

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	1 de 27

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO	4
2. ENFOQUE DIFERENCIAL	4
3. DEFINICIONES	4
4. DESARROLLO DEL DOCUMENTO	6
INTRODUCCIÓN	6
4.1 principios rectores	6
4.2 Valores del sistema general de salud y los corporativos	6
4.3 Autoridad y Responsables	6
4.4 Enfoque basado en riesgos	6
4.5 Metodología de gestión del riesgo	6
5. ETAPAS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN AL TERRORISMO Y PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT/FPDAM)	7
5.1 Diagnóstico	7
5.2 Identificación de los riesgos	7
5.3 Evaluación del riesgo	7
5.4 Control del riesgo	7
5.5 Mecanismos de Control	8
5.6 Seguimiento y monitoreo	8
5.7 Mejora continua	9
6. FACTORES DE RIESGOS	9
6.1 Contrapartes	9
6.2 Productos	10
6.3 Canales de distribución	10
6.4 Jurisdicción	10
7. SEGMENTACIÓN Y PERFILES	10
8. ELEMENTOS DEL SARLAFT/FPADM	10
8.1 Políticas	11
8.1.1 Política de conocimiento de las contrapartes	11
8.1.2 Política de debida diligencia y excepciones controladas	11
8.1.2.1 Excepciones controladas	12
8.1.3 Política de conocimiento de accionistas	13
8.1.4 Política de gestión de relaciones contractuales frente a riesgos LA/FT/FPADM	13
8.1.5 Política de pagos en efectivo	13
8.1.6 Política de pagos en moneda extranjera	14
8.1.7 Política de Compra de equipos en moneda extranjera	14

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	2 de 27

8.1.8 Política de apertura de cuentas bancarias en el extranjero.....	14
8.1.9 Políticas para adquisición de bienes inmuebles.....	15
8.1.10 Política de conocimiento de personas expuestas políticamente (PEP)	15
8.1.11 Política para identificar operaciones inusuales y/o sospechosas	16
8.1.12 Política de conocimiento de beneficiarios finales	16
8.1.13 Política de canales de denuncia, protección al denunciante y cero represalias	16
9. PROCEDIMIENTOS SARLAFT/FPADM	17
9.1 Factores generadores de riesgos LA/FT/FPADM	17
9.2 Relaciones Comerciales y Legales	17
9.3 Procedimiento proceso de debida diligencia y conocimiento de las contrapartes	17
9.3.1 Debida diligencia intensificada.....	17
9.4. Procedimiento para el conocimiento de personas expuestas políticamente (PEP)	17
9.5 Procedimiento para reportes internos y externos.....	17
9.5.1 Reportes Internos de operaciones inusuales y sospechosas.....	18
9.5.2 Reporte de operaciones sospechosas (ROS).....	18
9.5.3 Reporte de ausencia de ROS	18
9.5.4 Reporte de transacciones en efectivo.....	18
9.5.5 Otros reportes exigidos por las autoridades competentes	18
9.6. Procedimiento para la capacitación, sensibilización y fortalecimiento de cultura SARLAFT/FPADM.....	18
9.7 Procedimiento para la gestión documental y administración de la información.....	19
9.8 Divulgación interna y externa	19
9.9 Procedimiento de Seguimiento y mejora del SARLAFT/FPADM.....	19
9.10 Procedimiento para la excepcionalidad en el conocimiento de contrapartes.....	19
9.11 Procedimiento para reporte de incumplimiento	20
9.12 Procedimiento para la gestión, conservación y disponibilidad de la información.....	20
10. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	20
10.1 Roles y responsabilidades	20
10.1.1 Junta Directiva.....	20
10.1.2 Comité de Riesgos	21
10.1.3 Líder de transparencia y ética empresarial con rol de Oficial de cumplimiento	21
10.1.4 Control interno	21
10.1.5 Revisora fiscal	21
10.1.6 Colaboradores	21
11. ESTRUCTURA TECNOLÓGICA	21
12. SEÑALES DE ALERTA.....	21
13. COMPROMISO DE GOBIERNO CORPORATIVO	22
13.1 Aprobación	22

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	3 de 27

13.2 Divulgación.....	23
13.3 Confidencialidad	23
13.4 Colaboración con la Justicia y Autoridades Administrativas.....	23
14. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y MEDIDAS DISCIPLINARIAS	23
15. SOSTENIBILIDAD Y MEDIO AMBIENTE.....	23
16.GESTIÓN DE DENUNCIAS E INVESTIGACIONES INTERNAS Y REPORTE A LA UIAF (ALCANCE, DEBIDO PROCESO Y PROTECCIÓN INSTITUCIONAL).....	23
16.1 CANAL DE DENUNCIAS -LÍNEA DE TRANSPARENCIA.....	24
16.2 PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	24
16.3 Monitoreo e investigación interna con alcance legal, garantizando anonimato y cero represalias al denunciante.....	24
17.SANCIONES Y REQUERIMIENTOS	24
18. INDICADORES	25
19.VIGENCIA.....	25
20.DOCUMENTOS ARTICULADORES	25
20.1 Normativa Externa- Marco institucional y gobernanza	26
20.2 Marco normativo y estándares internacionales	26
21.BIBLIOGRAFÍA	26
22.CONTROL DE CAMBIOS	26

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	4 de 27

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos, responsabilidades, controles e instrumentos necesarios para identificar, medir, controlar, monitorear y reportar los riesgos de lavado de activos, financiación al terrorismo y financiación a la proliferación de armas de destrucción masiva en adelante (LA/FT/FPADM) en la Clínica, bajo un enfoque basado en riesgos.

El cumplimiento de este manual se verificará mediante la aplicación de controles de debida diligencia, segmentación, seguimiento de señales de alerta, capacitación, reportes internos, indicadores de gestión y acciones de mejora, promoviendo una cultura de prevención, transparencia e integridad institucional en todos los procesos y niveles de la organización.

Sus lineamientos son de obligatorio cumplimiento para directivos, accionistas, colaboradores, contratistas, prestadores de servicios y demás terceros con los que la Clínica se relacione.

2. ENFOQUE DIFERENCIAL

N/A.

3. DEFINICIONES

Las definiciones específicas que se desarrollan corresponden a la gestión de los riesgos LA/FT/FPADM que están establecidas en la normatividad colombiana y son incorporadas a este manual, con el fin de brindar un entendimiento al lector sobre los temas que en éste se desarrollaran.

- **Alta gerencia:** personas del más alto nivel jerárquico en el área administrativa o corporativa de la entidad. Son responsables del giro ordinario del negocio de la entidad y encargadas de idear, ejecutar y controlar los objetivos y estrategias de la misma. Se incluyen también el director general o presidente ejecutivo y el contralor interno.
- **Beneficiario final:** se refiere a la(s) persona(s) natural(es) que finalmente posee(n) o controla(n) a un cliente y/o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción. Incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona jurídica u otra estructura jurídica.
- **Cliente y/o contraparte:** es toda persona natural o jurídica con quien la Entidad formaliza una relación contractual o legal, y/o cualquier figura contractual que suponga inyección efectiva de recursos.
- **Control del riesgo LA/FT/FPADM:** comprende la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras acciones existentes que actúan para minimizar riesgos LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos que realice la entidad.
- **Debida diligencia:** Es el proceso que deben llevar a cabo las organizaciones para identificar, prevenir, mitigar y explicar cómo abordan los impactos negativos tanto reales como potenciales en sus propias actividades y relaciones comerciales.
- **Debida diligencia ampliada o intensificada:** es el proceso mediante el cual la Empresa adopta medidas adicionales y con mayor intensidad para el conocimiento de la contraparte, de su negocio, operaciones, productos y el volumen de sus transacciones.
- **Financiación del terrorismo:** delito que comete toda persona que incurra en alguna de las conductas descritas en el artículo 345 del Código Penal.
- **Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva:** todo acto que provea fondos o utilice servicios financieros, en todo o en parte, para la fabricación, adquisición, posesión, desarrollo, exportación, trasiego de material, fraccionamiento, transporte, transferencia, deposito o uso dual para propósitos ilegítimos en contravención de las leyes nacionales u obligaciones internacionales cuando esto último sea aplicable.
- **Gestión del riesgo LA/FT/FPADM:** consiste en la adopción de políticas y procedimientos que permitan prevenir y controlar los riesgos LA/FT/FPADM.

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	5 de 27

- **Lavado de activos:** delito que comete toda persona que busca dar apariencia de legalidad a bienes o dinero provenientes de alguna de las actividades descritas en el artículo 323 del Código Penal.
- **Listas nacionales e internacionales:** relación de personas que de acuerdo con el organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo, como lo son las listas del Consejo de seguridad de las naciones unidas, que son vinculantes para Colombia. Adicionalmente, pueden ser consultadas por internet u otros medios técnicos las listas OFAC, INTERPOL, UNION EUROPEA, policía nacional, entre otras.
- **Listas restrictivas:** las siguientes listas de personas o entidades que pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo:
 - **Lista ONU:** listas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.
 - **Lista OFAC-** Office of Foreign Assets Control oficina de control de activos extranjeros.
 - **Lista de Unión Europea:** lista de personas, grupos y entidades implicados en actos terroristas que están sujetos a medidas restrictivas. Si en algún momento otras disposiciones de orden legal incluyen la adición de otras listas, Clínica Somer S.A., las incorporará.
- **Monitoreo:** es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y la 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.
- **Omisión de denuncia:** consiste en tener conocimiento de la comisión de los delitos señalados en el artículo 441 del código penal y no denunciarlos.
- **Omisión de reporte:** determinado por el artículo 325 del código penal colombiano que establece que: "Aquellos sujetos sometidos a control de la Unidad de Información y análisis financiero (UIAF) que deliberadamente omitan el cumplimiento de los reportes a esta entidad para las transacciones en efectivo o para la movilización o para el almacenamiento de dinero en efectivo, incurrirán, por esa sola conducta, en prisión de treinta y ocho (38) a ciento veintiocho (128) meses y multa de ciento treinta y tres punto treinta y tres (133.33) a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes".
- **Políticas:** son los lineamientos, orientaciones o aspectos que fundamentan la prevención y el control de riesgos LA/FT/FPADM en la entidad. Deben hacer parte del proceso de gestión LA/FT/FPADM.
- **Relaciones contractuales y comerciales:** Son todas aquellas que impliquen herramienta vinculante que establece los términos y condiciones de una transacción o servicio entre dos o más partes involucradas.
- **Riesgo lavado de activos, financiación del terrorismo, financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva (LA/FT/FPADM):** es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad, por su propensión a ser utilizada directa o a través de sus operaciones, como instrumento para cometer los delitos de lavado de activos o la canalización de recursos para la financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.
- **Riesgo de contagio:** es la posibilidad de pérdida que una entidad puede sufrir, directa o indirectamente, por una acción o experiencia de un vinculado, el relacionado o asociado incluye personas naturales o jurídicas que tienen posibilidad de ejercer influencia sobre la entidad.
- **Segmentación:** es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos que comparten características homogéneas al interior de ellos y heterogéneos entre

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	6 de 27

ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).

- **Señales de alerta:** son circunstancias particulares que llaman la atención y justifican un mayor análisis.

4. DESARROLLO DEL DOCUMENTO

4.1 Introducción

Sociedad Médica de Rionegro S.A- Somer S.A, en adelante la Clínica, guiada por la humanización, la seguridad del paciente, el mejoramiento continuo, la sostenibilidad y la responsabilidad social, actúa en cumplimiento del ordenamiento jurídico Colombiano, los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares nacionales e internacionales para la correcta administración de los riesgos de Lavado de activos, financiación al terrorismo y a la proliferación de armas de destrucción masiva- SARLAFT/FPADM.

Este manual orienta a quienes hacemos parte de la Clínica y a nuestros grupos de interés en la prevención y gestión responsable de riesgos, sustentado en el valor de la integridad, **CON UNA POLÍTICA DE CERO TOLERANCIA** frente a la vinculación con personas o entidades incluidas en listas vinculantes o restrictivas en Colombia y a nivel internacional.

La clínica asume un compromiso permanente de formación y capacitación que fortalece una cultura de integridad, legalidad, transparencia y sostenibilidad.

4.2 principios rectores

- Enfoque basado en riesgos
- Proporcionalidad
- No afectación del derecho fundamental a la salud
- Prevención y sostenibilidad institucional

4.3 Valores del sistema general de salud y los corporativos

- Honestidad
- Respeto
- Compromiso
- Diligencia y la Justicia
- Integridad
- Y los demás que la Clínica establezca.

4.4 Autoridad y Responsables

La Junta Directiva define, aprueba y hace seguimiento a las políticas y lineamientos del SARLAFT/FPADM, asegurando su adecuada implementación y efectividad, conforme a la normativa nacional vigente. La líder de transparencia y ética empresarial con rol de Oficial de Cumplimiento diseña, coordina y ejecuta el sistema. El Representante Legal, en conjunto con la Junta Directiva, garantizan la adopción, divulgación y aplicación efectiva del Manual, en cumplimiento de los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud.

4.5 Enfoque basado en riesgos

La Clínica adopta formalmente el Enfoque Basado en Riesgo (aplicando controles proporcionales al nivel de riesgo identificado, garantizando en todo momento la continuidad y oportunidad en la prestación del servicio de salud.

4.6 Metodología de gestión del riesgo

La gestión de riesgos se fundamenta en marcos y metodologías reconocidas a nivel internacional, tales como ISO 31000, COSO ERM y herramientas de análisis como AMEF, las cuales permiten

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	7 de 27

estructurar, evaluar y gestionar los riesgos de manera integral, alineada con las mejores prácticas y los requerimientos regulatorios. Esta metodología esta desarrollada en el (GER.PROG.4).

5. ETAPAS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN AL TERRORISMO Y PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT/FPDAM)

De conformidad con las disposiciones de la Superintendencia Nacional de Salud, la Clínica estructura el SARLAFT/FPADM a través de un conjunto de etapas secuenciales e interrelacionadas que permiten identificar, evaluar, controlar, monitorear y mitigar los riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva. Estas etapas constituyen la base para una gestión preventiva, sistemática y proporcional al riesgo, acorde con la naturaleza del sector salud.

5.1 Diagnóstico

Mediante este buscamos comprender el contexto interno y externo de la Clínica y los riesgos a los que puede verse expuesta. Este análisis es presentado al máximo órgano de gobierno, promoviendo liderazgo, toma de decisiones informadas y una postura institucional de rechazo a actividades ilícitas que declaramos en la política de **cero tolerancias**.

5.2 Identificación de los riesgos

Mediante la identificación de los riesgos, la Clínica busca encontrar, reconocer y describir los riesgos que pueden afectar los objetivos trazados. Esta identificación se revisa anualmente y cuando ocurran cambios significativos, es decir en las circunstancias de la estructura, la estrategia, las obligaciones de cumplimiento o cuando se presenten incidentes.

Se identifican los riesgos **LA/FT/FPADM** asociados a la operación asistencial, administrativa, financiera y comercial, considerando cambios como:

- Nuevos servicios, sedes o productos.
- Nuevas formas de contratación o relacionamiento.
- Participación de terceros, convenios o inversionistas.
- Cambios en el entorno o en el mercado del sector salud.
- Aliados estratégicos en investigación científica, ensayos clínicos y otros de esta naturaleza.
- Institución Técnica de Desarrollo Humano
- Relaciones con EPS, aseguradoras, entidades públicas, casas farmacéuticas, proveedores de tecnología, dispositivos médicos o insumos críticos.

Los riesgos se documentan y se integran a la matriz institucional de riesgos, la cual se encuentra en el gestor de riesgos de la clínica: <https://gestor.clinicasomer.com/base/gestionRiesgo/index.php>.

5.3 Evaluación del riesgo

La evaluación de los riesgos LA/FT/FPADM en la Clínica se realiza valorando cada riesgo según su probabilidad de ocurrencia y su impacto, con especial énfasis en la gestión de riesgos, la continuidad del servicio y la sostenibilidad. Este ejercicio es liderado por la líder de transparencia y ética empresarial con rol de Oficial de Cumplimiento y se desarrolla de manera conjunta con los líderes de cada área, quienes aportan su conocimiento operativo, validan la realidad del riesgo en su área y participan en la definición del perfil de riesgo inherente y residual, permitiendo priorizar riesgos, definir controles y planes de acción, y reportar los resultados a la Alta Dirección y la Junta Directiva para su seguimiento y mejora continua.

5.4 Control del riesgo

La Clínica identifica de manera sistemática los riesgos LA/FT/FPADM asociados a su operación asistencial, administrativa, financiera y comercial, reconociendo que, en el sector salud, estos

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	8 de 27

riesgos pueden surgir tanto del acto médico como de los flujos financieros, contractuales y de relacionamiento. Este se gestiona mediante políticas, procedimientos y acciones estratégicas diseñadas para prevenir, detectar y neutralizar los riesgos inherentes de la clínica y sus contrapartes, lo que incluye la debida diligencia del cliente y el monitoreo continuo de las transacciones, presentación de informe de transacciones sospechosas y la capacitación del personal.

5.5 Mecanismos de Control

Los mecanismos de control de riesgos se realizan bajo un enfoque preventivo, detectivo y correctivo, fortaleciendo la sensibilización y corresponsabilidad de los líderes de proceso, quienes participan activamente para asegurar que el análisis se lleve a cabo de manera previa cuando se presenten.

La identificación se complementa con el análisis del contexto interno y externo, considerando tipologías de riesgo propias del sector salud, flujos de efectivo, manejo de recursos públicos y privados, atención a población vulnerable y operación en territorios de mayor exposición, garantizando su documentación. Su propósito es asegurar conocimiento de contrapartes, trazabilidad de operaciones, transparencia, responsables definidos, evidencia verificable y mejora continua.

- **Debida diligencia de contrapartes:** aplicación de niveles (simple/estándar/ampliada), verificación de identidad, actividad, **beneficiario final**, PEP y listas; actualización periódica y por evento.
- **Conflictos de interés:** declaración y gestión; recusación obligatoria en decisiones sensibles, especialmente en compras, contratación, pagos, alianzas y patrocinio/investigación.
- **Contratación y terceros críticos:** cláusulas LA/FT/FPADM
- **Pagos y tesorería:** autorizaciones por cuantías, validación de soportes, pago solo a cuentas del titular/contraparte, control de anticipos, prohibición de pagos a terceros sin justificación y conciliación previa al pago.
- **Facturación y cuentas médicas:** validaciones y muestreo focalizado para identificar **operaciones inusuales** (duplicidades, patrones atípicos, notas crédito/reversos, ajustes fuera de norma) y evitar uso del proceso como vehículo de fraude financiero.
- **Recaudos y efectivo:** minimización de efectivo, controles de caja, arqueos sorpresivos, conciliaciones diarias y trazabilidad de devoluciones.
- **Medicamentos, dispositivos y alto costo:** prescripción, dispensación, consumo, devolución, inventarios cíclicos, control de mermas y ajustes; alertas por consumos/pedidos atípicos que puedan asociarse a desvío o lavado a través de bienes.
- **Monitoreo transaccional y de alertas LA/FT/FPADM:** tableros e indicadores (fraccionamiento, terceros pagadores, cambios reiterados de cuenta, anticipos inusuales, devoluciones recurrentes, proveedores nuevos de alto monto, patrones fuera del perfil).
- **Canal de reporte y gestión de casos (Línea de transparencia):** confidencialidad, no retaliación, análisis documentado, escalamiento y acciones; los hallazgos alimentan el ajuste del perfil de riesgo y controles.
- **Auditoría interna y revisiones focalizadas:** pruebas de efectividad de controles LA/FT/FPADM, seguimiento a planes y verificación de cierres con evidencia.
- **Documentación y reserva:** expedientes completos (debida diligencia, análisis de alertas, decisiones y soportes), custodia bajo gestión documental, acceso por rol y protección de datos personales; disponibilidad para autoridades competentes cuando aplique.

5.6 Seguimiento y monitoreo

En el enfoque basado en riesgo, la Clínica realiza un seguimiento permanente y sistemático que permite asegurar la efectividad del sistema, anticipar desviaciones y fortalecer la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección. Todo el proceso se desarrolla con trazabilidad, confidencialidad y soporte documental, como lo exigen los lineamientos de la Supersalud.

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	9 de 27

El monitoreo se orienta a:

- Verificar la efectividad de los controles implementados y su adecuada aplicación en los procesos.
- Detectar, analizar y documentar operaciones inusuales o sospechosas, conforme a los perfiles de riesgo definidos.
- Determinar la procedencia de reportes ante la UIAF, cuando aplique.
- Informar de manera periódica y oportuna a la Alta Dirección y a la Junta Directiva, facilitando el control y la mejora continua.

5.7 Mejora continua

La Clínica concibe la mejora continua como un elemento transversal, permanente y articulado al SARLAFT/FPADM, integrado al modelo institucional de mejoramiento continuo y al ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar). Este enfoque permite identificar, analizar, implementar y hacer seguimiento a oportunidades de mejora que fortalezcan la gestión del riesgo, el autocontrol institucional, la cultura de cumplimiento y la toma de decisiones informadas. Para el SARLAFT/FPADM, las oportunidades de mejora podrán derivarse de fuentes internas como el autocontrol, la autoevaluación institucional, la matriz de riesgos, el monitoreo de controles, el análisis de alertas y operaciones inusuales, los resultados de auditorías internas, los informes de los órganos de control, los cambios normativos y las variaciones del entorno del sector salud.

A partir de estos insumos, la Clínica formulará e implementará acciones preventivas, correctivas o de intervención inmediata, según corresponda, orientadas a prevenir desviaciones, corregir situaciones identificadas, fortalecer los controles existentes y actualizar las políticas, procedimientos, metodologías, indicadores y mecanismos de monitoreo del sistema.

La mejora continua del SARLAFT/FPADM se desarrollará bajo criterios de proporcionalidad, oportunidad, trazabilidad, análisis de causas y enfoque basado en riesgos. Así mismo, promoverá la participación de los responsables de los procesos y equipos involucrados, con el fin de fortalecer el aprendizaje organizacional, la sostenibilidad institucional y la cultura de cumplimiento, sin afectar la continuidad, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

6.FACTORES DE RIESGOS

Los factores de riesgos LA/FT/FPADM permiten identificar las condiciones y circunstancias que pueden incrementar la exposición de la Clínica a estos riesgos. Su análisis se realiza bajo un enfoque basado en riesgo, considerando las particularidades del sector salud, con el fin de definir controles proporcionales y prevenir impactos que afecten la sostenibilidad institucional y la continuidad del servicio.

6.1 Contrapartes

Las contrapartes de la Clínica se consideran que pueden ser internas o externas, y en el enfoque de riesgos, se analizan, evalúan y segmentan y se consideran que estas pueden ser cualquier persona natural o jurídica con la cual se tenga una relación que pueda generar un riesgo LF/FT/FPDAM. En el contexto de la clínica que pertenece al sector privado, la segmentación la hemos estructurado con las siguientes consideraciones.

CONTRAPARTE
Accionistas e inversionistas
Colaboradores
Clientes
Proveedores
Terceros: (Intermediarios, aseguradoras, aliados en investigación, entidades con convenio, Outsourcing).
Entidades financieras

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	10 de 27

6.2 Productos

Estos representan las operaciones que se realizan en la clínica en cumplimiento de su objeto social y que ofrece a los clientes. Se revisan los servicios con mayor exposición a flujos económicos:

- Transacciones en efectivo individuales o sucesivas.
- Transacciones en las que no se entabla un contacto físico entre las partes. (Compras virtuales)
- Pagos recibidos de partes desconocidas o terceros no relacionados.

6.3 Canales de distribución

La Clínica ha considerado que estos pueden ser internos o externos y segmenta los canales para identificar cómo se prestan los servicios y cómo se originan los pagos.

- **Canales físicos:** Centro de atención en salud- Sedes, Centro de atención Somer empresa, Somer hogar, Centro de investigaciones, Banco de sangre y Centro de formación.
- **Canales Digitales:** Telemedicina, sitio web, Contac Center
- **Canales de intermediación:** Referencia y Contrarreferencia, terceros intermediarios (Brókeres), Aseguradoras.

6.4 Jurisdicción

Cuando se identifique que una contraparte, operación o flujo financiero tiene origen, destino o vínculo con jurisdicciones que, según el análisis de riesgos y fuentes oficiales, presenten mayor exposición a LA/FT/FPADM, corrupción, fraude u otros riesgos asociados, la Clínica incorporará dicha información como un criterio de seguimiento dentro de los tableros de control del Área de Transparencia y Ética Empresarial.

Asimismo, la Clínica se abstendrá de iniciar o mantener relacionamientos comerciales con contrapartes vinculadas a jurisdicciones incluidas en listados de países no cooperantes, conforme a las evaluaciones y pronunciamientos del Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) y demás autoridades competentes.

7. SEGMENTACIÓN Y PERFILES

La segmentación de los factores de riesgo constituye un fundamento técnico de la gestión LA/FT/FPADM, al permitir a la Clínica clasificar y analizar sus relaciones, operaciones y entornos, con el fin de establecer perfiles de comportamiento y detectar desviaciones relevantes. Este ejercicio se desarrolla bajo un enfoque corporativo, preventivo y basado en riesgo, conforme a las mejores prácticas aplicables al sector salud, buscando identificar patrones esperados, facilitar el monitoreo y permitir una debida diligencia proporcional e integrado con los procesos clave de gestión de riesgos.

Las variables comunes que se utilizarán son:

- **Comportamiento de pago:** Tipo de productos o servicios utilizados, frecuencia u monto de las transacciones y canales de distribución.
- **Ubicación geográfica:** País o ciudad de residencia, países de origen y destino de las transacciones.
- **Tipo de persona:** Jurídica o Natural

Esta información es obtenida del gestor clínico en tableros de control-cumplimiento y otras fuentes institucionales.

8. ELEMENTOS DEL SARLAFT/FPADM

El SARLAFT/FPADM se sustenta en un conjunto de elementos interrelacionados que permiten su correcta implementación, operación y mejora continua. Estos elementos definen el marco de políticas, procedimientos, responsabilidades, controles y soportes necesarios para prevenir y mitigar

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	11 de 27

los riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, en coherencia con la normativa vigente y la naturaleza del sector salud.

8.1 Políticas

La Clínica Somer mantiene una política de **CERO TOLERANCIA** frente a cualquier conducta u operación asociada a estos riesgos, implementando mecanismos de prevención, debida diligencia, monitoreo y reporte para proteger la integridad institucional y garantizar el cumplimiento normativo.

Las siguientes políticas establecen los lineamientos y controles adoptados por la Clínica Somer para la prevención y gestión de riesgos LA/FT/FPADM, demás delitos que puedan afectar la legalidad, la transparencia y el buen gobierno corporativo. Esto en coherencia con nuestra **POLÍTICA INTEGRAL DE GESTIÓN DE LA TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL-(GER.POL.32)**.

8.1.1 Política de conocimiento de las contrapartes

La Clínica realizará el conocimiento y verificación de sus contrapartes conforme a la normativa vigente en materia SARLAFT/FPADM.

La vinculación, renovación, creación o actualización de contrapartes deberá estar soportada en el Formulario Único de Conocimiento, los documentos requeridos y la debida diligencia realizada por Transparencia y Ética Empresarial.

Como regla general, la creación de terceros requerirá previamente el Certificado de Cumplimiento. De manera excepcional, y para no afectar procesos críticos de la Clínica, podrán autorizarse creaciones previas al cargue documental en el gestor, siempre que estén justificadas, documentadas, aprobadas y sujetas a regularización posterior dentro del plazo definido institucionalmente.

En ningún caso la falta de conocimiento previo del paciente o pagador limitará, condicionará o retrasará la prestación de servicios de salud, especialmente en atenciones de urgencias o no electivas, sin perjuicio de la aplicación de controles y verificaciones posteriores conforme al sistema SARLAFT/FPADM.

Cuando el relacionamiento se realice a través de terceros, convenios de Docencia Servicio u otras instituciones aliadas donde la Clínica no tendrá relación directa, ni transaccionalidad, estos deberán garantizar la aplicación de controles de conocimiento y validación de las personas vinculadas, conforme a los lineamientos institucionales y la normativa aplicable.

8.1.2 Política de debida diligencia y excepciones controladas

La Clínica aplicará medidas de debida diligencia proporcionales a la naturaleza de la contraparte, la operación, el vínculo con la institución y el nivel de exposición al riesgo LA/FT/FPADM. Para estos efectos, el proceso estándar de conocimiento de contraparte comprende, como mínimo, la identificación de la contraparte, la recolección y validación de la información requerida, la consulta en listas restrictivas, vinculantes o de control, la documentación del soporte correspondiente, la trazabilidad de la operación o relación contractual y el monitoreo de señales de alerta, conforme a las políticas internas del SARLAFT/FPADM

Las excepciones al proceso estándar de conocimiento únicamente podrán aplicarse en casos justificados, documentados, aprobados según el nivel de autoridad definido por la Clínica y debidamente controlados. En todo caso, dichas excepciones no eximen la realización de controles mínimos de prevención, incluyendo la validación en listas, la trazabilidad de la operación, el seguimiento de señales de alerta y la aplicación de medidas de debida diligencia reforzada cuando el nivel de riesgo, la naturaleza de la contraparte o las condiciones de la operación así lo requieran.

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	12 de 27

8.1.2.1 Excepciones controladas

- **Las operaciones únicas de compra o contratación que no superen cuatro millones novecientos mil pesos (\$4.900.000)** y que no correspondan a operaciones sucesivas o fraccionadas con una misma contraparte durante el año, no requerirán formulario de conocimiento, sin embargo, deberán contar como mínimo con validación en listas restrictivas y vinculantes. El área responsable deberá garantizar el control y monitoreo de los montos acumulados y posibles fraccionamiento. Para realizar esta validación se requerirá:
 - Documento de la persona natural o del Representante legal
 - Para personas jurídicas, Cámara de Comercio y Rut
 - Para personas naturales Rut
- **En casos de entidades del sector público, aseguradoras o EPS privadas donde no sea posible obtener formularios pese a las gestiones**, se dejará trazabilidad de los intentos, se priorizará la prestación del servicio de salud y se realizará validación obligatoria en listas, documentadas por el líder del proceso y con soporte al área de Transparencia y ética Empresarial. incluyendo, cuando aplique, datos de existencia, representación legal, condición de supervisión, antecedentes reputacionales, declaración de inhabilidades o incompatibilidades y otra información relevante para el análisis de riesgo.
- **Para compras virtuales (e-commerce/marketplaces)** Cuando no sea posible obtener el formulario completo de conocimiento, se aplicará debida diligencia simplificada basada en riesgo. La compra solo podrá realizarse si se cuenta con: i) Identificación básica del proveedor (nombre/razón social, contacto, país y perfil o URL). ii) evidencia de existencia y reputación (calificaciones, historial, perfil activo). Iii) Soporte de la transacción (confirmación de compra, factura o equivalente y evidencia de entrega). iv). Pago por medios trazables.
- **Cuando la contraparte corresponda a una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, Superintendencia de Sociedades, Superintendencia de Economía Solidaria o Superintendencia Nacional de Salud** y, por sus políticas internas, no facilite formularios o anexos de conocimiento, la Clínica podrá aplicar debida diligencia simplificada, reconociendo su condición de entidad supervisada y obligada a contar con sistemas de administración y prevención de riesgos LA/FT/FPADM. En estos casos, el conocimiento de la contraparte se soportará, como mínimo, con la validación de su condición de vigilada en fuentes oficiales, identificación básica de la entidad, soporte de la relación comercial, contractual o financiera y trazabilidad de las operaciones mediante canales formales. No será exigible documentación adicional que, por política de la entidad vigilada, no sea suministrada, salvo que se identifiquen señales de alerta, inconsistencias o situaciones inusuales que requieran validaciones adicionales o escalamiento al área de Transparencia y Ética Empresarial.
- **Creación de terceros sin previa validación:** Como regla general, la creación de terceros deberá contar con validación previa de cumplimiento, especialmente cuando se trate de proveedores, contratistas, prestadores, convenios, aliados o terceros con relación recurrente con la Clínica. Cuando por necesidad operativa el sistema requiera crear el tercero antes de realizar la validación, el área solicitante deberá dejar evidencia de la justificación, aportar la información disponible y gestionar la validación de cumplimiento antes de formalizar la relación, contratar, autorizar pagos recurrentes o continuar con nuevas operaciones. Para compras menores, ocasionales y no recurrentes realizadas por colaboradores en viajes o actividades autorizadas, no será exigible validación previa cuando no superen 2 SMMLV, cuenten con soporte válido, aprobación del gasto no presenten señales de alerta. Si se identifica recurrencia, fraccionamiento, falta de soportes, negativa a entregar información o cualquier señal de alerta, el caso deberá escalarse al Área de Transparencia y Ética Empresarial antes de continuar con la creación del tercero.

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	13 de 27

8.1.3 Política de conocimiento de accionistas

La Clínica garantizará que el ingreso de accionistas, ya sea por cesión de acciones u otros mecanismos permitidos por la ley, se realice bajo criterios de transparencia, legalidad y gestión del riesgo LA/FT/FPADM, aplicando procesos previos de conocimiento y debida diligencia. Todo potencial accionista deberá entregar información y documentación veraz, completa y actualizada, incluyendo la identificación de beneficiarios finales y demás soportes requeridos.

La Gerencia y la Secretaría General deberán garantizar que, antes de cualquier trámite o registro, se cuente con la validación del proceso de conocimiento y debida diligencia realizado por el área de Transparencia y Ética Empresarial, con rol de Oficial de Cumplimiento.

Cuando se identifiquen señales de alerta o riesgos relevantes, el caso será escalado a la Junta Directiva y, de ser necesario, a la Asamblea de Accionistas, para la adopción de las decisiones correspondientes conforme a la ley y los estatutos sociales.

Como un compromiso con la Clínica, todos los accionistas deberán facilitar de manera ágil, oportuna y completa la actualización anual de su información y declaraciones, atendiendo los requerimientos del sistema SARLAFT/FPADM, como parte de su deber de colaboración y responsabilidad permanente con la sociedad.

8.1.4 Política de gestión de relaciones contractuales frente a riesgos LA/FT/FPADM

La Clínica podrá abstenerse de iniciar, mantener o renovar relaciones contractuales o comerciales cuando identifique riesgos asociados a LA/FT/FPADM, o situaciones que comprometan el cumplimiento normativo y el buen gobierno corporativo.

Cuando una contraparte figure en listas vinculantes o restrictivas, o presente señales de alerta relevantes derivadas de procesos de monitoreo y validación, el área de Transparencia y Ética Empresarial y Asuntos Legales realizarán el análisis correspondiente y recomendarán las medidas a adoptar, garantizando el debido proceso, la proporcionalidad y la trazabilidad de la decisión.

La Clínica podrá solicitar información adicional para validar la identidad de la contraparte y descartar posibles homonimias o errores de identificación antes de adoptar cualquier decisión.

8.1.5 Política de pagos en efectivo

La Clínica prioriza el uso de medios de pago bancarizados y electrónicos. Los pagos en efectivo se aceptarán de manera excepcional y bajo los controles definidos por la Dirección Administrativa y Financiera y el sistema SARLAFT/FPADM.

En los casos de pacientes particulares de consulta externa, procedimientos o servicios programados que impliquen pagos en efectivo individuales o sucesivos superiores a cinco millones de pesos (\$5.000.000), deberá realizarse de manera previa el proceso de conocimiento del paciente y/o pagador, así como la validación del origen y trazabilidad de los recursos, antes de la recepción del dinero.

Toda operación en efectivo individual o sucesiva realizada por una misma persona que supere dicho monto deberá ser reportada de manera inmediata al área de Tesorería, junto con los soportes definidos por la organización, incluyendo como mínimo:

- Factura o documento soporte del servicio prestado (al costado de la factura escribir el código CUPS de la atención.)
- Documento de identidad del paciente y del pagador cuando sean personas diferentes.
- Recibo de caja.
- Declaración de origen de fondos GER.FORM.16.

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	14 de 27

Tesorería deberá remitir oportunamente la información al área de Transparencia y Ética Empresarial para su análisis y monitoreo correspondiente.

El reporte también deberá realizarse cuando una misma persona efectúe pagos en efectivo para diferentes pacientes, independientemente de que las facturas o servicios correspondan a usuarios distintos.

La Clínica promoverá prácticas orientadas a minimizar los riesgos LA/FT/FPADM, priorizando pagos trazables, la adecuada identificación del pagador y la conservación segura de los soportes documentales.

Las devoluciones de anticipos o saldos derivados de la atención en salud se realizarán únicamente al titular que efectuó el pago. Las devoluciones a terceros requerirán justificación válida, trazabilidad de la operación y validación previa conforme a los lineamientos del sistema SARLAFT/FPADM.

8.1.6 Política de pagos en moneda extranjera

La Clínica podrá recibir pagos en moneda extranjera por concepto de prestación de servicios de salud a pacientes internacionales, aseguradoras u otros terceros, garantizando la continuidad del servicio y la adecuada gestión de los riesgos LA/FT/FPADM, cambiarios, financieros y reputacionales asociados a este tipo de operaciones.

Toda operación en moneda extranjera deberá realizarse a través de canales formales, bancarizados y plenamente trazables, bajo la validación y control de la Dirección Administrativa y Financiera y del área de Transparencia y Ética Empresarial cuando corresponda.

La Clínica verificará la identificación del paciente y/o pagador, el origen de los recursos y la coherencia de la operación frente a la atención prestada y los soportes disponibles.

Cuando existan señales de alerta, inconsistencias, jurisdicciones de mayor exposición, pagos realizados por terceros o modalidades de pago inusuales, la Clínica podrá aplicar controles reforzados, solicitar información adicional, realizar validaciones complementarias y efectuar los reportes a que haya lugar conforme al sistema SARLAFT/FPADM y la normativa aplicable.

En ningún caso los controles asociados a pagos en moneda extranjera impedirán a la Clínica recibir recursos legalmente soportados por la prestación efectiva de servicios de salud, sin perjuicio de la aplicación de las validaciones, monitoreos y reportes posteriores definidos por la organización y la normativa vigente.

8.1.7 Política de Compra de equipos en moneda extranjera

La Clínica podrá realizar relaciones contractuales y comerciales para la adquisición de equipos, insumos, tecnología y servicios en moneda extranjera, garantizando la aplicación de controles de conocimiento, validación y monitoreo de las contrapartes conforme al sistema SARLAFT/FPADM.

8.1.8 Política de apertura de cuentas bancarias en el extranjero

La apertura de cuentas bancarias o productos financieros en el exterior solo podrá realizarse cuando exista una necesidad legítima asociada a la operación, inversión, mantenimiento tecnológico o relacionamiento internacional de la Clínica.

La Dirección Administrativa y Financiera deberá garantizar que la entidad financiera seleccionada se encuentre legalmente constituida, supervisada por autoridad competente y cuente con condiciones adecuadas de reputación, transparencia y confiabilidad. Asimismo, deberá verificarse que el país y la entidad no se encuentren asociados a restricciones, sanciones o alertas relevantes en materia LA/FT/FPADM.

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	15 de 27

Previo a la apertura, la operación deberá ser informada y validada por el área de Transparencia y Ética Empresarial, con el fin de evaluar riesgos regulatorios, reputacionales y de cumplimiento, así como la razonabilidad y trazabilidad de la operación.

8.1.9 Políticas para adquisición de bienes inmuebles

La Clínica solo podrá adquirir bienes inmuebles previa aplicación de controles jurídicos, financieros y de cumplimiento orientados a prevenir riesgos LA/FT/FPADM, extinción de dominio, afectaciones reputacionales y contingencias legales sobre la propiedad o sus intervinientes.

La Gerencia, el área de Proyectos, la Dirección Administrativa y Financiera y demás áreas que participen o sean informadas de la negociación o adquisición de inmuebles deberán garantizar el cumplimiento previo de los controles definidos en la presente política y en el sistema SARLAFT/FPADM.

Previo a cualquier negociación, el área de Asuntos Legales deberá garantizar y documentar el estudio de títulos, la revisión de la tradición del inmueble, la identificación de los propietarios inscritos y demás intervinientes relevantes, así como la validación de los soportes legales, tributarios y de registros requeridos.

El área de Transparencia y Ética Empresarial, con rol de Oficial de Cumplimiento, deberá realizar la validación en listas restrictivas y vinculantes de los propietarios inscritos, vendedores, beneficiarios y demás partes relacionadas con la operación, con el fin de identificar posibles riesgos asociados a LA/FT/FPADM, extinción de dominio, corrupción o delitos fuente.

Cuando se identifiquen señales de alerta, personas expuestas políticamente (PEP), inconsistencias en la tradición, jurisdicciones de riesgo o antecedentes relevantes, la organización aplicará debida diligencia reforzada y podrá abstenerse de continuar la negociación hasta tanto se mitiguen los riesgos identificados.

La Gerencia deberán garantizar que toda adquisición inmobiliaria cuente previamente con los análisis y validaciones jurídicas y de cumplimiento correspondientes antes de autorizar o formalizar la operación.

8.1.10 Política de conocimiento de personas expuestas políticamente (PEP)

La Clínica aplicará medidas reforzadas de conocimiento, debida diligencia y monitoreo frente a Personas Expuestas Políticamente (PEP), nacionales o extranjeras, así como respecto de sus vinculados y beneficiarios relacionados, conforme a la normativa vigente en materia SARLAFT/FPADM.

Previo al inicio o mantenimiento de cualquier relación contractual, comercial o institucional con una PEP, la Clínica deberá verificar el cumplimiento del régimen de inhabilidades, incompatibilidades y conflictos de interés aplicable, así como la legalidad, trazabilidad y razonabilidad de la operación o relacionamiento.

El área de Transparencia y Ética Empresarial, con rol de Oficial de Cumplimiento, realizará la validación y análisis correspondiente, pudiendo requerir información adicional, aplicar controles reforzados y efectuar monitoreo especial sobre las operaciones o relaciones que representen mayor exposición al riesgo.

Cuando se identifiquen señales de alerta, inconsistencias o riesgos relevantes asociados a corrupción, soborno, conflicto de interés o LA/FT/FPADM, la organización podrá abstenerse de iniciar o continuar el relacionamiento, conforme a las validaciones jurídicas y de cumplimiento correspondientes.

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	16 de 27

8.1.11 Política para identificar operaciones inusuales y/o sospechosas

La Clínica implementará mecanismos de monitoreo, control y análisis orientados a identificar operaciones inusuales o sospechosas que, por su cuantía, frecuencia, origen, destino, características o comportamiento, no guarden coherencia con la actividad, perfil o relación esperada de la contraparte.

Todos los colaboradores, contratistas y áreas que intervengan en procesos administrativos, financieros, comerciales, asistenciales o contractuales deberán reportar de manera inmediata cualquier señal de alerta, operación inusual o situación que pueda representar riesgos LA/FT/FPADM al área de Transparencia y Ética Empresarial, con rol de Oficial de Cumplimiento quien realizará el análisis, documentación y evaluación de la información reportada y, cuando corresponda, efectuará los reportes a las autoridades competentes.

8.1.12 Política de conocimiento de beneficiarios finales

La Clínica identificará, verificará y actualizará la información de beneficiarios finales de sus contrapartes cuando, por su naturaleza, monto, criticidad, recurrencia o nivel de riesgo, resulte pertinente dentro de la debida diligencia SARLAFT/FPADM.

Este control aplicará principalmente a personas jurídicas, proveedores críticos, contratistas, aliados estratégicos, clientes institucionales, convenios, intermediarios y terceros con exposición relevante para la Clínica. Se identificarán las personas naturales que posean, controlen o se beneficien directa o indirectamente del cinco por ciento (5%) o más de la contraparte, o que ejerzan control efectivo por otros medios.

La aplicación de este lineamiento se realizará bajo un enfoque basado en riesgos, procurando no afectar procesos críticos de la organización cuando existan controles suficientes. Ante inconsistencias, ausencia de información o señales de alerta, la Clínica podrá solicitar información adicional, aplicar debida diligencia reforzada o abstenerse de iniciar o continuar el relacionamiento.

8.1.13 Política de canales de denuncia, protección al denunciante y cero represalias

La Clínica garantizará canales seguros, confidenciales y, cuando aplique, anónimos, para reportar posibles actos de corrupción, opacidad, fraude, soborno, conflictos de interés, violaciones éticas o incumplimientos institucionales.

Ninguna persona que reporte de buena fe podrá ser objeto de represalias, cuestionamientos, intimidaciones, señalamientos, discriminación o afectaciones laborales.

Quienes, por razón del escalamiento, conozcan, analicen o gestionen denuncias e investigaciones corporativas, deberán mantener estricta confidencialidad sobre la identidad del denunciante, los hechos reportados, las evidencias, las personas involucradas y el avance del caso.

La gestión de las denuncias deberá realizarse con objetividad, reserva, debida diligencia, independencia, imparcialidad y respeto por el debido proceso. En caso de que alguna persona que participe en el escalamiento, análisis o investigación identifique que puede tener un conflicto de interés, sesgo, relación directa con los hechos o con las personas involucradas, deberá reportarlo oportunamente y apartarse de la gestión del caso, con el fin de preservar la transparencia e independencia de la investigación.

Proteger al denunciante y preservar la confidencialidad fortalece la confianza en la Línea de Transparencia y demás canales institucionales, permitiendo identificar y mitigar oportunamente riesgos legales, financieros, reputacionales, operativos y éticos.

Cualquier represalia, divulgación no autorizada, omisión frente a un conflicto de interés o uso indebido de la información será considerada una conducta contraria a los principios institucionales y podrá dar lugar a las medidas disciplinarias, administrativas o legales correspondientes.

Elaboró o actualizó:	Revisó y Aprobó:
Patricia Elena Piedrahita López	Ramiro Posada Agudelo
Oficial de Cumplimiento	Gerente

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	17 de 27

9. PROCEDIMIENTOS SARLAFT/FPADM

Los procedimientos del SARLAFT/FPADM establecen las actividades operativas que permiten aplicar de manera efectiva las políticas definidas, asegurando la identificación, control, monitoreo y mitigación de los riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, de forma proporcional a la naturaleza del sector salud y en cumplimiento de la normativa vigente y la naturaleza del sector salud. Estos procedimientos han sido aprobados por la Junta Directiva.

9.1 Factores generadores de riesgos LA/FT/FPADM

La Clínica identifica como fuentes generadoras de riesgo LA/FT/FPADM las relaciones comerciales y legales, el comportamiento humano, las circunstancias políticas y regulatorias, y los aspectos tecnológicos y operativos que puedan afectar el cumplimiento, la transparencia y la integridad institucional.

9.2 Relaciones Comerciales y Legales

La Clínica podrá relacionarse, entre otros, con pacientes particulares, aliados estratégicos, universidades, proveedores, entidades financieras, aseguradoras, inversionistas, aplicando los controles definidos en el sistema SARLAFT/FPADM.

9.3 Procedimiento proceso de debida diligencia y conocimiento de las contrapartes

Las áreas responsables de la vinculación, renovación, actualización o creación de la contraparte deberán garantizar la recolección de la información y soportes requeridos conforme a los formatos institucionales definidos para personas naturales y jurídicas. Lo anterior con los formularios de conocimiento dispuestos por la Clínica y que se encuentra en el gestor documental.

La documentación deberá remitirse al área de Transparencia y Ética Empresarial para la debida diligencia, validación en listas restrictivas y vinculantes, consulta en fuentes públicas y emisión del Certificado de Cumplimiento GER.FORM.14.

No podrá formalizarse ningún relacionamiento sin la validación previa del área de Transparencia y Ética Empresarial, salvo las excepciones definidas en el presente manual.

9.3.1 Debida diligencia intensificada

Cuando el resultado del proceso de debida diligencia estándar evidencie factores de riesgos elevado (PEP, listas, jurisdicciones de riesgo, montos relevantes, estructuras complejas o señales de alerta) el área de transparencia y ética empresarial activará automáticamente el procedimiento de debida diligencia intensificada (DDI) que incluirá (i) entrevista o cuestionario ampliado a la contraparte (ii) verificación de origen de fondos; (iii) consulta en fuentes abiertas, medios y antecedentes; (iv) aprobación por parte de la alta dirección, (v) monitoreo reforzado y periódico durante la relación.

Toda la documentación y resultados de validación deberán conservarse de manera segura, confidencial y trazable conforme a los lineamientos institucionales de gestión documental.

9.4. Procedimiento para el conocimiento de personas expuestas políticamente (PEP)

Cuando se identifique una Persona Expuesta Políticamente (PEP), el área de Transparencia y Ética Empresarial realizará validaciones reforzadas sobre el origen de los recursos, autorizaciones legales, posibles conflictos de interés y demás aspectos definidos por la normativa vigente.

Los casos que representen señales de alerta o mayor exposición al riesgo podrán ser escalados a la Alta Dirección y Junta Directiva para la adopción de decisiones correspondientes.

9.5 Procedimiento para reportes internos y externos

La Clínica implementará mecanismos para el reporte interno y externo de operaciones inusuales, sospechosas y demás señales de alerta relacionadas con riesgos LA/FT/FPADM, garantizando

Elaboró o actualizó:	Revisó y Aprobó:
Patricia Elena Piedrahita López	Ramiro Posada Agudelo
Oficial de Cumplimiento	Gerente

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	18 de 27

reserva, trazabilidad, oportunidad y confidencialidad de la información, conforme a la normativa vigente y los lineamientos de la Unidad de Información y Análisis Financiero-UIAF.

9.5.1 Reportes Internos de operaciones inusuales y sospechosas

Todos los colaboradores, contratistas y terceros vinculados con la Clínica deberán reportar de manera inmediata al área de Transparencia y Ética Empresarial cualquier operación inusual, sospechosa o señal de alerta identificada en desarrollo de sus funciones, utilizando los canales institucionales definidos.

En el área de transparencia y ética empresarial se evaluará y documentará la información reportada, determinará si corresponde a una operación inusual o sospechosa y definirá el escalamiento y las acciones correspondientes.

9.5.2 Reporte de operaciones sospechosas (ROS)

Cuando del análisis realizado se determine la existencia de una operación sospechosa, la líder de transparencia y ética empresarial con rol de oficial de Cumplimiento efectuará el Reporte de Operación Sospechosa (ROS) ante la UIAF de manera inmediata a través del sistema SIREL, conforme a las instrucciones y formatos vigentes definidos por dicha entidad.

El ROS no constituye denuncia penal, no representa una acusación ni genera responsabilidad para la Clínica o las personas que hayan participado en su detección o reporte, y tendrá carácter reservado conforme a la legislación colombiana vigente.

9.5.3 Reporte de ausencia de ROS

Cuando durante el período correspondiente no se identifiquen operaciones sospechosas sujetas a reporte, la líder de transparencia y ética empresarial con rol de oficial de Cumplimiento realizará el reporte de ausencia de ROS ante la UIAF dentro de los plazos establecidos por la normativa vigente y el calendario oficial aplicable al sector salud.

9.5.4 Reporte de transacciones en efectivo

la líder de transparencia y ética empresarial con rol de oficial de Cumplimiento, realizará los reportes de transacciones individuales y múltiples en efectivo ante la UIAF dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente, conforme a los montos, periodicidad y condiciones definidas por la normativa aplicable al sector salud y el calendario oficial vigente.

La información deberá ser remitida oportunamente por las áreas responsables, junto con los soportes documentales requeridos, garantizando trazabilidad, integridad y conservación de la información.

9.5.5 Otros reportes exigidos por las autoridades competentes

La Clínica atenderá y presentará oportunamente los demás reportes, requerimientos o solicitudes de información efectuados por la UIAF, la Superintendencia Nacional de Salud u otras autoridades competentes, conforme a la normativa vigente.

9.6. Procedimiento para la capacitación, sensibilización y fortalecimiento de cultura SARLAFT/FPADM

La Clínica desarrollará procesos permanentes de formación, sensibilización y fortalecimiento de cultura orientados a promover el conocimiento, apropiación y cumplimiento del sistema SARLAFT/FPADM, el Código de Ética y Conducta y los lineamientos institucionales de transparencia y cumplimiento.

Todos los colaboradores deberán recibir formación durante los procesos de inducción, reinducción y actualización periódica, conforme a los riesgos asociados a sus funciones y niveles de

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	19 de 27

responsabilidad. La Clínica deberá extender actividades de sensibilización a contratistas, proveedores, aliados y demás terceros.

La frecuencia mínima de capacitación será de una (1) vez al año para todos los colaboradores, con documentación (lista de asistencia, evaluación de comprensión o registro digital) que estará articulado con el Departamento de Talento humano en el proceso de formación,

El departamento de Gestión del Talento Humano liderará los lineamientos, estrategias y mecanismos institucionales de formación y cultura organizacional, mientras que el área de Transparencia y Ética Empresarial, con rol de Oficial de Cumplimiento, definirá los contenidos técnicos, alertas, actualizaciones regulatorias y demás temas relacionados con la gestión de riesgos LA/FT/FPADM. El área de Relaciones Corporativas apoyará la divulgación y recordación permanente mediante los diferentes canales institucionales.

Las actividades de formación y sensibilización deberán fortalecer la capacidad de los colaboradores para identificar señales de alerta, gestionar adecuadamente los riesgos, reportar situaciones inusuales o sospechosas y actuar conforme a los principios de integridad, legalidad y corresponsabilidad institucional.

La Clínica conservará los registros, evidencias y mecanismos de evaluación que permitan verificar la participación, comprensión y efectividad de los procesos de capacitación y sensibilización desarrollados.

9.7 Procedimiento para la gestión documental y administración de la información

La Clínica garantizará la conservación, custodia, trazabilidad, integridad, reserva y disponibilidad de la documentación y registros asociados al SARLAFT/FPADM, conforme a la normativa vigente y los lineamientos institucionales de gestión documental.

La información relacionada con validaciones, reportes y consultas en listas deberá mantenerse bajo acceso restringido y disponible para auditorías y autoridades competentes cuando aplique.

9.8 Divulgación interna y externa

La líder de transparencia y ética empresarial con rol de Oficial de Cumplimiento presentará informes periódicos a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre el estado del sistema SARLAFT/FPADM, el perfil de riesgo y los resultados de monitoreo y control.

Como buena práctica de transparencia y sostenibilidad, el Representante Legal podrá incluir en el informe de gestión anual información general sobre la gestión del SARLAFT/FPADM y las acciones relevantes adelantadas por la organización.

9.9 Procedimiento de Seguimiento y mejora del SARLAFT/FPADM

El área de Transparencia y Ética Empresarial realizará seguimiento periódico a la efectividad del sistema SARLAFT/FPADM, considerando resultados de monitoreo, auditorías, informes de Revisoría Fiscal, cambios normativos y recomendaciones de autoridades competentes.

Las oportunidades de mejora identificadas deberán documentarse y gestionarse mediante los mecanismos institucionales definidos.

9.10 Procedimiento para la excepcionalidad en el conocimiento de contrapartes

En los casos de atención de urgencia o servicios no electivos en los que no sea posible realizar el conocimiento previo de la contraparte, la Clínica garantizará la prestación del servicio de salud y aplicará los controles y verificaciones de manera posterior conforme al sistema SARLAFT/FPADM.

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	20 de 27

9.11 Procedimiento para reporte de incumplimiento

Las situaciones que puedan constituir incumplimientos a las políticas SARLAFT/FPADM podrán ser reportadas a través de los canales institucionales, el área de Transparencia y Ética Empresarial o la Línea de Transparencia.

Todo reporte será gestionado garantizando confidencialidad, debido proceso, imparcialidad, trazabilidad y protección frente a represalias.

9.12 Procedimiento para la gestión, conservación y disponibilidad de la información

La Clínica garantizará que la información y documentación asociada al SARLAFT/FPADM se administre bajo criterios de integridad, confidencialidad, trazabilidad, disponibilidad y reserva, conforme a la normativa vigente, las Tablas de Retención Documental (TRD) y las buenas prácticas aplicables al sector salud.

El área de Transparencia y Ética Empresarial, en articulación con Gestión Documental y las áreas responsables, deberá garantizar la adecuada identificación, custodia, conservación y acceso controlado de la documentación soporte del sistema, incluyendo formularios de conocimiento, soportes de debida diligencia, validaciones en listas, reportes internos y externos, matrices de riesgo, informes y demás registros asociados al SARLAFT/FPADM.

La información relacionada con consultas en listas, reportes a autoridades y análisis realizados por el Oficial de Cumplimiento tendrá carácter reservado y acceso restringido, conforme a la normativa vigente y al artículo 105 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

La documentación del SARLAFT/FPADM deberá conservarse por un período mínimo de cinco (5) años o el término superior que establezca la ley, garantizando su disponibilidad para auditorías internas, Revisoría Fiscal, Junta Directiva y autoridades competentes cuando aplique.

La Clínica mantendrá disponibles, entre otros, los siguientes documentos:

- Manual SARLAFT/FPADM y sus actualizaciones.
- Actas de Junta Directiva relacionadas con el sistema.
- Informes del Oficial de Cumplimiento y Revisoría Fiscal.
- Soportes de reportes realizados ante la UIAF.
- Matriz de riesgos y planes de acción del SARLAFT/FPADM.
- Registros y soportes de debida diligencia y conocimiento de contrapartes.

10. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La Clínica define una estructura organizacional orientada a garantizar la adecuada administración de los riesgos LA/FT/FPADM, mediante la asignación clara de roles, responsabilidades y mecanismos de supervisión, conforme a la normativa vigente y los lineamientos de gobierno corporativo. A continuación, se relacionan las principales responsabilidades y se remite al lector a las contenidas en la circular externa 009 de 2016 y la 20211700000005-5 DE 2021.

10.1 Roles y responsabilidades

La Alta Dirección es responsable de establecer el tono desde arriba, liderando con el ejemplo en materia de cumplimiento, integridad y ética empresarial.

Para ello, promueve una cultura organizacional basada en la transparencia, la prevención de riesgos, la toma de decisiones responsables y el compromiso de todos los niveles de la Clínica con el cumplimiento del Manual SARLAFT/FPADM.

10.1.1 Junta Directiva

Corresponde a la Junta Directiva aprobar las políticas, manuales, metodologías y controles del SARLAFT/FPADM, realizar seguimiento a su funcionamiento, designar al Oficial de Cumplimiento, asignar los recursos necesarios para la gestión del sistema y evaluar periódicamente su efectividad,

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	21 de 27

conforme a la normativa vigente. Demostrar un compromiso visible con el cumplimiento en todas sus acciones y decisiones y las demás contenidas en la normatividad vigente y las que lleguen adicionar o modificar.

10.1.2 Comité de Riesgos

El área de Transparencia y Ética Empresarial participará en el Comité de Riesgos institucional para la gestión transversal de riesgos LA/FT/FPADM, conforme a las funciones y lineamientos definidos por la organización y la normativa aplicable.

10.1.3 Líder de transparencia y ética empresarial con rol de Oficial de cumplimiento

Este será responsable de liderar la implementación, seguimiento, monitoreo y mejora del SARLAFT/FPADM, así como de gestionar los reportes internos y externos, realizar análisis de operaciones inusuales o sospechosas, promover la cultura de cumplimiento y presentar informes periódicos (Cada seis meses) a la Alta Dirección y Junta Directiva. El informe semestral deberá contener como mínimo: estado general del sistema SARLAFT/FPADM. Operaciones inusuales y sospechosas analizadas y reportadas (ROS) resultado del monitoreo de señales de alerta, estado de indicadores, hallazgos de auditoría y plan de mejora, cambios normativos y capacitaciones realizadas con cobertura y evidencias.

Asimismo, deberá proponer mejoras al sistema, gestionar la relación con la UIAF y autoridades competentes y velar por la adecuada administración documental y operativa del SARLAFT/FPADM, sin perjuicio de las demás funciones establecidas en la normativa vigente y las Circulares de la Superintendencia Nacional de Salud.

10.1.4 Control interno

Control Interno deberá evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento del SARLAFT/FPADM, identificar oportunidades de mejora y reportar sus resultados al Oficial de Cumplimiento y a la Junta Directiva.

10.1.5 Revisora fiscal

La Revisoría Fiscal evaluará periódicamente el cumplimiento y efectividad del SARLAFT/FPADM e informará a la Junta Directiva, al Representante Legal y al Oficial de Cumplimiento las inconsistencias, incumplimientos o debilidades identificadas, conforme a la normativa vigente.

10.1.6 Colaboradores

Todos los colaboradores deberán cumplir las políticas y controles del SARLAFT/FPADM, participar en los procesos de formación definidos por la organización, reportar oportunamente señales de alerta o incumplimientos y actuar conforme a los principios de integridad, ética y transparencia institucional.

11. ESTRUCTURA TECNOLÓGICA

La Clínica dispone de recursos tecnológicos y herramientas especializadas para apoyar la gestión, monitoreo y administración de los riesgos LA/FT/FPADM, incluyendo plataformas para segmentación y gestión de riesgos, validación en listas restrictivas y vinculantes, administración documental y seguimiento de alertas.

Entre los sistemas utilizados se incluyen: SIREL (Plataforma de reporte a la UIAF), el gestor de riesgos institucionales, herramientas de validación en listas ONU, OFAC y policía Nacional, tableros de control de cumplimiento.

12. SEÑALES DE ALERTA

La Clínica definirá y actualizará señales de alerta orientadas a identificar comportamientos, operaciones o situaciones que puedan representar riesgos LA/FT/FPADM.

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	22 de 27

La Clínica considera como principales señales de alerta en el sector salud las siguientes:

- Pagos en efectivo individuales o sucesivos que no guarden relación con el perfil del paciente, pagador o servicio prestado.
- Pagos realizados por terceros sin relación clara con el paciente o sin justificación razonable.
- Solicitudes de devolución de dinero a personas diferentes de quien efectuó el pago.
- Pacientes, proveedores o terceros que se rehúsan a suministrar información requerida o entregan documentación inconsistente, alterada o incompleta.
- Uso reiterado de intermediarios para pagos, contrataciones o relacionamientos sin justificación clara.
- Incremento inusual de servicios, facturación, anticipos o transacciones sin soporte médico, contractual o financiero razonable.
- Contrapartes con información negativa en listas restrictivas, medios públicos o antecedentes relacionados con corrupción, fraude, LA/FT/FPADM o delitos contra la administración pública.
- Proveedores o contratistas sin capacidad operativa, financiera o técnica acorde con los servicios o bienes contratados.
- Donaciones, patrocinios o apoyos económicos sin trazabilidad clara del origen de los recursos o con condiciones atípicas.
- Presión injustificada para omitir controles, acelerar pagos, evitar validaciones o modificar documentación soporte.
- Colaboradores o terceros que intenten eludir procesos de debida diligencia o controles definidos por la organización.
- Relaciones contractuales o pagos con jurisdicciones catalogadas de mayor riesgo o no cooperantes, sin justificación razonable.
- Conductas inusuales de colaboradores relacionadas con conflictos de interés, recepción de beneficios no autorizados, ocultamiento de información o incumplimiento reiterado de controles.
- Adquisición de equipos, insumos o materiales de uso dual (médico- industrial, radiológico) por contrapartes sin justificación clínica o investigativa válida.
- Relacionamiento con contrapartes de jurisdicciones incluidas en listas de sanciones ONU, OFAC por proliferación de armas de destrucción masiva, sin justificación institucional clara.
- Ensayos clínicos, investigaciones científicas o convenios internacionales que involucren actores o financiadores con vínculos con jurisdicciones de riesgos según el GAFI.

Y demás señales de alerta que se identifiquen en el desarrollo de las operaciones de la Clínica, las cuales serán documentadas, actualizadas e incorporadas mediante instructivo interno.

La presencia de una señal de alerta no implica necesariamente la existencia de una operación sospechosa; sin embargo, deberá ser reportada y analizada conforme a los lineamientos del sistema SARLAFT/FPADM.

13. COMPROMISO DE GOBIERNO CORPORATIVO

Desde nuestro gobierno corporativo operamos dentro del marco legal y ético establecido por las leyes regulatorias y las normas del sector salud. Esto implica la implementación de las políticas, procedimientos y controles internos para garantizar el cumplimiento de estos requisitos y prevenir conductas indebidas como el lavado de activos, la financiación al terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva.

13.1 Aprobación

El presente manual fue elaborado por el área de Transparencia y Ética Empresarial, con rol de Oficial de Cumplimiento, y aprobado por la Junta Directiva mediante el acta correspondiente, como expresión del compromiso institucional con la gestión responsable de riesgos y el cumplimiento normativo.

Las actualizaciones al manual se realizarán de manera periódica conforme a cambios normativos, riesgos identificados y oportunidades de mejora del sistema.

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	23 de 27

13.2 Divulgación

El manual SARLAFT/FPADM será divulgado a través de los canales institucionales definidos por la Clínica, promoviendo su conocimiento y cumplimiento por parte de colaboradores y demás grupos de interés.

13.3 Confidencialidad

La información relacionada con la gestión de riesgos LA/FT/FPADM será tratada bajo criterios de confidencialidad, reserva, integridad, trazabilidad y acceso restringido, conforme a la normativa vigente y las políticas institucionales.

La información y recomendaciones emitidas por el Oficial de Cumplimiento deberán ser utilizadas exclusivamente para fines de evaluación, control, toma de decisiones y fortalecimiento del sistema SARLAFT/FPADM.

13.4 Colaboración con la Justicia y Autoridades Administrativas

La Clínica colaborará de forma oportuna y diligente con las autoridades judiciales, administrativas y de inspección, vigilancia y control, cuando requieran información relacionada con riesgos Lavado de activos, financiación al terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva.

Toda entrega de información deberá realizarse conforme a la normativa aplicable, garantizando reserva, confidencialidad, protección de datos personales y trazabilidad documental.

14. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y MEDIDAS DISCIPLINARIAS

La Clínica promueve una cultura de integridad y transparencia, en la que el cumplimiento de las políticas SARLAFT/FPADM hace parte del actuar responsable de colaboradores, contratistas y terceros vinculados.

El incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente manual podrá generar medidas disciplinarias, contractuales o legales conforme al Reglamento Interno de Trabajo, las cláusulas contractuales suscritas y la normativa vigente.

15. SOSTENIBILIDAD Y MEDIO AMBIENTE

La Clínica reconoce la Sostenibilidad como un principio transversal que orienta nuestras decisiones y fortalece nuestro propósito superior. Promovemos una gestión ética, responsable y equilibrada en las dimensiones social, ambiental, económica y de gobernanza, alineada con los objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) nuestra cultura organizaciones, el compromiso con el bienestar de las personas, la gestión de la conciliación, el entorno y la sostenibilidad de nuestra operación, generando valor al gestionar las necesidades y expectativas de nuestros grupos de interés.

16.GESTIÓN DE DENUNCIAS E INVESTIGACIONES INTERNAS Y REPORTE A LA UIAF (ALCANCE, DEBIDO PROCESO Y PROTECCIÓN INSTITUCIONAL)

La Clínica garantizará canales seguros, confidenciales y, cuando aplique, anónimos, para reportar posibles actos de corrupción, opacidad, fraude, soborno, conflictos de interés, violaciones éticas o incumplimientos institucionales.

Ninguna persona que reporte de buena fe podrá ser objeto de represalias, cuestionamientos, intimidaciones, señalamientos, discriminación o afectaciones laborales.

Quienes, por razón del escalamiento, conozcan, analicen o gestionen denuncias e investigaciones corporativas, deberán mantener estricta confidencialidad sobre la identidad del denunciante, los hechos reportados, las evidencias, las personas involucradas y el avance del caso.

La gestión de las denuncias deberá realizarse con objetividad, reserva, debida diligencia, independencia, imparcialidad y respeto por el debido proceso. En caso de que alguna persona que

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	24 de 27

participe en el escalamiento, análisis o investigación identifique que puede tener un conflicto de interés, sesgo, relación directa con los hechos o con las personas involucradas, deberá reportarlo oportunamente y apartarse de la gestión del caso, con el fin de preservar la transparencia e independencia de la investigación.

Proteger al denunciante y preservar la confidencialidad fortalece la confianza en la Línea de Transparencia y demás canales institucionales, permitiendo identificar y mitigar oportunamente riesgos legales, financieros, reputacionales, operativos y éticos.

Cualquier represalia, divulgación no autorizada, omisión frente a un conflicto de interés o uso indebido de la información será considerada una conducta contraria a los principios institucionales y podrá dar lugar a las medidas disciplinarias, administrativas o legales correspondientes.

16.1 Canal de denuncias -Línea de transparencia

La Clínica dispone de canales institucionales para el reporte de posibles conductas asociadas a riesgos LA/FT/FPADM, corrupción, fraude y demás incumplimientos normativos o éticos.

Canales de reporte

- Línea de transparencia: 01-8000-112431
- Formulario Web: <https://reporte.lineatransparencia.co/clinicasomer>
- Email: clinicasomer@lineatransparencia.com

La Clínica promueve espacios de capacitación y sensibilización orientados a fortalecer el conocimiento, la confianza y el uso adecuado de los canales de denuncia, garantizando la confidencialidad, la protección del denunciante y la prevención de cualquier forma de retaliación o represalia.

16.2 Protección de datos personales

La Clínica garantizará el tratamiento adecuado de los datos personales conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables, implementando medidas orientadas a proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información que se obtenga en razón a la administración de los riesgos SARLAFT/FPADM.

16.3 Monitoreo e investigación interna con alcance legal, garantizando anonimato y cero represalias al denunciante

Los reportes recibidos serán analizados por el área de Transparencia y Ética Empresarial bajo criterios de confidencialidad, debido proceso, no represalia, trazabilidad y reserva, sin asumir funciones propias de autoridad judicial o administrativa.

Cuando existan elementos que lo ameriten, se efectuarán los reportes correspondientes ante la UIAF y se atenderán los requerimientos de autoridades competentes conforme a la normativa vigente.

17.SANCIONES Y REQUERIMIENTOS

El incumplimiento de las disposiciones relacionadas con LA/FT/FPADM podrá generar sanciones administrativas, disciplinarias, contractuales y penales conforme a la normativa colombiana vigente y los lineamientos de las autoridades competentes.

La Clínica atenderá oportunamente los requerimientos efectuados por autoridades judiciales, administrativas y entes de control, garantizando reserva, trazabilidad y cumplimiento de los términos legales aplicables.

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	25 de 27

El área de Transparencia y Ética Empresarial y el área de Asuntos Legales apoyarán la atención de requerimientos regulatorios y el suministro de información a las autoridades competentes conforme a la normativa vigente.

18. INDICADORES

- **Proporción de contrapartes con debida diligencia completa antes del inicio de la relación**

Fórmula:
$$\frac{\text{Número de contrapartes con debida diligencia completa antes del inicio de la relación}}{\text{Total, de contrapartes nuevas vinculadas}} \times 100$$

Meta: $\geq 95\%$

- **Proporción de actualización de información de contrapartes.**

Fórmula:
$$\frac{\text{Número de contrapartes que requieren actualización}}{\text{Número de contrapartes con información actualizada}} \times 100.$$

Meta $\geq 95\%$

- **Proporción de transacciones en efectivo superiores a \$5.000.000 identificadas y gestionadas**

Fórmula:
$$\frac{\text{Número de transacciones en efectivo superiores a \$5.000.000 gestionadas conforme al procedimiento}}{\text{Total, de transacciones en efectivo superiores a \$5.000.000 identificadas}} \times 100$$

Meta 100%

- **Proporción de cumplimiento: Porcentaje de cumplimiento reportado por Control Interno**
- **Proporción de colaboradores capacitados en SARLAFT/FPADM**

Fórmula:
$$\frac{\text{Número de colaboradores capacitados en SARLAFT/FPADM}}{\text{Total, de colaboradores programados para capacitación}} \times 100$$

Meta 100%

19.VIGENCIA

El presente Manual tendrá vigencia a partir de su aprobación por la Junta Directiva, la cual deberá constar en el acta correspondiente. Su contenido será de obligatorio cumplimiento para los colaboradores y demás grupos de interés que, según su relación con la Clínica, estén sujetos a sus disposiciones.

20.DOCUMENTOS ARTICULADORES

Los siguientes documentos se articulan con este manual y garantizan el desarrollo y cumplimiento de este.

- Código de ética y de conducta de la clínica Somer CAL.PROG.12
- Código de gobierno corporativo CAL.PROG.8
- Política integral gestión de la transparencia y ética empresarial GER.POL.32
- Manual sicof “subsistema de administración de riesgo de corrupción, opacidad y fraude” GER.MAN.8
- Programa de transparencia y ética empresarial GER.PROG.10
- Reglamento PTEE “Manejo de regalos, obsequios y otros GER.REG.1
- Manual de calidad y mejoramiento continuo clínica Somer CAL.MAN.6
- Programa de sostenibilidad empresarial GER.PROG.6

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	26 de 27

20.1 Normativa Externa- Marco institucional y gobernanza Derecho fundamental a la salud

De conformidad con la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, el derecho a la salud es fundamental, autónomo e irrenunciable, y garantiza una atención oportuna, segura y de calidad. Como servicio público esencial, su prestación se desarrolla bajo la dirección y control del Estado, en condiciones de igualdad para todas las personas.

En la Clínica, este mandato se traduce en un compromiso permanente con la vida, la dignidad y el bienestar de nuestros pacientes, razón por la cual garantizamos la atención requerida sin barreras ni dilaciones, incluso cuando no exista información previa del usuario y/o del pagador, actuando siempre con responsabilidad, ética y sentido humano.

20.2 Marco normativo y estándares internacionales

Este manual se fundamenta en el ordenamiento jurídico colombiano, así como lo estándares internacionales adoptados por el país (Lineamientos GAFI, aplicación de las normas ISO 31000, AMEF Y COSO) y los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud, en particular la Circular externa 009 del 21 de septiembre de 2016 y la Circular externa 2020211700000005-5 de 2021 del 17 de septiembre de 2021, las normas que las complementen o modifiquen.

21.BIBLIOGRAFÍA

- Superintendencia Nacional de Salud (Colombia). (2016, 21 de abril). *Circular Externa 000009 de 2016* (instrucciones sobre SARLAFT en el sector salud).
- Superintendencia Nacional de Salud (Colombia). (2021, 2 de septiembre). *Circular Externa 20211700000005-5 de 2021*.
- https://www.uiaf.gov.co/transparencia/informacion_interes/glosario/senales_alerta
- <http://gestion2.e3.pe/doc/0/0/0/5/9/59605.pdf>
- <http://www.uaf.gob.pa/tmp/file/31/SENALES%20DE%20ALERTAS%20GENERALES.docx>

22.CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS			
FECHA	VERSIÓN	CAMBIOS	RESPONSABLE
01/11/2016	V1	Manual (SARLAFT) / “Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo”.	Andrés Felipe Uribe Peláez. Karol Juliana Huertas.
05/05/2017	V2	Actualización de las políticas de conservación de documentos.	Andrés Felipe Uribe Peláez. Karol Juliana Huertas.
05/09/2022	V3	Se actualiza el manual SARLAFT, de acuerdo a los lineamientos normativos de la superintendencia nacional de salud, bajo la circular externa 20211700000005-5	Andrés Felipe Uribe Peláez. Marcela Gómez
14/02/2023	V4	Se actualiza el manual del SARLAFT/FPADM de acuerdo con los lineamientos normativos de la superintendencia nacional de salud, bajo la circular externa 20211700000005-5 de 2021.	Patricia Elena Piedrahita López.
18/10/2024	V5	Se actualiza el manual SARLAFT/FPADM de acuerdo con los lineamientos normativos de la superintendencia nacional de salud, bajo la circular externa 20211700000005-5 de 2021, además incluyendo temas de validación previa	Patricia Elena Piedrahita López.

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---

	MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	CÓDIGO	GER.MAN.5
		VERSIÓN	06
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	27 de 27

		de posibles accionistas interesados, confidencialidad de la información, consulta en listas de acuerdo con la ley Estatutaria 1581 de 2012 y las excepciones contenidas en esta, entre otros aspectos importantes para la correcta administración de los riesgos.	
02/07/2026	V6	Se actualiza integralmente la redacción del Manual SARLAFT/FPADM, conforme a los lineamientos normativos de la Superintendencia Nacional de Salud, especialmente la Circular Externa 20211700000005-5, bajo un enfoque basado en riesgos, con lenguaje más claro, breve y comprensible para los lectores. La actualización busca hacer el documento más puntual para los procesos, fortalecer la administración del riesgo LA/FT/FPADM e incorporar elementos de sostenibilidad, gobernanza y buenas prácticas, tomando como referencia los conceptos y recomendaciones del curso de Oficiales de Cumplimiento del SIREL.	Patricia Elena Piedrahita López.

Elaboró o actualizó: Patricia Elena Piedrahita López	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo
Oficial de Cumplimiento	Gerente