ABECÉ CIRCULAR EXTERNA 09 DE 2016 – IMPLEMENTACIÓN DEL SARLAFT

2016

Contenido

ABECÉ CIRCULAR EXTERNA 09 DE 2016 – IMPLEMENTACIÓN DEL SARLAFT

El presente documento ha sido preparado por la Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo de la Superintendencia Nacional de Salud y no debe ser utilizado para cualquier fin distinto a servir como material informativo. Asimismo, busca orientar al público en general sobre el Sistema de Administración de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) implementado con la CE 09 de 2016. El mismo, no constituye un concepto, interpretación, o alcance de las normas, en él contenidas.

1) ¿Cuál es el fundamento legal de esta Circular?

La Ley 526 de 1999 modificada por la Ley 1121 de 2006 y 1762 de 2015, creó la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público; por su parte, el Decreto 1497 de 2002, actualmente compilado en el Decreto Único Reglamentario 1068 de 2015 del sector Hacienda y Crédito Público) dispuso que las entidades públicas y privadas pertenecientes a sectores diferentes al financiero, asegurador y bursátil, están obligadas a realizar Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS) a la UIAF; adicionalmente, la Ley 1438 de 2011 determinó el alcance de la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) sobre los sujetos vigilados y la forma en que se fortalece dicho mecanismo; finalmente, la Ley 1474 de 2011 denominada Estatuto Anticorrupción que prevé la creación del Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y dispuso que la SNS debe definir para sus sujetos vigilados las medidas preventivas para su control, así como los indicadores de alerta temprana, incluyendo indicadores que permitan la identificación, prevención y reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude en el SGSSS, y, que de no cumplirse sería sancionado conforme al

artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, por lo que las entidades vigiladas del sector salud tienen que implementar y administrar entre otros riesgos, el riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT).

2) ¿Qué es la UIAF?

De conformidad con las Leyes 526 de 1999 (modificada por la Ley 1121 de 2006 y 1762 de 2015) y la Ley 1621 de 2013, y con los Decretos 1068 y 1070 de 2015, "la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) es un organismo de inteligencia y contrainteligencia del Estado, adscrito al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, cuyas funciones son las de intervenir en la economía mediante actividades de inteligencia financiera y económica, con el fin de prevenir y detectar conductas que puedan estar asociadas a los delitos de lavado de activos, financiación del terrorismo, contrabando y/o fraude aduanero."

3) ¿Cuál es el objetivo de esta Circular?

La SNS expidió la Circular Externa (CE) 09 de 2016, para impartir los criterios, directrices y parámetros mínimos que deben tener en cuenta los agentes del SGSSS en el diseño, implementación y funcionamiento de estos Sistemas de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) para prevenir que el riesgo de LA/FT se materialice en su Entidad.

4) ¿Qué es el riesgo de LA/FT?

El riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT) es la posibilidad que, en la realización de las operaciones de una entidad, se introduzcan a la economía recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos o la financiación al terrorismo, y/o que estas entidades puedan ser utilizadas por organizaciones al margen de la Ley como instrumento para adquirir, resguardar, ocultar, transportar, transformar, almacenar, conservar, custodiar, recolectar, entregar, recibir, aportar, promover, organizar, apoyar, mantener, financiar, sostener, administrar,

invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas.

5) ¿Por qué es importante gestionar y mitigar el riesgo de LA/FT?

El Lavado de Activos y/o la canalización de recursos hacia la realización o Financiación de Actividades Terroristas, se vincula al riesgo legal, de contagio, operativo y reputacional al que se exponen los agentes del SGSSS vigilados por la SNS, con el consecuente impacto económico negativo que ello puede representar para su estabilidad y la del sector en su conjunto.

6) ¿Qué es el SARLAFT?

El Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) es el sistema de prevención y control que deben implementar los vigilados a quienes van dirigidas las instrucciones de esta Circular Externa para la adecuada gestión del riesgo de LA/FT. Para esto, los vigilados deberán adoptar unas políticas, procedimientos y herramientas mínimas que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo de su objeto social y que se ajusten a su tamaño, actividad económica, forma de comercialización y demás características particulares de cada agente vigilado.

7) ¿Qué es RVCC?

El Sistema de Recepción y Validación de Archivos (RVCC), es la plataforma desarrollada por la Superintendencia Nacional de Salud, en la cual los vigilados una vez ingresan con su usuario y contraseña, reportan y envían la información solicitada a través de la Circular Única de la SNS. En este sistema, los vigilados deben cargar los Archivos Tipo 191 (Copia de Acta de Junta) y 192 (Datos Generales del Oficial de Cumplimiento –OC- titular y suplente) para reportar la información solicitada. Al RVCC se ingresa por la página web de la

Superintendencia Nacional de Salud, portal vigilados, Circular Única, link: http://rvccv.supersalud.gov.co/v01//Public/inicio.aspx

8) ¿Qué es el SIREL?

El Sistema de Reporte en Línea (SIREL), es un sistema de información en ambiente web, desarrollado por la UIAF como mecanismo principal para recibir los reportes de información en línea. En este, los reportantes obligados deben inscribirse y obtener un usuario y contraseña, para poder realizar los reportes a la UIAF. Al SIREL se ingresa por la página web de la UIAF, link: https://reportes.uiaf.gov.co/reportesfsmcif64/Modules/Home/html/default.aspx

9) ¿Cuál es la diferencia entre RVCC, SIREL y SARLAFT?

RVCC es la plataforma usada por la SNS para la recepción y validación de información relacionada con la Circular Única, mientras que el SIREL es la Plataforma web usada por la UIAF para la recepción de su información de las obligaciones establecidas en la normativa de cada sector, de forma eficiente, oportuna y segura. Por su parte, el SARLAFT es el conjunto de políticas, procesos, procedimientos, formatos, documentos, entre otros, que deberán aprobar, adoptar e implementar las entidades para cumplir con lo expuesto en la Circular Externa.

10) ¿Quiénes son los actores que deben cumplir con esta Circular?

Los criterios, directrices y parámetros mínimos que deben cumplir los SARLAFT, aplican para todos los representantes legales, socios, accionistas, revisores fiscales, la alta gerencia, el máximo órgano social, Oficiales de Cumplimiento (OC), administradores y personas naturales o jurídicas que hacen parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado, las Empresas de Medicina Prepagada (EMP), los Servicios de Ambulancia Prepagada (SAP) y de las Instituciones Prestadoras de

Servicios de Salud (IPS) tanto públicas como privadas que hacen parte de los grupos C1, C2 y D1, de acuerdo con la Circular Externa 018 de 2015 de la SNS "Grupos de Clasificación de Instituciones" y las normas que la modifiquen o sustituyan, independientemente de su naturaleza jurídica.

11) ¿Dónde puedo evidenciar a qué grupo de IPS pertenezco para validar si me aplica esta CE?

Una vez los vigilados acceden a la plataforma RVCC de la SNS con su usuario y contraseña, el sistema les permitirá evidenciar en la parte superior de la pantalla, el grupo en el que la entidad quedó clasificada según los criterios establecidos en la Circular Externa 018 de 2015. En caso de que la entidad desee manifestar alguna inquietud o discrepancia con la clasificación, la misma plataforma dispondrá de una dirección de correo electrónico para hacer llegar dichas consultas e inquietudes a la SNS.

12) ¿Si soy una IPS que quedé clasificada en D1, pero al siguiente año mis activos, ingresos, patrimonio, servicios habilitados, o cualquier otro parámetro se reducen haciéndome pasar a un grupo de menor nivel (D2 o D3), ya no estoy obligado a cumplir esta Circular?

Esta interpretación no es correcta, ya que, como se menciona en la Circular Externa 018 de 2015 donde se instruye la clasificación de IPS, esta se realizó usando entre otras fuentes de datos, la información financiera reportada por las IPS con corte a diciembre de 2014, por lo que dicha clasificación es estática y no cambia en el tiempo, en consecuencia, la IPS seguirá obligada a cumplir con lo establecido en la CE hasta que se presente una modificación o sustitución a la misma. Tal como se menciona en dicha Circular, la clasificación tiene fines estrictamente conceptuales y funcionales para el desarrollo del modelo de IVC basado en riesgos.

13) ¿Si una Entidad ya cuenta con un SARLAFT, debe implementar uno nuevo?

Las Entidades que ya tienen implementadas políticas, procedimientos y/o sistemas de prevención y control del riesgo de LA/FT, no tienen que implementar un nuevo SARLAFT, solo deberán revisarlos para verificar que como mínimo, cumplan con lo dispuesto en la Circular Externa 09 de 2016, realizando las modificaciones a que haya lugar. No obstante, deben informar a la SNS quién es la persona delegada como Oficial de Cumplimiento (OC) y copias de las actas donde se aprobaron o modificaron las políticas y manuales de procedimientos del LA/FT.

14) ¿Por qué implementar el SARLAFT en el sector salud, si el LA/FT no se presenta, puesto que, las operaciones se realizan sólo con usuarios del SGSSS y todas las operaciones están blindadas por el sector financiero?

Todas las actividades y sectores económicos son vulnerables al riesgo de LA/FT. Al ser el sector financiero uno de los más blindados en LA/FT, los diferentes actores interesados en realizar prácticas de LA/FT migran hacia sectores donde las barreras de entrada son más bajas y donde se mueven grandes cantidades de dinero. En este sentido, es importante resaltar que la intermediación financiera representa cerca del 4.9% del Producto Interno Bruto (PIB) de Colombia en 2014, mientras que el gasto en salud representa alrededor del 8%, de acuerdo a las cifras reportadas en el boletín de cuentas trimestrales sobre el comportamiento del PIB por ramas de actividad económica, publicado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

15) ¿Cuáles son los elementos del SARLAFT?

Los elementos mínimos que se deben tener en cuenta para el diseño y la implementación del SARLAFT para prevenir y controlar el riesgo de LA/FT,

están definidos en la CE 09 de 2016 de la SNS, las cuales se resumen en: **i)** las Políticas, **ii)** los Procedimientos, **iii)** la documentación mínima requerida (copia de Actas de Junta Directiva, manuales de políticas y procedimientos, informes del OC y del Revisor Fiscal, reportes periódicos a la UIAF, las constancias de asistencia a las capacitaciones, entre otros), **iv)** las funciones de los Órganos de Administración y de Control, **v)** la infraestructura tecnológica necesaria y la divulgación de la información (Reportes, informes, y documentación necesaria); y, **vi)** las capacitaciones que de manera periódica, deben realizar los actores a quienes les aplica esta Circular.

16) ¿En qué casos debo hacer la debida diligencia del conocimiento de clientes y usuarios?

En relación con el conocimiento de clientes y usuarios, hay que diferenciar entre el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud.

En cuanto al aseguramiento, hay que distinguir si es obligatorio o voluntario. Para el primero, debido a la obligatoriedad del mismo, no se consideran como clientes y/o contrapartes los usuarios (afiliados) de la EPS, por lo que **NO** hay que hacer conocimiento de cliente en este caso, tal como se menciona en la misma circular. Por el contrario, en el aseguramiento voluntario (Planes de Atención Complementaria – PAC- brindados por las EPS, y aquellos Planes Voluntarios de Salud –PVS- que ofrecen las EMP y las SAP), los usuarios se consideran clientes ya que existe una relación contractual con contraprestaciones económicas, por lo que, a estos últimos **SI** se les debe realizar la debida diligencia en el conocimiento de clientes.

Por otro lado, se encuentra la prestación de los servicios, ámbito en el cual **NO** se consideran como clientes y/o contrapartes los pacientes de las IPS cuyos servicios sean cancelados por algún tipo de seguro (EPS, riesgos laborales, SOAT, PVS, entre otros). Se incluyen en estos pagos, los efectuados por concepto de copagos, cuotas moderadoras, deducibles o cualquier pago

adicional contemplado en el SGSSS, en los planes voluntarios de salud o seguros en general que cubran eventos de salud.

A diferencia de lo anterior, las IPS, **SI** deben hacer la debida diligencia en el conocimiento de los clientes, a los usuarios que paguen con recursos propios por la prestación de servicios de salud (es decir, servicios que se paguen sin que exista un seguro de por medio). Ahora bien, en el caso que el pago lo realice un familiar o acudiente del paciente se debe realizar la debida diligencia tanto para el paciente como para su familiar o tercero pagador de los servicios. Lo anterior también aplica para la afiliación al aseguramiento voluntario.

Cabe resaltar que mediante la implementación del SARLAFT para el sector salud, establecida en la CE 09 de 2016 por esta Superintendencia, por ningún motivo busca afectar la afiliación del aseguramiento obligatorio, ni imponer barreras al acceso a los servicios de salud. De esta manera, las entidades al diseñar sus políticas, manuales y procedimientos del SARLAFT no pueden crear bajo ninguna circunstancia dichas barreras.

17) ¿Los empleadores se pueden catalogar como clientes para el caso de las EPS?

No. Los empleadores NO se consideran contrapartes o clientes de la EPS, ya que estos aportes hacen parte de la obligatoriedad del aseguramiento del SGSSS. Entre el empleador y la EPS no se entabla una relación jurídica negocial, o de prestación de servicios directos, o de suministro; es decir, el empleador, ante la EPS, no es visto como una persona que paga en retribución de un servicio. El empleador simplemente cumple con su obligación legal de aportar al Sistema de Salud (Ley 100/93) y la EPS administra este dinero con el fin de subrogar al empleador en los riesgos de salud de sus trabajadores. El usuario es el empleado, no el empleador, ya que es aquel quien usa los servicios que presta la EPS.

18) ¿La debida diligencia solamente aplica para clientes y usuarios?

No. Teniendo en cuenta las salvedades e incidencias que se expusieron en la pregunta 16 sobre la identificación detallada de clientes y usuarios, la Entidad tiene que realizar conocimiento a toda persona natural o jurídica con quien formaliza una relación contractual o legal, sea contratista, proveedor, suministre medicamentos e insumos, tenga contratos de red de prestadores, compradores y/o cualquier figura contractual que suponga inyección efectiva de recursos. Asimismo, identificar a Personas Expuestas Públicamente (PEP), conocer a los socios y accionistas de la organización e identificar a trabajadores y empleados.

Se precisa que cada Entidad es libre para formular, desarrollar y establecer sus políticas, procesos y procedimientos para administrar el riesgo de LA/FT, partiendo de los lineamientos y criterios mínimos establecidos en la Circular Externa 09 de 2016.

19) ¿Qué se entiende por el diligenciamiento en letra imprenta de los datos por parte del cliente?

Por letra imprenta se entiende que es el diligenciamiento del formulario efectuado directamente por el cliente o por el representante legal de una persona jurídica, con letra clara y legible. Las inconsistencias serán causales de devolución del formulario, por lo que este documento no puede estar tachado ni con enmendaduras. Asimismo, este documento no debe tener espacios en blanco, por lo que en los casos que no se cuente con la información respectiva, se debe trazar una línea horizontal o una frase como, por ejemplo, no aplica.

20) ¿Es posible recibir el diligenciamiento del conocimiento del cliente y usuarios de manera electrónica?

Si. Es posible el diligenciamiento electrónico, procesos remotos o archivos digitales, siempre y cuando exista constancia de haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en el documento por parte del cliente, mediante la declaración, con su firma y huella, que la información suministrada es exacta y correcta.

Teniendo en cuenta lo anterior, se precisa que la Entidad debe buscar la estrategia idónea para la consecución de dicha información mínima y la actualización de la misma, por lo menos una vez al año. Al respecto, hay que tener en cuenta que toda firma digital debe estar avalada para su verificación y autenticación. Se sugiere que en el formulario de conocimiento de clientes y usuarios se estipulen cláusulas donde se indique que dicha firma y huella corresponden. Cabe aclarar que la implementación de la firma y huella digital no es obligatoria ni esta Circular trae tal instrucción, sino que es decisión de cada Entidad su implementación, dados los costos que esto podría generar para los clientes, usuarios y para la entidad misma.

21) En una IPS ¿El conocimiento del cliente debe realizarse previo a la atención del paciente?

No. El conocimiento del cliente no necesariamente debe realizarse previo a la atención: como se menciona en el numeral 5.2.2.2.2.1 de la Circular Externa, frente a la prestación de los servicios de salud, no podrá restringirse la atención en salud por parte del prestador o para el aseguramiento obligatorio, movilidad o autorización de atención en salud por la ausencia del conocimiento de los clientes y usuarios. Estos procesos se desarrollarán de acuerdo a las políticas estipuladas y los procedimientos contenidos en el manual SARLAFT que diseñe cada entidad.

22) ¿La entidad tiene la obligación de corroborar y verificar la autenticidad de la información obtenida de dichos formularios?

La Circular es clara en mencionar que los sujetos obligados deben hacer una debida diligencia en el conocimiento de sus clientes y usuarios, es decir, que en la medida de lo posible deben conocer y corroborar la información que están aportando los particulares o terceros. No tiene sentido recopilar información que no sea fidedigna dado que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y/o IPS también necesitan de alguna manera tener claridad sobre quien es la persona con la cual se está llevando a cabo una relación contractual.

23) ¿Cuáles son las listas obligatorias de verificación en el proceso de debida diligencia?

La única lista internacional restrictiva vinculante para Colombia es la del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (artículo 20 de la Ley 1121 de 2006). Sin embargo, como buenas prácticas las entidades también pueden consultar diferentes listas, como por ejemplo la lista de la Oficina de Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América (Office of Foreign Assets Control –OFAC- por sus siglas en inglés), la lista de INTERPOL y los listados de consulta nacional, tales como antecedentes judiciales, fiscales y disciplinarios, entre otros. Si se desea hacer otro tipo de consultas, ya dependerá de las necesidades que tenga cada entidad, de acuerdo con sus políticas y procedimientos establecidos dentro de su manual SARLAFT.

24) ¿Debo tener una política de manejo de efectivo?

Sí. La Entidad tiene que establecer como mínimo, controles y procedimientos para reglamentar la cantidad máxima de dinero en efectivo que puede

transarse con los diferentes segmentos de clientes/usuarios, y en lo posible, utilizar los medios de pago que ofrecen las instituciones financieras.

25) ¿Se deben conservar los soportes y la verificación de conocimiento de clientes y usuarios?

Sí. Se debe recaudar y conservar como mínimo información que permita identificar a las personas naturales o jurídicas por un término no menor a cinco (5) años.

26) ¿Qué debo reportar de acuerdo con el periodo de transición a la SNS?

Se otorgó un plazo de hasta ciento veinte (120) días calendario después de expedida la CE 09 de 2016 (21 de Abril de 2016) para que los vigilados, a quien les aplique, reporten a la SNS los datos generales del Oficial de Cumplimiento (OC) titular y suplente por medio del Archivo Tipo 192. Asimismo, la SNS otorgó ciento veinte (120) días calendario adicionales para que envíen copia en formato PDF de las actas de Junta firmadas por todos los asistentes, en las cuales conste la aprobación del diseño, implementación o modificación de las políticas y del manual de procedimientos del SARLAFT, por medio del Archivo Tipo 191.

27) ¿Con qué periodicidad se deben reportar estos Archivos Tipo a la SNS?

De acuerdo con lo anterior, el Archivo Tipo 191 (copia de Actas de Junta) se debe reportar, por primera vez, a más tardar el 17 de Diciembre de 2016 y se debe enviar cada vez que se presenten modificaciones a las políticas y/o al manual de procedimientos del SARLAFT. Asimismo, el Archivo Tipo 192 (datos generales del OC titular y suplente) se debe reportar por primera vez a más tardar el 19 de Agosto de 2016 y se debe enviar al menos una vez al año o cada vez que se presenten actualizaciones o modificaciones.

28) ¿Cómo debo realizar el envío de estos reportes a la SNS?

Tanto el Archivo Tipo 191 como el 192 hacen parte integral de la Circular Única, por lo que, el cargue de estos archivos se deben realizar por la plataforma que tiene la Superintendencia. La ruta es Portal Vigilados / Circular Única / Sistema de Recepción y Validación de Archivos (RVCC). La Entidad debe acceder con su usuario y clave para cargar la información solicitada del OC titular y suplente mediante el Archivo Tipo 192 en formato .txt. La copia del acta de Junta en las que conste la aprobación de las políticas y manuales del SARLAFT, se carga mediante el Archivo Tipo 191 en formato .pdf. Ambos archivos van con la firma digital del Representante Legal.

Es importante resaltar que, si las entidades reportan estos archivos en forma física o por cualquier otro medio que no sea el descrito en el anterior párrafo, NO se considerará transmitida la información a la SNS.

29) ¿Qué características y funciones debe tener el Oficial de Cumplimiento (OC)?

Tanto los requisitos como las funciones del funcionario que desempañará el cargo de Oficial de Cumplimiento (OC), se encuentran establecidas en el numeral 6.2 de la CE 09 de 2016. Su nombramiento estará a cargo de la Junta Directiva o quien haga sus veces, evidenciado en un acta de reunión según sea el caso, documento de aceptación del cargo suscrito por el OC titular y suplente, si es el caso, y se dará a conocer a la SNS mediante el Archivo Tipo 192.

Entre los principales requisitos, debe pertenecer como mínimo al segundo nivel jerárquico en el área administrativa y corporativa de la estructura organizacional de la Entidad y acreditar conocimiento en materia de administración de riesgos, particularmente en el riesgo de LA/FT.

30) ¿En el caso de una Entidad Pública, quién nombra al Oficial de Cumplimiento (OC)?

Respecto de la designación del OC, debe precisarse que, aunque la CE 09 de 2016, no indica puntualmente cómo debe nombrarse dentro de una Entidad Pública al OC titular y su suplente, si hay lugar a éste (la norma hace referencia a que su designación lo hará la Junta Directiva o quien haga sus veces, de acuerdo con lo establecido en el numeral 6.1.d).

Por lo anterior, y dadas las normas que regulan el empleo público, el nombramiento de servidores públicos y asignación de funciones es competencia de los directores quienes fungen como nominadores, por lo cual el Director General será el encargado del nombramiento del OC titular y su suplente en las entidades públicas (funciones establecidas en el numeral 6.1.d de la Circular).

En este sentido, el nominador de la Entidad es quien debe nombrar y entregar las funciones de Oficial de Cumplimiento titular y suplente a funcionarios que cumplan con los requisitos mínimos exigidos por la normatividad.

31) ¿Con base en lo anterior, el Director General de una ESE puede suplir las demás funciones de la Junta Directiva?

No. Las demás funciones enmarcadas en el numeral 6.1 siguen a cargo de la Junta Directiva, por lo que, no se pueden delegar en el Director a pesar de ser consideradas de carácter netamente administrativas y procedimentales. El Director como ordenador del gasto y de acuerdo con sus funciones, no tiene otras potestades fuera de las que le otorga la Ley, a menos de que exista una norma que así lo determine.

32) ¿Cómo se acredita el conocimiento en materia de administración de riesgos, particularmente en el riesgo de LA/FT para el OC?

De acuerdo con el numeral 6.2.1 literal c, hay 3 formas de acreditar conocimiento en materia de administración de riesgos: **1) Diplomado** no importa la modalidad (presencial o virtual), siempre y cuando cumpla con las horas mínimas (90 horas) y que sea impartido por una institución autorizada por el Ministerio de Educación Nacional. Sin embargo, es importante aclarar que este diplomado tiene que ser específico en el riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT), es decir un Diplomado en Administración de **Riesgos en general, NO es funcional** con las necesidades de la norma, sin importar si posee un módulo especifico en temas de LA/FT. Asimismo, el **curso e-learning de la UIAF** es un complemento **obligatorio** para alguien que certifique un diplomado. **2) Especialización** en riesgos, puede ser en riesgos en general, tal como se señala en la Circular y, es opcional más no obligatorio el curso e-learning. Al igual que el diplomado, la especialización debe ser impartida por una institución autorizada por el Ministerio de Educación Nacional. **3)** Si no tiene ninguna de las anteriores certificaciones o acreditaciones, se pueden certificar cuatro (4) años de experiencia laboral en áreas de administración y gestión de riesgos.

33) ¿Qué pasos debo seguir para realizar el curso e-learning de la UIAF?

El curso e-learning de la UIAF es de libre acceso y cualquier persona lo puede realizar por medio de los siguientes pasos:

1) Acceder al link de cursos virtuales de la UIAF: https://www.uiaf.gov.co/servicios_informacion_ciudadano/uiaf_virtual

2) Ir al link: Cursos UIAF modalidad e-learning.

3) Clic en el link: Ingresar a la plataforma virtual de la UIAF (se encuentra en la parte inferior de la página).

4) Acceder con el respectivo usuario y contraseña con el que creó la cuenta. En caso de ser un nuevo usuario continuar con el paso siguiente

5) Clic en crear una nueva cuenta en la parte derecha de la página.

6) Diligenciar en su totalidad el formulario de registro.

7) En el campo "Curso al que desea registrarse" debe seleccionar alguno de los dos cursos que se tienen disponibles (módulo general y módulos específicos) SE DEBEN HACER LOS DOS PARA TENER LA TOTALIDAD DEL CURSO FINALIZADO.

8) Al hacer clic en el botón "Crear cuenta", el sistema le enviará un correo de confirmación. Debe hacer clic en el enlace para confirmar su registro (no olvide verificar en el buzón de correo no deseado).

9) Una vez haya confirmado el registro puede ingresar al curso seleccionado y realizar la matrícula haciendo clic en "Matricularme".

Se recuerda que una vez realizado el proceso de matrícula, tiene un plazo máximo de diez (10) días hábiles para finalizar el curso y descargar la constancia. Pasado este tiempo el usuario será eliminado y tendrá que registrarse nuevamente como un usuario nuevo.

34) En el caso que el OC esté en proceso de certificación de conocimientos, ¿cuál sería el proceso a seguir?

A pesar que la Entidad no cuente con la persona que cumpla los requisitos descritos en el numeral 6.2.1.c de la Circular Externa 09 de 2016 sobre conocimiento o experiencia en administración de riesgos, la Junta Directiva o quien haga sus veces debe delegar esas funciones en una persona que

pertenezca al segundo orden jerárquico dentro de la estructura de la entidad y reportar normalmente a la SNS los datos del Oficial de Cumplimiento titular y suplente en los términos establecidos en la CE mediante el AT 192.

Adicionalmente, se debe enviar a la SNS un Oficio a la Delegada de Supervisión de Riesgos informando esta eventualidad, donde conste que esa persona nombrada como OC se encuentra inscrita en un diplomado o esté en proceso de formación para cumplir con este requisito, además del nombre del programa en el cual está inscrito, la institución educativa, las fechas de inicio y finalización de dicho programa, y las generalidades del mismo.

35) En el caso de los grupos empresariales, ¿Puede existir un sólo OC para todo el grupo?

Si el grupo está reconocido y registrado oficialmente ante la Superintendencia de Sociedades como grupo empresarial, las entidades a la que aplica la CE 09 de 2016 pueden nombrar un OC para todo el grupo. En caso contrario, cada entidad deberá efectuar el nombramiento individualmente. Es importante mencionar que el cargue de los Archivos Tipo lo realiza cada entidad de manera individual y no un cargue de una empresa por todo el Grupo Empresarial.

36) ¿Se puede contratar un tercero (persona jurídica o natural) para que cumpla las funciones propias de un OC?

No. El OC debe ser un empleado de alto rango, fácilmente identificable por toda la organización, tener capacidad de decisión y contar con el apoyo del Órgano de Administración o Dirección en las tareas que se proponga ejecutar. Por ende, debe ser una persona con vinculación laboral directa con la entidad.

37) ¿Debo tener un OC suplente?

El Oficial de Cumplimiento suplente no es obligatorio. Esta es una buena práctica que sugiere esta Superintendencia. Sin embargo, las entidades deben tener en cuenta que, ante la ausencia temporal del Oficial de Cumplimiento, no podrá asumir las funciones una persona que reemplace su cargo, dado que el Oficial de Cumplimiento demanda de ciertos requisitos para ejercer, como son: **1)** Que el Oficial de Cumplimiento tanto titular como suplente, son nombrados por la Junta Directiva o el Órgano Social que haga sus veces. De tal forma, que, ante la ausencia del Oficial Principal, no puede ser reemplazado sino, por quien dicho Órgano decida y nombre y se lo hayan informado a la SNS mediante el archivo tipo 192. **2)** Que en ninguna circunstancia la Entidad puede dejar de contar con el Oficial de Cumplimiento, de suerte que ante la ausencia de este se debe reportar a la Superintendencia el reemplazo del mismo. El estar sin Oficial de Cumplimiento significaría el eventual incumplimiento de la Circular ya que es este funcionario quien administra las claves y es el designado para reportar a la SNS y a la UIAF toda la información. **3)** El OC suplente debe cumplir con todos los requisitos del OC titular, con excepción al de pertenecer como mínimo, al segundo nivel jerárquico de la estructura organizacional.

38) ¿La UIAF o la SNS me proveen de algún diseño o modelo de SARLAFT?

No. Ni la UIAF ni la SNS han diseñado ni expedido modelos únicos para su elaboración. Solamente han brindado los criterios, directrices y parámetros mínimos que deben tener en cuenta los agentes del SGSSS en el diseño, implementación y funcionamiento de los mismos. Cada Entidad es libre y autónoma para formular, desarrollar y establecer sus políticas, procesos y procedimientos para administrar el riesgo de LA/FT, partiendo de los lineamientos y criterios mínimos establecidos en la CE 09 de 2016.

39) ¿Cómo se elabora la política y el manual de procedimientos del SARLAFT de una entidad?

Cada Entidad es libre para formular, desarrollar y establecer sus políticas, procesos y procedimientos para administrar el riesgo de LA/FT, partiendo de los lineamientos y criterios mínimos establecidos en la CE 09 de 2016, el marco normativo tanto local como internacional, y el conocimiento propio del negocio. En cabeza del OC estará la elaboración y el desarrollo del manual de procesos y procedimientos para instruir las políticas y lineamientos que implementan el SARLAFT desde la perspectiva de cada entidad, basándose en los riesgos particulares que identifiquen y que puedan configurarse en conductas punibles frente al LA/FT. Cabe resaltar que las políticas deben ser establecidos por la Junta Directiva para luego ser aprobadas por la Asamblea o Máximo Órgano Social o quien haga sus veces, mientras que el manual de procesos y procedimientos es preparado, propuesto y actualizado por el OC ante la Junta Directiva o quien haga sus veces, para su posterior aprobación.

40) ¿Quién es el responsable de elaborar el manual SARLAFT?

De acuerdo con las funciones del OC y la Junta Directiva o quien haga sus veces, expuestas en el numeral 6 de la CE 09 de 2016, el OC es el responsable de proponer el manual de procesos y procedimientos, mientras que la Junta Directiva establece las políticas del SARLAFT y aprueba el manual de procedimientos y sus actualizaciones que propone el OC.

41) ¿Qué debo reportar y con qué periodicidad se deben realizar estos reportes a la UIAF?

Los reportes que deben enviar las entidades a la UIAF son:

1) El Reporte de Operaciones Intentadas y Operaciones Sospechosas (Reporte de Operaciones Sospechosas - ROS) de manera inmediata, una vez

se identifiquen y hasta con un plazo máximo de ocho (8) días calendario una vez se catalogue la operación como sospechosa.

Por otra parte, las entidades dentro de los primeros diez (10) días calendarios al mes siguiente deberán reportar a la UIAF lo siguiente:

2) El Reporte de ausencia de Operaciones Sospechosas, si no se presentaron ROS en el mes inmediatamente anterior.

3) Reporte con todas las transacciones individuales en efectivo relacionadas con pago de proveedores iguales o superiores a 5 millones de pesos diarias realizadas por una misma persona natural o jurídica ($5´000,000) **y el Reporte con todas las transacciones múltiples en efectivo relacionadas con pago de proveedores** iguales o superiores a 25 millones de pesos mensuales realizadas por una misma persona natural o jurídica ($25´000,000). Este Reporte de transacciones en efectivo se realizará en un único archivo relacionando las operaciones múltiples y luego las individuales.

4) Reporte con todas las transacciones individuales en efectivo para pago de procedimientos médicos iguales o superiores a 5 millones de pesos diarias realizadas por una misma persona natural o jurídica ($5´000,000) **y el Reporte con todas las transacciones múltiples en efectivo para pago de procedimientos médicos** iguales o superiores a 25 millones de pesos mensuales realizadas por una misma persona natural o jurídica ($25´000,000). Este Reporte de transacciones en efectivo se realizará en un único archivo relacionando las operaciones múltiples y luego las individuales.

5) Reporte de ausencia de transacciones en efectivo, si no se presentaron durante el mes inmediatamente anterior.

NOTA: De acuerdo con el periodo de transición, los primeros reportes a la UIAF deberán realizarse a través del SIREL, entre el 1 y el 10 de enero de 2017 con la información recolectada en diciembre de 2016, con excepción del ROS, al que no le aplica dicho periodo.

42) ¿Qué se entiende por transacciones en efectivo?

Se consideran transacciones en efectivo tanto a los ingresos como a los pagos, entendido estas como **toda operación realizada en billetes o monedas,** las cuales deben reportarse según los montos expuestos en la pregunta anterior. Cabe resaltar que todo lo que sea tramitado a través de los canales del sistema financiero no está sujeto a dicho reporte ya que quedan por fuera del concepto de efectivo.

43) Teniendo en cuenta que una EPS no recauda directamente el dinero correspondiente a las cotizaciones obligatorias, sino que se realiza a través de los operadores de PILA, ¿quién debe reportar las operaciones en efectivo realizadas?

La primera transacción (en la que los cotizantes pudiesen llegar a pagar en efectivo a los operadores de pago), no hace parte del reporte de transacciones en efectivo de la EPS, por ser de una entidad externa y ajena a la Entidad. Sólo harían parte de este reporte, las entradas y salidas en efectivo que recibió o realizó directamente la Entidad.

44) ¿A qué hace referencia un reporte negativo o de ausencia de operaciones o de transacciones?

Estos aplican para los casos en que no se presentó ningún Reporte de Operaciones Sospechosas o de Transacciones en Efectivo a transmitir a la UIAF durante el mes inmediatamente anterior.

45) ¿Qué se entiende por incumplimiento, cumplimiento extemporáneo y cumplimiento de un reporte?

De acuerdo con la UIAF, se define de la siguiente manera:

INCUMPLIMIENTO: Se concluye que un reporte se incumplió, cuando en la base de datos de la UIAF, no consta ningún registro de reporte correspondiente a un período específico, por parte de un sujeto en particular.

CUMPLIMIENTO EXTEMPORÁNEO: En todo momento la UIAF acepta información extemporánea perteneciente a cualquier período de reporte por parte de los sujetos obligados. No obstante, cualquier envío de los reportes que se realice en un lapso de tiempo superior a los plazos estipulados en la CE, o cualquier corrección que exceda los diez (10) días calendario después de recibido el correo electrónico por parte de la UIAF para corregir inconsistencias, se entenderá como cumplido extemporáneamente.

CUMPLIMIENTO: La UIAF entiende que un reporte se cumplió cuando se efectúa dentro de los plazos estipulados en la CE y de conformidad con todas las exigencias y especificaciones establecidas por el documento técnico, o cuando se corrigieron o subsanaron los errores dentro del período único de 10 días calendario contados a partir de la fecha en que la UIAF envía el correspondiente correo electrónico informando las inconsistencias.

46) ¿El envío de un ROS, genera algún tipo de responsabilidad legal?

El ROS no genera ningún tipo de responsabilidad, ni para el funcionario, ni para la entidad, conforme a lo contemplado en los artículos 40 y 42 de la Ley 190 de 1995, que está enmarcado bajo el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF). En el EOSF se recopila lo dispuesto por la norma internacional, que para este caso particular es la recomendación 20 (Reporte de Operaciones Sospechosas) de las 40 recomendaciones del GAFI. En este

punto hay que hacer una conexión con la norma y no solo verla a la luz del sistema financiero. Se dispone esta, dado que el sistema financiero fue el primer sector al cual iba dirigido este punto y adicionalmente se estableció que el ROS no genera, ni constituye una denuncia, sino por el contrario establece un reporte de actividades que según a criterio de un particular, no corresponden a la actividad normal del negocio.

47) ¿Quién garantiza la confidencialidad de los ROS?

La confidencialidad de un Reporte de Operación Sospechosa (ROS) está garantizada en el artículo 9º de la Ley 526 de 1999, modificado por el artículo 34 de la Ley 1621 de 2013, a través del cual la información que recauda y produce la UIAF está sujeta a expresa reserva legal, y solo puede ser entregada a las autoridades competentes. Adicionalmente, a través de la línea jurisprudencial, en especial la sentencia C- 851 de 2005, las autoridades competentes para conocer información de la UIAF, tienen vetado el acceso a la fuente originaria del ROS, incluso, a la autoridad judicial en el marco de un proceso penal, le está proscrito el acceso a dicha información.

48) ¿En un ROS, cuál es el valor de la transacción, si en el estudio de seguridad previo a la negociación con el cliente y/o usuario, se evidenció una posible operación sospechosa?

El valor de la transacción sería cero, ya que no se efectuó ninguna operación con el cliente, y la transacción quedó demarcada como una operación intentada. Sin embargo, estas incidencias también deben enviarse a la UIAF como ROS ya que a pesar que no se presenten las operaciones por los controles establecidos, si hay de por medio un vínculo contractual al que se le debe hacer la debida diligencia (intento de operación sospechosa). Cabe resaltar que el ROS no es una denuncia y se puede hacer de manera anónima.

El encontrar a cualquier persona en un listado restrictivo no es un elemento pleno de sospecha, pero si es necesario complementar y detallar la información

en el reporte que se vaya a enviar a la UIAF. De esta manera, realizar un reporte por encontrarse en un listado restrictivo no se puede tomar como único elemento para enviar un ROS.

49) ¿Por qué se excluyen entre los primeros reportes que deben hacerse a la UIAF, el numeral 8.2.1 - Reporte de operaciones intentadas y sospechosas, una vez se cumpla con el periodo de transición de 240 días?

Los Reportes de Operación Sospechosa (ROS) del numeral 8.2.1 de la CE 09 de 2016, pueden irse presentando y reportando a la UIAF incluso sin estar inscritos en el SIREL, por lo que a este tipo de reporte no les aplica el periodo de transición. De hecho, cualquier persona natural o jurídica puede radicar un ROS voluntariamente y de manera anónima ante la UIAF en cualquier momento. Es así como no existe exclusión de reportes, por el contrario, lo que busca dicho reporte es que se ponga en conocimiento de situaciones que eventualmente no son propias de la normalidad en el giro de negocios del sector de manera oportuna.

50) ¿Es obligatorio crear un usuario en el SIREL y reportar información a la UIAF?

Sí. La totalidad de las directrices contenidas en la CE 09 de 2016 son de obligatorio cumplimiento. El incumplimiento dará lugar a la imposición de las sanciones administrativas pertinentes, sin perjuicio de las acciones que corresponden a otras autoridades. Es así que para realizar los reportes a la UIAF de que trata la Circular, es absolutamente necesario que los obligados a reportar estén inscritos y registrados en el SIREL.

51) ¿Cómo y dónde puedo solicitar el código de la Entidad para empezar a remitir reportes a la UIAF?

Para obtener el código de acceso de la Entidad, se debe dirigir a la página web de la UIAF, ir a Reportantes / Sistema de Reporte en Línea / Paso 1. Solicitud de código en Línea. Este formulario en línea, que permite la inscripción en la base de datos de los sujetos obligados ante la UIAF, estará habilitado a partir del mes de Octubre de 2016 para que las entidades vigiladas a las que le aplica la CE 09 de 2016 puedan realizar la Solicitud de Código de la Entidad.

52) ¿Cómo y dónde puedo solicitar el usuario, clave y matriz de autenticación para poder ingresar al SIREL?

Una vez se obtenga el código de la Entidad siguiendo los pasos del punto anterior, se avanza al Paso 2. Solicitud de Acceso al SIREL, donde se debe diligenciar el formulario que se encuentra en la página de la UIAF en el menú reportantes, sectores, Superintendencia Nacional de Salud o en el siguiente link: https://reportes.uiaf.gov.co/ReportesFSMCif64/Modules/Membresia/html/solicitud.aspx Una vez diligenciado, a través de correo electrónico el OC titular y/o suplente recibirán su usuario, contraseña y matriz de autenticación (juego de números y letras para generar la clave de acceso) respectiva.

53) ¿El código de la entidad es importante y necesario para iniciar el proceso de registro ante la UIAF?

Sí. La obtención del código de la Entidad es obligatoria e indispensable, es el primer paso para continuar con el proceso de inscripción para la creación de usuario y la obtención de clave y matriz de autenticación. Sin embargo, es posible hacer la solicitud de usuario, clave y matriz de autenticación para ingreso al SIREL sin tener el código de la Entidad, pero se aclara que dicha asignación de los mismos, será efectuada y notificada mediante correo electrónico a los OC tanto titulares como suplentes inscritos en el SIREL, sólo

hasta el momento en que el código de la Entidad haya sido asignado por parte de la UIAF.

54) ¿Qué Entidad brinda soporte técnico al SIREL y cuál al RVCC?

El soporte técnico del SIREL es proporcionado por la UIAF, mientras que el soporte técnico de RVCC es proporcionado por la SNS.

55) ¿Deben enviarse los reportes también a la Superintendencia Nacional de Salud?

No. Los reportes solicitados en los numerales 8.2.1 al 8.2.5 de la CE 09 de 2016, deben entregarse únicamente a la Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF por medio del SIREL, en línea con lo mencionado en la pregunta 41.

56) ¿A través de qué canales se puede obtener colaboración para la respuesta de inquietudes?

Con la SNS:

supervisionbasadaenriesgo@supersalud.gov.co: Inquietudes, dudas y sugerencias sobre la parte técnica de la CE 09 de 2016.

soportevigilados@supersalud.gov.co: Se brinda soporte informático sobre el reporte y cargue de los archivos en RVCC.

https://www.supersalud.gov.co/es-co/comunicaciones/memorias-de-los-eventos: Ruta para acceder a las presentaciones y demás material de apoyo.

Línea gratuita nacional: 01 8000 111 183

Teléfono: (57-1) 481 7000

Línea Call Center: (57) (1) 483 7000

Fax (57) (1) 481 7000 opción 4

Con la UIAF:

Módulo de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias – PQRSD: https://www.uiaf.gov.co/servicios_informacion_ciudadano/peticiones_quejas_reclamos_3542

soporte@uiaf.gov.co: Se brinda soporte sobre el medio de reporte

Chat a través de la página web de la UIAF (www.uiaf.gov.co)

Línea gratuita nacional: 01 8000 111 183 Teléfono: 288 52 22 Ext. 450