

MANUAL DE PREVENCIÓN DE LA CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude procura prevenir y controlar los riesgos de este tipo que se presenten en las entidades llamadas a gestionarlos. Por tanto, se busca establecer las directrices y lineamientos para establecer todos los mecanismos de prevención, detección y reporte de todos estos actos.

1. ASPECTOS GENERALES SICOF

Los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude afectan el bien común, dado que comprometen diferentes aspectos organizacionales y menoscaban la capacidad de prestación de servicios de manera óptima. En este sentido, comprender en qué consiste, de manera generalizada el fraude, permite mejorar la respuesta organizacional frente a este fenómeno.

1.1 Tipologías de fraude

Los fraudes corporativos pueden dividirse en tres categorías principales:

Fraude de estados financieros: Consiste en la deliberada presentación errónea de los Estados Financieros de la Organización Clínica General del Norte, a través de la presentación intencionalmente errónea de cifras o revelaciones, o de su omisión en los Estados Financieros con el fin de engañar a los interesados en los Estados Financieros.

Apropiación indebida o malversación de activos: Es el hurto o utilización indebida de activos de Organización Clínica General del Norte o bajo responsabilidad de los colaboradores para el beneficio propio o de terceros, generando pérdidas a la organización. Esta tipología involucra la administración de efectivo, activos fijos y administración de la información de reserva incluyendo el cibercrimen.

Sustracción de activos: Esta categoría puede dividirse en dos grandes categorías: la sustracción que involucra efectivo y aquella que no involucra efectivo.

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

- **Desembolsos fraudulentos:** consiste en la generación de desembolsos para cubrir servicios no prestados, a través de estrategias como: facturación falsa, falsificación de cheques, etc.

- **Ocultamiento:** consiste en el hurto de efectivo antes de registrarse en el sistema de información de la Organización Clínica General del Norte.
- **Robo de efectivo:** consiste en el hurto de efectivo después de registrarse en el sistema de información de la Organización Clínica General del Norte.

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

Lavado de activos: Comprende toda actividad que pretende dar apariencia de legalidad a dinero de procedencia ilícita.

Incumplimiento de la normativa interna y externa: Se refiere a una actividad ilícita en la cual se identifique incumplimiento de las políticas internas y externas de Organización Clínica General del Norte, con el fin de obtener un beneficio personal o para un tercero. Esta tipología puede presentarse en las siguientes situaciones:

- Falsificación o alteración de documentos o registros exigidos por la normatividad interna o externa.
- Infracción a la propiedad intelectual
- Violación de las políticas internas de la organización por los colaboradores
- Omisión o impedir la implementación de controles

1.2 Factores generadores de fraude

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

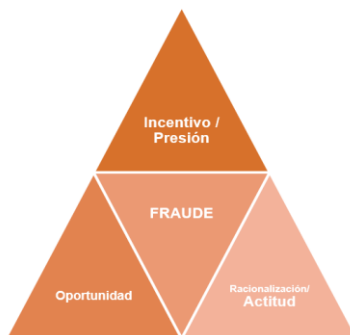


Imagen 1

- **Incentivos o presiones:** Las presiones pueden ser reales o percibidas, como las presiones financieras personales o presiones para lograr objetivos o metas corporativas. Igualmente, pueden existir incentivos que incrementan la probabilidad de fraude, tales como bonos de la administración con base en el logro de los objetivos financieros.
- **Racionalización:** La racionalización es el proceso mediante el cual la persona que comete fraude justifica el crimen. A menudo incluye una actitud o un sentimiento de derecho o la creencia de que la organización puede permitirlo.
- **Oportunidades:** Las oportunidades de cometer fraude se pueden manifestar de diferentes maneras, como la implementación de controles inadecuados o la elusión de actividades de control o monitoreo. Adicional a esto, la baja percepción de la detección o de las consecuencias sin sentido para comportamientos inapropiados dentro de la organización, genera mayores oportunidades para que ocurra un fraude.

2. ETAPAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SICOF

La implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF en la Organización Clínica General del Norte y sus Unidades de Atención Integral Ambulatoria comprende las etapas de Identificación, Medición, Control y Monitoreo. Para ello, se establece e implementan las disposiciones que se hallan en el documento [D-PRE-001 METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES](#).

3. ELEMENTOS DEL SICOF

La Organización Clínica General del Norte tiene en cuenta los elementos que se describen a continuación para la consolidación de la estructura que le permite implementar el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF.

3.1. Políticas

La Organización Clínica General del Norte (OCGN) cuenta con la [D-PRE-001 METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES](#) diseñada y aprobada por la **Junta Directiva**, dejando constancia de ello en los respectivos Libros de Actas. Esta es comunicada a todas las partes interesadas, considerando las disposiciones establecidas en el [M-CGS-001 MANUAL DE COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL](#), y se incluye de forma integral en el [D-PRE-005 CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO](#), con el propósito de orientar la actuación de los colaboradores, así como también de establecer sanciones y consecuencias por su incumplimiento.

3.2. Procedimientos

La Organización Clínica General del Norte cuenta con diferentes documentos que permiten la adecuada implementación y el funcionamiento del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, los cuales se describen a continuación:

[PL-JDC-001 POLITICA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS](#)

[PG-PRE-001 PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES](#)

[D-PRE-005 CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO](#)

[D-PRE-001 METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES](#)

[P-GHU-001 SELECCIÓN DE PERSONAL](#)

[P-GHU-003 INDUCCIÓN DE PERSONAL](#)

[P-GHU-006 CONTRATACIÓN DEL PERSONAL](#)

[P-COM-007 AUTOEVALUACIÓN, SELECCIÓN, SEGUIMIENTO Y REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES](#)

Por otro lado, es importante resaltar que lo dispuesto en este manual se alinea directamente al [PG-AIN-001 PROGRAMA DE ANTICORRUPCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SOBORNO TRANSNACIONAL](#), con el propósito de operativizar cada uno de los ejes que lo componen.

En adición a lo anterior, la Organización Clínica General del Norte contempla la ejecución de un conjunto de actividades específicas, que permitirán prevenir, detectar, investigar, responder y verificar los controles asociados a la materialización de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, tal como se presenta a continuación.

3.2.1. Prevención

El eje de prevención tiene por objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de casos de corrupción, opacidad y fraude. Todo ello, se realiza mediante la implementación de la [D-PRE-001 METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES](#), que comprende la identificación

de riesgos y la gestión de alternativas para el diseño, aplicación y evaluación de controles mitigantes oportunos y efectivos por cada uno de los procesos que conforman la Organización. Asimismo, comprende actividades de Formación y Desarrollo que promuevan la integridad, transparencia, cultura, ética organizacional y comunicación de dichos riesgos.

3.2.2. Detección

Los actos de corrupción, opacidad y fraude podrán ser detectados por colaboradores, clientes o proveedores, revisiones internas, procesos de control, auditorías internas o externas, o por actividades no programadas. De esta manera, los eventos que den lugar a la materialización de dichos riesgos, serán descubiertos por medio de alguno o varios de los mecanismos que se definen en el numeral 2.3 del presente manual.

3.2.3. Investigación

Una vez detectados actos de corrupción, opacidad y fraude, el área de Auditoría Interna, en conjunto con Gestión Humana, realizan la investigación de los mismos, haciendo uso de la información disponible del caso y las evidencias suministradas. De confirmarse la materialización de alguno de los riesgos, se escala la situación a la instancia correspondiente para definir acciones de intervención. Todo esto, se realiza considerando las disposiciones establecidas en el documento [D-PRE-005 CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO](#).

3.2.4. Respuesta

Al confirmarse la materialización del riesgo, los responsables del área de Gestión Humana y Auditoría Interna, escalarán los casos de corrupción, opacidad y fraude al Comité de Ética, de acuerdo con el [D-PRE-005 CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO](#). No obstante, de ser necesario, debido a la magnitud del evento, este podrá ser dirigido a Junta Directiva. En dichas instancias, se determinarán las medidas correctivas pertinentes, que permitan recuperar las pérdidas o corregir los daños ocasionados con la eventualidad.

3.2.5. Verificación de Controles

La verificación de controles se realiza por medio de la implementación de los lineamientos contemplados en el documento [D-PRE-001 METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES](#). De este modo, se evalúa nuevamente el riesgo materializado, tal como se describe en el numeral 2.3.2.3 del presente manual.

3.3. Mecanismos

La operativización de los procedimientos antes mencionados requiere de la aplicación de mecanismos que permitan garantizar la adecuada prevención y detección de actos de corrupción, opacidad y fraude. Así las cosas, la Organización Clínica General del Norte establece los mecanismos que se presentan a continuación, los cuales contarán con una suficiente y correcta promoción de su utilización a través de los diferentes medios de comunicación interna y externa según corresponda.

3.3.1. Denuncia

Una denuncia corresponde al relato que cualquier persona puede realizar, en cumplimiento de su deber de solidaridad, para enterar a las instancias o autoridades de la existencia de hechos irregulares, con el fin de activar los mecanismos de investigación y respuesta. De este modo, si un colaborador, cliente, proveedor o tercero detecta la existencia de presuntos hechos irregulares por parte de colaboradores de la Organización Clínica General del Norte, puede denunciarlos considerando lo descrito en los siguientes numerales.

3.3.1.1. Modalidades de Denuncia

El reporte de actos de corrupción, opacidad o fraude se puede dar bajo las siguientes modalidades:

- Colaborador que acusa a otro colaborador por sospecha de corrupción, opacidad o fraude

Cualquier colaborador que sospeche de una actividad corrupta, deshonesta o fraudulenta, de acuerdo con las señales de alerta definidas en el presente manual, o tenga conocimiento de la ejecución de un acto ilegal o ilícito en contra de la Organización Clínica General del Norte, deberá notificar en forma inmediata al Oficial de Cumplimiento o a quien este designe, a través de los siguientes canales receptores de denuncias:

- Comunicación directa con el **Oficial de Cumplimiento**.
- Correo electrónico institucional dirigido al **Oficial de Cumplimiento** o a quien este designe.
- Vía telefónica a través de la extensión del **Oficial de Cumplimiento** o a quien este designe.
- Tercero que acusa a un colaborador por sospecha de corrupción, opacidad o fraude.

Cualquier tercero que sospeche de una actividad corrupta, deshonesta o fraudulenta, o tenga conocimiento de la ejecución de un acto ilegal o ilícito en contra de la Organización Clínica General del Norte, podrá notificar en forma inmediata al Oficial de Cumplimiento o a quien este designe, a través de los siguientes canales receptores de denuncias:

- Comunicación directa con el **Oficial de Cumplimiento**.
- Correo electrónico institucional dirigido al **Oficial de Cumplimiento** o a quien este designe.
- Demanda de clientes.
- Reclamo de proveedores.

3.3.1.2. Consideraciones para la Presentación de una Denuncia

Los colaboradores o terceros que decidan interponer una denuncia, deberán tener en cuenta que esta debe incluir lo siguiente:

- Suministrar su nombre y dirección de residencia, número telefónico o correo electrónico para contactarlo en el evento de ser necesario, o para mantenerlo informado del curso de su denuncia.
- Presentar una relación clara, detallada y precisa los hechos sobre los cuales tiene conocimiento. En lo posible, deberá expresar cómo ocurrieron, dónde y cuándo.
- Señalar quién o quiénes lo hicieron, si es de su conocimiento.
- Adjuntar las evidencias que sustentan su relato y que permitan orientar la investigación, en caso de tenerlas.
- Informar si los hechos han sido puestos en conocimiento de otra autoridad e indique cuál.

3.3.1.3. Privacidad de los Denunciantes

Las denuncias que sean presentadas a la Organización Clínica General del Norte por cuenta de actos de corrupción, opacidad y fraude podrán interponerse de manera anónima o bajo reserva de la identidad, teniendo en cuenta las disposiciones que se definen a continuación.

- **Denuncia anónima.** La Organización Clínica General del Norte respeta su derecho a realizar una denuncia anónima, por lo que procederá a examinar la misma. De este modo, el denunciante debe asegurarse de que su comunicación tenga credibilidad y esté acompañada de evidencias que permitan orientar la investigación. por favor, informe si los hechos han sido puestos en conocimiento de otra autoridad.

- **Denuncia con reserva de identidad.** Si el denunciante opta por dar su nombre, pero desea que se mantenga en reserva, deberá hacer explícito su deseo al momento de presentar la denuncia. La Organización Clínica General del Norte tratará la denuncia de manera confidencial y se reservará su identidad.

En este punto, también es importante que para mantener la confidencialidad y evitar poner en peligro las investigaciones, en ambos casos, los denunciantes no deberán hacer comentario alguno al respecto con otros colaboradores o con cualquier otra persona, con el propósito de prevenir fugas de información.

3.3.1.4. Garantías a Colaboradores Denunciantes

La Organización Clínica General del Norte confirma que todos los colaboradores que decidan denunciar algún acto de corrupción, opacidad o fraude, podrán hacerlo sin temor a represalias o victimización por parte de cargos que se hallen en niveles superiores o colaterales.

3.3.2. Control Interno

Los mecanismos asociados al control interno de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude en la Organización Clínica General del Norte se encuentran directamente relacionados con la aplicación de controles estratégicos, contables, de seguridad de la información, del recursos humano y evaluación del riesgo, que se despliegan en los siguientes numerales.

3.3.2.1. Controles Estratégicos

Periódicamente, a través de Informes de Gestión y seguimiento al desarrollo de la operación en los diferentes procesos de la Organización, la **Alta Dirección** realizará revisiones a los asuntos de criticidad importante, como los que se describen a continuación:

- Seguimiento al cumplimiento de la estrategia.
- Revisión de los niveles de cumplimiento.
- Monitoreo de la efectividad de los sistemas de gestión implementados.

De igual modo, mediante los seguimientos realizados por la **Alta Dirección**, debe garantizar que los sistemas de compensación y los indicadores de gestión no generen presiones en los colaboradores que los induzcan a cometer acciones fraudulentas.

3.3.2.2. Controles Contables

El área de Auditoría Interna, en conjunto con la Dirección Financiera, deben garantizar la definición de un control contable y la implementación de los procedimientos necesarios para llevarlo a cabo. De esta forma, se debe dar cumplimiento a los requisitos normativos vigentes y con el marco de información financiera.

Bajo este contexto, la Organización cuenta con los siguientes controles:

- Auditorías al pago de nómina, prestaciones sociales y pago a terceros (ver [P-AIN-008 AUDITORÍA DE NÓMINA Y PRESTACIONES SOCIALES](#)).
- Cuadres diarios de caja.
- Verificación de registros contables (arqueos, conciliaciones, inventarios, controles tributarios, entre otros).

3.3.2.3. Controles de Seguridad de la Información

El área de Tecnología de la Información debe velar por la implementación de políticas, procedimientos y controles que garanticen que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (efectividad, eficiencia y confiabilidad) y por el cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes. Para ello, la Organización Clínica General del Norte cuenta con el [PG-SIS-001 PROGRAMA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN](#). Esto, se monitorea mediante la ejecución de las actividades establecidas en el procedimiento [P-AIN-005 AUDITORIA A SISTEMAS DE INFORMACIÓN](#).

3.3.2.4. Controles del Recurso Humano

El área de Gestión Humana debe garantizar la implementación de controles efectivos en los procesos de selección, contratación, formación y desarrollo, así como de bienestar del talento humano, considerando lo descrito a continuación:

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

3.3.2.5. Evaluación del Riesgo

La evaluación del riesgo es un mecanismo con el cual se busca medir la probabilidad de ocurrencia de los actos de corrupción, opacidad y fraude para determinar medidas de control que permitan mitigarlos. Esto, se realiza de acuerdo con los lineamientos

establecidos en el documento [D-PRE-001 METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES](#). De esta manera, anualmente se revisan las matrices de riesgos de cada proceso, así como la organizacional, con el propósito de determinar el nivel de riesgo adecuado a las condiciones actuales y estableciendo planes de acción cuando este último aumente.

Por otro lado, este mecanismo también se activa una vez que se materialice alguno de los riesgos identificados en alguna matriz, aumentando el nivel de probabilidad de ocurrencia del mismo y llevando a cabo mesas colaborativas interdisciplinarias, que permitan establecer planes de gestión del riesgo, al igual que nuevos controles para su mitigación.

3.4. Instrumentos

3.4.1. Señales de Alerta

Despliegue de las señales de alerta dispuestas para la identificaciones de situaciones relacionadas con posibles casos de corrupción, opacidad y fraude. Estas, se presentan en los numerales que se observan a continuación.

En la organización y la cultura corporativa:

- Ausencia o debilidad de liderazgo.
- Poca independencia entre gobierno y dirección.
- Falta de transparencia.
- Ausencia de objetivos u objetivos irreales.
- Percepción de falta de equidad interna y externa.
- Falta de formación y de oportunidades de promoción.
- Inexistencia de sistemas de evaluación y reconocimiento.
- Controles internos débiles o inexistentes.
- Poco respeto a la normativa.
- Comité de Riesgos con insuficiente/inadecuada preparación o falta de independencia.

En la información financiera:

- Transacciones inapropiadas o no autorizadas.
- Inesperadas disminuciones en saldos de Tesorería.
- Importes elevados en cuentas de gastos a justificar por colaboradores.
- Uso inadecuado de tarjetas de crédito de la empresa.
- Pagos de horas extraordinarias poco relacionadas con la actividad.

- Oscilaciones no razonables en la ratio compra/venta.
- Ventas y otras transacciones con terceros relacionadas/vinculadas.
- Ventas de activos, desinversiones por debajo del precio de mercado.
- Diferencias importantes con referentes sectoriales.

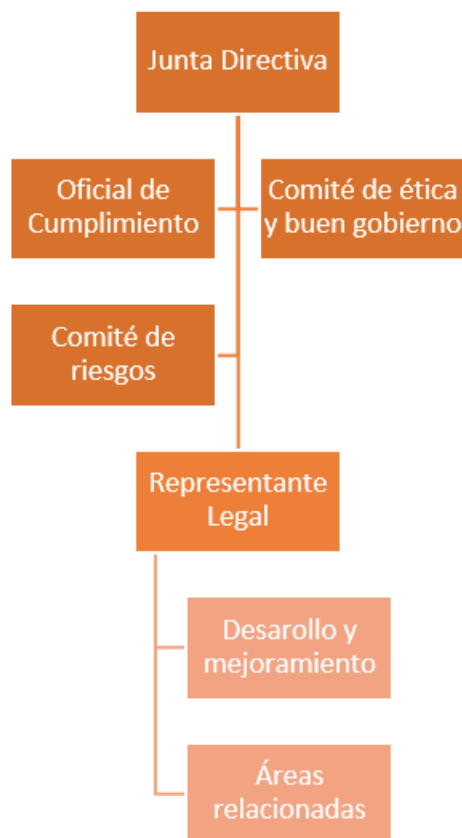
En colaboradores de cualquier nivel jerárquico:

- Tienen un estilo de vida que no corresponde con el monto de su salario.
- Impiden que otros compañeros de trabajo atiendan a determinados clientes y/o contrapartes y usuarios.
- Son renuentes a disfrutar vacaciones, a aceptar cambios de su actividad o promociones que impliquen no continuar ejecutando las mismas actividades.
- Directivo o colaborador que aparenta no conocer un cliente y/o contraparte.
- Colaboradores que no soportan debidamente la información de vinculación del cliente y/o contraparte.
- No confrontan la huella dactilar del usuario tomada en el formulario de vinculación contra la que aparece en el documento de identidad.
- Se ausentan del lugar de trabajo con frecuencia.
- Tramitan frecuentemente operaciones con excepciones, evaden los controles internos o de aprobación establecidos.

3.5. Estructura Organizacional

Con el fin de garantizar un adecuado funcionamiento del SICOF en la Organización Clínica General del Norte, se establece una estructura organizacional acorde con las exigencias normativas, la cual incorpora a la Junta Directiva, Representante Legal, Oficial de Cumplimiento, Proceso de Gestión de Riesgos y todas las áreas relacionadas con el subsistema.

La estructura para el SICOF se presenta a continuación:



3.6. Responsabilidades para el cumplimiento de la política SICOF

Los incumplimientos a las políticas y procedimientos establecidos en la Organización Clínica General del Norte para la prevención del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude estarán sujetas a las sanciones establecidas en el [D-PRE-005 CÓDIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO](#) y a las disposiciones legales vigentes.

3.6.1. Responsabilidades del Oficial de Cumplimiento

La adecuada implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF en la Organización Clínica General del Norte, así como su mejoramiento continuo es responsabilidad del **Oficial de Cumplimiento**. Así, este último deberá cumplir como mínimo con las siguientes condiciones:

- Diseñar y someter a aprobación de la **Junta Directiva** el manual de prevención de la corrupción, la opacidad y el fraude y sus actualizaciones.
- Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la **Junta Directiva**.
- Diseñar y proponer para aprobación de la **Junta Directiva** la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la Organización administre efectivamente sus riesgos de prevención y detección de la corrupción, la opacidad y el fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.
- Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la corrupción, la opacidad y el fraude de la Organización.
- Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los riesgos de corrupción, opacidad y fraude medidos.
- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.
- Desarrollar los modelos de medición del riesgo de corrupción, opacidad y fraude.
- Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF.
- Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la **Junta Directiva** y al **Representante Legal** sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.
- Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (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 Organización.
- Informar al máximo órgano social sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.

- Estudiar los posibles casos de corrupción, opacidad y fraude, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración del máximo órgano social.
- Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de corrupción, opacidad y fraude que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
- Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
- Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por el máximo órgano social, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
- Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
- Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOF.

En líneas generales, el **Oficial de Cumplimiento** es la persona encargada para ejecutar el SICOF, por lo cual debe dirigir su implementación, en lo relacionado con los procedimientos de prevención y control, así como de verificación al interior de la Organización de su operatividad y correcto funcionamiento, demostrando la aplicación de los controles correspondientes. Este, debe dejar constancia documental de las actuaciones que realice en lo referente al SICOF, a través del uso de memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para tal efecto.

Por otro lado, el **Oficial de Cumplimiento** 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.

3.6.2. Responsabilidades Junta Directiva

Para la implementación del SICOF se asignan las siguientes funciones a la **Junta Directiva**:

- Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOF, con fundamento en las recomendaciones del **Oficial de Cumplimiento**.

- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de Cumplimiento y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Aprobar el Manual de prevención de la corrupción, la opacidad y el fraude y sus actualizaciones.
- Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de corrupción, opacidad y fraude de la entidad.
- Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICOF, que realicen los órganos de control.
- Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOF.
- Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento.
- Conocer los informes relevantes respecto del SICOF e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
- Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias a través de informes periódicos que presente el **Oficial de Cumplimiento**, sobre la gestión del mismo en la entidad y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.
- Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formulen el **Oficial de Cumplimiento** y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Analizar los informes que presente el **Oficial de Cumplimiento** 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.

3.6.3. Responsabilidades Representante Legal

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, a continuación, la Organización define las funciones del **Representante Legal** en relación a la implementación del SICOF.

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la **Junta Directiva**.
- Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.
- Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.

- Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de este Riesgo implica para la Organización.
- Velar por la correcta aplicación de los controles del riesgo inherente, identificado y medido.
- Recibir y evaluar los informes presentados por el **Oficial de Cumplimiento**, de acuerdo con los términos establecidos en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.
- Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.
- Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada administración del corrupción, opacidad y fraude a que se vea expuesta la Organización en desarrollo de su actividad.

3.6.4. Responsabilidades del Área de gestión de riesgos:

- Consolidar y administrar los diferentes riesgos y oportunidades a los cuales la organización y sus procesos se encuentran expuestos, a través del acompañamiento a los Líderes en 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 formular los planes de mejoramiento y demás información que requiera el Comité de Riesgos.
- Apoyar el diseño de las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos y oportunidades a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto.
- 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.
- Proponer al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, la documentación a través de la cual se llevará a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos. Así mismo, velar por su actualización, divulgación y apropiación en todos los niveles de la organización y su operatividad.
- Diseñar y hacer seguimiento, de manera conjunta con el área de Auditoría Interna, a la implementación de los controles de los diferentes riesgos para mitigar su impacto y oportunidades para su potencialización, en todos los niveles de la organización y su operatividad.

- Realizar seguimiento y monitoreo a la eficiencia y la eficacia del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- Apoyar a las áreas en la identificación y evaluación de los límites de exposición para cada uno de los riesgos y oportunidades identificados, y presentar al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes.
- Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
- Participar en el diseño y desarrollo como mínimo de los programas de capacitación sobre los riesgos y oportunidades identificados y velar por su cumplimiento, esto debe incluir por lo menos los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- Registrar en el Sistema de información las matrices de riesgos y oportunidades (AMFE) desde el enfoque organizacional y por procesos.
- Analizar los informes presentados por 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.
- Monitorear e informar al Comité de Riesgos, sobre 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.

3.6.5 Responsabilidades Líderes de procesos

- Identificar, analizar, valorar y tratar los riesgos/oportunidades de su proceso (enfoque por procesos).
- Realizar autocontrol diario de los riesgos y oportunidades, efectuando el registro en el Sistema de información del avance de los planes de mejoramiento establecidos.
- Comunicar oportunamente la identificación de nuevos riesgos y oportunidades desde las diferentes fuentes al Líder institucional de riesgos, para su alineación al enfoque organizacional.
- Mantener actualizada la matriz de riesgos y oportunidades de su proceso (AMFE) conforme a la dinámica de los resultados y/o la materialización de los mismos.

- Reportar los riesgos operacionales relacionados desde todas las fuentes dentro del formato [F-PRE-006 REGISTRO DE EVENTO DE RIESGO OPERACIONAL](#) con el impacto de la materialización en términos económicos, en salud u otros al Líder institucional de riesgos.
- Informar a la auditoría interna sobre posibles situaciones de fraude.

3.6.6. Órganos de Control

La Organización Clínica General del Norte establece las instancias responsables de efectuar la evaluación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOE. Estas, deberán informar, de manera oportuna, los resultados a los órganos competentes, que corresponden a Revisoría Fiscal y Auditoría Interna, tal como se describen a continuación.

3.6.6.1. Revisoría Fiscal

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al **Revisor Fiscal**, este debe cumplir con lo siguiente:

- 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 la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOE.
- Poner en conocimiento del **Representante Legal** los incumplimientos del SICOE, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la **Junta Directiva**.

3.6.6.2. Auditoría Interna

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al área de Auditoría Interna, esta debe cumplir con lo siguiente:

- Evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOE, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones.
- Informar los resultados de la evaluación al **Representante Legal** o **Junta Directiva**.

3.7. Plataforma Tecnológica

La Organización Clínica General del Norte cuenta con el Módulo de Riesgos en el sistema de información DARUMA (ver [I-DYM-011 MODULO DE RIESGOS](#) -

[DARUMA](#)), donde se gestionan todos los riesgos asociados al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, que son identificados por medio de la implementación de la [D-PRE-001 METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES](#).

3.8. Divulgación de Información y Capacitaciones

Durante la inducción institucional, se realizan capacitaciones que tienen como propósito que los colaboradores logren conocer y comprender las políticas y procedimientos para la prevención de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude. Todo ello, también se realiza durante los procesos de reinducción anual, teniendo en cuenta lo establecido en el documento [P-GHU-003 INDUCCIÓN DE PERSONAL](#). Además, se considera la realización de actividades de promoción para incentivar la denuncia cada vez que se detecten actos asociados a dichos riesgos por parte de colaboradores y terceros.

Por otro lado, cuando sea actualizada información en los documentos asociados a la detección, gestión y evaluación de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, esta deberá ser divulgada de acuerdo con lo definido en el procedimiento [P-DYM-001 CONTROL Y ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS](#).

3.9. Colaboración con la Justicia y Autoridades Administrativas

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