de contabilización:** Fecha en que se registra contablemente la pérdida por el evento (Día, mes, año, hora).
17. **Datos del registro:** Aquí se detalla quien diligenció el formato, la dependencia y fecha del registro, así como nombre, firma y cargo de quien lo reporta.

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

Asimismo, cabe mencionar que, dentro de todos los procesos de la entidad, se debe identificar que dentro del riesgo operacional se puede encontrar inmerso el riesgo de corrupción y opacidad, el cual puede impedir el funcionamiento efectivo de las instituciones, afectando directamente la misión y la visión de las entidades y el flujo normal y efectivo de los recursos, a través de acciones y actitudes contrarias a los valores y principios éticos que deben caracterizar a las personas en su conjunto, sean naturales o jurídicas y de carácter público o privado.

2.1.2. Medición y Evaluación del Riesgo Operacional

El Subsistema de Administración del Riesgo Operacional debe permitir a la entidad medir y cuantificar las posibles pérdidas esperadas derivadas de la exposición a este riesgo en particular. Para esta etapa del ciclo, las entidades deben tener en cuenta lo siguiente:

En esta etapa, el Subsistema de Administración de Riesgo Operacional debe medir la probabilidad de ocurrencia de un evento de riesgo operacional y su impacto en caso de materializarse. En caso de no contar con datos numéricos 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 e implementar la metodología de medición acorde con los eventos de riesgo operacional identificados procurando una medición 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.

2.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo Operacional

El Subsistema de Administración del Riesgo Operacional debe permitir a la entidad 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, esta debe implementar un Plan de Continuidad del Negocio aprobado por la Junta Directiva.

2.1.3.1. 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 por realizar cuando se presentan las fallas.
- c) Alternativas de operación.
- d) Proceso de retorno a la actividad normal.

2.2. Acreditación con soportes de todas las operaciones, negocios y contratos

Las entidades deben establecer reglas específicas que prohíban la realización de actividades, negocios y contratos sin que exista el respectivo soporte interno y/o externo, debidamente fechado y autorizado por quienes intervengan en ellos o los elaboren. Todo documento que acredite transacciones, negocios o contratos de la entidad, además de constituir el soporte de la negociación y del registro contable, constituye el respaldo probatorio para cualquier investigación que puedan adelantar las autoridades competentes.

3. GESTIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL

Se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron. Estas estimaciones deben realizarse teniendo en cuenta algunos eventos futuros e inciertos que podrían ocurrir como:

- a) Desconocimiento de la demanda efectiva de servicios que van a atender, de la situación en salud de la población y de las frecuencias de uso.
- b) Concentración poblacional, con un enfoque diferencial de género, étnico, grupos etarios, regiones, grupo de riesgo, curso de vida, entre otros.
- c) Atención en zonas de difícil acceso y alta dispersión de la población.
- d) Hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de la población incluida en los contratos.
- e) Variaciones en las condiciones de morbilidad de la población incluida en los contratos.
- f) Incrementos inesperados en los costos de proveedores.
- g) Incorporación de tecnología nueva que requiera recursos de inversión considerables.

3.1. Ciclo general de gestión del Riesgo Actuarial

Para la gestión del riesgo actuarial aplican todos los lineamientos generales presentados en esta circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo Actuarial que implementen las entidades debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

3.1.1. Identificación del Riesgo Actuarial

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad definir e identificar el riesgo actuarial teniendo en cuenta, como mínimo, las siguientes consideraciones relevantes:

- a) Caracterización y conocimiento de la población que incluirá en los contratos por venta de servicios teniendo en cuenta los aspectos geográficos, etarios, demográficos, la situación de morbilidad; así como la actualización de novedades.
- b) Particularidades de las diferentes modalidades de pago (por capitación, por evento, por paquete, entre otros).
 - Pago por Capitación: Identificación de las personas incluidas en el contrato e identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos de baja complejidad incluidos en el contrato.
 - Pago por evento: Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el contrato para el cálculo de las tarifas y precios a ser aplicadas a las tecnologías en salud.
 - Pago por Grupo Relacionado de Diagnóstico: Identificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición o condiciones individuales de salud, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos de acuerdo con el grupo de riesgo.
 - Pago Global Prospectivo: Identificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición o condiciones individuales de salud, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos de acuerdo con el grupo de riesgo. Además, de tener en cuenta la frecuencia estimada de los episodios de atención y/o de tecnologías en salud a ser prestadas con cargo a la suma global.
 - En los demás tipos de contratación, es importante identificar el riesgo asumido por la IPS y las obligaciones de cobertura de servicios cada contrato, así como las características de la tarifa pactada.

c) Identificación de posibles incrementos en los costos de insumos y medicamentos, entre otros.

d) Evaluar el comportamiento de la variabilidad del ingreso y el costo que tenga la entidad, además del uso de los insumos para dar cumplimiento al objeto del contrato.

3.1.2. Medición y Evaluación del Riesgo Actuarial

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad:

a) Anticipar incrementos inesperados en los índices de morbimortalidad y, por ende, en los costos de atención que puedan sobrepasar el valor pactado en los contratos.

b) Realizar proyecciones que incluyan los posibles impactos y la ocurrencia, entre otros, de los factores de riesgo asociados a la concentración, hechos catastróficos, incrementos en los costos de nueva tecnología y el cambio del perfil sociodemográfico de la población de su área de influencia, que pueden tener efectos sobre la frecuencia y características de la demanda de servicios de salud.

c) Construcción de modelos de cuantificación que contemplen de manera adecuada, las pérdidas esperadas e inesperadas, a las que se encuentra expuesta la entidad.

Los modelos que se adopten para calcular estas pérdidas deben contar con los siguientes parámetros teniendo en cuenta las particularidades de cada tipo de contrato:

d) La probabilidad de ocurrencia del evento (materialización del riesgo) en la unidad de tiempo (frecuencia).

e) Los asociados con cada distribución de pérdida que mejor defina la cuantía de la pérdida (severidad). Es decir, el cálculo del costo promedio del servicio.

f) El nivel de exposición del riesgo en la unidad de tiempo.

3.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo Actuarial

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo actuarial, entre ellas:

a) Establecer y actualizar periódicamente las políticas y las estimaciones actuariales para cada tipo de contrato, teniendo en cuenta los cambios que se presenten en el sector.

b) Hacer una traza de las medidas tomadas por la administración, en respuesta a los problemas identificados y a las recomendaciones efectuadas.

c) Realizar pruebas de estrés (Stress-Testing) y ejercicios de autocomprobación (Back-Testing)⁴³ sobre los modelos actuariales utilizados para establecer los valores de los contratos, y de esta manera realizar los ajustes correspondientes.

d) Realizar controles de calidad a los sistemas de información de la entidad.

4. GESTIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones.

Teniendo en cuenta la anterior definición, las entidades deben evaluar permanentemente el riesgo inherente que sus activos pierdan valor, como consecuencia de que un deudor o contraparte incumpla sus obligaciones. Es así como dentro de esta evaluación debe incorporar oportunamente los cambios significativos de las condiciones de cumplimiento de sus deudores. Para esto, la entidad deberá desarrollar políticas, procedimientos y mecanismos idóneos que le permitan llevar a cabo en forma oportuna el ciclo general de gestión de este riesgo particular.

4.1. Ciclo de gestión de Riesgo de Crédito

Para la gestión del riesgo de crédito inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, 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

⁴³ La prueba de estrés mide la incidencia, sobre un portafolio, de determinadas situaciones consideradas extremas en los mercados; mientras que el ejercicio de autocomprobación contrasta el grado de precisión del modelo interno de medición de riesgos utilizado por la entidad aseguradora. (Feria, J., 2005. El riesgo de mercado: su medición y control. Madrid: Delta Publicaciones).

consecuente caracterización para determinar procesos específicos de actuación ante cada tipo de glosa.

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.

g) Cuando las IPS lleven menos de (3) años de constitución deberán velar por la recopilación de la información necesaria para dar cumplimiento a los lineamientos dispuestos en la presente circular.

4.1.1. Identificación del Riesgo de Crédito

Para la identificación de este riesgo, los aspectos mínimos a considerar por parte de la entidad parten de definir los tipos de activos expuestos a este riesgo, como mínimo las cuentas por cobrar y 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 de renta fija emitidos por entidades nacionales o extranjeras.

4.1.2. 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) Al interior de cada tipo de 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:

i) 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, teniendo en cuenta los acuerdos de voluntades.

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 líneas de negocio (en los casos en que la entidad desarrolle varias actividades dentro del sector como aseguramiento obligatorio, voluntario, prestación de servicios de salud) 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.

ii) 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 número 2954 de 2010 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y sus modificatorias.

4.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo de Crédito

Las entidades deberán contemplar dentro de este Subsistema de Administración y Gestión de Riesgo mecanismos de tratamiento y control del riesgo de crédito, los cuales deben ser aplicados de forma continua. Su frecuencia y criterios deberán definirse de acuerdo con las políticas de gestión del riesgo que esté dispuesto a asumir cada entidad.

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

4.1.3.1. 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, establecer porcentajes máximos de tenencia de activos de la categoría más riesgosa y mínimos de los activos de máxima seguridad.

4.1.3.2. 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.

4.1.3.3. Capital expuesto al Riesgo

El capital expuesto al riesgo de crédito corresponde a la estimación del nivel de patrimonio comprometido por 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 (autocontrol), que las entidades realicen un proceso de estimación de este capital con metodologías internas y acorde con las políticas de gestión del riesgo de crédito aprobadas.

Se hace énfasis en que el capital expuesto al riesgo es una forma de medir los riesgos asumidos y estimar las posibles pérdidas con el fin de gestionarlas y establecer las acciones necesarias para mitigarlos, más no implica constitución de reservas o requerimientos de capital adicional.

4.1.3.4. Recuperación de cartera

Las entidades deben establecer políticas y procedimientos que les permitan tomar medidas oportunamente para enfrentar incumplimientos con el objeto de minimizar las pérdidas. El diseño debe partir como mínimo de la base histórica de recuperaciones y las variables críticas que determinen la minimización de las pérdidas o castigos a la cartera. La información sobre los resultados de estas políticas debe ser almacenada como insumo para el afinamiento de los modelos desarrollados para el seguimiento y estimación de pérdidas, así como para alimentar las proyecciones de flujos de caja que permiten gestionar a su vez, el riesgo de liquidez.

5. GESTIÓN DEL RIESGO DE LIQUEDEZ

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 relacionada con:

- Una adecuada recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito).
- Una adecuada modelación y monitoreo a las volatilidades del mercado financiero (gestión de riesgo de mercado de capitales).
- Una adecuada modelación y gestión de la razón combinada entre costos e ingresos por venta de servicios de salud contratados bajo modalidades diferentes al pago por evento (gestión de riesgo actuarial), dado que los flujos esperados de ingresos se ajustarían a las proyecciones de la entidad para cubrir con sus obligaciones.

La materialización del riesgo de liquidez genera necesidades de recursos líquidos⁵⁴ por parte de las entidades, las cuales pueden verse limitadas para realizar los pagos a terceros como pueden ser a proveedores, empleados y demás acreedores, lo que podría conllevar, entre otras consecuencias, a deficiencias en la prestación de los servicios de salud. Lo expuesto, puede generar un riesgo sistémico⁵⁵ y afectar la percepción de los usuarios al servicio de salud y la viabilidad financiera de las entidades del sector.

⁵⁴ Los recursos líquidos son entendidos como los activos que pueden convertirse fácilmente en dinero en efectivo, a valor de mercado y de una forma rápida (European Central Bank, 2009).

⁵⁵ Para este caso, el riesgo sistémico se define como la conjunción de los riesgos financieros y los riesgos en la actividad real, que pueden llegar a generar inestabilidades en el sistema de salud, dadas las

Con el objetivo de evitar que las situaciones antes descritas se materialicen, la Superintendencia Nacional de Salud considera necesario que las entidades desarrollen e implementen un Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez que les permita tomar decisiones oportunas para mitigar este riesgo.

5.1. Ciclo de gestión de Riesgo de Liquidez

Para la gestión de este riesgo inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

5.1.1. Identificación del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a las entidades definir e identificar el riesgo de liquidez 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.

Para realizar la identificación y cuantificación del riesgo de liquidez la entidad debe disponer de la mejor información para efectos de 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 descálces:

5.1.1.1. Activos

a) Identificar los activos considerados como líquidos (aquellos que proveen a la entidad de 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: cuentas corrientes, cuentas de ahorros (cuentas maestras de recaudo), FIC abiertos, del mercado monetario y cualquier otro tipo de encargo fiduciario o fondo de inversión, fideicomisos, 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 deben 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 de la entidad 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 necesarios para obtener una aproximación mucho más cercana a la realidad.

c) Identificar los ingresos causados y recibidos por venta o prestación de servicios de salud.

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.

5.1.1.2. Pasivos

a) Identificar y caracterizar las cuentas por pagar bajo cualquier concepto (insumos y medicamentos; dispositivos médicos o equipo biomédico; salarios; gastos operativos y administrativos; entre otros).

b) Identificar el valor causado y pagado de los costos y gastos de la operación de la entidad.

c) Proyectar cualquier movimiento de salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto, los cuales pueden presentarse por la emisión de instrumentos financieros, el pago de cupones de emisiones de deuda por renta fija y el pago de dividendos por acciones emitidas, entre otros flujos a entregar.

5.1.2. Evaluación y Medición del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a las entidades 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 las entidades 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 del riesgo de liquidez se requiere que la entidad aplique una “prueba 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 esta prueba 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,

interdependencias creadas entre las diferentes entidades del sector (Cabrera *et al.*, 2014; Giglio *et al.*, 2016).

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 la prueba 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 cuente la entidad, y de acuerdo con supuestos y estimaciones propias, los cuales en todo caso deben ser explícitos y justificados técnicamente por la entidad. Para efectos de la determinación del riesgo inherente de liquidez, la entidad 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 entidades cuyas proyecciones sean 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 como el Riesgo de Crédito, Mercado y Actuarial.

Independientemente que las entidades cuenten o no con modelos propios de proyección de flujos de caja, deberán reportar el Archivo Tipo FT018 que se encuentra en el literal F de la presente circular; información necesaria para la medición y el seguimiento de la posición de liquidez de cada entidad. Para las entidades que no cuentan con modelos propios, en el numeral 4.1.2.1 encontrarán la descripción y el desarrollo de una herramienta sencilla para proyectar los flujos de liquidez, la cual utiliza la información de las proyecciones de ingresos y egresos de efectivo que maneja la entidad y que encontrarán cargada en la página web de la Superintendencia a través de un archivo de Excel anexo “Modelo básico flujos de cajalPS.xlsx”. Esta herramienta ayuda de forma básica a identificar las necesidades de caja en el futuro y calcular el riesgo inherente de liquidez, considerando el total de activos líquidos con los que dispone la Entidad para cubrir los flujos negativos (en los casos que se presenten) identificados en el ejercicio de proyección para el periodo determinado.

5.1.2.1. Herramienta básica para calcular la posición de liquidez

La evaluación del riesgo inherente de liquidez se efectuará a través de la aplicación de una “prueba 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 cuentan 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 deberá tener a disposición de la Superintendencia la herramienta que diseñó.

La herramienta ejemplo que propone la Superintendencia⁷⁶, provee una estructura simple para procesar los resultados de la prueba 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 o no algún déficit de liquidez).

A estas necesidades de liquidez se le agregan los activos líquidos con los que cuenta la entidad⁸⁷, 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 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.

⁷⁶ Ver archivo de Excel cargado en la página web: “Modelo básico flujos de cajalPS.xlsx”.

⁸⁷ 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)).

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.

Utilizando la herramienta básica, el proceso para evaluar el riesgo de liquidez será el siguiente. Tenga en cuenta que los campos señalados con color rojo son los que estarán disponibles para modificar, mientras que los demás campos están ya formulados y bloqueados:

En la hoja “Parámetros” la entidad puede seleccionar los periodos de tiempo a trabajar para la proyección. La versión actual de la hoja de cálculo es apta para cuatro selecciones posibles (1: días, 2: semanal, 3: mensual, 4: trimestral) y hasta tres fases de tiempo pueden ser construidos en una proyección. Por ejemplo, en la parametrización inicial de la herramienta, se encuentra seleccionado un periodo de tiempo diario durante los primeros quince (15) días, después semanalmente durante tres (3) semanas y posteriormente cada mes. El horizonte de tiempo mínimo requerido para las proyecciones es de 3 meses y el máximo de periodos acumulados permitido es de 30, acumulando días, semanas, meses y trimestres, por lo que, de acuerdo con la parametrización inicial de la herramienta, para el periodo de meses se puede seleccionar hasta doce (12) meses para no superar el tope máximo de periodos y no tener que crear nuevas columnas para los periodos adicionales con los que cuenta la herramienta. En la casilla de validación, se verifica de forma automática que se cumple con estos dos requisitos antes de avanzar en la proyección.

Los flujos de caja proyectados para cada ítem se introducen en la hoja “Proyección flujo” de acuerdo con los periodos que se señalaron previamente en la hoja anterior, y el modelo le va indicando los días acumulados en función de los periodos seleccionados. Los ingresos y egresos del flujo de caja pueden incluir desgloses más detallados que correspondan a las particularidades de cada negocio y dependerá de la entidad (por ejemplo, como ingresos operacionales se pueden tomar las primas o UPC para los aseguradores, o la venta de servicios para las IPS o proveedores).

Por su parte, las salidas de efectivo se presentan por separado para los gastos operativos y administrativos de los relativos a los que no tienen que ver con la operación. Las entradas de efectivo también se separan entre los ingresos por la operación y los ingresos por inversiones (los flujos derivados de vencimientos contractuales de productos de inversión también se incluyen en esta etapa).

Los ítems de desglose sugeridos son:

- **Ingresos:** Corresponde a ingresos de caja por dos conceptos:
 - **Ingresos del negocio por la operación de la entidad:** En prestadores corresponde a los ingresos por la venta o prestación de servicios de salud de sus diferentes unidades funcionales (consulta externa, urgencias, hospitalización, quirófanos, apoyos diagnósticos y terapéuticos, mercadeo –por ejemplo, óptica, medicamentos–, entre otros).
 - **Otros ingresos:** incluyen todos los ingresos que no hacen parte de la operación como son las ganancias por inversiones, dividendos y participaciones, intereses, arrendamientos de muebles e inmuebles, y otros no relacionados con la operación del negocio.
- **Costos por atenciones o prestaciones de servicios de salud:** En este rubro se deben incluir los pagos por la prestación de servicios de salud de sus diferentes unidades funcionales que tengan habilitadas.
- **Gastos:** Corresponde a egresos de caja por dos conceptos:
 - **Gastos de Administración y de Operación:** Corresponde a los egresos derivados del negocio, como sueldos y salarios, contribuciones, otros gastos de nómina elegibles y otros gastos administrativos y operacionales como gastos de mantenimiento, adecuaciones, reparaciones y de transporte.
 - **Otros Gastos no operativos:** incluyen todos los egresos que no hacen directamente parte del negocio de la entidad como son los gastos financieros, el impuesto a las ganancias y otros no relacionados con la operación del negocio.
- **Impacto de operaciones de inversión:** En estos rubros se incluyen tanto los pagos previstos de compras de activos de inversión o el ingreso de efectivo derivado de ventas de activos que se tengan planeadas.
- **Resultados:** comprende tres rubros:
 - **Flujo de caja bruto:** Es la diferencia (positiva o negativa entre todos los ingresos menos las erogaciones o salidas de efectivo) antes de inversiones o ventas.
 - **Resultado operativo neto antes de inversión o compras:** Es la diferencia (positiva o negativa entre los ingresos operativos menos los costos y gastos administrativos y operacionales antes de inversiones o ventas.
 - **Resultado neto por periodo después de venta o compras de inversión:** Corresponde al flujo de caja bruto menos gastos por disposición de activos más los ingresos por el mismo concepto.

- **Resultado neto acumulado después de venta o compras de inversión:** Es la acumulación de resultados netos por periodo después de venta o compras de inversión, es decir sumado al resultado neto final del periodo inmediatamente anterior.

Cabe aclarar que los ítems incluidos en la herramienta solo son ilustrativos, y que, a manera de orientación, se referencia en paréntesis el concepto al código correspondiente basado en los catálogos de información financiera con fines de supervisión⁹⁸, aunque estas categorías no corresponden exactamente a las definiciones en las cuentas contables. Asimismo, cuentas que no acarrear cambios en liquidez, tales como ajustes contables y depreciaciones no deben ser incluidos en las proyecciones de liquidez.

Después de identificar los flujos de efectivo, se van acumulando automáticamente en cada periodo para identificar la cantidad total de activos líquidos que serían necesarios para garantizar los pagos proyectados en el caso que haya faltantes de efectivo (Ver hoja "Proyección acumulada"). Esta es una medición del riesgo inherente de liquidez para la entidad. Dado que los flujos de caja proyectados pueden ser bastante inciertos, en especial a largo plazo, se recomienda tener en cuenta *haircuts* o márgenes de descuento para proporcionar un nivel suficiente de seguridad y más ajustado a la realidad dependiendo el tipo de activo y su fácil realización. Estas proyecciones tanto de flujo por periodo como acumuladas están enlazadas de forma automática con la hoja "Reporte", el cual permite a las entidades diligenciar en parte el formato con la información necesaria y de obligatorio envío mensual a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) mediante el Archivo Tipo FT018, para reportar la posición de liquidez con fines de supervisión, el cual se describe en literal F *Reportes y fuentes de información* de la presente circular.

En esta hoja "Reporte", lo único que se debe registrar son los saldos a la fecha de los Activos Líquidos realizables. La recomendación en este caso es identificar los activos que serían elegibles para mitigar riesgo de liquidez. Estos activos no son los incluidos en la hoja "Proyección", que son los que se planean comprar o vender dentro del periodo de proyección. En este caso se identifican los activos que, en caso que sea necesario, son lo suficientemente líquidos para cubrir los faltantes de caja entre los que se debe reportar 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 sean negociables o disponibles para la venta.

5.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo de Liquidez

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

Estos controles deberán guardar relación con el volumen y la complejidad de la operación desarrollada, deberán estar aprobados y ser de conocimiento verificable por la Junta Directiva de la entidad o quien haga sus veces.

Adicionalmente, debe permitir a las entidades realizar seguimiento continuo de su exposición al riesgo de liquidez mediante las alertas tempranas, los límites de exposición y los indicadores de liquidez que la entidad haya elaborado con el fin de monitorear y realizar los controles adecuadamente y a tiempo para evitar que el riesgo de liquidez pueda llegar a materializarse e impactar negativamente en los objetivos de la entidad. En caso de que se materialice el riesgo, la entidad deberá tomar las medidas correctivas para mitigar dicho impacto.

Dicho seguimiento debe permitir la elaboración de reportes gerenciales y de monitoreo del riesgo de liquidez que evalúe 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 las pruebas de liquidez y hacerlas parte de estas para hacer ajustes posteriores.

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

- Sistema de información que permita la identificación y gestión del recaudo de los ingresos y egresos de la entidad acorde con los diferentes rubros.
- Registro oportuno, de preferencia en tiempo real, de los costos de la entidad.
- Implementación de procesos orientados a garantizar el pago oportuno de las obligaciones a los diferentes acreedores de la entidad.
- Sistema que permita la radicación oportuna de las facturas, de preferencia en línea, por parte de los proveedores de cada entidad y la trazabilidad de las mismas.

6. GESTIÓN 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 los parámetros del mercado tales como la tasa de interés, la tasa de cambio o cualquier otra variable de referencia que afecte los precios del mercado financiero y asimismo los estados financieros de la entidad.

La adopción del Subsistema de Administración de Riesgo de Mercado de Capitales debe cumplir como mínimo con lo siguiente:

6.1. Ciclo general de gestión de Riesgos de Mercado de Capitales

Para la gestión del riesgo de mercado de capitales inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Mercado de Capitales que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

6.1.1. Identificación del Riesgo de Mercado de Capitales

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

- Definir los factores de riesgo que generan exposición a este riesgo. Como mínimo las entidades deben considerar las tasas de interés, el precio de las acciones, el precio de bienes inmuebles y la tasa de cambio.
- Identificar los activos expuestos a la volatilidad de estas variables, como mínimo:
 - 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).
 - Al considerar los activos expuestos al precio de las acciones (instrumentos de renta variable) por lo menos tener en cuenta acciones ordinarias, acciones preferenciales y demás inversiones que estén expuestos a este factor de riesgo, que estén inscritos en la BVC.
 - 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.
 - Por último, considerar los activos y pasivos denominados en moneda extranjera a efectos de abordar la volatilidad de la tasa de cambio.

6.1.2. Evaluación y Medición del Riesgo de Mercado de Capitales

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

- 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.
- 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 la tasa de interés, tasa de cambio, precio de las acciones y precio de bienes inmuebles, como mínimo.
- La entidad debe escoger la metodología que considere más apropiada para la medición, en función de la información disponible, el 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.
- Calcular el capital expuesto que guarde correspondencia con los niveles de riesgo asumidos por cada entidad de acuerdo con las posibles pérdidas calculadas para cada uno de los factores de riesgo del mercado de capitales (tasa de interés, tasa de cambio, precio de las acciones y precio de bienes inmuebles, como mínimo).
- Agregar los resultados del capital expuesto de los diferentes factores de riesgo del mercado de capitales aplicando la correlación entre los mismos. De no disponer de información propia que le permita cuantificar esta correlación, podrá utilizar los coeficientes de correlación propuestos por la literatura internacional, las disposiciones de Basilea, lo normado por la Superintendencia Financiera de Colombia, entre otras.

6.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo de Mercado de Capitales

El Subsistema de Administración del Riesgo de Mercado de Capitales debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo de mercado de capitales al que se ve expuesta en el desarrollo de sus operaciones. Esta etapa debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

⁹⁸ Circular Externa 016 de 2016 - Superintendencia Nacional de Salud.

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 al riesgo, 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 riesgo, el modelo debe considerar estos movimientos en los factores de riesgo. Para tal efecto, las entidades pueden usar como referencia 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.

Estos controles, deben corresponder a la complejidad de la operación y las características particulares de cada entidad y deben estar aprobados por la Junta Directiva o quien haga sus veces.

7. GESTIÓN 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 y/o; 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.

7.1. Ciclo general de gestión del Riesgo de Grupo

Para la gestión del riesgo de grupo inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Grupo que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

7.1.1. 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 con los miembros de su grupo empresarial o partes vinculadas, con el fin de poder evaluar el impacto y probabilidad de ocurrencia de estos.

7.1.2. 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. Para tal fin, se debe tomar en consideración el seguimiento a las tendencias financieras del grupo y de los estados financieros separados que apliquen.

- **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. Esto teniendo en cuenta el nivel de concentración de transacciones y la participación de unos miembros en los otros.

- **Posibles conflictos de intereses**, especialmente en los procedimientos de compras y pagos de la entidad.

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.

7.1.3. 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:

a) 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.

b) Implementar mecanismos de resolución de conflictos de interés activados en virtud de la gestión del riesgo de grupo y realizar seguimiento.

c) 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.

d) Participar de forma activa revelando al Máximo Órgano Social del grupo empresarial al cual pertenece, la identificación, evaluación e impactos estimados por el riesgo de grupo, a efectos de que tanto el Marco de Referencia de la regulación de las relaciones institucionales entre las empresas del grupo, como las mejores prácticas con relación a proveedores aborden, de manera informada y documentada las necesidades de mitigación del riesgo de grupo de la entidad.

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.

8. OTROS RIESGOS

Además de los riesgos de carácter obligatorio mencionados anteriormente y priorizados por la SNS, la entidad podrá gestionar los riesgos que considere pertinentes para el adecuado desarrollo de su operación. Se señala como buenas prácticas, los siguientes riesgos:

8.1. GESTIÓN DEL RIESGO DE FALLAS DE MERCADO

El Riesgo de Fallas de Mercado corresponde a la posibilidad que la estructura del mercado de salud genere pérdidas en el bienestar y beneficios de la entidad. Ejemplos: mercado monopólico u oligopólico; prácticas de competencia desleal (como lo son la selección de riesgo, barreras de acceso a los servicios, entre otros).

Para la gestión del riesgo de fallas de mercado inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Fallas de Mercado que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

8.1.1 Identificación del Riesgo de Fallas de Mercado

Para la identificación de este riesgo, la entidad puede determinar las relaciones existentes, según los mercados de referencia de servicios o productos indicativos, tanto con sus proveedores de insumos (medicamentos, dispositivos médicos, u otros insumos) talento humano en salud, entre otros, y de su demanda (principalmente los aseguradores), con el fin de identificar las fallas de mercado presentes allí.

Para la selección de los servicios o productos indicativos se recomienda tener en consideración tecnologías comparables entre los diferentes mercados de referencia y, la participación de estos servicios o productos en la frecuencia de uso y gasto o costo total de la entidad. Asimismo, pueden utilizar como referencia las patologías de interés de la entidad.

Teniendo en cuenta los mercados de referencia de servicios o productos indicativos y la oferta disponible para estos, la entidad debe identificar la presencia de fallas de mercado, entre otras, tales como:

a) Fallos de la competencia, presencia de monopolios y oligopolios, así como problemas de comportamiento de los agentes que impliquen, por ejemplo, colusiones orientadas a generar acuerdos de precios (proveedores o aseguradores).

b) Asimetrías de información (información incompleta o imperfecta) que impidan hacer el seguimiento al cumplimiento contractual con los proveedores o impidan hacer gestión del riesgo individual de la población de su área de influencia.

c) Existencia de integraciones verticales y horizontales, y grupos empresariales.

d) Externalidades, generadas por personas o entidades que provocan impactos negativos afectando la eficiencia del mercado.

e) Mercados incompletos.

8.1.2 Evaluación y Medición del Riesgo de Fallas de Mercado

La entidad debe establecer mecanismos para la medición y evaluación del riesgo de fallas de mercado, que le permita comparar resultados en mercados con fallas y sin fallas sobre puntos estratégicos donde se pueden observar los impactos en pérdidas de bienestar para la entidad. Algunos de estos puntos estratégicos son:

a) Los sobrecostos en la operación de la entidad derivados de las afectaciones en los precios transados con sus proveedores y con los aseguradores.

b) Las limitaciones en la capacidad de la entidad de hacer el seguimiento a los acuerdos contractuales y gestionar sus riesgos derivados de asimetrías de la información.

c) Las restricciones en la gestión de riesgos y sobrecostos asociados al déficit de la oferta de servicios de salud respecto de la demanda de estos.

d) La reducción en la calidad de los servicios suministrados a la población de su área de influencia que pudieran llegar a generar menores resultados en salud.

Para lo cual la entidad, entre otros, debe contar con una base de datos completa y oportuna de composición de la oferta y precios de los servicios, medicamentos y otros insumos que contrata con terceros, así como el análisis de la demanda. Asimismo, debe

contar con información que le permita calcular indicadores de gestión que le faciliten la comparación de mercados y evaluación del efecto de las fallas de mercado.

8.1.3 Tratamiento y Control del Riesgo de Fallas de Mercado

Teniendo en cuenta la probabilidad e impacto de las diferentes fallas de mercado sobre las pérdidas de la entidad, se recomiendan las siguientes medidas:

- a) Documentar procesos o procedimientos en la entidad para identificar actos o acuerdos contrarios a la libre competencia o que constituyan abuso de la posición dominante en el mercado. Asimismo, se deben adoptar políticas para informar sobre estas actividades a las autoridades competentes (por ejemplo, Superintendencia de Industria y Comercio -ver Decreto número 2153 de 1992).
- b) Fortalecer la calidad y la oportunidad de la información de sus proveedores; así como velar por un flujo de información constante y de calidad sobre las prestaciones y desenlaces de salud de la población de su área de influencia.
- c) Fortalecer los sistemas de auditorías sobre la contratación, facturación, entre otros.

8.2 GESTIÓN 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 disminuir la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o los ingresos, entre otros. Estos pueden ser desagregados, en situacional o previsto, de acuerdo con la capacidad de prevención-mitigación¹⁰⁹:

- **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.

Para la gestión del riesgo reputacional inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo Reputacional que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

8.2.1 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 eventos: aquellos eventos que afectan las ventas o los ingresos observados o potenciales (derivados de menores contratos, por ejemplo), así como también costos asociados (por multas, compensaciones, demandas, entre otros), así como otros eventos que identifique la entidad en 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.

8.2.2 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:

- a) **Encuestas de satisfacción:** Por medio de encuestas a usuarios, se puede medir la lealtad de estos con la entidad y la satisfacción frente a su experiencia con el servicio. Se puede referir a herramientas como, por ejemplo, Net Promotor Score (NPS), *Customer Effort Score* (CES), y *Customer Advocacy*.
- b) **Recolección de contenido en medios:** Se utilizan reportes de 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 esta.

¹⁰⁹ 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.

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

- a) La reputación es solo parcialmente construida con base en experiencias directas con la empresa; buena reputación se construye por la intervención de terceras partes, tales como medios, expertos del sector, usuarios, entre otros.
- b) Las entidades no tienen absoluto control de los mensajes recibidos por las partes mencionadas anteriormente.
- c) Los usuarios normalmente no perciben la complejidad en el proceso de toma de decisiones de las entidades.
- d) 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.

8.2.3 Tratamiento y Control del Riesgo Reputacional

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

- a) 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.
- b) 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.
- c) Implementación de un protocolo de manejo de comunicaciones públicas y que se encuentre incluido o articulado con el Plan de Comunicaciones Institucional.
- d) Adopción de metodologías de valoración continua de su posición reputacional en el mercado, ya sea a través de rankings o de rastreo de medios o 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. Asimismo, debe realizar un seguimiento permanente a los resultados y ordenamientos públicos.

F. REPORTES Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Tal como se mencionó en numerales anteriores, tanto el código de conducta y de buen Gobierno, como las políticas, el manual de procesos y procedimientos de la entidad, las bases de datos utilizadas para la modelación de los riesgos, y demás información, documentación y lineamientos que estén referenciados en esta circular, deben estar a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual, en virtud de sus funciones de IVC podrá requerir dicha información o información adicional en cualquier momento.

La información requerida para el IVC frente a la medición y exposición de riesgos prioritarios se obtendrá de la información reportada en la Circular Única y otras fuentes de información pública reportada por cada entidad.

El primer reporte de información para las IPS de los grupos C2 y D1 de los archivos FT006, FT007, FT008, FT009 y FT010; y el primer reporte del archivo FT018 para las IPS de los grupos B, C1, C2 y D1 deberá realizarse con corte a diciembre de 2021, es decir, a más tardar el 20 de febrero de 2022, de la siguiente manera:

ARCHIVO TIPO FT006

Bancos y Carteras Colectivas

- **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no se encuentren obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación - Grupo B (C.E. 018 de 2015 y normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen).

PERIODICIDAD: Corresponde a la periodicidad con la que reporta su Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB).

- **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no se encuentren obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación - Grupo C1 (C.E. 018 de 2015 y normas que la modifiquen o sustituyan).

PERIODICIDAD: Trimestral

FECHA DE CORTE: marzo 31, junio 30, septiembre 30 y diciembre 31

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.

- **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no se encuentren obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación - Grupo C2 y D1 (C.E. 018 de 2015 y normas que la modifiquen o sustituyan).

PERIODICIDAD: Semestral

FECHA DE CORTE: junio 30 y diciembre 31

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.

Elemento		FT006			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	lineaNegocio	Línea de negocio (reportante)	Escriba la línea de negocio del (reportante) 1:= Aseguramiento obligatorio 2:= Aseguramiento voluntario 3:= Prestación de servicios	1	Númérico
2	establecimiento	Establecimiento	Nombre del Establecimiento Financiero, Fiduciaria o Comisionista de Bolsa definido en el SIMEV (Sistema Integral de Información del Mercado de Valores)	100	Alfanumérico
3	idEstablecimiento	NIT del Establecimiento	Número de identificación tributario del Establecimiento Financiero, Fiduciaria o Comisionista de Bolsa	16	Númérico
4	codigoSIMEV	Código SIMEV	Código del Establecimiento Financiero, Fiduciaria o Comisionista de Bolsa registrado en el SIMEV (Sistema Integral de Información del Mercado de Valores) Escriba en formato de texto: 000-000	7	Alfanumérico
5	CalificacionRiesgo	Calificación de riesgo del Establecimiento	Calificación a largo plazo o corto plazo del Establecimiento Financiero, Fiduciaria o Comisionista de Bolsa, Calificación otorgada al establecimiento por una sociedad calificadora debidamente autorizada. Las calificaciones deben estar escritas sin espacios, ejemplo: BRC1+, AAA+	7	Alfanumérico
6	entidadCalificadora	Entidad Calificadora	Calificadora del Establecimiento Financiero, Fiduciaria o Comisionista de Bolsa. Escriba: 0:= No Aplica 1:= BRC Investor Services S.A. (Stand & Poors) 2:= Fitch Ratings Colombia S.A. (Antes Duff & Phelps De Colombia S.A.) 3:= Value And Risk Rating S.A. 4:=Otra	1	Númérico
7	otraCalificadora	Nombre de Otra Calificadora	Escriba el nombre de la calificador de riesgos en caso que la opción anterior sea 4 (otra). En otro caso escriba NA:=No aplica	50	Alfanumérico
8	claseCuenta	Clase de cuenta	Escriba 1:= Cuenta Corriente 2:= Cuenta de Ahorros 3:= Cuenta Maestra de Recaudo 4:= Cartera Colectiva Abierta o Fondos de Inversión Mercado Monetario 5:= Cartera Colectiva Cerrada 6:= Otro tipo de Encargo Fiduciario o Fondo de Inversión, Fideicomiso, Fondos de Inversión Colectiva Inmobiliarios y/o Fondos de Capital Privado	1	Númérico
9	tipoMoneda	Tipo de moneda	Tipo moneda de la cuenta registrada en la entidad. Escriba COP:= Pesos Colombianos USD:= Dólar de los Estados Unidos de América	3	Texto

Elemento		FT006			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			GBP:= Libra Británica EUR:= Euro CAD:= Dólar Canadiense CHF:= Franco Suizo JPY:= Yen Japonés OTR:= Otra		
10	idCuenta	Número cuenta	Número de la cuenta que le corresponda de acuerdo con la relación del Campo 8 Clase de Cuenta	25	Alfanumérico
11	nombreCuenta	Nombre de la Cartera Colectiva o Fondo	En caso que el campo 8 Clase de cuenta sea 4, 5 o 6, escriba el nombre de la Cartera Colectiva o Fondo de Inversión	100	Alfanumérico
12	saldoExtracto	Saldo Extracto	Valor del saldo en el Extracto	18	Númérico
13	saldoLibros	Saldo en Libros	Registre el valor en libros de la cuenta que le corresponda de acuerdo con la relación del Campo 8 Clase de Cuenta	18	Númérico
14	sobregiro	Sobregiro Bancario	Valor del Sobregiro Bancario registrado al periodo de corte si es una cuenta corriente, de lo contrario reportar en cero "0"	18	Númérico
15	rendimientos	Rendimientos del periodo	Valor de los Rendimientos Financieros, de lo contrario reportar en cero "0"	18	Númérico
16	gravamen	Gravamen	El Número de la cuenta corriente, de ahorro o de encargo fiduciario está sujeta a gravámenes a los movimientos financieros 0:= No tiene gravamen 1:= Si tiene gravamen	1	Númérico
17	estado	Estado	Escriba si la cuenta corriente, de ahorro o de encargo fiduciario es sujeto a alguna medida judicial 0:= No Aplica 1:= Libre de afectación 2:= Embargos 3:= Medida Preventiva Si la cuenta presenta diferentes medidas, hacer referencia sólo a la última	1	Númérico
18	fechaMedida	Fecha Medida	Fecha en la cual se efectuó el embargo, medidas preventivas Si la respuesta de estado es 0, escribir 00000000	8	Númérico Fecha con formato AAAAMMDD
19	valorMedida	Valor Medida	Valor por el cual se tienen los embargos, medidas preventivas	18	Númérico
20	inversionReservas	Inversión de las Reservas Técnicas	En caso que sea una inversión que respalde las Reservas Técnicas, por favor indique el monto en el que las respalda, de lo contrario reportar en cero "0" 0:= No aplica para SAP, EMP e IPS.	18	Númérico

ARCHIVO TIPO FT007

Control de Inversiones Inscritas en el Mercado de Valores de Colombia

• **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no se encuentren obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación - Grupo B (C.E. 018 de 2015 y normas que la modifiquen o sustituyan).

PERIODICIDAD: Corresponde a la periodicidad con la que reporta su Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB).

• **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no se encuentren obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación - Grupo C1 (C.E. 018 de 2015 y normas que la modifiquen o sustituyan).

PERIODICIDAD: Trimestral

FECHA DE CORTE: marzo 31, junio 30, septiembre 30 y diciembre 31

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.

• **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no se encuentren obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación - Grupo C2 y DI (C.E. 018 de 2015 y normas que la modifiquen o sustituyan).

PERIODICIDAD: Semestral

FECHA DE CORTE: junio 30 y diciembre 31

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.

Elemento		FT007			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	lineaNegocio	Línea de negocio (reportante)	Escriba la línea de negocio del reportante 1:= Aseguramiento obligatorio 2:= Aseguramiento voluntario 3:= Prestación de servicios	1	Númérico
2	instrumento	Instrumento	Escriba 1:= Títulos de deuda pública emitidos o garantizados por la Nación o por el Banco de la República 2:= Títulos de renta fija emitidos, aceptados, garantizados o avalados por entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, FOGAFIN y FOGACOP 3:= Renta variable	1	Númérico
3	tipoinversion	Tipo inversión	Tipo de inversión 1:= Títulos de Deuda Pública (TES) 2:= Certificados de Depósito a Término (CDT) 3:= Bonos Ordinarios 4:= Bonos Subordinados 5:= Bonos Opcionalmente Convertibles en acciones 6:= Bonos Obligatoriamente Convertibles en Acciones 7:= Bonos de Capitalización 8:= Acciones Ordinarias 9:= Acciones Preferenciales 10:= Otro	2	Númérico
4	nemotecnico	Nemotécnico	Registre el nemotécnico o código DCV del título	20	Alfanumérico
5	codigoTitulo	ISIN o CFI	Registre el código ISIN (International Securities Identification Numbering System por sus siglas en inglés) o CFI (Classification of Financial Instruments) del título. Escribir solo uno de los dos.	20	Alfanumérico
6	idEmisora	NIT de la entidad emisora	Registre el Número de identificación tributaria de la entidad emisora	16	Númérico
7	dvEmisora	Dígito	Número del dígito de verificación de la entidad	1	Númérico

Elemento		FT007			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
		verificación de entidad emisora	emisora		
8	codigoSIMEV	Código Entidad emisora en el SIMEV	Código registrado en el SIMEV (Sistema Integral de Información del Mercado de Valores) de la Entidad Emisora del título. Escriba en formato de texto: 000-000	7	Alfanumérico
9	entidadCalificadora	Entidad Calificadora	Escriba la calificadora de riesgo del título valor. En caso que el título no tenga calificación, se debe registrar la del emisor del título 0:= No Aplica 1:= BRC Investor Services S.A. (Standard & Poor's) 2:= Fitch Ratings Colombia S.A. 3:= Value And Risk Rating S.A. 4:= Otra	1	Número
10	otraCalificadora	Nombre de Otra Calificadora	Escriba el nombre de la calificadora de riesgos en caso que la opción anterior sea 4 (otra). En otro caso escriba NA:= No aplica	50	Alfanumérico
11	calificacionRiesgo	Calificación de riesgo	Calificación otorgada al título valor o en su defecto al emisor del título por una sociedad calificadora debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia dependiendo si es de largo plazo o corto plazo. Las calificaciones deben estar escritas sin espacios, ejemplo: BRC1+, AAA+	7	Alfanumérico
12	fechaEmision	Fecha de Emisión	Escriba la fecha en la cual se emitió el título valor. Si No aplica, escribir 00000000	8	Número Fecha con formato AAAAMMDD
13	fechaVencimiento	Fecha de vencimiento	Escriba la fecha en la cual se vence el título valor. Si No aplica, escribir 00000000	8	Número Fecha con formato AAAAMMDD
14	fechaCompra	Fecha de compra	Fecha en la que se adquirió el título	8	Número Fecha con formato AAAAMMDD
15	valorCompra	Valor de compra	Valor por el cual se adquiere el título *Si el título es en UVR, reexpresarlo en pesos con la UVR del día de la compra	18	Número
16	tasaCompra	Tasa compra	Escriba la tasa de compra del título. 0:= No aplica para acciones Máximo dos decimales separados por coma	5	Número sin porcentaje 8,52% = 8,52
17	valorNominal	Valor Nominal	Valor nominal del título *Si el título es en UVR, reportarlo en UVR	18	Número
18	tipoMoneda	Tipo de moneda	Tipo moneda de la denominación del título. Escriba COP:= Pesos Colombianos USD:= Dólar de los Estados Unidos de América GBP:= Libra Británica EUR:= Euro CAD:= Dólar Canadiense CHF:= Franco Suizo JPY:= Yen Japonés OTR:= Otra	3	Texto
19	tasaFacial	Tasa facial	Escriba la tasa facial o tasa cupón del título. Si	15	Número

Elemento		FT007			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			la tasa es indexada (IPC o DTF por ejemplo) escriba la Tasa de indexación o tasa flotante más los puntos adicionales cuando aplique. Se debe escribir la indexación y los puntos adicionales sin espacios ni porcentaje, máximo dos decimales separados por coma Ej.: IPC+3,55 Máximo dos decimales separados por coma. 0:= No aplica para acciones		sin porcentaje 8,52% = 8,52
20	modalidad	Modalidad	Escriba la modalidad de pago de cupón 0:= No Aplica 1:= Vencida 2:= Anticipado	1	Número
21	periodicidad	Periodicidad	Escriba la periodicidad de pago de cupón M:= Mensual B:= Bimestral T:= Trimestral S:= Semestral A:= Anual O:=Otro o No Aplica	1	Texto
22	tasaMercado	Tasa mercado	Escriba la tasa de mercado del título. 0:=No aplica para acciones Máximo dos decimales separados por coma	5	Número sin porcentaje 8,52% = 8,52
23	valorMercado	Valor de mercado	Saldo disponible o Valoración de la inversión a la fecha de corte *Si el título es en UVR, reexpresarlo en pesos con la UVR del día de la valoración	18	Número
24	duracion	Duración Macaulay	Escriba en este campo la Duración Macaulay (media ponderada de los distintos vencimientos de los flujos de caja, ponderados por el valor actual de cada uno de esos flujos) calculada para el Instrumento. Máximo dos decimales separado por coma. 0:=No aplica para acciones	5	Número
25	gravamen	Gravamen	Escriba si el título es sujeto a algún tipo de gravamen 0:= No tiene gravamen 1:= Si tiene gravamen	1	Número
26	estado	Estado	Escriba si el título es sujeto a alguna medida judicial 0:= No Aplica 1:= Libre de afectación 2:= Embargos 3:= Medida Preventiva Si la cuenta presenta diferentes medidas, hacer referencia sólo a la última	1	Número
27	fechaMedida	Fecha Medida	Fecha en la cual se efectuó el embargo, medidas preventivas Si la cuenta presenta diferentes medidas, hacer referencia sólo a la última Si la respuesta de estado es 0, escribir 00000000	10	Número Fecha con formato AAAAMMDD
28	valorMedida	Valor Medida	Valor por el cual se tienen los embargos, gravámenes o medidas preventivas que tiene la cuenta asociada, si no tiene medidas asociadas escriba cero "0"	18	Número
29	vinculado	Inversión en Vinculado	De acuerdo a la definición del Artículo 2.31.3.1.12 del Decreto No. 2555 de 2010, donde se entiende por vinculado:	1	Número

Elemento		FT007			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			<p>1. El o los accionistas o beneficiarios reales del cinco por ciento (5%) o más de la participación en la entidad o quien tenga la capacidad de designar un miembro de junta,</p> <p>2. Las personas jurídicas en las cuales la entidad sea beneficiaria real del cinco por ciento (5%) o más de la participación en las mismas o aquellas en las cuales tenga la capacidad de designar un miembro de junta.</p> <p>3. Las personas jurídicas en las cuales la o las personas a que se refiere el numeral 1 del presente artículo sean accionistas o beneficiarios reales, individual o conjuntamente, del cinco por ciento (5%) o más de la participación en las mismas o aquellas en las cuales tengan la capacidad de elegir un miembro de junta.</p> <p>De acuerdo con esta definición escriba</p> <p>0:= No Aplica 1:= Inversión en vinculado</p>		
30	desmaterializado	Desmaterializado	Título desmaterializado o custodiado, escriba 0:= No Aplica 1:= DECEVAL S.A. - Depósito Centralizado de Valores, 2:= DCV - Depósito Central de Valores,	1	Numérico
31	inversionReservas	Inversión de las Reservas Técnicas	Indique si es una inversión que respalda las Reservas técnicas. Escriba 0:= No respalda las reservas Técnicas o No Aplica 1:= Si Respalda las reservas Técnicas	1	Numérico

ARCHIVO TIPO FT00B

Inversiones - Otros Títulos

• **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no se encuentren obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación - Grupo B (C.E. 018 de 2015 y normas que la modifiquen o sustituyan).

PERIODICIDAD: Corresponde a la periodicidad con la que reporta su Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB).

• **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no se encuentren obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación - Grupo CI (C.E. 018 de 2015 y normas que la modifiquen o sustituyan).

PERIODICIDAD: Trimestral

FECHA DE CORTE: marzo 31, junio 30, septiembre 30 y diciembre 31

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.

• **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no se encuentren obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación - Grupo C2 y D1 (C.E. 018 de 2015 y normas que la modifiquen o sustituyan).

PERIODICIDAD: Semestral

FECHA DE CORTE: junio 30 y diciembre 31

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.

Elemento		FT008			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	lineaNegocio	Línea de negocio reportante	Escriba la línea de negocio Acreedora de la obligación (reportante) 1:= Aseguramiento obligatorio 2:= Aseguramiento voluntario 3:= Prestación de servicios	1	Numérico
2	país	País	País origen de la emisión del título	20	Texto
3	idEmisora	NIT Emisora	Número de NIT de la entidad emisora del título, En caso que la Entidad Emisora no esté radicada en Colombia, escriba 0,	16	Numérico
4	dvEmisora	DV emisora	Número del dígito de verificación del NIT de la entidad emisora, En caso que la Entidad Emisora no esté radicada en Colombia, escriba 0,	1	Numérico
5	nombreEmisora	Nombre de la Entidad	Nombre de la entidad emisora del título	150	Texto
6	tipoInversion	Tipo inversión	Tipo de inversión: 1:= Títulos de Deuda Pública 2:= Certificados de Depósito a Término (CDT) 3:= Bonos Ordinarios 4:= Bonos Subordinados 5:= Bonos Opcionalmente Convertibles en acciones 6:= Bonos Obligatoriamente Convertibles en Acciones 7:= Bonos de Capitalización 8:= Acciones Ordinarias 9:= Acciones Preferenciales 10:= Otro	2	Numérico
7	otraInversion	Otro tipo de inversión	Escriba el tipo de inversión en caso que tipo de inversión sea 10 (otro), En otro caso escriba NA:=No aplica	100	Texto
8	fechaEmision	Fecha de Emisión	Escriba la fecha en la cual se emitió el título valor, Si No aplica, escriba 00000000	8	Numérico Fecha con formato AAAAMMDD
9	fechaVencimiento	Fecha vencimiento	Escriba la fecha en la cual se vence el título valor, Si No aplica, escriba 00000000	8	Numérico Fecha con formato AAAAMMDD
10	fechaCompra	Fecha de compra	Fecha en la que se adquirió el título	8	Numérico Fecha con formato AAAAMMDD
11	valorCompra	Valor de la compra	Valor por el cual se adquiere el título *Si el título es en otra moneda, reexpresarlo en pesos con la TRM del día de la compra	18	Numérico
12	tasaCompra	Tasa compra	Escriba la tasa de compra del título. NA:=En el caso que No aplica Máximo dos decimales separados por coma	5	Alfanumérico o sin porcentaje: 8,52% = 8,52
13	valorNominal	Valor Nominal	Valor nominal del título	18	Numérico

Elemento		FT008			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			*Si el título es en otra moneda, reportarlo en esa moneda		
14	tipoMoneda	Tipo de moneda	Tipo moneda en la que se encuentra denominada la inversión. Escriba COP:= Pesos Colombianos USD:= Dólar de los Estados Unidos de América GBP:= Libra Británica EUR:= Euro CAD:= Dólar Canadiense CHF:= Franco Suizo JPY:= Yen Japonés OTR:= Otra	3	Texto
15	tasaFacial	Tasa facial	Escriba la tasa facial o tasa cupón del título. Si la tasa es indexada escriba la Tasa de indexación o tasa flotante más los puntos adicionales cuando aplique. Se debe escribir la indexación y los puntos adicionales sin espacios ni porcentaje, máximo dos decimales separados por coma Ej.: IPC+3,55 Máximo dos decimales separados por coma. 0:= No aplica para acciones	15	Numérico sin porcentaje: 8,52% = 8,52
16	modalidad	Modalidad	Escriba la modalidad de pago de cupón 0:= No Aplica 1:= Vencida 2:= Anticipado	1	Numérico
17	periodicidad	Periodicidad	Escriba la periodicidad de pago de cupón M:= Mensual B:= Bimestral T:= Trimestral S:= Semestral A:= Anual O:=Otro	1	Texto
18	tasaMercado	Tasa mercado	Escriba la tasa de mercado del título. Máximo dos decimales separados por coma 0:=No aplica para acciones	5	Numérico sin porcentaje: 8,52% = 8,52
19	valoMercado	Valor de mercado	Saldo disponible o Valoración de la inversión a la fecha de corte *Si el título es en otra moneda, reexpresarlo en pesos con la TRM del día de la valoración	18	Numérico
20	duracion	Duración Macaulay	Escriba en este campo la Duración Macaulay (media ponderada de los distintos vencimientos de los flujos de caja, ponderados por el valor actual de cada uno de esos flujos) calculada para el Instrumento Máximo dos decimales separados por coma, 0:=No aplica para acciones	5	Numérico
21	participacion	Participación	Porcentaje de participación en la entidad donde se tiene la inversión; solo aplica para las inversiones en acciones Máximo dos decimales separados por coma. En cualquier otro caso escribir 0	5	Numérico sin porcentaje: 8,52% = 8,52
22	rendimientos	Rendimientos	Valor total de los intereses o dividendos recibidos durante último periodo	18	Numérico
23	gravamen	Gravamen	Escriba si el título es sujeto a algún tipo de gravamen 0:= No tiene gravamen	1	Numérico

Elemento		FT008			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			1:= Si tiene gravamen		
24	estado	Estado	Escriba si el título es sujeto a alguna medida judicial 0:= No Aplica 1:= Libre de afectación 2:= Embargos 3:= Medida Preventiva Si la cuenta presenta diferentes medidas, hacer referencia sólo a la última	1	Numérico
25	fechaMedida	Fecha Medida	Fecha en la cual se efectuó el embargo, medidas preventivas Si la cuenta presenta diferentes medidas, hacer referencia sólo a la última Si la respuesta de estado es 0, escribir 00000000	8	Numérico Fecha con formato AAAAMDD
26	valorMedida	Valor Medida	Valor por el cual se tienen los embargos, gravámenes o medidas preventivas que tiene la cuenta asociada, si no tiene medidas asociadas escriba cero "0"	18	Numérico
27	vinculado	Inversión en Vinculado	De acuerdo a la definición del Artículo 2.31.3.1.12 del Decreto No. 2555 de 2010, donde se entiende por vinculado: 1. El o los accionistas o beneficiarios reales del cinco por ciento (5%) o más de la participación en la entidad o quien tenga la capacidad de designar un miembro de junta, 2. Las personas jurídicas en las cuales la entidad sea beneficiaria real del cinco por ciento (5%) o más de la participación en las mismas o aquellas en las cuales tenga la capacidad de designar un miembro de junta. 3. Las personas jurídicas en las cuales la o las personas a que se refiere el numeral 1 del presente artículo sean accionistas o beneficiarios reales, individual o conjuntamente, del cinco por ciento (5%) o más de la participación en las mismas o aquellas en las cuales tengan la capacidad de elegir un miembro de junta. De acuerdo con esta definición escriba 0:= No Aplica 1:= Inversión en vinculado	1	Numérico

ARCHIVO TIPO FT009

Activos y Pasivos en Moneda Extranjera

• **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no se encuentren obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación - Grupo B (C.E. 018 de 2015 y normas que la modifiquen o sustituyan).

PERIODICIDAD: Corresponde a la periodicidad con la que reporta su Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB).

• **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no se encuentren obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación - Grupo CI (C.E. 018 de 2015 y normas que la modifiquen o sustituyan).

PERIODICIDAD: Trimestral

FECHA DE CORTE: marzo 31, junio 30, septiembre 30 y diciembre 31

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.

• **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no se encuentren obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación - Grupo C2 y DI (C.E. 018 de 2015 y normas que la modifiquen o sustituyan).

PERIODICIDAD: Semestral

FECHA DE CORTE: junio 30 y diciembre 31

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.

Elemento		FT009			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	lineaNegocio	Línea de negocio reportante	Escriba la línea de negocio acreedora de la obligación (reportante) 1:= Aseguramiento obligatorio 2:= Aseguramiento voluntario 3:= Prestación de servicios	1	Numérico
2	tipoMoneda	Tipo de moneda	Tipo moneda de la cuenta registrada en la entidad. Escriba: USD: Dólar de los Estados Unidos de América GBP: Libra Británica EUR: Euro CAD: Dólar Canadiense CHF: Franco Suizo JPY: Yen Japonés OTR: Otra	3	Texto
3	activos	Activos	Total activos en cada tipo de Moneda extranjera	18	Numérico
4	pasivos	Pasivos	Total Pasivos en cada tipo de Moneda extranjera	18	Numérico

ARCHIVO TIPO FT010

Activos No Monetarios

• **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no se encuentren obligadas a aplicar el Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación - Grupos B, Cl, C2 y DI (C.E. 018 de 2015 y normas que la modifiquen o sustituyan).

PERIODICIDAD: Semestral

FECHA DE CORTE: junio 30 y diciembre 31

FECHA DEL REPORTE: julio 20, febrero 20 del año siguiente.

Elemento		FT010			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	lineaNegocio	Línea de negocio (reportante)	Escriba la línea de negocio del (reportante) 1:= Aseguramiento obligatorio 2:= Aseguramiento voluntario 3:= Prestación de servicios	1	Numérico

Elemento		FT010			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
2	concepto	Concepto	Escriba el concepto de activos no monetarios 1:= Terrenos 2:= Construcciones y edificaciones 3:= Equipo médico científico 4:= Equipo de transporte	1	Numérico
3	descripcion	Descripción del bien	La descripción del bien corresponde a la dirección del inmueble, terreno, tipo y placas del vehículo, descripción de los equipos médicos	150	Alfanumérico
4	finalidad	Finalidad	Escriba que finalidad tiene el activo no monetario de inversión u operativa 1:= Propiedad planta y equipo 2:= Propiedad de inversión 3:= Activo no corriente, mantenido para la venta (incluye no corriente mantenido para la distribución a los propietarios)	1	Numérico
5	medición	Medición	Escriba el tipo de medición definido como política de la entidad 1:= Modelo del Costo 2:= Método de Revaluación 3:= Modelo del Valor Razonable 4:= Menor entre importe en libros y valor razonable menos costos de venta (o costo de distribución cuando los activos no corrientes se mantengan para distribuir a los propietarios)	1	Numérico
6	reconocimiento	Reconocimiento Contable Inicial	Escriba el valor por el que inicialmente fue reconocido el activo	18	Numérico
7	depreciación	Depreciación	Escriba el valor en que el activo no monetario se ha depreciado	18	Numérico
8	deterioro	Deterioro	Valor correspondiente al deterioro de los activos no monetarios	18	Numérico
9	estado	Estado	Escriba si el activo no monetario está sujeto a alguna medida judicial 0:= No aplica 1:= Libre de Afectación 2:= Embargo 3:= Medida Preventiva Si la cuenta presenta diferentes medidas, hacer referencia sólo a la última	1	Numérico
10	fechaMedida	Fecha Medida	Fecha en la cual se efectuó el embargo, medidas preventivas Si la respuesta de estado es 0, escribir 00000000	8	Numérico Fecha con formato AAAAMMDD
11	valorMedida	Valor Medida	Valor por el cual se tienen los embargos, medidas preventivas	18	Numérico

ARCHIVO TIPO FT018

Datos para el cálculo de la posición de Liquidez

TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de los grupos B, Cl, C2 y DI públicos, privados y mixtos.

PERIODICIDAD: Mensual.

FECHA DE CORTE: Último día de cada mes.

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del siguiente año.

Elemento		FT018			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	ingresoOper30d	Entradas de Caja derivadas del negocio proyectadas a 30 días	Entradas de efectivo proyección acumulada a 30 días que son propias del negocio y de la operación	18	Numérico
2	ingresoOper60d	Entradas de Caja derivadas del negocio proyectadas a 60 días	Entradas de efectivo proyección acumulada a 60 días que son propias del negocio y de la operación	18	Numérico
3	ingresoOper90d	Entradas de Caja derivadas del negocio proyectadas a 90 días	Entradas de efectivo proyección acumulada a 90 días que son propias del negocio y de la operación	18	Numérico
4	ingresoOtro30d	Entradas de Caja por otros conceptos proyectadas a 30 días	Entradas de efectivo proyección acumulada a 30 días que provienen de otros conceptos diferentes a la operación	18	Numérico
5	ingresoOtro60d	Entradas de Caja por otros conceptos proyectadas a 60 días	Entradas de efectivo proyección acumulada a 60 días que provienen de otros conceptos diferentes a la operación	18	Numérico
6	ingresoOtro90d	Entradas de Caja por otros conceptos proyectadas a 90 días	Entradas de efectivo proyección acumulada a 90 días que provienen de otros conceptos diferentes a la operación	18	Numérico
7	egresoOper30d	Salidas de Caja derivadas del negocio proyectadas a 30 días	Salidas de efectivo proyección acumulada a 30 días que son propias del negocio y de la operación	18	Numérico
8	egresoOper60d	Salidas de Caja derivadas del negocio proyectadas a 60 días	Salidas de efectivo proyección acumulada a 60 días que son propias del negocio y de la operación	18	Numérico
9	egresoOper90d	Salidas de Caja derivadas del negocio proyectadas a 90 días	Salidas de efectivo proyección acumulada a 90 días que son propias del negocio y de la operación	18	Numérico
10	egresoOtro30d	Salidas de Caja por otros conceptos proyectadas a 30 días	Salidas de efectivo proyección acumulada a 30 días que provienen de otros conceptos diferentes a la operación	18	Numérico
11	egresoOtro60d	Salidas de Caja por otros conceptos proyectadas a 60 días	Salidas de efectivo proyección acumulada a 60 días que provienen de otros conceptos diferentes a la operación	18	Numérico
12	egresoOtro90d	Salidas de Caja por otros conceptos proyectadas a 90 días	Salidas de efectivo proyección acumulada a 90 días que provienen de otros conceptos diferentes a la operación	18	Numérico
13	dispActivos30d	Disposición de Activos proyectada a 30 días	Ingresos por disposición de activos (Ventas de activos planeadas) proyección acumulada a 30 días	18	Numérico
14	dispActivos60d	Disposición de	Ingresos por disposición de activos (Ventas	18	Numérico

Elemento		FT018			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
4		Activos proyectada a 60 días	de activos planeadas) proyección acumulada a 60 días		o
15	dispActivos90d	Disposición de Activos proyectada a 90 días	Ingresos por disposición de activos (Ventas de activos planeadas) proyección acumulada a 90 días	18	Número
16	disponible	Disponible	Saldo que se tiene en efectivo, correspondiente a los saldos de caja, cuentas de ahorro y corriente a la fecha de corte	18	Número
17	partFIC	Participaciones en FIC's abiertos sin pacto de permanencia	Saldo que se tiene en las participaciones de Fondos de Inversión Colectiva abiertos sin pacto de permanencia a la fecha de corte	18	Número
18	invNegNacion	Inversiones Negociables y DPV en Títulos de Deuda Pública Interna garantizados por la Nación	Reporte el valor razonable o de mercado de las inversiones negociables y disponibles para la venta que tenga en títulos de deuda pública garantizados por la Nación - TES a la fecha de corte	18	Número
19	invNegPubExterna	Inversiones Negociables y DPV en Títulos de Deuda Pública Externa	Reporte el valor razonable o de mercado de las inversiones negociables y disponibles para la venta que tenga en títulos de deuda soberana Externa a la fecha de corte	18	Número
20	invNegFogafin	Inversiones Negociables y DPV en Títulos emitidos por FOGAFIN	Reporte el valor razonable o de mercado de las inversiones negociables y disponibles para la venta que tenga en títulos emitidos por FOGAFIN a la fecha de corte	18	Número
21	invNegPrivInterna	Inversiones Negociables y DPV en Títulos de Deuda Privada Interna	Reporte el valor razonable o de mercado de las inversiones negociables y disponibles para la venta que tenga en títulos de deuda emitidos por empresas privadas localmente a la fecha de corte	18	Número
22	invNegPrivExterna	Inversiones Negociables y DPV en Títulos de Deuda Privada Externa	Reporte el valor razonable o de mercado de las inversiones negociables y disponibles para la venta que tenga en títulos de deuda emitidos por empresas privadas externas a la fecha de corte	18	Número
23	invTitBVC	Inversiones Negociables en Títulos Participativos inscritas en la BVC	Reporte el valor razonable o de mercado de sus inversiones en acciones inscritas en la Bolsa de Valores de Colombia a la fecha de corte	18	Número
24	invParticExt	Inversiones Negociables en Títulos Participativos inscritas en el exterior	Reporte el valor razonable o de mercado de sus inversiones en acciones inscritas en el exterior a la fecha de corte	18	Número

Para el cargue periódico del Archivo Tipo FT018 se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- La información se deberá reportar en pesos colombianos, sin decimales. En este sentido, cuando exista información a reportar que se encuentre denominada en moneda extranjera (activos o flujos contractuales), deberá ser expresada en pesos para su reporte, utilizando la Tasa Representativa del Mercado (TRM), correspondiente al día de la fecha de corte.
- Los campos que no contengan valor o no apliquen, se deben reportar en cero.
- La información a reportar deberá ser consistente con las cifras registradas en los Archivos Tipo que hacen parte de la Circular Única.
- Los Activos Líquidos deben de ser reportados por su valor razonable o de mercado.
- Ningún valor debe ser ajustado por los factores de descuento que utilizaron en sus modelos internos (haircuts).
- Cabe recordar que dentro de los activos líquidos realizables se recomienda identificar además del disponible e inversiones en FIC abiertos sin pacto de permanencia, 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, 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 o transferencia.

Nombre del archivo: NITDVPPANNOFT018.XML

Donde:

NIT : Número de identificación tributaria de la entidad que reporta.
DV : Dígito de verificación.
PP : Período de corte de la información reportada.
ANNO : Año de corte de la información reportada.
FFFFF : Número de archivo (es decir, FFFFF=FT00X).
EXT : Extensión del archivo en XML

G. SUPERVISIÓN SNS

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) podrá solicitar información adicional con el fin de evaluar la idoneidad de las políticas de gestión de los riesgos. Por tanto,

las entidades deberán tener a disposición toda la información relacionada, incluyendo los documentos de políticas, procedimientos, manuales, instrumentos e indicadores de seguimiento, entre otros, que plasmen el diseño y ejecución como mínimo para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos prioritarios.

Asimismo, la SNS podrá evaluar integralmente la aplicación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y, en particular, en lo relacionado con los Subsistemas de Administración de los Riesgos prioritarios y los diferentes cálculos de las pérdidas probables o esperadas para cada uno de los riesgos, dependiendo del cronograma de implementación establecido.

H. PERÍODO DE TRANSICIÓN

La implementación de los elementos descritos en el presente acto administrativo, y el desarrollo de los componentes y lineamientos generales y específicos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos prioritarios cuenta con un plazo máximo para su implementación que será de la siguiente manera:

ETAPAS	PLAZO MÁXIMO
Riesgo en Salud y Riesgo Operacional	18 meses
Demás riesgos (Riesgo Actuarial, Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Mercado de Capitales y Riesgo de Grupo)	24 meses

Durante el plazo previsto, las entidades deberán, para cada categoría de riesgo, realizar el primer ciclo de la gestión de riesgos: identificación, evaluación y medición, tratamiento y control, seguimiento y monitoreo y dar cumplimiento a los términos definidos en la presente circular respecto a los lineamientos generales y específicos.

Una vez culminados los plazos máximos estipulados, la Superintendencia Nacional de Salud 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.

Asimismo, es importante resaltar que, durante el periodo de transición, la Superintendencia Nacional de Salud podrá en cualquier momento realizar visitas o hacer los requerimientos que considere necesarios para validar el plan de implementación que haya diseñado la entidad, el cronograma y sus avances (objetivos, estrategias, actividades, responsables y plazos), las políticas propuestas y los elementos de cada Subsistema de Administración de Riesgo priorizado. Adicionalmente, es importante mencionar que el desarrollo e implementación de cada Subsistema de Riesgo no es excluyente, por lo que se debe avanzar en el desarrollo de todos los Subsistemas priorizados de forma paralela, con el fin de ir articulando todo el Sistema Integral de Gestión de Riesgos y no trabajarlos de forma separada.

Para las entidades que, a la fecha de expedición de la presente circular, ya cuentan con los Subsistemas de Administración de Riesgos prioritarios, los plazos mencionados anteriormente regirán para la respectiva actualización y homologación a que haya lugar para dar total cumplimiento con lo acá dispuesto, según los lineamientos mínimos mencionados en esta circular.

Por último, se advierte que los plazos establecidos en la presente circular no aplican para aquellas entidades habilitadas con posterioridad a la expedición de la misma y, por tanto, deberán contar como mínimo con la documentación relativa a los Subsistemas de Administración de Riesgos priorizados y su medición cualitativa y, desde el inicio de sus operaciones, deberán implementar la medición de los Subsistemas de manera cualitativa.

I. VIGENCIA

La presente circular rige a partir de su publicación y promulgación en el *Diario Oficial*. Las entidades obligadas al cumplimiento de lo dispuesto en esta circular deben adaptar sus procesos a las condiciones aquí establecidas, sin perjuicio del cumplimiento de la normatividad vigente.

J. CONTROL AL CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR

De conformidad con lo establecido en la Ley 1438 de 2011 artículos 130 y 131, modificados por el artículo 2° de la Ley 1949 de 2019, la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en esta circular, dará lugar a la imposición de multas hasta de 8000 Salarios Mínimo Legales Mensuales Vigentes (SMLMV), a entidades que se encuentren dentro del ámbito de la vigilancia de esta Superintendencia, así como a título personal hasta 2000 SMLMV a los Representantes Legales de estas ya sean de carácter público o privado, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, los revisores fiscales, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud, o a la revocatoria del certificado de habilitación de las entidades vigiladas, si a ello hubiere lugar, sin perjuicio de las acciones que le correspondan a otras autoridades competentes y demás facultades sancionatorias que esta Superintendencia tiene bajo el ámbito normativo.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 15 de septiembre de 2021.

La Asesora Encargada de las Funciones del Superintendente Nacional de Salud,

Paola Andrea Castellanos Guerra.

(C. F.)

CIRCULAR EXTERNA NÚMERO 20211700000005-5 DE 2021

(septiembre 17)

PARA: VIGILADOS DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**DE:** SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**ASUNTO:** INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF), Y MODIFICACIONES A LAS CIRCULARES EXTERNAS 018 DE 2015, 009 DE 2016, 007 DE 2017 Y 003 DE 2018**FECHA:** 17-09-2021**TABLA DE CONTENIDO****1. ANTECEDENTES**

- 1.1. Normas y Estándares Internacionales
- 1.2. Normas Nacionales

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN**3. INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA EPS EMP Y SAP**

- 3.1. Modificación Circular Externa 007 de 2017
 - 3.1.1. Modifíquense las medidas 108 y 109 del numeral 3.4 “MEDIDAS DE CONDUCTA” de la Circular Externa 007 de 2017, las cuales quedarán así:

4. INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA IPS

- 4.1. GRUPOS DE CLASIFICACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS)
- 4.2. Modificación y adición Circular Externa 003 de 2018
 - 4.2.1. Modifíquese el numeral 2 “Ámbito de Aplicación”, el cual quedará así: 10
 - 4.2.2. Adiciónense las siguientes medidas:
 - 4.2.3. Modifíquense las medidas 105 y 106 del numeral 3.4 “MEDIDAS DE CONDUCTA”, las cuales quedarán así:

5. INSTRUCCIONES PARA TODOS LOS VIGILADOS

- 5.1. Modificación Circular Externa 009 de 2016
 - 5.1.1. Modifíquese el ASUNTO, el cual quedará así:
 - 5.1.2. Sustitúyase el numeral 3 “Ámbito de Aplicación”, el cual quedará así:
 - 5.1.3. Modifíquese el numeral 5 y en particular el 5.1.1, los cuales quedarán así:
 - 5.1.4. Modifíquese el párrafo único del numeral 5.2.1 “POLÍTICAS” el cual quedará así:
 - 5.1.5. Modifíquese el numeral 5.2.2 “PROCEDIMIENTOS” hasta el numeral 5.2.2.2.3., el cual quedará así:
 - 5.1.6. Adiciónense al numeral 5.2.2.2.6 “Establecer herramientas para identificar operaciones inusuales y/o sospechosas”, lo siguiente:
 - 5.1.7. Adiciónense al numeral 5.2 “Elementos del SARLAFT”, lo siguiente:
 - 5.1.8. Modifíquese el numeral 6.1 “JUNTA DIRECTIVA O QUIEN HAGA SUS VECES”, el cual quedará así:
 - 5.1.9. Adiciónense el párrafo único al numeral 6.2.1 “OFICIAL DE CUMPLIMIENTO”, así:
 - 5.1.10. Adiciónense el numeral 6.4 “Auditoría Interna, o quien ejecute funciones similares, o quien haga sus veces”, así:
 - 5.1.11... Modifíquese el numeral 7 “INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA”, el cual quedará así:

- 5.1.12. Elimínese de la Circular Externa 009 de 2016, lo siguiente:

5.2. Instrucciones Relativas al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude - SICOF

- 5.2.1. Definiciones
- 5.2.2. Etapas del SICOF
- 5.2.3. Elementos del SICOF
- 5.2.4. Colaboración con la Justicia y Autoridades Administrativas

6. ANEXO TÉCNICO**7. DEROGATORIAS****8. PERIODO DE TRANSICIÓN****9. VIGENCIA****10. CONTROL AL CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR****1. ANTECEDENTES**

El artículo 36 de la Ley 1122 de 2007 establece el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud. Dentro de la función de inspección, según el artículo 35 de la misma Ley, se encuentran las acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del precitado sistema, que implican la solicitud, confirmación y análisis puntual de la información financiera, técnica científica, administrativa y económica que se requiera de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, entre las que se encuentran, según el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos.

Por su lado, el numeral 2 del artículo 7° del Decreto número 1080 de 2021, establece como función de la Superintendencia Nacional de Salud la de: “Emitir instrucciones a los sujetos vigilados sobre el cumplimiento de las disposiciones normativas que regulan su actividad, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación”.

Teniendo en cuenta la importancia de evitar cualquier acto de Corrupción, Opacidad o Fraude al interior de las organizaciones vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, se ha provisto un robusto marco legal y técnico tanto nacional como internacional tendiente a evitar la concreción de tales conductas, en el que se encuentran normas, estándares y lineamientos, entre los que se encuentran:

1.1. Normas y Estándares Internacionales

- Convención para Combatir el Cohecho de Servidores Públicos Extranjeros en Transacciones Comerciales Internacionales OCDE (1997).
- Lineamientos para el control del Fraude de la Commonwealth (1997).
- Convención de las Naciones Unidas Contra la Corrupción UNODC (2003).
- Estándar australiano del control de Fraude y la Corrupción AS 8001- 2008.
- Estrategia Integral de lucha contra el Fraude, con el fin de mejorar la prevención y la detección del Fraude, las condiciones para la investigación del Fraude, la recuperación de activos y disuasión. Comisión Europea - 2011.

1.2. Normas Nacionales

- Ley 599 de 2000 “Por la cual se expide el Código Penal”.
- Ley 715 de 2001 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 906 de 2004 “Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal”.
- Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1186 de 2008 - Por medio de la cual se aprueba el “Memorando de entendimiento entre los gobiernos de los Estados del Grupo de Acción Financiera de Sudamérica contra el lavado de activos (GAFISUD)”
- Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de Corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
- Ley 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1778 de 2016 “Por medio de la cual se dictan normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de Corrupción transnacional y se dictan otras disposiciones en materia de lucha contra la corrupción”.
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000: 2009.
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 37001: 2016.

Mediante la presente circular, se actualizan los criterios de clasificación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y deroga la Circular Externa 018 de 2015. Esta agrupación de las entidades se realiza con el fin de diseñar metodologías e instrumentos de supervisión acordes a las características de los grupos y permite darle aplicación a las demás Circulares. De igual forma, se hizo necesario actualizar la Circular Externa 009 de 2016 para dar instrucciones precisas a los demás vigilados que no les aplicaba, para lo cual era necesario actualizar las Circulares Externas 007 de 2017 y 003 de 2018, ya que el gobierno corporativo es la base de una buena gestión de riesgos.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente circular Externa está dirigida a Entidades Promotoras de Salud (EPS), de los Regímenes Contributivo, Subsidiado, Especial y de Excepción, Empresas de Medicina Prepagada (EMP), Servicios de Ambulancia Prepagada (SAP), Entidades Territoriales (ET), Servicio de Transporte Especial de Pacientes (SETP) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Públicas, Privadas y Mixtas; a los representantes legales, socios, accionistas, revisores fiscales, Alta Gerencia, Máximos Órganos Sociales, Oficiales de Cumplimiento, administradores, director de riesgos y/o quien haga sus veces; y personas naturales como los Representantes Legales, Socios, Accionistas, Revisores Fiscales, Oficiales de Cumplimiento, entre otros.

3. INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA EPS, EMP Y SAP

3.1. Modificación Circular Externa 007 de 2017

3.1.1. Modifíquense las medidas 108 y 109 del numeral 3.4 “MEDIDAS DE CONDUCTA” de la Circular Externa 007 de 2017, las cuales quedarán así:

“**Medida 108.** 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 una EPS, EMP o SAP, debe tener en cuenta en el ejercicio de sus funciones, en coherencia con lo dispuesto en esta circular 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.

Medida 109. 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 valores como: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia¹, entre otros que la entidad considere para su código.
- 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 funcionarios y el manejo de la información y uso de los bienes, 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 institucional².

4. INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA IPS

4.1. GRUPOS DE CLASIFICACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS)

A. Instrucciones para realizar la clasificación

1.1. Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas, privadas o mixtas, se clasificarán en alguno de los grupos definidos en la Sección B de la presente circular.

1.2. Los criterios que conforman cada grupo no son excluyentes entre sí, por lo que, si la entidad cumple con al menos uno de los criterios enumerados, es condición suficiente para quedar clasificada en el grupo.

1.3. La entidad debe verificar en orden descendente los criterios de cada grupo, iniciando por el grupo B y hasta el grupo D3, y clasificarse en el grupo de mayor nivel

¹ Las entidades públicas seguirán los lineamientos que estipule el Departamento Administrativo de la Función Pública.

si cumple con alguno de los criterios de ese grupo, condición que la excluye de quedar clasificada en cualquier otro grupo.

1.4. Adicional al grupo principal único, la IPS debe verificar si también cumple con alguno de los criterios necesarios para pertenecer al Subgrupo A definido en la Sección C de la presente circular. Este Subgrupo se debe entender como una clasificación complementaria y adicional a su grupo principal, y en ningún caso reemplaza al grupo principal.

1.5. Anualmente las IPS deberán verificar el grupo en el que se encuentra de acuerdo con los criterios establecidos en la presente circular. En el caso en que se presente un cambio de grupo en forma descendente en la lista, deberá solicitar a la SNS su reclasificación manifestando de forma clara el cambio de grupo de acuerdo con los lineamientos señalados la cual será evaluada por esta entidad. En caso de que el cambio sea ascendente este se realizará de forma automática en el sistema, razón por la cual no deberá realizarse ninguna solicitud.

1.6. La IPS debe cumplir con la respectiva normatividad expedida por la Superintendencia Nacional de Salud referente al grupo y subgrupo en el que se encuentre clasificada. Esto también aplica para el cumplimiento de normatividad e instrucciones emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud previas a la fecha de expedición de la presente circular. De ninguna manera exceptúa a las entidades del cumplimiento de la normatividad vigente.

1.7. Estos grupos se crean con fines conceptuales y funcionales para el desarrollo del modelo de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud, y en ningún caso eximen a las IPS de sus responsabilidades en otros ámbitos. Esta clasificación permite y facilita el diseño de políticas diferenciadas y acordes a cada grupo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

1.8. Para fines de la clasificación, en cuanto a los criterios relacionados con los activos, ingresos o patrimonio totales, estos se deben calcular en términos de Unidad de Valor Tributario (UVT), la cual se fija anualmente por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), tomando el valor de UVT para el mismo periodo de corte empleado para la clasificación de acuerdo con la tabla del literal B del numeral 4.1 de la presente circular.

B. Criterios de clasificación de IPS

Para la identificación y selección del grupo en que cada IPS quedará clasificada, se establecen los siguientes criterios. Para identificar el grupo al cual pertenece la IPS debe seguir las instrucciones del literal A del numeral 4.1 de la presente circular:

Grupo	Criterios
B	IPS cuyo NIT es el mismo de alguna EAPB.
C1	IPS que no cumplen con las características del Grupo B, y, <ul style="list-style-type: none"> • tienen Activos totales superiores a 2.725.557 UVT con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, • tienen Ingresos totales superiores a 2.283.426 UVT con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, • tienen Patrimonio total superior a 1.303.324 UVT con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, • pertenecen al Grupo 1 de las NIIF (IPS Privada o Mixta) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, • están clasificadas como Nivel 3 de complejidad (IPS pública) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, • tienen habilitados más de 25 servicios de alta complejidad (totalidad de servicios diferentes habilitados en todas las sedes) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, • tienen habilitados más de 60 servicios de complejidad media (totalidad de servicios diferentes habilitados en todas las sedes) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, • tienen habilitados más de 43 servicios intramurales hospitalarios (totalidad de servicios diferentes habilitados en todas las sedes) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior.
C2	IPS que no cumplen con alguna de las características de los Grupos B o C1, y, <ul style="list-style-type: none"> • tienen Activos totales superiores a 1.235.699 UVT con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, • tienen Ingresos totales superiores a 1.136.628 UVT con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, • tienen Patrimonio total superior a 621.694 UVT con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o,

Grupo	Criterios
	<ul style="list-style-type: none"> tienen habilitados más de 12 servicios de alta complejidad (totalidad de servicios diferentes habilitados en todas las sedes) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, tienen habilitados más de 42 servicios de complejidad media (totalidad de servicios diferentes habilitados en todas las sedes) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, tienen habilitados más de 28 servicios intramurales hospitalarios (totalidad de servicios diferentes habilitados en todas las sedes) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior.
D1	<p>IPS que no cumplen con alguna de las características de los Grupos B, C1, C2, y,</p> <ul style="list-style-type: none"> tienen Activos totales superiores a 722.783 UVT con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, tienen Ingresos totales superiores a 695.267 UVT con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, tienen Patrimonio total superior a 385.747 UVT con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, están clasificadas como Nivel 2 de complejidad (IPS pública) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, tienen habilitados más de 6 servicios de alta complejidad (totalidad de servicios diferentes habilitados en todas las sedes) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, tienen habilitados más de 33 servicios de complejidad media (totalidad de servicios diferentes habilitados en todas las sedes) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, tienen habilitados más de 20 servicios intramurales hospitalarios (totalidad de servicios diferentes habilitados en todas las sedes) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior.
D2	<p>IPS que no cumplen con alguna de las características de los Grupos B, C1, C2, D1, y,</p> <ul style="list-style-type: none"> pertenecen al Grupo 2 de las NIIF (IPS Privada o Mixta) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, tienen Activos totales superiores a 39.538 UVT con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, tienen Ingresos totales superiores a 47.676 UVT con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, tienen Patrimonio total superior a 20.050 UVT con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, tienen habilitados más de 2 servicios de alta complejidad (totalidad de servicios diferentes habilitados en todas las sedes) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o, tienen habilitados más de 11 servicios de complejidad media

Grupo	Criterios
	<p>(totalidad de servicios diferentes habilitados en todas las sedes) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, o,</p> <ul style="list-style-type: none"> tienen habilitados más de 6 servicios intramurales hospitalarios (totalidad de servicios diferentes habilitados en todas las sedes) con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior.
D3	<p>IPS que no cumplen con alguna de las características de los Grupos B, C1, C2, D1 y D2.</p>

Nota: Las fuentes de información para elaborar los umbrales de cada criterio corresponden a la información reportada por las IPS en el Archivo Tipo FT001 de la Circular Externa 016 de 2016, la información de los módulos de Estado de Resultados y Balance General del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) y la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Parágrafo. Para las IPS que no contaban con servicios habilitados en la vigencia anterior debido a que la entidad fue creada en la vigencia actual, se clasificarán de acuerdo con los servicios registrados en REPS al último día del mes de su creación.

C. Criterios de clasificación de IPS en el Subgrupo A

Adicional a la selección del grupo principal en la Sección B de esta circular, las IPS deben identificar si cumplen con alguno de los criterios para pertenecer al Subgrupo A. Entendiendo este Subgrupo como una clasificación complementaria y adicional a su clasificación principal, que en ningún caso reemplaza la clasificación principal de la sección B, lo que también aplica para el cumplimiento de normatividad e instrucciones emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud previas a la fecha de expedición de la presente circular.

Las IPS que cuenten con la clasificación complementaria del Subgrupo A deberán cumplir con las instrucciones que se emitan para este subgrupo, y a su vez todas aquellas que correspondan al grupo en el cual quedó clasificada, siguiendo los criterios de la sección B de la presente circular.

En caso de no cumplir con alguno de los siguientes criterios únicamente contará con su clasificación principal:

Subgrupo	Criterios
A	<p>IPS que se encuentran clasificadas en alguno de los Grupos B, C1, C2, D1, D2, D3, y,</p> <ul style="list-style-type: none"> son único prestador en el municipio, tienen solo habilitados

Subgrupo	Criterios
	<p>servicios en ese municipio, el departamento tiene menos de 19 IPS por cada 100.000 habitantes, y la distancia por carretera del municipio a la capital más cercana es superior a 109 km, o,</p> <ul style="list-style-type: none"> son único prestador en el municipio, tienen solo habilitados servicios en ese municipio, y la distancia por carretera del municipio a la capital más cercana es superior a 167 km, o, son prestador con servicios habilitados en algún municipio sin acceso vial.

Parágrafo. Las entidades que según la Circular número 018 de 2015 (antes de la presente modificación) pertenecían al grupo A deben reclasificarse según los criterios de la sección B. Las instrucciones para el subgrupo A difieren de aquellas que se habían emitido para el grupo A de la CE018 de 2015.

Parágrafo Transitorio. El presente numeral regirá a partir del 30 de abril del 2022.

4.2. Modificación y adición Circular Externa 003 de 2018

4.2.1. Modifíquese el numeral 2 “Ámbito de Aplicación”, el cual quedará así:

“2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente circular Externa está dirigida a las IPS de los grupos C1, C2 y D1, establecidos en la Circular Externa 018 de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud, o las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen”.

4.2.2. Adiciónense las siguientes medidas:

4.2.2.1. Adiciónense la medida 18.1 al numeral 3.3.2.1.1. “Responsabilidades”, así:

“Medida 18.1. 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 la Junta Directiva u órgano de administración que haga sus veces:

a) Aprobar las políticas de la entidad en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad y que son presentadas por el Comité de Riesgos, a partir del trabajo con el área de gestión de riesgos, en caso de que existan, órgano equivalente o de las diferentes áreas de la entidad.

b) Aprobar los reglamentos, manuales de procesos, procedimientos y funciones de las áreas pertenecientes a la entidad, así como sus respectivas actualizaciones.

c) Aprobar el Código de Conducta y de Buen Gobierno, el sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

d) 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.

e) Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo a los riesgos prioritarios.

f) 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.

g) 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.

h) 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 y el tamaño y complejidad de la entidad.

i) Realizar el nombramiento del Comité de Riesgos en caso de que la entidad decida establecerlo, definir sus funciones y aprobar su reglamento, de acuerdo con las normas legales que le apliquen.

j) Pronunciarse y hacer seguimiento sobre los informes periódicos que elabore el Comité de Riesgos y la Revisoría Fiscal, 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.

k) 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 en los casos que aplique.

l) Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas por la instancia responsable.

m) 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.

4.2.2.2. Adiciónense la medida 50.1 al numeral 3.3.2.1.6.3 “Comité de Riesgos”, así:

“Medida 50.1 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 Comité de Riesgos:

a) 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. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.

b) Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el punto anterior, para cada uno de los riesgos identificados.

c) 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.

d) 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.

e) Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la entidad.

f) 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, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.

g) 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 está 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.

h) 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.

i) Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos:

- 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 testing).

- 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.

- 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”.

4.2.3. Modifíquense las medidas 105 y 106 del numeral 3.4 “MEDIDAS DE CONDUCTA”, las cuales quedarán así:

“**Medida 105.** La entidad prestadora de servicios de salud cuenta con lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética en el día a día de la organización. Estos deben contener los principios, valores y directrices que, en coherencia con lineamientos dispuestos en esta circular para el tema de Buen Gobierno, todo empleado de IPS debe ejercer en el ejercicio de sus funciones.

La entidad debe propender por adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas en implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética, transparencia, lucha contra la corrupción, opacidad, fraude, una gestión antisoborno, y un **Código de Integridad** que esté acompañado de valores como **la Honestidad, el Respeto, el Compromiso, la Diligencia y la 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 las medidas anteriores 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 los que se refiere esta medida serán contruidos 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 106. Los lineamientos de Conducta están estructurados, como mínimo, sobre los siguientes órdenes temáticos:

a) Principios éticos y valores institucionales.

b) Código de integridad que reúna valores como la Honestidad, el Respeto, el Compromiso, la Diligencia y la Justicia²².

c) Pautas que guíen las relaciones con cada uno de los grupos de interés de la Entidad.

d) Pautas de conducta frente a la corrupción, la opacidad, el fraude y la gestión antisoborno.

e) Tratamiento a las actuaciones ilegales o sospechosas.

f) Pautas de comportamiento frente a regalos e invitaciones.

g) Principios de responsabilidad social empresarial.

h) Mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de Conducta.

i) 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 los que se refiere esta medida serán contruidos 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”.

5. INSTRUCCIONES PARA TODOS LOS VIGILADOS

5.1. Modificación Circular Externa 009 de 2016

5.1.1. Modifíquese el ASUNTO, el cual quedará así:

“*Por la cual se imparten instrucciones relativas al sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva y reporte de información*”.

5.1.2. Sustitúyase el numeral 3 “Ámbito de Aplicación”, el cual quedará así:

“3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente circular aplica de forma obligatoria a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, a las Empresas de Medicina Prepagada, a los Servicios de Ambulancia Prepagada, a las secretarías municipales, departamentales y distritales de salud, y a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas, privadas y mixtas de los grupos C1, C2 y D1 definidos en el numeral 4.1 de la presente circular, la cual deja sin efecto la Circular Externa 018 de 2015.

En razón a que la presente circular tiene como objetivo proporcionar instrucciones administrativas generales para todos los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud, en el diseño e implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM), **su ámbito de aplicación también incluye a las Empresas Promotoras de Salud Indígenas EPS-I.**

Lo anterior, con fundamento en lo conceptuado por el Director de Consulta Previa del Ministerio del Interior mediante oficio con Nro. OFI15-000034420-DCP-2500 del 21 de agosto de 2015, que, con relación a la necesidad de surtir el trámite de consulta previa en las medidas administrativas adoptadas por la SNS, señaló:

(...) “... *la práctica de medidas especiales ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud sobre las entidades sujetas a su vigilancia se constituye en una medida administrativa de carácter general, puesto que afecta de forma igualmente uniforme a la totalidad de dichas entidades, es decir, de las EPS, entre ellas las EPS de las comunidades tradicionales, por lo cual no están, prima facie, sujetas al deber de consulta previa.*

Así pues, estas medidas administrativas no pueden predicarse de forma específica a los pueblos indígenas pues, de un lado, no van en desmedro de su calidad de vida ni niegan su derecho a la participación, y de otro lado, no están intrínsecamente ligadas, ni guardan vínculo necesario con su definición de identidad, conocimiento, ancestral y autonomía, en el entendido que su aplicación no hace nugatorios sus derechos a la salud ni impide la aplicación de sus conocimientos en medicina tradicional mediante sus instituciones propias, prerrogativas estas que están ampliamente garantizadas por la Constitución Política a las comunidades étnicas desde el punto de vista del enfoque diferencial”. (Resaltado fuera del texto).

Para las IPS de los grupos D2 y D3, el Servicio de Transporte Especial de Pacientes y los Regímenes Especiales y de Excepción, las instrucciones de la presente circular son de adopción voluntaria, a excepción de las siguientes, que son de carácter obligatorio. Es de señalar que la relacionada con la designación de un oficial de cumplimiento es de carácter optativo para las entidades exceptuadas.

Así mismo, para las entidades exceptuadas la designación de un oficial de cumplimiento es opcional, por tanto, no es obligatorio el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el numeral 6.2.2 de la Circular número 009 de 2016.

5.1.3. Modifíquese el numeral 5 y en particular el 5.1.1, los cuales quedarán así:

“5. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA -SARLAFT / PADM

El SARLAFT es el sistema de prevención y control que deben implementar los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para la adecuada gestión del riesgo de Lavado de Activos/ Financiación del Terrorismo - LA/FT, en virtud del cual, tales agentes deben 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.

²² Las entidades públicas seguirán los lineamientos que estipule el Departamento Administrativo de la Función Pública.

El mencionado sistema debe comprender el diseño, aprobación e implementación de políticas y procedimientos para la prevención y control del riesgo de LA/FT. Las políticas y procedimientos que se adopten deben permitir el eficiente, efectivo y oportuno funcionamiento del SARLAFT y traducirse en reglas de conducta y procedimientos que orienten la actuación de la entidad, sus empleados y socios.

Los parámetros establecidos en la presente circular son los mínimos exigidos, por lo que cada vigilado que sea sujeto de esta circular podrá adoptar reglas y prácticas por encima del mínimo exigido.

Aquellas personas jurídicas que ya tienen implementadas políticas, procedimientos y/o sistemas de prevención y control del riesgo de LA/FT, deberán verificar el cumplimiento de los parámetros mínimos dispuestos en la presente circular, realizando las modificaciones a que haya lugar. Esta revisión se debe llevar a cabo, como mínimo una vez al año, sin perjuicio de que se pueda hacer en un periodo inferior por decisión de la Junta Directiva de la entidad vigilada u órgano que haga sus veces, conforme a su análisis de riesgo de LA/FT o de esta Superintendencia en desarrollo de sus actividades de supervisión. En todo caso, las entidades vigiladas deberán realizar esta revisión siempre que se presenten situaciones que requieran la adopción de medidas efectivas para fortalecer el SARLAFT. 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.

La adopción del SARLAFT debe cumplir como mínimo con lo siguiente:

5.1. ETAPAS DEL SARLAFT

El SARLAFT que implementen los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) debe comprender como mínimo las siguientes etapas:

5.1.1 Identificación del riesgo

5.1.2 Evaluación y Medición

5.1.3 Controles

5.1.4 Seguimiento y monitoreo

5.1.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO:

El SARLAFT debe permitir a los Agentes del SGSSS reconocer, explorar exhaustivamente y documentar los riesgos inherentes de LA/FT/FPADM en el desarrollo de su actividad, teniendo en cuenta los factores de riesgo y señales de alerta identificadas en la presente circular, más las que logre identificar la entidad mediante el desarrollo normal del negocio. Asimismo, debe identificarse el riesgo derivado de un nuevo producto 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 los Agentes.

Para identificar el riesgo de LA/FT/FPADM, los Agentes del SGSSS deben como mínimo establecer metodologías para la segmentación de los factores de riesgo. Al aplicar estas metodologías, los Agentes del SSSGS deben estar en capacidad de identificar los factores de riesgo de LA/FT/FPADM, los efectos potenciales y los riesgos asociados. Las entidades supervisadas podrán seleccionar las metodologías y técnicas que consideren más adecuadas, dentro de las que se encuentran encuestas, entrevistas estructuradas con expertos, talleres, y técnicas de escenarios, entre otras.

Así mismo, esta etapa debe estar acompañada de un ejercicio de revisión, evaluación y análisis de contexto interno y externo del vigilado donde se evalúen aspectos como: factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto, los riesgos asociados que podrían materializarse, entre otros, y deben estar claramente documentados, los cuales servirán y deberán estar conectados a la matriz de riesgos y la segmentación de factores". (...)

5.1.4. Modifíquese el párrafo único del numeral 5.2.1 "POLÍTICAS" el cual quedará así:

"5.2.1. POLÍTICAS

Son los lineamientos generales que deben adoptar las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud en relación con el SARLAFT. Durante cada una de las etapas del SARLAFT se debe contar con políticas claras y aplicables.

Como mínimo, las políticas que adopten las entidades deberán:

- Establecer lineamientos para la prevención y resolución de conflictos de interés.
- Señalar los lineamientos que debe adoptar la entidad frente a los factores de riesgo y los riesgos asociados de LA/FT/FPADM.
- Garantizar la reserva de la información reportada conforme lo establece el artículo 105 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF).
- Establecer las consecuencias que genera el incumplimiento del SARLAFT.
- Establecer el compromiso y la exigencia de que los funcionarios antepongan el cumplimiento de las normas en materia de administración de riesgo de LA/FT/FPADM al logro de las metas comerciales.
- Consagrar el deber de los órganos de administración y de control de las entidades vigiladas, del oficial de cumplimiento, así como de todos los funcionarios, de asegurar el cumplimiento de los reglamentos internos y demás disposiciones relacionadas con el SARLAFT.
- Consagrar lineamientos más exigentes de vinculación de clientes y de monitoreo de operaciones de personas nacionales o extranjeras que, por su perfil o por las funciones que desempeñan, pueden exponer en mayor grado a la entidad al riesgo de LA/FT/FPADM.

- Las entidades deben establecer los procedimientos aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de los elementos y las etapas del SARLAFT.

Instrumentar las diferentes etapas y elementos del SARLAFT, que se puede realizar a través de la parametrización de las herramientas tecnológicas establecidas por la entidad para soportar el funcionamiento del mismo". (...)

5.1.4. Modifíquese el numeral 5.2.2 "PROCEDIMIENTOS" hasta el numeral 5.2.2.2.3., el cual quedará así:

"5.2.2. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Las entidades a las que se dirige la presente circular deben establecer procesos y procedimientos aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de los elementos y las etapas del SARLAFT, adoptando los controles que permitan reducir la posibilidad de que las operaciones, negocios y contratos que se hayan realizado o se intenten realizar, sean utilizadas para dar apariencia de legalidad a actividades de LA/FT/FPADM.

Asimismo, el control implica la detección de las operaciones que no se ajustan a la normalidad del negocio o actividad, y el análisis correspondiente para determinar si se tratan de posibles operaciones sospechosas.

Los procedimientos deberán como mínimo:

- Instrumentarlas diferentes etapas y elementos del SARLAFT.
- Identificar los cambios y la evolución de los controles y de los perfiles de riesgo inherente y residual.
- Atender los requerimientos de información por parte de autoridades competentes.
- Dar cumplimiento a las obligaciones relacionadas con listas internacionales vinculantes para Colombia.
- Implementar medidas efectivas para consultar de forma permanente las listas internacionales vinculantes para Colombia.
- Consagrar las sanciones por incumplimiento a las normas relacionadas con el SARLAFT, así como los procesos para su imposición.
- Prever 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:
 - Establecer procedimientos especiales respecto de países de mayor riesgo.
 - Implementar las metodologías para la detección de operaciones inusuales y sospechosas, y el oportuno y eficiente reporte de estas últimas a las autoridades competentes.

"5.2.2.1. Diseño de procedimientos

El diseño de los procedimientos para la implementación del SARLAFT es responsabilidad del Oficial de Cumplimiento de la entidad quien deberá presentarlas para su aprobación al máximo órgano social o junta directiva.

5.2.2.2. Aprobación de procedimientos

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, será el responsable de aprobar el manual de procedimientos del SARLAFT que se aplicará en las empresas obligadas al cumplimiento de esta norma.

En este sentido, el manual de procedimientos del SARLAFT debe estar conformado por medidas y procedimientos suficientes que permitan dar cumplimiento a este objetivo e incluir por lo menos lo siguiente:

5.2.2.2.1. Identificar las situaciones que le generen riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad: Los procedimientos para la prevención del riesgo de LA/FT/FPADM deben contemplar la revisión de todas las etapas del SARLAFT y las operaciones, negocios y contratos que realiza la entidad, con el propósito de identificar las situaciones que puedan generarle riesgo de LA/FT/FPADM. 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. La identificación puede hacerse a través del examen a los procesos establecidos, o consultando la experiencia y opiniones de los asociados, administradores y empleados.

Una vez identificadas las situaciones que puedan generarle riesgo de LA/FT/FPADM según las fuentes de riesgo, el Oficial de Cumplimiento debe elaborar una relación y dejar documentado el análisis de cada una, con el fin de implementar los controles necesarios y facilitar su seguimiento.

Asimismo, cuando la entidad incurra en nuevos mercados u ofrezca nuevos bienes o servicios, el Oficial de Cumplimiento deberá evaluar el riesgo de LA/FT/FPADM que implica, dejando constancia de este análisis.

5.2.2.2.2 Verificación procesos de debida diligencia: Para verificar los procesos de debida diligencia, la Superintendencia Nacional de Salud tendrá en cuenta como mínimo los siguientes procesos:

5.2.2.2.2.1. 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 seguro³³ (Plan Obligatorio de Salud, Sistema de Riesgos Laborales y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), Planes Adicionales de Salud, entre otros). Es así como, para estos casos, no será necesario la identificación del usuario.

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 por un término no menor a cinco (5) años y deberá actualizarse como mínimo anualmente.

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 independientes⁴⁴, 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 digital⁵⁵, biometría, información disponible en los bancos de datos administrados por operadores de información en los términos previstos en la Ley, y/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 Agentes del SGSSS.

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 Expuesta Políticamente (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.

³³ 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.

⁴⁴ 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 adicione. 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.

⁵⁵ De acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 y sus decretos reglamentarios, o las normas que la modifiquen, deroguen o subroguen.

5.2.2.2.2.2. 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.

5.2.2.2.2.3. Conocimiento de los asociados: El SARLAFT que se adopte 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". (...).

5.1.5. Adiciónese al numeral 5.2.2.2.2.6 "Establecer herramientas para identificar operaciones inusuales y/o sospechosas", lo siguiente:

5.2.2.2.2.6.1 Señales de alerta: 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 escapa a lo que la entidad, en el desarrollo del SARLAFT, 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.

5.2.2.2.2.6.2 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. 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 y, en general, los procedimientos que hacen parte del presente Capítulo.

A través de la segmentación las entidades deben 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.

5.2.2.2.2.6.3 Seguimiento de operaciones: Las entidades deben estar en capacidad de hacer seguimiento a las operaciones que realicen sus clientes y usuarios con una frecuencia acorde a la evaluación de riesgo de los factores de riesgo involucrados en las operaciones y monitorear 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 hábeas data previstas para la aplicación de medidas intensificadas de conocimiento al cliente mencionadas en los numerales anteriores".

5.1.6. Adiciónese al numeral 5.2 "Elementos del SARLAFT", lo siguiente:

5.2.3 INSTRUMENTOS

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:

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

5.2.3.2. Matriz de riesgo: Las entidades vigiladas deben contar con una matriz de riesgos para la aplicación e implementación de las etapas del SARLAFT. La matriz de riesgos que diseñen e implementen las entidades vigiladas debe contemplar como mínimo las siguientes características, 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.

Los criterios metodológicos contemplados en el diseño/construcción de la matriz de riesgos, así como la información que sirve de fuente de análisis para esta herramienta, deben ser revisados con una periodicidad mínima anual.

5.2.4 DOCUMENTACIÓN

Las etapas del ciclo general de riesgos y los elementos del SARLAFT implementados por la entidad deben quedar plasmados en documentos y registros, garantizando la integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.

Los procesos y procedimientos mencionados en el numeral 5.2.2, se deben adoptar y plasmar mediante documentos controlados, en los cuales deben quedar claramente definidas las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas para cada uno de los funcionarios de los diferentes órganos involucrados en el SARLAFT.

5.2.4.1 Esta documentación debe contener lo siguiente:

a) Manual de procedimientos del SARLAFT, el cual debe contemplar como mínimo:

- I. Las políticas para la administración del riesgo de LA/FT/FPADM.
- II. Las metodologías para la segmentación, identificación, medición y control del riesgo de LA/FT/FPADM.
- III. La estructura organizacional que garantice el desarrollo del SARLAFT.
- IV. Los roles y responsabilidades de quienes participan en la administración del riesgo de LA/FT/FPADM.
- V. Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas del SARLAFT.

VI. Los procedimientos para identificar, medir, controlar y monitorear el riesgo de LA/FT/FPADM.

VII. Los procedimientos de control interno y revisión del SARLAFT.

VIII. Las estrategias de capacitación y divulgación del SARLAFT.

IX. Los procesos y procedimientos establecidos en el numeral 5.2.2 de esta circular.

b) Los documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SARLAFT.

c) Los informes de la junta directiva, el representante legal, el oficial de cumplimiento y los órganos de control.

5.2.4.2 La entidad debe mantener en todo momento y a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud, la documentación e información mencionadas en la presente circular y previendo como mínimo lo siguiente:

a) Las actas del máximo órgano social, o del empresario en el caso de las empresas unipersonales, o del accionista único en la sociedad por acciones simplificada unipersonal, donde conste la aprobación de las políticas del SARLAFT, así como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.

b) Actas de nombramiento del Oficial de Cumplimiento y documentación necesaria para verificar requisitos establecidos para ejercer dicho rol.

c) Las políticas para la administración del SARLAFT.

d) Los instructivos o manuales que contengan los procesos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas y procedimientos aprobados del SARLAFT. Estos documentos deberán ser firmados por el representante legal principal y ser de fácil consulta y aplicación al interior de la organización.

e) Las metodologías y procedimientos para la identificación, medición, control y el monitoreo de los riesgos identificados. A su vez, el establecimiento de los niveles de aceptación y tolerancia al riesgo.

f) Los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento.

g) Los informes presentados por la Auditoría Interna y el Revisor Fiscal sobre el funcionamiento del SARLAFT.

h) Las constancias de envío de los Reportes de Operaciones Sospechosas - ROS remitidos a la UIAF, y demás reportes solicitados por esta Unidad.

i) Las constancias de las capacitaciones impartidas a todo el personal de la empresa y estrategias de divulgación sobre el SARLAFT.

j) Las actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento y del Revisor Fiscal y Auditoría Interna.

k) Matriz de riesgos del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, 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.

l) Plan de acción de ejecución del SARLAFT.

Las políticas, 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 que estén referenciados en esta circular deben estar a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud para ser revisados y validar que cumplen con lo establecido en las instrucciones emitidas. La SNS en virtud de sus funciones de IVC, podrá requerir dicha información en cualquier momento”.

5.1.7. Modifíquese el numeral 6.1 “JUNTA DIRECTIVA O QUIEN HAGA SUS VECES”, el cual quedará así:

Para la implementación del SARLAFT se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a la Junta Directiva u órgano de administración que haga sus veces. En caso de que por su naturaleza jurídica no exista dicho órgano, estas funciones corresponderán al representante legal:

a) Diseñar y actualizar las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que harán parte del SARLAFT, para una posterior aprobación por la Asamblea o el máximo órgano social o quien haga sus veces.

b) Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.

c) Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT, teniendo en cuenta las características del riesgo de LA/FT/FPADM y el tamaño de la entidad. Este equipo de trabajo humano y técnico debe ser de permanente apoyo para que el Oficial de Cumplimiento lleve a cabalidad sus funciones.

d) Asignar un presupuesto anual para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de personal, capacitación, asesorías, consultorías, y lo necesario para mantener la operación del SARLAFT en la compañía y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento y su equipo.

e) Designar al Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente. Para efectos de dar cumplimiento a esta circular, la Junta Directiva o quien haga sus veces dará a conocer el nombramiento del Oficial de Cumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud, indicando nombre, profesión, cargo adjunto o de desempeño alterno (si procede), teléfonos de contacto y correo electrónico. Esta información y su respectiva actualización o modificación, deberá realizarse a través del módulo de datos generales o aplicativos de reporte de información que la Superintendencia Nacional de Salud disponga para ellos. En el caso de las entidades públicas la designación se realizará de acuerdo a los términos de ley que les aplique.

f) Incluir en el orden del día de sus reuniones, la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento, por lo menos una vez al año o cuando este lo determine necesario.

g) Pronunciarse sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal y realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas.

h) Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y Reporte de las Operaciones Sospechosas (ROS).

i) Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo del SARLAFT.

j) Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de las operaciones inusuales.

5.1.8. Adiciónese el párrafo único al numeral 6.2.1 “OFICIAL DE CUMPLIMIENTO”, así:

“(…) Para el caso del Oficial de Cumplimiento suplente, debidamente designado al interior de la organización (quien será el reemplazo en ausencia parcial o total del Oficial de Cumplimiento), debe cumplir como mínimo, los requisitos establecidos en los literales **b a l 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, D2 y D3, el Servicio de Transporte Especial de Pacientes y los Régimen Especiales y de Excepción no deben contar con un Oficial de Cumplimiento de acuerdo con las disposiciones contenidas en el presente numeral. 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. (…)

5.1.9. Adiciónese el numeral 6.4 “Auditoría Interna, o quien ejecute funciones similares, o quien haga sus veces”, así:

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones a la Auditoría Interna, o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, esta debe evaluar semestralmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SARLAFT, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, debe informar los resultados de la evaluación al Oficial de Cumplimiento y a la Junta Directiva.

La Auditoría Interna, o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, debe realizar una revisión periódica de los procesos relacionados con las parametrizaciones de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico”.

5.1.10. Modifíquese el numeral 7 “INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA”, el cual quedará así:

“7 INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

Las entidades deben disponer y utilizar la infraestructura tecnológica y los sistemas necesarios para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del SARLAFT, los cuales deben generar informes confiables inmodificables y que garanticen la consulta permanente 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 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 del riesgo LAFT.
- b) Consolidar las operaciones de los distintos factores de riesgo, de acuerdo con los criterios establecidos por la entidad.
- c) 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.

Adicionalmente, deben 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.

De igual manera, los parámetros utilizados en las aplicaciones informáticas para el SARLAFT deben ser revisados periódicamente, como mínimo una vez al año”.

5.1.11. Elimínese de la Circular Externa 009 de 2016, lo siguiente:

- Numeral 8.4 “MONITOREO Y SEGUIMIENTO”
- Numeral 10 “DOCUMENTACIÓN”
- Numeral 11 “ANEXOS TÉCNICOS”
- Numeral 12.2 “PERIODO DE TRANSICIÓN”

5.2. 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 circular, 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.

En la medida en que se logren los objetivos antes mencionados, el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF), brindará mayor seguridad a los diferentes grupos de interés que interactúan con la entidad y al Sistema de salud en Colombia. A su vez, 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.

Así mismo, 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, y se aplican para cada uno de los aspectos que se tratan en la presente circular. 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.

5.2.1. Definiciones

Para efectos de la presente circular, los siguientes términos deben entenderse de acuerdo con las definiciones que a continuación se mencionan⁶⁶:

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.

CANAL ANTICORRUPCIÓN: Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de fraude, opacidad o corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.

CIBERCRIMEN: Actividades ilícitas que se llevan a cabo para robar, alterar, manipular, enajenar o destruir información o activos (como dinero, valores o bienes desmaterializados) de compañías, valiéndose de herramientas informáticas y tecnológicas⁷⁷.

COHECHO: Delito que comete un particular, que ofrece a un funcionario público o persona que participa en el ejercicio de la función pública dádiva, retribución o beneficio de cualquier clase para sí o para un tercero, para que ejecute una acción contraria a sus obligaciones, o que omita o dilate el ejercicio de sus funciones⁸⁸.

COLUSIÓN: Pacto o acuerdo ilícito, es decir, acuerdo anticompetitivo para dañar a un tercero en procesos de contratación pública.

CONCUSIÓN: Acción realizada por un funcionario público en abuso de su cargo, para inducir a otra persona a dar o prometer a él mismo o a una tercera persona, el pago de dinero u otra utilidad indebida⁹⁹.

CONDUCTA IRREGULAR: Hace referencia a incumplimientos de leyes, regulaciones, políticas internas, reglamentos o expectativas de las organizaciones respecto a la conducta, ética empresarial y comportamientos no habituales.

CONFLICTO DE INTERÉS: Situación en virtud de la cual una persona (funcionario, contratista o tercero vinculado al sector salud), debido a su actividad se enfrenta a distintas situaciones frente a las cuales podría tener intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede ser privilegiado en atención a sus obligaciones legales o contractuales¹⁰¹⁰.

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 detrimento¹¹¹¹.

CONTRAPARTE(S): Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la organización y sus filiales y subordinadas tiene vínculos comerciales, de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Es decir, accionistas, socios, colaboradores o empleados de la empresa, clientes y proveedores de bienes y servicios.

CONTROL DE RIESGOS: Parte de la administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos para minimizar los riesgos adversos¹²¹².

CORRUPCIÓN: Obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información¹³¹³.

CORRUPCIÓN PRIVADA: El que directamente o por interpuesta persona prometa, ofrezca o conceda a directivos, administradores, empleados o asesores de una sociedad, asociación o fundación una dádiva o cualquier beneficio no justificado para que le favorezca a él o a un tercero, en perjuicio de aquella. En este tipo el beneficio es para una persona natural o empresa privada.

CORRUPCIÓN PÚBLICA: Cuando en el acto de Corrupción intervienen funcionarios públicos y/o la acción reprochable recaiga sobre recursos públicos¹⁴¹⁴.

DENUNCIA: Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar¹⁵¹⁵.

⁶⁶ Debe tenerse en cuenta que algunos términos no están contenidos en la circular, pero hacen parte de delitos conexos a la corrupción, la opacidad y el fraude.

⁷⁷ KPMG Advisor Services Ltda., Encuesta de Fraude en Colombia 2013.

⁸⁸ Artículos 405-407 del Código Penal.

⁹⁹ Artículo 404 del Código Penal.

¹⁰¹⁰ Tomado de la real academia española <https://dej.rae.es/lema/conflicto-de-intereses>.

¹¹¹¹ DAFP. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano -MECI- 2014. Página 64. Ver DAFP. Guía para la Administración del Riesgo. Bogotá, 2009. Página 25.

¹²¹² AS 8001- 2008.

¹³¹³ Esta definición, promovido por el movimiento internacional de lucha contra la corrupción, Transparencia Internacional, ha sido acogida por la Corporación Transparencia por Colombia. Tomada del documento Guía práctica para la gestión de Conflictos de Interés en la Gestión Administrativa, página 12. Consultar en el sitio http://issuu.com/transparenciaporcolombia/docs/4_conflicto-de-intereses

¹⁴¹⁴ Tomado de la real academia española <https://dej.rae.es/lema/corrupci%C3%B3n-p%C3%BAblica>

¹⁵¹⁵ Presidencia de la República de Colombia, Secretaría de Transparencia, “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2”, 2015, página 37.

ESTAFA: Es un delito contra el patrimonio económico, donde una persona denominada estafador, genera una puesta en escena y se aprovecha de la buena voluntad para presentar negocios inexistentes y obtener algún beneficio como sumas de dinero.

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

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

FACTORES DE RIESGO: Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.

FAVORITISMO: Preferencia dada al “favor” sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante¹⁶¹⁶.

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 servicios¹⁷¹⁷.

A continuación, se enuncian algunas actividades constitutivas de Fraude, sin que se constituya en una lista taxativa cerrada:

- Cualquier acto encaminado a defraudar o que se ejecute con intención deshonestas;
- Apropiación indebida de fondos, títulos valores, suministros de oficina o cualquier otro activo de la entidad y/o sus clientes;
- Manejo inapropiado de dinero o transacciones financieras, incluyendo los respectivos reportes;
- Generación de ganancias personales a partir del conocimiento de información de las actividades internas de la Entidad;
- Revelar información confidencial y propietaria a terceros con el fin de obtener una ganancia, y
- Cualquier irregularidad similar o relacionada con las aquí mencionadas.

FRAUDE EXTERNO: Se define como los actos realizados por una persona externa a la entidad, que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de la misma o incumplir normas o leyes.

FRAUDE INTERNO: Se define como todos aquellos actos que de forma intencional buscan la apropiación indebida de activos o busca causar las pérdidas que se ocasionan por actos cometidos con la intención de defraudar, malversar los activos o la propiedad de la entidad. Estos actos son realizados por al menos un empleado o administrador de la Entidad.

HURTO: Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro¹⁸¹⁸.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo. Implica la identificación de las fuentes de riesgo, los eventos, sus causas y consecuencias potenciales.

IMPACTO: Consecuencias o efectos que puede generar la materialización del Riesgo de Corrupción en la entidad¹⁹¹⁹.

INFORMACIÓN PRIVILEGIADA: Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello²⁰²⁰.

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

NIVEL DE RIESGO: Magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos expresada en probabilidad e impacto o consecuencias.

OPACIDAD: Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.

PECULADO: Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones²¹²¹.

¹⁶¹⁶ Real Academia Española.

¹⁷¹⁷ AS 8001- 2008.

¹⁸¹⁸ Artículo 239 del Código Penal Colombiano.

¹⁹¹⁹ DAFP. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014. Pág. 68.

²⁰²⁰ Artículo 6°, literal e), de la Ley 1712 de 2014.

²¹²¹ Artículo 397, 398 y 399 del Código Penal.

PIRATERÍA: Obtención o modificación de información de otros, sin la debida autorización, ya sea una página web, una línea telefónica, computador o cualquier Sistema informático de una entidad²²²².

POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO: Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.

PREVARICATO POR ACCIÓN: Actuación voluntaria de un funcionario público para proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.

PREVARICATO POR OMISIÓN: Actuación voluntaria de un funcionario público para dejar de ejecutar o cumplir con un acto propio de sus funciones²³²³.

PROBABILIDAD/ POSIBILIDAD: Oportunidad que algo suceda²⁴²⁴.

RIESGO: Cualquier evento, amenaza, acto u omisión que en algún momento pueda comprometer el logro de los objetivos de la entidad²⁵²⁵.

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

SOBORNO: Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control²⁶²⁶.

SOBORNO TRANSNACIONAL: El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional²⁷²⁷.

SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE - SICOF: Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:

- Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de las entidades sometidas a inspección y vigilancia evitando situaciones de Corrupción, Opacidad y Fraude. Para el efecto, se entiende por eficacia la capacidad de alcanzar las metas y/o resultados propuestos; y por eficiencia la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.
- Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad y Fraudes, originados tanto al interior como al exterior de las organizaciones.
- Realizar una gestión adecuada de los Riesgos.

TRÁFICO DE INFLUENCIAS: Utilización indebida, en provecho propio o de un tercero, de influencias derivadas del ejercicio del cargo público o de la función pública, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que este se encuentre conociendo o haya de conocer. Incluye el ejercicio indebido de influencias por parte de un particular sobre un servidor público en asunto que este se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico.²⁸²⁸

VANDALISMO: Acciones físicas que atenten contra la integridad de los elementos informáticos, la infraestructura, entre otros, cuya finalidad es causar un perjuicio, por ejemplo, la paralización de las actividades, como medio de extorsión o cualquier otro.

La adopción del SICOF debe como mínimo cumplir con lo siguiente:

5.2.2. Etapas del SICOF

El SICOF que implementen los vigilados mencionados en el ámbito de aplicación, deben comprender como mínimo las siguientes etapas:

- 3.3.3.1 Identificación
- 3.3.3.2 Medición
- 3.3.3.3 Control
- 3.3.3.4 Monitoreo

5.2.2.1. Identificación

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, teniendo en cuenta los factores de riesgo definidos en esta circular.

²²²² Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura -UNESCO. http://portal.unesco.org/culture/es/ev.php-URL_ID=39397&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

²³²³ Artículo 413 y 414 del Código Penal.

²⁴²⁴ Ver ICONTEC. NTC31000:2011. Gestión del Riesgo. Términos y Definiciones. Numeral 2.19. Bogotá, 2011. Página 22. Ver Función Pública. Guía para la Administración del Riesgo. 2011. Página 24. Ver Función Pública. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano -MECI- 2014. Página. 68.

²⁵²⁵ DAFP. Guía para la Administración del Riesgo. Bogotá, 2011. Página. 13.

²⁶²⁶ Diccionario de la Real Academia Española - RAE. Ver el enlace: <http://dle.rae.es>

²⁷²⁷ Artículo 433 del Código Penal.

²⁸²⁸ Ley 1474 de 2011, artículo 411.

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) Identificar los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos, con base en las metodologías establecidas en desarrollo del literal anterior.
- e) La etapa de identificación deberá realizarse previamente a la implementación o modificación de cualquier proceso.

5.2.2.2. Medición

A partir de esta etapa, se gestionará la detección para trabajar en el refuerzo de reporte de estos actos cuando se consolide la presunción, tentativa o materialización. 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. 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 de los establecidos mecanismos de detección 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.

Una vez concluida la etapa de identificación, 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.

5.2.2.3. Control

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.
 - i) Establecer de manera clara los responsables de llevar a cabo la actividad de control.
 - ii) Definir una periodicidad mínima para su ejecución.
 - iii) Indicar cuál es el propósito del control.
 - iv. Establecer el cómo se realiza la actividad de control.
 - v. indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.
 - vi) Dejar evidencia de la ejecución del control.
- b) De acuerdo con la metodología establecida en desarrollo del literal anterior de la presente circular, implementar las medidas de control sobre cada uno de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- c) Estar en capacidad de determinar el perfil de riesgo residual de la entidad.

Esta etapa corresponde a la gestión de los eventos de Corrupción, Opacidad y Fraude, principalmente se busca tomar las medidas conducentes a reducir la probabilidad y el impacto causado por los eventos, la entidad podrá determinar y adoptar los controles o medidas conducentes a controlar el riesgo inherente. Para lo cual deberá 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, para lo cual la entidad deberá 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.

5.2.2.4. Monitoreo

Las entidades deben hacer un monitoreo periódico del perfil de riesgo. Para el efecto, estas 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) Establecer indicadores descriptivos y/o prospectivos que evidencien los potenciales Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- c) Asegurar que los controles estén funcionando en forma oportuna, efectiva y eficiente.
- d) Asegurar que los riesgos residuales se encuentren en los niveles de aceptación establecidos por la entidad.
- e) 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 a las políticas establecidas y aprobadas, el cual debe estar a disposición de las autoridades competentes.

5.2.3. Elementos del SICOF

Para el cumplimiento de los principios y objetivos indicados con anterioridad, las entidades vigiladas deben consolidar una estructura para implementar el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF), que considere por lo menos los elementos que se señalan a continuación:

- 3.3.4.1 Políticas
- 3.3.4.2 Procedimientos
- 3.3.4.3 Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude
- 3.3.4.3 Mecanismos
- 3.3.4.4 Instrumentos
- 3.3.4.5 Estructura organizacional
- 3.3.4.6 Documentación
- 3.3.4.7 Plataforma tecnológica
- 3.3.4.8 Divulgación de información y capacitaciones

5.2.3.1. Políticas

Son los lineamientos generales que las entidades deberán adoptar en relación con el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF).

Cada una de las etapas y elementos del Subsistema deberán contar con unas políticas claras y efectivamente aplicables y las que se adopten deben permitir un adecuado funcionamiento del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF), y traducirse en reglas de conducta y procedimientos que orienten la actuación de la entidad.

Las políticas que adopten las entidades deberán cumplir con los siguientes requisitos mínimos, los cuales deben estar alineados con lo establecido en el código de conducta y buen gobierno adoptado por la entidad:

- a) Impulsar a nivel institucional la cultura en materia de prevención de la Corrupción, Opacidad y Fraude.
- b) 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 del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- c) Permitir la prevención y resolución de conflictos de interés en la recolección de información en las diferentes etapas del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF), especialmente para el registro de eventos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- d) Permitir la identificación de los cambios en los controles y en el perfil de Riesgo.

5.2.3.1.1. Diseño de políticas

El diseño de las políticas para la implementación del SICOF es responsabilidad de la Junta Directiva o de quien haga sus veces y cuando esta no exista, del representante legal principal de la entidad y/o en todo caso quien haga sus veces o sea nombrado por mandato legal.

5.2.3.1.2. Aprobación de las políticas

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, será el responsable de aprobar las políticas del SICOF que se aplicarán en las entidades vigiladas.

5.2.3.1.3. Constancia de la aprobación de las políticas

La aprobación de las políticas del SICOF debe quedar debidamente documentada mediante acta y esta debe quedar a disposición de la SNS y, asimismo, deberá quedar

incluida en las actividades que desarrollará la entidad, de acuerdo con las disposiciones que se mencionan en el numeral 3.3.4.6 Documentación, que hace parte integral de este mismo documento.

5.2.3.1.4. Comunicación de políticas

Las políticas y procedimientos adoptados para la implementación del SICOF deberán ser comunicadas a la totalidad de empleados, socios, directivos, administradores y cualquier otra persona que tenga vinculación con la entidad, con el fin de asegurar que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización. De igual manera, las políticas del SICOF deben hacer parte integral del Código de Ética de cada entidad para que oriente la actuación de los funcionarios y establezca procedimientos sancionatorios y consecuencias frente a su incumplimiento.

5.2.3.2. Procedimientos

Las entidades deberán establecer los procedimientos aplicables 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).

Los procedimientos que en esta materia adopten las entidades deben contemplar, como mínimo, los siguientes requisitos:

- a) Instrumentar las diferentes etapas y elementos del SICOF.
- b) Identificar los cambios y la evolución de los controles, así como del perfil de Riesgo.
- c) Adoptar las medidas por el incumplimiento del SICOF.

5.2.3.3. Mecanismos

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF) deberá permitir a las entidades establecer cuándo existe una posible actividad de Corrupción, Opacidad o 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 del mismo.

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, de reportar ante la autoridad competente; dejando evidencia de esto y guardando la debida reserva ante tal reporte, dejando la salvedad de que la entidad está en obligación de reportar el evento a las autoridades competentes de manera inmediata y eficiente. En caso de que la Superintendencia solicite un informe sobre los reportes realizados, es de aclarar que dicho informe debe ser estadístico por clasificación de actividades, más no el detalle de cada caso.

5.2.3.4. Instrumentos

Los instrumentos mínimos con los que deben contar los sujetos obligados para la adecuada, efectiva y eficiente gestión del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF) 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.

5.2.3.5. 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). Así mismo, se deben establecer como mínimo las siguientes funciones a cargo de los órganos de dirección, administración y demás áreas de la entidad.

5.2.3.5.1. Junta Directiva u órgano que haga sus veces

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF), debe contemplar como mínimo las siguientes funciones a cargo de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces:

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

d) Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude de la entidad.

e) Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICOF, que realicen los órganos de control.

f) Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOF.

g) Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF.

h) Conocer los informes relevantes respecto del SICOF, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.

i) Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias a través de informes periódicos que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, sobre la gestión del mismo en la entidad y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.

j) Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formulen el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del mismo y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.

k) Analizar los informes que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos de Corrupción, Opacidad o Fraude y evaluar la efectividad de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.

Todas las decisiones y actuaciones que se produzcan en desarrollo de las atribuciones antes mencionadas deben constar por escrito en el acta de la reunión respectiva y estar debidamente motivadas.

5.2.3.5.2. Representante Legal

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, son funciones mínimas del Representante Legal:

- a) Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- b) Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF).
- c) Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
- d) Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de este Riesgo implica para la entidad.
- e) Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
- f) Recibir y evaluar los informes presentados por el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, de acuerdo con los términos establecidos en la presente circular.
- g) Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la presente circular.
- h) 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.

5.2.3.5.3. Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del 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.

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) 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.
- n) 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.
- o) 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.
- p) Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
- q) Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarlos) 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.

Adicionalmente, debe mantener a disposición del auditor interno, el revisor fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SICOF, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.

5.2.3.5.4. Órganos de control

Las entidades deben establecer instancias responsables de efectuar una evaluación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF). Dichas instancias informarán, de forma oportuna, los resultados a los órganos competentes.

Los órganos de control serán por lo menos los siguientes: Revisoría Fiscal y Auditoría Interna o quien ejerza el control interno.

5.2.3.5.4.1. Revisoría Fiscal

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

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

5.2.3.5.4.2. Auditoría Interna o quien ejerza el control interno

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

5.2.3.6. Documentación

Respecto a la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF), la Superintendencia Nacional de Salud

puede exigir, a través de la supervisión in situ o extra situ, los manuales, formatos, procedimientos y demás documentos específicamente requeridos en el cuerpo de la presente circular, algunos de los cuales se relacionan a continuación, sin perjuicio de cualquier otra información que estime pertinente en ejercicio de sus atribuciones legales:

Así mismo, 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. La documentación debe incluir como mínimo:

- a) Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude.
 - b) Los documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SICOF.
 - c) Los informes de la Junta Directiva, el Representante Legal y los órganos de control en los términos de la presente circular.
 - d) Mapa de Riesgos del SICOF, 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) Metodología e instrumentos para la gestión de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude en la entidad, incluyendo la definición y funciones de los comités u órganos responsables.
 - f) 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.
 - g) Documento que soporte la comunicación a todos los funcionarios de la entidad del mapa de Riesgos y de las políticas y metodologías a que se refieren los numerales anteriores.
 - h) Los análisis del registro de eventos de Corrupción, Fraude y Opacidad deben permitir establecer procesos de prevención y anticipación logrando:
 - 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.
- Por último, cabe anotar que los criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de los documentos aquí mencionados, de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 962 de 2005, deben conservarse por un período de diez (10) años. Vencidos dichos periodos, pueden ser destruidos siempre que, por cualquier medio técnico adecuado, se garantice su reproducción exacta, sin perjuicio de los términos establecidos en normas especiales.
- #### **5.2.3.6.1. 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 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 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) Los procedimientos que deben implementar los órganos de control frente al SICOF.
 - h) 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.
 - i) Políticas sobre protección a las personas que informen sobre posibles casos de corrupción, opacidad o fraude bajo el principio de buena fe frente a represalias.
 - j) Políticas sobre confidencialidad de las personas que informen sobre posibles casos de corrupción, opacidad o fraude y de la identidad de los denunciantes.
 - k) 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.
 - l) Mecanismos para evitar el uso de información privilegiada o reservada.
 - m) Consecuencias de la inobservancia del manual de la prevención del SICOF.

n) 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.

5.2.3.7. Plataforma tecnológica

Las entidades, de acuerdo con sus actividades y tamaño, deben contar con la tecnología y los Sistemas necesarios para garantizar el adecuado funcionamiento del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF).

5.2.3.8. 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.

La divulgación de la información debe hacerse en forma periódica y estar disponible, cuando así se requiera. Así mismo, las entidades deben 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.

En el caso del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF), el reporte externo que debe efectuar es en relación con las posibles actividades de Corrupción, Opacidad o Fraude, es deber del oficial de cumplimiento reportar a las entidades competentes según la actividad.

Así mismo, la entidad debe mantener una comunicación eficaz, que fluya en todas las direcciones a través de todas las áreas de la organización. Adicionalmente, cada empleado debe conocer el papel que desempeña dentro de la organización y dentro del SICOF, y la forma en la cual las actividades a su cargo están relacionadas con el trabajo de los demás. Para el efecto, 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.

Ahora bien, en relación con los canales de comunicación, la entidad 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 de 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. Estos canales de comunicación particulares para la recepción deben contar con salvaguardias que garanticen la confidencialidad de la información y de la identidad de la persona que está entregando la información. 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.

5.2.3.9. Capacitación

Las entidades deben diseñar, programar y coordinar planes de capacitación sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF), dirigidos a todas las áreas y funcionarios.

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

- Periodicidad anual.
- Ser impartidos durante el proceso de inducción de los nuevos funcionarios.
- Ser impartidos a los terceros siempre que exista una relación contractual con estos y desempeñen funciones de la entidad.
- Ser constantemente revisados y actualizados.
- 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.

5.2.4. 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, debe entenderse que la información requerida por las autoridades judiciales y administrativas de parte de las entidades vigiladas por esta Superintendencia, son de carácter confidencial y privada, y está subordinada a los fines de la Administración de justicia y de las investigaciones que realizan dichas autoridades.

Lo anterior, en tanto sea ejercida por funcionarios competentes y tenga por objeto garantizar el derecho de todos los ciudadanos. Esta situación, considerada de orden público, permite levantar y ceder las prerrogativas de la reserva sobre los papeles privados. En los eventos en los cuales esta Superintendencia, en ejercicio de sus facultades legales, o alguna otra autoridad competente, investigue sobre los mismos, las entidades vigiladas deben guardar absoluta reserva sobre el contenido de tales investigaciones.

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 solo es un deber, sino que su incumplimiento, acarrea la imposición de sanciones, incluso de índole penal.

6. ANEXO TÉCNICO

Modifíquese el Anexo Técnico GT001 del numeral 4.4 Anexos Técnicos de la Circular Externa 007 de 2017 de la Superintendencia Nacional de Salud.

ARCHIVO TIPO GT001

Reporte de Implementación del Código de Conducta y de Buen Gobierno

• **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Empresas Promotoras de Salud, Empresas de Medicina Prepagada y Servicios de Ambulancia Prepagada.

PERIODICIDAD: Anual.

FECHA DE CORTE: 30 de septiembre

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte.

• **TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - Grupos C1, C2 y 01 de la presente circular y normas que la modifiquen o sustituyan).

PERIODICIDAD: Anual.

FECHA DE CORTE: 30 de septiembre

FECHA DEL REPORTE: 20 días calendario después de la fecha de corte.

Elemento		GT001			
#	Identificador	Atributo	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	nummed	Número de la medida	Número de la medida de acuerdo al Código de Conducta y de Buen Gobierno	3	Numérico
2	respmed	Respuesta a	1:= Si la respuesta es "Si se cumple".	1	Alfanumérico

Elemento		GT001			
#	Identificador	Atributo	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
		la adopción o no de la medida	0:= Si la respuesta es "No se cumple". N:= Si la respuesta es "No aplica".		co
3	medexp	Explicación	Explicación de la adopción o no de la medida.	3,000	Alfanumérico

7. DEROGATORIAS

La Circular Externa 018 de 2015 queda derogada a partir del 30 de abril de 2022, fecha a partir de la cual empieza a regir el numeral 4.1 de la presente circular.

8. PERIODO DE TRANSICIÓN

La implementación de los elementos descritos en el numeral 5.2 cuenta con un plazo máximo para su implementación de 12 meses a partir de la expedición de la presente circular.

9. VIGENCIA

La presente circular rige a partir de su publicación y promulgación en el *Diario Oficial*. Las entidades obligadas al cumplimiento de lo dispuesto en esta circular deben adaptar sus procesos a las condiciones aquí establecidas, sin perjuicio del cumplimiento de la normatividad vigente.

10. CONTROL AL CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR

De conformidad con lo establecido en los numerales 11 y 12 del artículo 130 y de acuerdo con el artículo 131 de la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1949 de 2019, la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en esta circular dará lugar a la imposición de multas hasta de 8.000 Salarios Mínimo Legales Mensuales Vigentes (smlmv) a entidades que se encuentren dentro del ámbito de la vigilancia de esta Superintendencia, así como a título personal hasta 2.000 smlmv a los Representantes Legales de estas ya sean de carácter público o privado, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, los revisores fiscales, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud, o a la revocatoria del certificado de habilitación de las entidades vigiladas, si a ello hubiere lugar, sin perjuicio de las acciones que le correspondan a otras autoridades competentes y demás facultades sancionatorias que esta Superintendencia tiene bajo el ámbito normativo.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 17 de septiembre de 2021.

La Asesora Encargada de las Funciones del Superintendente Nacional de Salud,

Paola Andrea Castellanos Guerra.

(C. F.).