

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE	CÓDIGO	GER.MAN.8
		VERSIÓN	03
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	1 de 16

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO.....	3
2. ENFOQUE DIFERENCIAL	3
3. DEFINICIONES.....	3
4. DESARROLLO DEL DOCUMENTO	4
4.1 Introducción.....	4
4.2 Principios rectores	4
4.3 Valores del sistema general de salud y los corporativos.....	4
4.4. Autoridad y Responsables.....	4
4. 5 Enfoque basado en riesgos	4
4.6. Metodología de gestión del riesgo	5
5. ETAPAS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE.....	5
5.1 Diagnóstico.....	5
5.2 Identificación de los Riesgos	5
5.3 Evaluación del riesgo	5
5.4 Control del riesgo	5
5.5 Seguimiento y monitoreo	6
5.6 Mejora continua.....	6
6. ELEMENTO DEL SUBSISTEMA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE	7
6.1 Políticas.....	7
6.1.1 Política de Integridad en la contratación	7
6.1.2 Política de conflictos de Interés	7
6.1.3 Política de regalos, atenciones, hospitalidades y transferencia de valor	7
6.1.4 Política de debida diligencia y excepciones controladas.....	7
6.1.5 Política de uso de los bienes y recursos.....	8
6.1.6 Política de uso de información privilegiada	8
6.1.7 Política de integridad y transparencia en los procesos institucionales	8
6.1.8 Política de segregación de funciones	9
6.1.9 Política de Canales de denuncia, protección al denunciante y cero represalias	9
6.1.10 Política de investigaciones internas.....	9
6.1.11 Política de sostenibilidad	9
7. PROCEDIMIENTOS SICO.....	9
7.1 Gestión de riesgos COF por proceso.....	10
7.2 Actualización de matriz SICO.....	10
7.3. GESTIÓN DE DENUNCIAS E INVESTIGACIONES INTERNAS, REPORTES A LAS AUTORIDADES COMPETENTES.....	10
7.3.1 Canal de denuncias- Línea de transparencia.....	10

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

7.3.2 Gestión de denuncias e investigaciones internas	10
7.3.3 Reportes a Junta Directiva y Alta Dirección	10
7.4 Mecanismos	10
8. INSTRUMENTOS	11
8.1 Señales de alerta.....	11
8.2 Segmentación de los factores de riesgos	11
8.3 Estructura Organizacional	11
8.3.1 Roles y responsabilidades	11
8.3.2 Junta directiva	12
8.3.3 Representante Legal	12
8.3.4 El Líder de Transparencia y Ética Empresarial, en su rol de Oficial de Cumplimiento SICOF 12	
8.3.5 Órganos de Control	12
8.3.6 Revisoría Fiscal	12
8.3.7 Control Interno.....	12
8.4 OTROS RESPONSABLES COLABORADORES.....	13
8.5 COMITÉ DE RIESGOS	13
9. DOCUMENTACIÓN.....	13
9.1 Manual de prevención de riesgos de Corrupción, Opacidad y fraude.	13
10. PLATAFORMA TECNOLÓGICA.....	13
11. COMPROMISO DE GOBIERNO CORPORATIVO.....	13
11.1 Aprobación	14
11.2 Divulgación.....	14
11. 3 Capacitación, sensibilización y fortalecimiento de cultura.....	14
11.4 Confidencialidad	14
12. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y MEDIDAS DISCIPLINARIAS	14
13. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	15
14. SANCIONES Y REQUERIMIENTOS	15
15. INDICADORES	15
16. VIGENCIA.....	15
17. DOCUMENTOS ARTICULADORES	15
17.1 Institucionales.....	15
17.2 Marco normativo en el que se basa el Subsistema.....	16
18.BIBLIOGRAFÍA.....	16
19. CONTROL DE CAMBIOS	16

Elaboró o actualizó:

Patricia Elena Piedrahita López

Oficial de Cumplimiento

Revisó y Aprobó:

Ramiro Posada Agudelo

Gerente

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE		CÓDIGO	GER.MAN.8
			VERSIÓN	03
			FECHA	02/07/2026
			PÁGINA	3 de 16

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos, políticas, etapas, procedimientos y elementos para la adecuada identificación, evaluación, control, monitoreo y mitigación de los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude (COF) en la Clínica, garantizando la transparencia, el cumplimiento normativo ante la Superintendencia Nacional de Salud y la debida protección de los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud.

2. ENFOQUE DIFERENCIAL

N/A

3. DEFINICIONES

Las definiciones específicas que se desarrollan corresponden a la gestión de los riesgos COF 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:

- **Cibercrimen:** Actividades ilícitas que se llevan a cabo para robar, alterar, manipular, enajenar o destruir información o activos (como dinero, valores o bienes desmaterializados) de compañías, valiéndose de herramientas informáticas y tecnológicas
- **Cohecho:** Delito que comete un particular, que ofrece a un funcionario público o persona que participa en el ejercicio de la función pública dádiva, retribución o beneficio de cualquier clase para sí o para un tercero, para que ejecute una acción contraria a sus obligaciones, o que omita o dilate el ejercicio de sus funciones
- **Colusión:** Pacto o acuerdo ilícito, es decir, acuerdo anticompetitivo para dañar a un tercero en procesos de contratación pública.
- **Conflicto De Interés:** Son situaciones de conflicto efectivas, que se materializan porque existe el dilema que afecta la objetividad o la transparencia de la decisión por parte Administrador o Colaborador.
- **Corrupción:** Obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información
- **Corrupción privada:** El que directamente o por interpuesta persona prometa, ofrezca o conceda a directivos, administradores, empleados o asesores.
- **Denuncia:** Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
- **Estafa:** Es un delito contra el patrimonio económico, donde una persona denominada estafador, genera una puesta en escena y se aprovecha de la buena voluntad para presentar negocios inexistentes y obtener algún beneficio como sumas de dinero.
- **Favoritismo:** Preferencia dada al “favor” sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante
- **Fraude:** Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicio
- **Hurto:** Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro.
- **Información privilegiada:** Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello.
- **Peculado:** Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones
- **Soborno:** Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control

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

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE		CÓDIGO	GER.MAN.8
			VERSIÓN	03
			FECHA	02/07/2026
			PÁGINA	4 de 16

- **Soborno Transnacional:** El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional
- **Tráfico De Influencias:** Utilización indebida, en provecho propio o de un tercero, de influencias derivadas del ejercicio del cargo público o de la función pública, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer. Incluye el ejercicio indebido de influencias por parte de un particular sobre un servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico.

4. DESARROLLO DEL DOCUMENTO

4.1 Introducción

Sociedad Médica de Rionegro 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 Corrupción, Opacidad y Fraude en adelante (COF).

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 conductas antiéticas o delictivas.

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 SICOF, 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.

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

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE		CÓDIGO	GER.MAN.8
			VERSIÓN	03
			FECHA	02/07/2026
			PÁGINA	5 de 16

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 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 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE

De conformidad con las disposiciones de la Superintendencia Nacional de Salud, la Clínica estructura el SICOF a través de un conjunto de etapas secuenciales e interrelacionadas que permiten identificar, evaluar, controlar, monitorear y mitigar los riesgos Corrupción, opacidad y fraude. 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 tolerancia**.

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 SICOF 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.
- Participación en proyectos de investigación científica, ensayos clínicos, cooperación académica, innovación o actividades similares.
- 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 COF 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, analiza y gestiona de forma sistemática los riesgos de corrupción, opacidad y fraude (COF) asociados a sus procesos asistenciales, administrativos, financieros, contractuales y

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

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE		CÓDIGO	GER.MAN.8
			VERSIÓN	03
			FECHA	02/07/2026
			PÁGINA	6 de 16

de relacionamiento con terceros. Estos riesgos se previenen y controlan mediante políticas, procedimientos, debida diligencia, validación de contrapartes, monitoreo de procesos críticos, gestión de señales de alerta, capacitación y reporte oportuno de situaciones que puedan afectar la transparencia, la integridad, la confianza institucional y la adecuada destinación de los recursos.

De igual manera, la Clínica fortalece controles para prevenir el uso indebido de información privilegiada, la manipulación u ocultamiento de información, los conflictos de interés no declarados y cualquier actuación que pueda favorecer intereses particulares sobre el interés institucional, los derechos de los pacientes o la sostenibilidad del servicio de salud.

Para su gestión, la Clínica cuenta con políticas, procedimientos y controles orientados a:

- Fortalecer el tono ético de la Alta Dirección y la cultura de integridad.
- Identificar, medir, controlar y monitorear los riesgos COF por proceso.
- Gestionar conflictos de interés y prevenir el uso indebido de información privilegiada.
- Aplicar debida diligencia y validación de contrapartes.
- Mantener segregación de funciones en procesos críticos.
- Controlar contratación, compras, facturación, cuentas médicas, pagos, tesorería e inventarios.
- Regular regalos, hospitalidades, donaciones, patrocinios y relacionamiento con terceros.
- Disponer de canales confidenciales de reporte y protección al denunciante.
- Adelantar investigaciones internas con objetividad, confidencialidad y debido proceso.
- Aplicar acciones correctivas, disciplinarias o contractuales cuando corresponda.

Estos mecanismos deberán documentarse, monitorearse y mejorarse periódicamente, con participación de los líderes de proceso y acompañamiento del Área de Transparencia y Ética Empresarial, para asegurar una gestión efectiva, trazable y proporcional al nivel de riesgo COF identificado.

5.5 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.

El monitoreo se orienta a:

- Verificar la efectividad y aplicación de los controles definidos para prevenir corrupción, opacidad y fraude en los procesos críticos de la Clínica.
- Identificar, analizar y documentar señales de alerta, posibles conflictos de interés, uso indebido de información privilegiada, irregularidades en contratación, compras, facturación, pagos, inventarios, donaciones, regalos, hospitalidades o relacionamiento con terceros.
- Hacer seguimiento a denuncias, investigaciones internas, hallazgos, planes de acción y medidas correctivas derivadas de posibles eventos COF.
- Evaluar la evolución del perfil de riesgo COF por proceso, contraparte o actividad, y actualizar los controles cuando se presenten cambios relevantes.
- Escalar oportunamente a la Alta Dirección, Junta Directiva, órganos de control o autoridades competentes, cuando la naturaleza del hallazgo lo requiera.
- Informar periódicamente los resultados del monitoreo para fortalecer la trazabilidad, la toma de decisiones, la mejora continua y la cultura de integridad institucional.

5.6 Mejora continua

La Clínica concibe la mejora continua como un elemento transversal, permanente y articulado al SICOF, 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 SICOF, 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

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

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE	CÓDIGO	GER.MAN.8
		VERSIÓN	03
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	7 de 16

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 SICOF 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. ELEMENTO DEL SUBSISTEMA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE

EL SICOF 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 los riesgos de Corrupción, Opacidad y fraude, en coherencia con la normatividad vigente y la naturaleza del sector salud.

6.1 Políticas

La Clínica Somer promueve una cultura de integridad, transparencia y cero tolerancias frente a riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno, conflictos de interés y uso indebido de información privilegiada.

Las siguientes políticas establecen los lineamientos y controles adoptados, para la prevención y gestión de riesgos COF 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)**.

6.1.1 Política de Integridad en la contratación

La Clínica garantizará que los procesos de contratación se realicen bajo criterios de transparencia, necesidad, objetividad, pluralidad, trazabilidad y adecuada segregación de funciones, evitando direccionamientos, favorecimientos indebidos, conflictos de interés o beneficios particulares.

6.1.2 Política de conflictos de Interés

La Clínica Somer se compromete a gestionar los conflictos de interés que surjan en el desarrollo de las actividades misionales y de apoyo entre los diferentes grupos de interés de acuerdo con los valores corporativos. Asimismo, todos los colaboradores, accionistas, proveedores y prestadores de servicios se comprometen a comunicar toda situación donde sus intereses personales se vean influenciadas en decisiones o aspectos relativos a los procesos y objetivos institucionales (GER.POL.25)

6.1.3 Política de regalos, atenciones, hospitalidades y transferencia de valor

La Clínica no permitirá regalos, beneficios, hospitalidades, patrocinios, donaciones o transferencias de valor que puedan influir, o aparentar influir, en decisiones clínicas, contractuales, comerciales, administrativas o de compra. El detalle operativo se mantendrá en el Programa de transparencia y ética empresarial PTEE y en el Reglamento PTEE'' Manejo de regalos, obsequios y otros), como documentos articuladores.

6.1.4 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 SICOF. 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

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

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE	CÓDIGO	GER.MAN.8
		VERSIÓN	03
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	8 de 16

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 de transparencia y ética empresarial

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.

6.1.5 Política de uso de los bienes y recursos

Nuestros bienes, recursos, activos, equipos, herramientas, sistemas de información e insumos están destinados exclusivamente a la prestación de servicios asistenciales, administrativos y de apoyo de la Clínica. Por lo anterior, todos los colaboradores tienen el deber de asegurar su uso responsable, adecuado, transparente y únicamente para fines institucionales.

El uso indebido, no autorizado o contrario a los lineamientos internos podrá generar las consecuencias disciplinarias, administrativas o legales a que haya lugar, conforme a los reglamentos, políticas y procedimientos institucionales.

Entre las conductas no permitidas se encuentran:

- Uso de sistemas de información, equipos, herramientas o recursos de la Clínica para fines ajenos a la actividad institucional.
- Uso indebido, desperdicio, apropiación o sustracción de materiales, insumos, repuestos, componentes, equipos o elementos de oficina.
- Divulgación, extracción, copia o uso de información institucional sin autorización.
- Alteración, manipulación u ocultamiento de los tiempos de vida útil, mantenimiento, disponibilidad, baja, reposición o retiro de equipos, con el fin de obtener un beneficio personal o favorecer a un tercero.
- Omisión, manipulación o incumplimiento de los lineamientos establecidos para la disposición final, baja, entrega, reciclaje, destrucción o aprovechamiento de equipos, partes, repuestos o componentes con fines de beneficios personales o en favor de terceros.
- Y, cualquier otra conducta que implique uso inadecuado de los bienes institucionales, afecte la transparencia, genere pérdidas, exponga a la Clínica a riesgos legales, financieros, operativos o reputacionales, o favorezca intereses personales o de terceros por encima del interés institucional.

6.1.6 Política de uso de información privilegiada

La información clínica, financiera, contractual, estratégica o administrativa de la Clínica solo podrá ser utilizada para fines institucionales autorizados. Se prohíbe su uso para obtener beneficios personales, favorecer terceros, influir en decisiones o afectar la transparencia institucional.

6.1.7 Política de integridad y transparencia en los procesos institucionales

Todos los procesos de la Clínica deberán gestionarse con integridad, veracidad, transparencia, trazabilidad, independencia técnica y control, previniendo riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno, conflictos de interés, uso indebido de información y beneficios indebidos.

Se prohíbe alterar, omitir, manipular u ocultar información, así como favorecer intereses particulares o afectar la adecuada destinación de los recursos.

El relacionamiento con proveedores, casas farmacéuticas, EPS, aseguradoras, contratistas, aliados y demás terceros deberá realizarse con objetividad, soporte documental, ausencia de beneficios indebidos y cumplimiento de los lineamientos éticos institucionales.

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

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE		CÓDIGO	GER.MAN.8
			VERSIÓN	03
			FECHA	02/07/2026
			PÁGINA	9 de 16

6.1.8 Política de segregación de funciones

Los procesos críticos deberán contar con separación adecuada entre quien solicita, aprueba, ejecuta, recibe, factura, paga, controla o audita, con el fin de prevenir fraudes, favorecimientos indebidos y concentración de decisiones.

6.1.9 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.

6.1.10 Política de investigaciones internas

Toda denuncia, señal de alerta o posible evento COF deberá ser analizado con objetividad, confidencialidad, trazabilidad, debido proceso y protección de la información, adoptando las acciones correctivas, disciplinarias o contractuales que correspondan.

6.1.11 Política de sostenibilidad

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.

7. PROCEDIMIENTOS SICOF

En la Clínica, la administración del riesgo COF se desarrolla mediante procedimientos claros y trazables que permiten prevenir, detectar, gestionar y aprender de situaciones que puedan afectar la integridad institucional, la confianza y la sostenibilidad. Estos procedimientos se enfocan en tres componentes mínimos: (i) instrumentar las etapas y elementos del SICOF, (ii) reconocer cambios en controles y perfil de riesgo, y (iii) definir medidas cuando el SICOF no se aplica como se espera.

A continuación, se relacionan los procedimientos para la correcta administración de riesgos de corrupción, opacidad y fraude (COF).

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

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE		CÓDIGO	GER.MAN.8
			VERSIÓN	03
			FECHA	02/07/2026
			PÁGINA	10 de 16

7.1 Gestión de riesgos COF por proceso

Cada líder de proceso debe identificar y documentar en la matriz institucional los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno aplicables a su operación, con acompañamiento del Área de Transparencia y Ética Empresarial. Para el tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos corrupción, opacidad y fraude, la Clínica utiliza la metodología dispuesta en el programa de gestión de riesgos (GER.PROG.4).

7.2 Actualización de matriz SICOF

La matriz se actualizará con la periodicidad anual definida por el Sistema Integral de Riesgos o cuando se presenten cambios normativos, operativos, tecnológicos, contractuales, reputacionales, denuncias relevantes o eventos materializados.

7.3. Gestión de denuncias e investigaciones internas, reportes a las autoridades competentes.

La Clínica fomenta una cultura de reporte, transparencia y confianza, promoviendo mecanismos seguros para informar posibles incumplimientos, conductas irregulares o riesgos relacionados y establece la Política de Canales de denuncia, protección al denunciante y cero represalias contenida en este manual en el numeral la 6.9.

7.3.1 Canal de denuncias- Línea de transparencia

La Clínica dispone de canales institucionales para el reporte de posibles conductas asociadas a riesgos SICOF, 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

7.3.2 Gestión de denuncias e investigaciones internas

La Clínica promoverá la confianza en sus canales de denuncia y el reporte oportuno de posibles irregularidades, garantizando la confidencialidad, la protección frente a represalias, el análisis objetivo de los casos, el debido proceso, la trazabilidad de las actuaciones y la adopción de acciones correctivas, preventivas o disciplinarias cuando corresponda. Este mecanismo permitirá fortalecer la cultura de transparencia, ética e integridad, así como la mejora continua del SICOF. La gestión de los casos tendrá un rango de 45 días para su investigación, en caso de requerir más tiempo, deberá dejar registros sobre esto.

7.3.3 Reportes a Junta Directiva y Alta Dirección

El Área de Transparencia y Ética Empresarial deberá presentar informes sobre gestión del SICOF, eventos relevantes, indicadores, denuncias, planes de acción, hallazgos y oportunidades de mejora-

Deberá presentar informes periódicos (Cada seis meses) a la Junta Directiva. El informe semestral deberá contener como mínimo: estado general del sistema 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, reporte en canales de denuncias.

7.4 Mecanismos

La Clínica contará con metodologías, controles e indicadores que permitan detectar oportunamente posibles eventos de corrupción, opacidad y fraude (COF) en sus procesos. Toda señal de alerta deberá documentarse, analizarse y conservar evidencia del responsable, resultado y acciones definidas. Cuando se identifique una posible conducta irregular o presuntamente ilícita, el Oficial de Cumplimiento deberá escalarla o reportarla ante la autoridad competente, cuando corresponda, garantizando oportunidad, trazabilidad, confidencialidad y reserva.

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

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE	CÓDIGO	GER.MAN.8
		VERSIÓN	03
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	11 de 16

8. INSTRUMENTOS

la Clínica contará con instrumentos que permitan gestionar de forma efectiva los riesgos de corrupción, opacidad y fraude (COF) asegurando su identificación, medición, control, monitoreo, reporte, trazabilidad y mejora continua en todos los procesos. A continuación, se relacionan los siguientes;

8.1 Señales de alerta

Toda señal de alerta deberá documentarse, analizarse y clasificarse. Una señal de alerta no constituye por sí misma una conducta irregular comprobada, pero exige revisión, trazabilidad y decisión documentada.

Las siguientes señales de alerta sirven como referencia para la identificación y monitoreo de riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno, conflictos de interés y uso indebido de información privilegiada en los procesos de la Clínica:

- Decisiones, contrataciones, compras o pagos sin soporte suficiente, trazabilidad o justificación objetiva.
- Participación de colaboradores o terceros con posibles conflictos de interés no declarados.
- Favorecimiento reiterado a una misma contraparte, proveedor, contratista o aliado sin explicación técnica.
- Alteración, omisión, ocultamiento o manipulación de información, registros, soportes o evidencias.
- Uso de información clínica, financiera, contractual o estratégica para beneficiar intereses particulares o de terceros.
- Regalos, beneficios, invitaciones, patrocinios, donaciones o transferencias de valor que puedan influir en decisiones institucionales.
- Inconsistencias entre lo solicitado, contratado, recibido, facturado, pagado o registrado.
- Fraccionamiento de operaciones para evitar controles, aprobaciones o revisiones.
- Presiones para omitir procedimientos, acelerar decisiones o aprobar excepciones sin justificación.
- Terceros que no entregan información completa, presentan datos inconsistentes o dificultan la identificación de beneficiarios finales.
- Accesos no autorizados, uso indebido o filtración de información institucional o de pacientes.
- Denuncias, quejas, hallazgos recurrentes o comportamientos inusuales en procesos críticos.

8.2 Segmentación de los factores de riesgos

La segmentación de los factores de riesgo constituye un fundamento técnico de la gestión de riesgos SICOF 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.

La información será obtenida de los sistemas clínicos, administrativos, financieros, contractuales y demás fuentes institucionales disponibles, y podrá consolidarse en tableros de control para su monitoreo y actualización.

8.3 Estructura Organizacional

La Clínica define una estructura organizacional orientada a garantizar la adecuada administración de los riesgos COF 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.

8.3.1 Roles y responsabilidades

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

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE		CÓDIGO	GER.MAN.8
			VERSIÓN	03
			FECHA	02/07/2026
			PÁGINA	12 de 16

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 SICOF.

8.3.2 Junta directiva

Corresponde a la Junta Directiva aprobar las políticas, estrategias, manual y actualizaciones del SICOF; garantizar la independencia del responsable del subsistema; proveer los recursos necesarios para su funcionamiento; hacer seguimiento al perfil de riesgo de corrupción, opacidad y fraude; conocer, evaluar y pronunciarse sobre los informes del líder de transparencia y ética empresarial con rol de Oficial de Cumplimiento y de los órganos de control; impartir instrucciones, correctivos y medidas de mejora; y dejar constancia en acta de las decisiones adoptadas en relación con el SICOF.

8.3.3 Representante Legal

El Representante Legal será responsable de velar por el cumplimiento efectivo de las políticas aprobadas por la Junta Directiva; hacer seguimiento permanente a las etapas y elementos del SICOF; designar el área o cargo responsable de su implementación y seguimiento, cuando aplique; recibir y evaluar los informes del Líder de transparencia y ética empresarial con rol de Oficial de Cumplimiento; verificar la correcta aplicación de los controles; garantizar que el subsistema cumpla con los lineamientos normativos aplicables; y promover la implementación de procedimientos, correctivos y acciones de mejora para la adecuada gestión de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude.

8.3.4 El Líder de Transparencia y Ética Empresarial, en su rol de Oficial de Cumplimiento SICOF

Será responsable de coordinar la implementación, ejecución, seguimiento y actualización del subsistema; proponer políticas, procedimientos, metodologías y controles para la gestión de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude; identificar, medir, controlar y monitorear dichos riesgos; presentar informes periódicos (semestral) a la Junta Directiva y al Representante Legal; promover la cultura de transparencia, ética e integridad; gestionar señales de alerta, denuncias o situaciones relevantes; proponer acciones correctivas y de mejora; coordinar actividades de capacitación y divulgación; conservar la trazabilidad documental; y atender los requerimientos internos o externos relacionados con el SICOF, en articulación con las áreas competentes.

8.3.5 Órganos de Control

Para efectos del SICOF, se entenderá por órganos de control aquellas instancias internas o externas encargadas de evaluar, verificar y hacer seguimiento independiente al cumplimiento, efectividad y mejora del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.

8.3.6 Revisoría Fiscal

La Revisoría Fiscal, en el marco de sus funciones legales y estatutarias, será responsable de evaluar el cumplimiento de las disposiciones aplicables al SICOF; verificar la existencia y efectividad de políticas, procedimientos, controles y mecanismos para la prevención y detección de riesgos de corrupción, opacidad y fraude; informar a la Junta Directiva, Representante Legal u órgano competente sobre hallazgos, debilidades o incumplimientos; formular recomendaciones para el fortalecimiento del subsistema; hacer seguimiento a las acciones correctivas que correspondan; y conservar evidencia documental de sus evaluaciones, informes y recomendaciones.

8.3.7 Control Interno

Control Interno, en el marco de sus funciones de evaluación independiente, será responsable de verificar periódicamente la efectividad, cumplimiento e implementación de las etapas, elementos, políticas, procedimientos y controles del SICOF; identificar debilidades, brechas u oportunidades de mejora; informar los resultados de sus evaluaciones al Representante Legal, Junta Directiva u

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

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE		CÓDIGO	GER.MAN.8
			VERSIÓN	03
			FECHA	02/07/2026
			PÁGINA	13 de 16

órgano competente; formular recomendaciones para el fortalecimiento del subsistema; hacer seguimiento a los planes de acción derivados de auditorías, revisiones o hallazgos; y conservar la trazabilidad documental de las actuaciones realizadas.

8.4 Otros responsables Colaboradores

Todos los colaboradores de la Clínica deberán conocer y cumplir las políticas, procedimientos y controles del SICOE; actuar con ética, transparencia y responsabilidad; reportar oportunamente señales de alerta, conflictos de interés o posibles eventos de corrupción, opacidad o fraude; suministrar información veraz cuando sea requerida; participar en las actividades de capacitación; proteger la confidencialidad de la información; y colaborar con auditorías, investigaciones internas y acciones de mejora del subsistema.

8.5 Comité de Riesgos

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

9. DOCUMENTACIÓN

La Clínica documentará la implementación, operación, seguimiento y mejora del SICOE, asegurando que la información sea íntegra, confiable, oportuna, trazable y disponible para fines de supervisión, auditoría y control. La documentación comprenderá el Manual SICOE, la matriz de riesgos, metodologías, políticas, procedimientos, registros, evidencias, informes, soportes de capacitación, comunicaciones internas y demás documentos que demuestren la gestión de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude.

Así mismo, se conservarán los registros y análisis de eventos, señales de alerta, hallazgos y acciones de mejora, con la debida reserva y confidencialidad, para fortalecer la prevención, la toma de decisiones y la atención de requerimientos de autoridades competentes.

Los documentos del SICOE serán conservados por un período mínimo de diez (10) años, conforme al artículo 28 de la Ley 962 de 2005, sin perjuicio de los términos especiales que resulten aplicables.

9.1 Manual de prevención de riesgos de Corrupción, Opacidad y fraude.

El presente Manual orienta la actuación de todos los colaboradores y partes vinculadas, quienes deberán conocerlo, cumplirlo y comprometerse con su aplicación. Su contenido se articulará con el Reglamento Interno de Trabajo, el Código de Ética y Conducta, las políticas institucionales y las obligaciones contractuales o reglamentarias aplicables, y deberá ser aprobado por la Junta Directiva o el máximo órgano social competente.

10. PLATAFORMA TECNOLÓGICA

La Clínica dispone de recursos tecnológicos y herramientas especializadas para apoyar la gestión, monitoreo y administración de los riesgos SICOE, incluyendo tableros de control para la segmentación y gestión de riesgos, validación en listas restrictivas y vinculantes, administración documental y seguimiento.

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, Línea de transparencia tercerizada.

11. 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 antiéticas o delictivas como la Corrupción, Opacidad y Fraude.

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

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE		CÓDIGO	GER.MAN.8
			VERSIÓN	03
			FECHA	02/07/2026
			PÁGINA	14 de 16

11.1 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.

11.2 Divulgación

El manual SICOF 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.

11.3 Capacitación, sensibilización y fortalecimiento de cultura

La Clínica desarrollará procesos permanentes de formación, sensibilización y fortalecimiento de cultura orientados a promover el conocimiento, apropiación y cumplimiento del sistema SICOF, 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 responsabilidad. La Clínica deberá extender actividades de sensibilización a contratistas, proveedores, aliados y demás terceros.

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 COF. 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

11.4 Confidencialidad

La información relacionada con la gestión de riesgos SICOF 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 SICOF.

12. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y MEDIDAS DISCIPLINARIAS

La Clínica promueve una cultura de integridad y transparencia, en la que el cumplimiento de las políticas SICOF 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.

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

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE		CÓDIGO	GER.MAN.8
			VERSIÓN	03
			FECHA	02/07/2026
			PÁGINA	15 de 16

13. 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 SICOF.

14. SANCIONES Y REQUERIMIENTOS

El incumplimiento de las disposiciones relacionadas con SICOF 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.

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.

15. INDICADORES

- **Proporción de colaboradores capacitados en SICOF**

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

Meta 100%

- **Proporción de cumplimiento: Porcentaje de cumplimiento reportado por Control Interno**
- **Proporción de contrapartes con declaración de compromiso ético completo antes del inicio de la relación**

Fórmula:
$$\frac{\text{Número de contrapartes con compromiso ético completo antes del inicio de la relación}}{\text{Total, de contrapartes nuevas vinculadas}} \times 100$$

Meta: ≥ 95%

- **Proporción de denuncias por corrupción, fraude o soborno gestionadas oportunamente en la Línea de Transparencia**

Fórmula:
$$\frac{\text{Número de denuncias por corrupción, fraude o soborno gestionadas dentro del plazo}}{\text{Total, de denuncias recibidas por corrupción, fraude o soborno en la Línea de Transparencia}} \times 100$$

Meta: ≥ 95%

16. 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.

17. DOCUMENTOS ARTICULADORES

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

17.1 Institucionales

- Código de ética y de conducta de la clínica Somer CAL.PROG.12
- Política integral gestión de la transparencia y ética empresarial GER.POL.32

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

	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE	CÓDIGO	GER.MAN.8
		VERSIÓN	03
		FECHA	02/07/2026
		PÁGINA	16 de 16

- Programa de transparencia y ética empresarial GER.PROG.10
- Reglamento PTEE “Manejo de regalos, obsequios y otros GER.REG.1
- Manual sarlaft/fpadm “sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva” GER.MAN.5
- Manual para identificar y prevenir conductas que puedan constituir conflictos de interés clínica Somer s.a GER.MAN.1
- Programa de sostenibilidad empresarial GER.PROG.6

17.2 Marco normativo en el que se basa el Subsistema

- Ley 2195 de 2022 Transparencia, prevención y lucha contra la corrupción
- Ley 1474 de 2011. Estatuto Anticorrupción
- Ley 1778 de 2016 Soborno Transnacional
- Ley 599 de 2000.- Código Penal
- Circular externa 009 de 2016 Emitida por Superintendencia Nacional de Salud.
- Circular externa 003 de 2018 Emitida por Superintendencia Nacional de Salud.
- Circular externa 202211700000004-5 de 2021 Emitida por Superintendencia Nacional de Salud.
- Circular externa 20202117000000005.5 de 2021 Emitida por Superintendencia Nacional de Salud.
- Circular Externa No. 2022151000000053-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud,

18.BIBLIOGRAFÍA

- Superintendencia Nacional de Salud (Colombia). (2021, 2 de septiembre). *Circular Externa 202117000000005-5 de 2021*
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXTERN A%202021170000000055.pdf>

19. CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS			
FECHA	VERSIÓN	CAMBIOS	RESPONSABLE
21/09/2022	V1	Se crea el manual SICOF, con los lineamientos estructurales y funcionales de este subsistema de riesgos en la institución.	Andrés Felipe Uribe Peláez. Marcela Gómez Salazar.
14/02/2023	V2	Se ajusta el manual SICOF con los lineamientos estructurales y funcionales del subsistema de riesgos en la Clínica.	Patricia Elena Piedrahita López
02/07/2026	V3	Se actualiza integralmente la redacción del Manual SICOF conforme a los lineamientos normativos de la Superintendencia Nacional de Salud, especialmente la Circular Externa 202117000000005-5, 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 de los riesgos SICOF 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 Oficial de Cumplimiento	Revisó y Aprobó: Ramiro Posada Agudelo Gerente
---	---