	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 1 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

METODOLOGIA PARA LAS ETAPAS DEL SARLAFT

CLÍNICA DE ESPECIALISTAS MARÍA AUXILIADORA S.A.S.

2021



	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 2 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

Tabla de contenido

1. Objetivo	3
2. Alcance	3
3. Responsable	3
4. Marco regulatorio o documentos de referencia	3
5. Documentos internos asociados	3
6. Definiciones	3
7. Metodología	4
8. Control de revisión y aprobación	16
9. Control de cambios	18

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 3 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

1. Objetivo

Definir la metodología que aplicará La Clínica en el desarrollo de las etapas de identificación, medición, control y monitoreo del Sistema de Administración del Riesgos del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

2. Alcance

Este procedimiento va desde la definición de la metodología para la identificación de riesgos hasta la definición de los indicadores con los cuales se hará parte del monitoreo al sistema.

3. Responsable

Ejecución: Oficial de Cumplimiento

Seguimiento: Oficial de Cumplimiento

Control: Oficial de Cumplimiento

Evaluación: Órganos de Control

4. Marco regulatorio o documentos de referencia


- Norma Técnica Colombia NTC 5254
- ISO 31000
- Circula Externa 000009 del 21 de abril de 2016

5. Documentos internos asociados

- Modelo de negocio
- Plan estratégico
- Cadena de valor
- Mapa de procesos
- Matriz de riesgo
- Manual de políticas y procedimientos SARLAFT

6. Definiciones¹

¹ Definiciones tomadas de la NTC 5254 y de la norma ISO 31000

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 4 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

Análisis del riesgo: proceso sistemático para entender la naturaleza del riesgo y deducir el nivel del riesgo.

Impacto: resultado o consecuencia de un evento.

Control: proceso, política, dispositivo, práctica u otra acción existente que actúa para minimizar el riesgo negativo o potenciar oportunidades positivas.

Evaluación del control: revisión sistemática de los riesgos para garantizar que los controles aún son eficaces y adecuados.

Evento: ocurrencia de un conjunto particular de circunstancias.

Frecuencia: medición del número de ocurrencias por unidad de tiempo.

Posibilidad: descripción general de la probabilidad o la frecuencia.

Monitorear: verificar, supervisar o medir regularmente el progreso de una actividad, acción o sistema para identificar los cambios en el nivel de desempeño requerido.

Probabilidad: medida de la oportunidad de ocurrencia expresada como un número entre 0 y 1.

Riesgo: la oportunidad que suceda algo que tendrá impacto en los objetivos.


Valoración del riesgo: proceso total de identificación, análisis y evaluación del riesgo.

Criterios del riesgo: términos de referencia mediante los cuales se evalúa la importancia del riesgo.

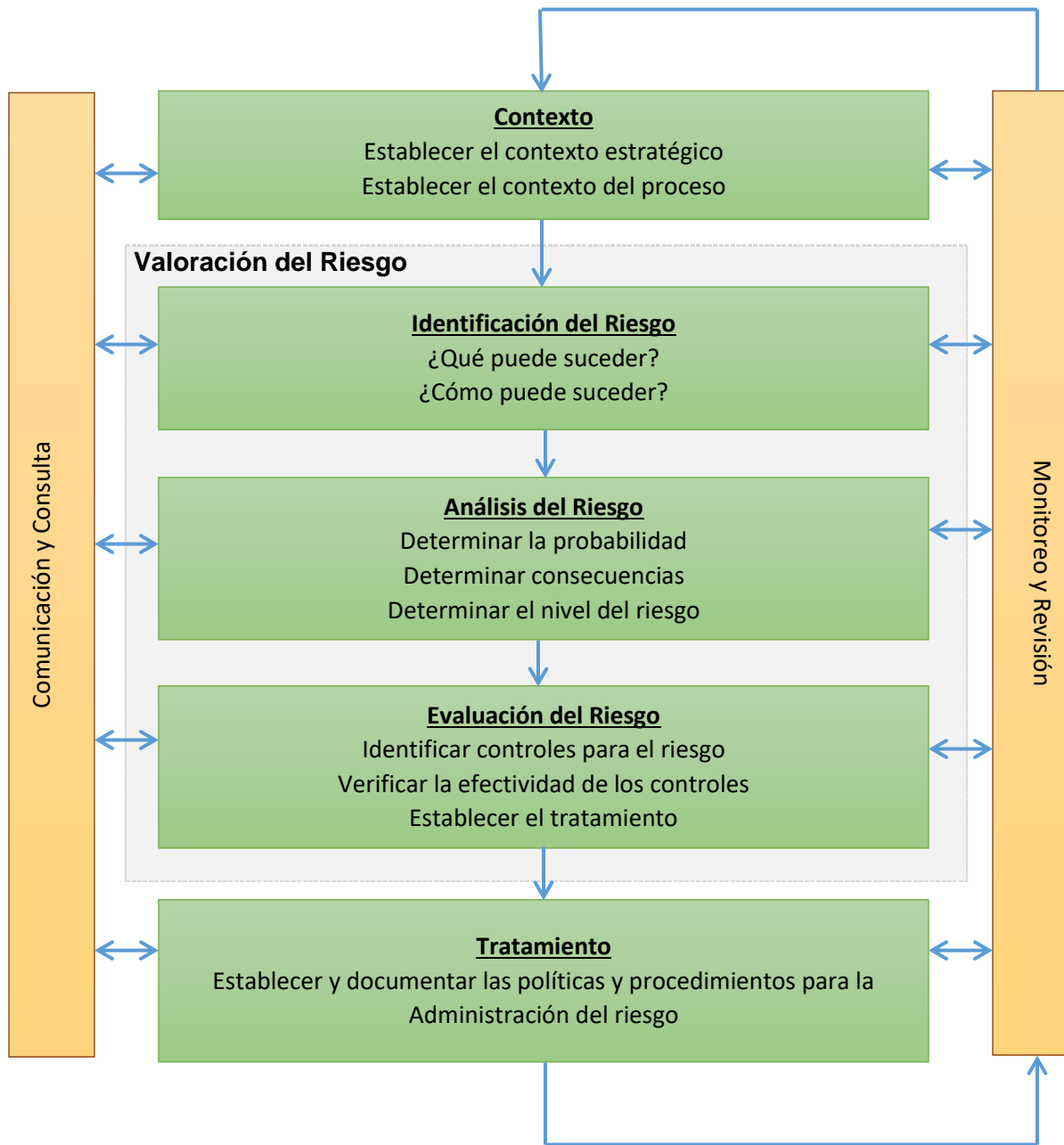
Reducción del riesgo: acciones que se toman para reducir la posibilidad y consecuencias asociadas a un riesgo.


7. Metodología

La metodología a implementar por La Clínica, parte de la guía propuesta por la ISO 31000, para lo cual se tendrá en cuenta el siguiente esquema:

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 5 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

Sistema de Administración de Riesgo ISO 31000:2018



	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 6 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

7.1. Establecer contexto

Para la formulación y puesta en marcha de la política y metodología de administración del riesgo, es fundamental tener un profundo conocimiento de La Clínica, en cuanto a su razón de ser (misión), estrategia (planeación estratégica), valores, objetivos a corto, mediano y largo plazo, proyección a futuro (visión), estructura y cultura organizacional, asignación presupuestal, interrelación de procesos, entre otros aspectos. Asimismo, se debe conocer muy bien el entorno en el que se desenvuelve (social, político, cultural, de orden público, legal, tecnológico), para saber cómo sortear aquellas situaciones que se presentan alrededor de su quehacer.

Para el análisis del contexto, se tiene en cuenta como base de información, adicional al marco estratégico y a sus factores internos y externos, la caracterización de cada uno de los procesos, contemplando el objetivo, alcance, subprocesos y responsables de los mismos. Por ello, es importante que estos se encuentren documentados y actualizados para aplicar adecuadamente la metodología propuesta para la gestión de riesgos

Este contexto igualmente da alcance al entorno económico, político, social y del sector salud en el cual desarrolla sus actividades la entidad. Además, como parte de las funciones de los responsables del SARLAFT, se establece el mantenimiento, retroalimentación y seguimiento de los cambios que se presenten en los entornos analizados previamente, la información de eventualidades que puedan afectar los perfiles de riesgo de la entidad, el reporte de señales de alerta evidenciadas durante la realización de las actividades, el análisis de las operaciones inusuales identificadas y el reporte de las operaciones sospechosas.


7.1.1. Contexto del proceso Gestión de la Administración del Riesgo LA/FT

La implementación y administración del SARLAFT debe contar con objetivos claros, políticas generales y específicas, estrategias, alcance y parámetros dispuestos por la Asamblea General de Accionistas. Para tal propósito, en el Manual de Políticas SARLAFT se definieron directrices generales que permiten dimensionar el marco general del Sistema, proporcionando a los empleados una guía de gestión y alineándose con el programa de auditoría para el mejoramiento continuo.

El SARLAFT parte de la premisa de que no existen riesgos aceptables en la entidad y por lo tanto, los esfuerzos realizados están encaminados en la prevención y detección del riesgo de LA/FT; en términos más simples, el riesgo LA/FT no se puede aceptar o tolerar.

7.1.2. Definir cadena de valor

Para definir la cadena de valor se parte desde la Planeación Estratégica planteada por la alta gerencia.

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 7 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

Es responsabilidad del Gerente proponer modificaciones y/o actualizaciones de la cadena de valor, que estén alineadas con el modelo de negocio, para ser presentadas ante la Junta Directiva, quien es el responsable de aprobarlas.

7.1.3. Definir mapa de procesos

El mapa de procesos de La Clínica parte desde la cadena de valor y permite la identificación de los macroprocesos y procesos, indicando para cada nivel, el área o el funcionario responsable de su diseño, mejora, ejecución, actualización, entre otros. El mapa de procesos concibe todas las actividades que se ejecutan en La Clínica, las cuales deben estar debidamente documentadas y aprobadas por los respectivos responsables. Lo anterior, con el propósito de garantizar la correcta y completa identificación de los riesgos.

7.2. Identificar los riesgos

El proceso de identificación del riesgo es permanente e interactivo, integrado al proceso de planeación y debe responder a las preguntas: qué puede suceder, dónde y cuándo (evento); por qué y cómo puede suceder (causa), y así conocer cómo se pueden originar aquellos hechos que influyan en la obtención de los resultados de La Clínica.

La identificación de riesgos es plasmada en los mapas de riesgo. Estos mapas son la representación o descripción de los distintos aspectos tenidos en cuenta en la valoración de los riesgos. La elaboración de los mapas de riesgo se realiza sobre los procedimientos realizados para un proceso específico.


El enfoque inicial que utiliza La Clínica para identificar los riesgos en los procesos, está basado en el juicio de expertos (DELPHI), análisis documental de las tipologías y señales de alerta emitidas por organismos nacionales e internacionales, que han liderado la lucha contra el lavado de activos y la financiación del terrorismo y por los Oficiales de Cumplimiento que se incluyen en los primeros.

En la etapa de identificación también deberán considerarse los informes de Auditoría Interna, Informes de la Revisoría Fiscal y normatividad existente sobre la materia.

Para la identificación de los riesgos, en la creación, implementación o modificación de un proceso, el Oficial de Cumplimiento analiza cada uno de los procesos y subprocesos para encontrar los riesgos que de ellos se derivan. Estos riesgos pueden ser identificados al ser riesgos potenciales que no han ocurrido, pero podrían ocurrir, o riesgos que se conocen porque han ocurrido alguna vez en La Clínica o en otras empresas del sector o industria.

La identificación de riesgos se realizará para cada proceso definido por La Clínica así:

- a) Segmentar los factores de riesgo.

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 8 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

- b) Identificar los riesgos y/o amenazas relacionados con el lavado de activos y/o canalización de recursos para financiar el terrorismo, así también los eventos en los cuales se podrían presentar casos de corrupción.
- c) En cada riesgo se identifican las causas y/o vulnerabilidades que posibilitan la materialización del riesgo y el segmento al cual pertenecen.
- d) Determinar la consecuencia por la materialización de la causa de riesgo.
- e) Identificar el o los factores de riesgo asociadas a la causa de riesgo.
- f) Relacionar el riesgo asociado a cada riesgo identificado.

7.2.1. Riesgos asociados

A cada riesgo identificado se le relaciona el riesgo asociado, es decir por medio de los cuales se materializa el riesgo del LA/FT. Los riesgos asociados al LAFT son:


- Riesgo Legal
- Riesgo Reputacional
- Riesgo Operativo
- Riesgo de Contagio.

Culminados el proceso anterior, se tiene identificado el riesgo. Igualmente, es necesario que, para llevar a cabo una correcta identificación de los riesgos de LA/FT en La Clínica, se cuente con un correcto flujo de información desde las diferentes áreas hacia el Oficial de Cumplimiento; convirtiéndose esta etapa en una etapa de mejoramiento continuo. Además del apoyo de la Alta Dirección en los recursos que necesite el Oficial de Cumplimiento.

7.3. Análisis del riesgo

Después de haber realizado la identificación de los riesgos por proceso, La Clínica reconoce la necesidad e importancia de medir la probabilidad de ocurrencia de las causas de riesgo y su impacto en caso de materializarse, para ello utiliza una matriz de riesgos, la cual constituye una herramienta de control y de gestión normalmente utilizada para identificar las actividades (procesos y productos) más importantes de una empresa, el tipo y nivel de riesgos inherentes a sus actividades y los factores exógenos y endógenos relacionados con los riesgos (factores de riesgo). Igualmente, una matriz de riesgo permite evaluar la efectividad de una adecuada gestión y administración de los riesgos que pudieran impactar los resultados y por ende al logro de los objetivos de La Clínica. Existen riesgos que se pueden presentar en más de un proceso, por lo tanto, su valoración se debe realizar en cada uno de los procesos en que tiene lugar.

7.3.1. Probabilidad - frecuencia

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 9 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

La asignación de los valores, para cada una de las causas de riesgo identificadas, dentro de las escalas definidas para la probabilidad de ocurrencia y el impacto, se realiza con base en la experiencia propia acumulada por los diferentes funcionarios de La Clínica que participan directamente en la ejecución del proceso (DELPHI), calificando de manera objetiva las variables de cada causa y con base en el tipo de eventos que, de acuerdo con la actividad realizada por La Clínica, se podrían presentar.

La escala de criterios de probabilidad de ocurrencia que usa la Clínica son los siguientes:


Tabla 1: Criterios de probabilidad²

Código	Descriptor	Criterio	Frecuencia
1	Rara	El evento puede ocurrir sólo bajo circunstancias excepcionales	El evento se ha presentado una (1) vez en los últimos tres (3) años
		Muy baja probabilidad de ocurrencia	
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Se espera que el evento pueda presentarse una (1) vez en el año
		Baja probabilidad de ocurrencia	
3	Posible	El evento ocurrirá en algún momento	Se espera que el evento pueda presentarse una (1) vez en el semestre
		Mediana probabilidad de ocurrencia	
4	Probable	El evento ocurrirá en casi cualquier circunstancia.	Se espera que el evento pueda presentarse una (1) vez en el trimestre
		Significativa probabilidad de ocurrencia	
5	Casi Certeza	Se espera la ocurrencia del evento en la mayoría de circunstancias	Se espera que el evento pueda presentarse con cierta periodicidad, una (1) vez al mes
		Casi con certeza se espera la ocurrencia del evento	

7.3.2. Impacto - consecuencia

Para asignar el impacto a cada riesgo identificado en los procesos y/o subprocesos, se utiliza el método de expertos (DELPHI) por medio de la valoración de los riesgos asociados.


² Norma Técnica Colombiana INCOTEC 5254

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 10 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

La escala de criterios de impacto que usa La Clínica es la siguiente:

Tabla 2: Criterios de impacto

Código	Descriptor	Criterio	Valor
1	Insignificante	Riesgo Legal: investigaciones internas	0 - 10 millones
		Riesgo Reputacional: no hay deterioro de la imagen	
		Riesgo Operativo: las pérdidas financieras no afectan a la Clínica	
		Riesgo de Contagio: No afecta la relación con los accionistas, clientes, proveedores, contratistas y empleados.	
2	Menor	Riesgo Legal: investigaciones Administrativas	11 - 40 millones
		Riesgo Reputacional: deterioro de la imagen a nivel interno.	
		Riesgo Operativo: pérdidas financieras menores	
		Riesgo de Contagio: Puede afectar la relación con los accionistas, clientes, proveedores, contratistas, empleados.	
3	Moderado	Riesgo Legal: sanciones administrativas	41 -180 millones
		Riesgo Reputacional: deterioro de la imagen a nivel local	
		Riesgo Operativo: las pérdidas financieras pueden afectar medianamente el estado de resultados de la Clínica	
		Riesgo de Contagio: Afecta parcialmente la relación con los accionistas, clientes, proveedores, contratistas, empleados	
4	Mayor	Riesgo Legal: sanciones Penales	181 - 200 millones
		Riesgo Reputacional: deterioro de la imagen a nivel regional	
		Riesgo Operativo: pérdidas financieras importantes y afectan el patrimonio de la Clínica.	
		Riesgo de Contagio: Afecta la relación con los accionistas, clientes, proveedores, clientes, contratistas, empleados	
5	Severo	Riesgo Legal: suspensión o cancelación de la licencia de funcionamiento	Más de 200 millones
		Riesgo Reputacional: deterioro imagen a nivel nacional	

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 11 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

Código	Descriptor	Criterio	Valor
		Riesgo Operativo: altas pérdidas financieras con fuerte impacto en el patrimonio de la Clínica.	
		Riesgo de Contagio: afecta ampliamente la relación con los accionistas, clientes, proveedores, contratistas, empleados	

7.3.3. Matriz de Probabilidad – Impacto

Para definir la matriz de probabilidad – impacto inicial, se toma en cuenta la clasificación de probabilidad de ocurrencia e impacto obtenidos en los pasos anteriores, agrupando estos resultados en un gráfico.

La matriz de impacto-probabilidad que usará La Clínica será la siguiente:

PROBABILIDAD


5	Casi Certeza	Medio	Alto	Alto	Extremo	Extremo
4	Probable	Medio	Medio	Alto	Extremo	Extremo
3	Posible	Bajo	Medio	Alto	Alto	Alto
2	Improbable	Bajo	Medio	Medio	Medio	Alto
1	Rara	Bajo	Bajo	Medio	Medio	Alto
		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Severo
	IMPACTO	1	2	3	4	5

Esta matriz se lee como un plano cartesiano en donde el componente “X” está dado por el impacto y el componente “Y” dado por la probabilidad. Todo evento de riesgo será referido por la pareja de puntos (X,Y) en esta matriz, siendo por ejemplo un riesgo (3,2) un riesgo de impacto moderado y de probabilidad improbable.

El proceso descrito da como resultado una matriz que identifica en forma relacional los riesgos por proceso, impacto, riesgo, causa, factor de riesgo y riesgo asociado. Además, permite hacer valoraciones segmentadas y/o consolidadas que hacen posible una mejor gestión de los riesgos, obteniendo finalmente la severidad del riesgo.

7.3.4. Niveles de amenaza de las causas de riesgo

El riesgo inherente se encuentra definido como el nivel de riesgo propio de la actividad, sin tener en cuenta el efecto de los controles y se calcula como el producto de los valores asignados a las variables probabilidad de ocurrencia e impacto.

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 12 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

Del cruce de la probabilidad e impacto, se obtiene el nivel de amenaza de la causa de riesgo, es decir, se puede observar si esta se encuentra dentro de los niveles de aceptación de La Clínica, o si requiere que se establezcan controles para ella.

Los niveles de amenaza o severidad definidos por La Clínica son los siguientes:

Nivel de Amenaza	Descripción	Valor
Extremo	Nivel de amenaza Extrema: requiere acción inmediata.	> 15
Alto	Nivel de amenaza Alta: es necesario la atención o monitoreo especial por el dueño de proceso o responsable de área.	9-15
Medio	Nivel de amenaza Moderada: se debe especificar la responsabilidad de la persona para mitigarlo dentro del área.	4-8
Bajo	Nivel de amenaza Bajo: se debe gestionar mediante procedimientos de rutina o aceptar el riesgo.	< 3

Surtido el proceso anterior, La Clínica tiene medidos los riesgos de un proceso o subproceso específico, asociándolo a una probabilidad y a un impacto, de manera cualitativa, obteniendo como resultado el perfil de riesgo inherente.


7.4. Evaluación del Riesgo

Una vez que los riesgos han sido analizados se procede a evaluar la calidad de la gestión, a fin de determinar cuán eficaces son los controles establecidos por La Clínica para mitigarlos. En la medida que los controles sean más eficientes y la gestión de riesgos proactiva, el indicador de riesgo inherente neto tiende a disminuir. Por ello se debe considerar que la naturaleza de los controles es diversa y su efectividad está relacionada con la consistencia en que son aplicados.

Los controles son todas las actividades que se ejecutan en un proceso determinado, encaminadas a un correcto logro de los objetivos, generando así una reducción o disminución de la probabilidad de ocurrencia de una causa de riesgo o del impacto.

Para determinar el grado de eficiencia del control, es necesario valorar su eficacia, proceso que realiza el responsable de la ejecución del control por medio de la calificación de las siguientes variables:

7.4.1. Variables de eficacia

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 13 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

Las variables de eficacia son: tipo de control, aplicación, categoría, documentación del control y evidencia del control.

7.4.1.1. Tipo de control

Preventivo: si el control se aplica antes o al iniciar un proceso. Esta categoría tendrá una calificación de diez (10)

Correctivo: si el control se aplica durante el proceso y permite corregir las deficiencias que se encuentran. Esta categoría tendrá una calificación de siete (7)

Detectivo: si el control se aplica cuando el proceso ha terminado. Esta categoría tendrá una calificación de cinco (5).

7.4.1.2. Aplicación del control

Total: se aplica a la totalidad del proceso. Esta categoría tendrá una calificación de diez (10).

Aleatoria: el control se aplica de manera aleatoria en la ejecución del proceso. Esta categoría tendrá una calificación de cinco (5).

7.4.1.3. Categoría del control

Automático: el proceso de control es automatizado, es decir, no interviene una persona en su ejecución. Esta categoría tendrá una calificación de diez (10).

Mixto: una parte de control es realizada de manera manual y la otra de forma automática. Esta categoría tendrá una calificación de siete (7).


Manual: el control es realizado completamente por el responsable. Esta categoría tendrá una calificación de cinco (5).

7.4.1.4. Documentación del control

Si: el control se aplica y se encuentra documentado en manuales, procedimientos o guías. Esta categoría tendrá una calificación de diez (10).

No: el control se aplica, pero no está documentado. Esta categoría tendrá una calificación de cinco (5).

Parcialmente: el control se aplica, pero se encuentra parcialmente documentado. Esta categoría tendrá una calificación de siete (7).

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 14 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

7.4.1.5. Evidencia del Control

Si: cuando se realiza la actividad de control, queda evidencia de la misma. Esta categoría tendrá una calificación de diez (10).

No: cuando se realiza la actividad de control, no queda ninguna evidencia de ella. Esta categoría tendrá una calificación de cinco (5).

Parcialmente: cuando se aplica la actividad de control queda parcialmente la evidencia de la misma. Esta categoría tendrá una calificación de siete (7).

7.4.1.6. Cobertura del control

Total: Cuando el control tiene una eficiencia completa de cubrimiento. Esta categoría tendrá una calificación de diez (10).

Parcialmente: Cuando el control tiene una eficiencia mediana de cubrimiento. Esta categoría tendrá una calificación de siete (7).

Inmaterial: Cuando el control tiene una eficiencia baja de cubrimiento. Esta categoría tendrá una calificación de cinco (5)

Esquema de la eficacia y eficiencia del control

Tipo de control	Aplicación	Categoría	Documentado	Evidencia	Cobertura
Preventivo	Total	Automático	Si	Si	Total
Detectivo	Aleatoria	Mixto	Parcialmente	Parcialmente	Parcial
Correctivo		Manual	No	No	Inmaterial


El resultado de valorar la eficacia y eficiencia del control, permitirá establecer el grado de efectividad del mismo y por lo tanto conocer si su diseño es adecuado y cumple con el propósito para el cual fue creado (mitiga adecuadamente la probabilidad, ocurrencia o ambas).

7.4.2. Calificación del control

La calificación del control se define como pobre, deficiente, moderado y suficiente. Los controles cuya calificación sean pobres o deficientes, deben ser revisados por el responsable de su aplicación y por consiguiente será necesario establecer los mecanismos para mejorarlos o cambiarlos.

Eficiencia

Descriptor	Valor
Suficiente	> 80% y < 100%

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 15 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

Moderado	> 70 % y < 80%
Deficiente	> 50 % y < 70%
Pobre	> 0% y < 50%

Finalmente, de acuerdo con la calificación del control, será el número de cuadrantes a disminuir en el riesgo inherente.

Descriptor	Valor	Cuadrantes a disminuir
Deficiente	$\geq 0\%$ y $\leq 20\%$	0
Útil pero no confiable	$\geq 21\%$ y $\leq 40\%$	0
Moderadamente Confiable	$\geq 41\%$ y $\leq 60\%$	1
Confiable	$\geq 61\%$ y $\leq 80\%$	2
Muy Confiable	$\geq 81\%$ y $\leq 100\%$	3

Con lo anterior, se calcula el “riesgo neto o residual”, que resulta de la diferencia entre el grado de manifestación de los riesgos inherentes y la gestión de mitigación de riesgos establecida por La Clínica. A partir del análisis y determinación del riesgo residual los responsables pueden tomar decisiones como:

- Evitar: es prevenir el riesgo.
- Reducir: es disminuir la probabilidad de ocurrencia o el impacto.
- Aceptar: después de reducir o compartir se asume la pérdida residual probable.
- Compartir: es transferir la pérdida a otra entidad.

7.4.3. Mapa de riesgos


El mapa de riesgos es el resultado consolidado de la identificación de los riesgos en cada proceso, las causas y la valoración de los mismos, es decir, la asignación de la probabilidad de ocurrencia e impacto y la identificación y valoración de los controles, con lo cual se obtiene de manera consolidado y segmentado el perfil de riesgo inherente y residual de La Clínica.

7.5. Monitoreo de los riesgos

Para que la gestión de riesgos sea integral y responda oportunamente a los cambios, comportamientos y/o surgimiento de los riesgos, es necesario establecer mecanismos que ayuden a emprender acciones tempranas por La Clínica para el establecimiento y/o mejoramiento de los controles o iniciar medidas de tratamiento que reduzcan la exposición a pérdidas por la entidad.

En consecuencia, La Clínica utilizará los siguientes métodos para el monitoreo de los riesgos del LA/FT.

7.5.1. Análisis del riesgo inherente y riesgo residual

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 16 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

El Oficial de cumplimiento presentará a la Junta Directiva los reportes para comparar el perfil de riesgo inherente y residual de cada factor de riesgo y de los riesgos asociados, de tal manera que se pueda establecer el comportamiento del sistema en general y se logren detectar y corregir las deficiencias encontradas. Esta evaluación se realizará semestralmente y se comparará con el semestre inmediatamente anterior.

Cuando el resultado del análisis corresponda a un nivel de riesgo no tolerable para La Clínica, el Oficial de Cumplimiento gestionará la implementación de las medidas necesarias e inmediatas, hasta lograr que el factor y los riesgos asociados sean controlados y se ubiquen en los niveles de riesgo aceptados por la entidad.

7.5.2. Indicadores


Con el fin de evidenciar potenciales fuentes de riesgo de LA/FT es necesario el establecimiento de indicadores prospectivos y/o descriptivos, para ello La Clínica implementará:

7.5.2.1. Indicadores de prospectivos y/o retrospectivos


- Porcentaje de clientes con información actualizada.
- Porcentaje de proveedores o contratistas con información actualizada.
- Porcentaje de empleados con información actualizada.
- Porcentaje de transacciones o contratos pactados con establecimientos en lugares de alto riesgo
- Porcentaje de empresas y proveedores que son PEP
- Porcentaje de proveedores, empleados y/o contratistas en listas vinculantes
- Porcentaje de empresas y proveedores en medios abiertos (Comunicaciones)
- Número de operaciones intentadas que fueron rechazadas por señales de alerta relacionadas con LA/FT.
- Número de alertas por factores de riesgo

8. Control de revisión y aprobación

Esta metodología de las etapas de administración de riesgos del SARLAFT fue analizada y aprobadas por la Junta Directiva en sesión del 26 de enero de 2021, según consta en el Acta Nro. 39. Posteriormente se socializaron y sometieron a consideración y aprobación por la Asamblea General el 23 de marzo de 2021, actividad que quedó registrada en Acta No 31. Esta metodología deroga los anteriores.

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 17 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

Acción	Responsable	Cargo	Fecha	Firma
Elaboró	Germán Ignacio Rincón Cruz	Oficial de Cumplimiento	2020-12-19	Fdo. Original
Revisó	Nilsa Rocío Arana Trujillo	Gerente	2020-12-21	Fdo. Original
Aprobó	Sergio Rúgeles López	Presidente Junta Directiva	2021-01-26	Acta N° 39
	Nilsa Rocío Arana Trujillo	Secretario Junta Directiva	2021-01-26	Acta N° 39
	Miembros Asamblea		2021-03-23	Acta N° 31

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CÓDIGO: MA-DI-1.21	VERSIÓN: 01
		PÁGINA: Página 18 de 18	
FECHA DE EMISIÓN: Diciembre de 2020	TÍTULO: MANUAL METODOLOGIA ETAPAS DEL SARLAFT		
ELABORADO: Oficial de Cumplimiento	REVISADO POR: Gerente	APROBADO POR: Junta Directiva/Asamblea General	

9. Control de cambios

Dado que el presente documento ha sido y será sujeto de continuas modificaciones y/o actualizaciones, se controlan los cambios y/o adiciones en el siguiente cuadro:

Versión	Fecha de Aprobación	Descripción del Cambio
V01	2021-01-26	Creación del documento, aprobado por la Junta Directiva Acta No. 39 Presidente: Sergio Rugeles López Secretario: Nilsa Rocío Arana Trujillo