



Laboratorio Clínico
Hematológico
Medicina Diagnóstica Especializada

Nit: 890.942.832-2 

**MANUAL GENERAL DEL SISTEMA DE AUTOCONTROL Y GESTIÓN DEL RIESGO INTEGRAL
LA/FT/FPADM "SAGRILAFT"**

LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.

Julio de 2021



CONTENIDO

CONTENIDO	2
CAPITULO I	6
GENERALIDADES	6
INTRODUCCIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	7
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
CONTEXTO.....	8
TÉCNICAS DEL LAVADO.....	10
DEFINICIONES.....	10
MARCO LEGAL Y NORMATIVO	13
CAPÍTULO II	17
CRITERIOS APLICABLES A LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO –SAGRILAFT	17
1. ALCANCE	17
2. COMPROMISO ÉTICO Y PROFESIONAL	17
3. ETAPAS DEL SAGRILAFT	17
3.1. Identificación	17
3.1.1. Segmentación o medición de los factores de riesgo.....	18
3.1.1.1. Usuarios.....	19
3.1.1.2. Servicios.....	19
3.1.1.3. Jurisdicción.....	20
3.1.2. Identificación y medición del riesgo operativo relacionado al LA/FT.....	20
4. ELEMENTOS DEL SAGRILAFT	23
4.1. POLÍTICAS	24
4.1.1. Política General.....	24
4.1.2. Políticas Específicas.....	25
4.1.3. Vinculación de PEPS.....	28
4.1.4. Política de las etapas del SAGRILAFT.....	28
4.1.5. Política de los elementos del SAGRILAFT.....	29
4.1.6. Política para la prevención y resolución de conflictos de interés.....	29
4.2. PROCEDIMIENTOS	31
4.2.1. Procedimientos Generales.....	31
4.2.2. Procedimientos especiales.....	32



4.2.2.1.	Personas Expuestas Públicamente (PEP).....	32
4.2.2.2.	Países de mayor riesgo.....	32
4.2.3.	Inventario de procesos.....	33
4.2.4.	Documentos y registros.....	33
4.2.5.	Procedimientos de control interno y revisión del SAGRILAFT	34
4.2.6.	Mecanismos.....	34
4.2.6.1.	Conocimiento de los Pacientes / usuarios	34
4.2.6.1.1.	Definición de Paciente / usuario.....	34
4.2.6.2.	Determinación y reporte de operaciones sospechosas	40
4.2.7.	Instrumentos	41
4.2.7.1.	Señales de alerta	41
4.2.7.2.	Sectores económicos y actividades comerciales de alto riesgo.....	43
4.2.7.3.	Consolidación de operaciones por Cliente	44
4.3.	DOCUMENTACIÓN	44
4.3.1.	Conservación de documentos	44
4.3.1.1.	Documentación	44
4.3.1.2.	Presupuestos mínimos de la documentación.....	44
4.3.1.3.	Contenido mínimo de la documentación	45
4.3.1.4.	Documentación de Pacientes / usuarios	45
4.4.	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	46
4.4.1.	Organigrama SAGRILAFT	47
4.4.2.	Funciones relacionadas al SAGRILAFT.....	47
4.4.2.1.	Junta Directiva.....	47
4.4.2.2.	El Gerente.....	48
4.4.2.3.	Dirección Administrativa	49
4.4.2.4.	Oficial de Cumplimiento	49
4.4.2.4.3	Funciones a cargo de los empleados que tengan contacto con la vinculación del cliente: 52	
4.5.	ÓRGANOS DE CONTROL	52
4.5.1.	Contador	53
4.6.	INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	53
4.7.	DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN	54
4.7.1.	Reportes internos	55
4.7.1.1.	Transacciones Inusuales.....	55
4.7.1.2.	Operaciones iguales a \$5'000.000	55
4.7.1.3.	Listado de operaciones mensuales superiores a \$5'000.000	56
4.7.2.	Reporte de Operaciones Sospechosas (ROS).	56
4.8.	CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE PERSONAL.....	57
4.8.1.	Plan de capacitación en la Inducción:	58
4.8.2.	Plan periódico de Capacitación:	58



CAPÍTULO III	60
PRÁCTICA INSEGURA, SANCIONES Y OTRAS DISPOSICIONES	60
1. SECRETO FINANCIERO.....	60
1. RÉGIMEN SANCIONATORIO.....	61
1.1. Normas penales	62
1.2. Normas administrativas.....	63
1.3. Normas laborales	64
2. PRÁCTICAS INSEGURAS.....	65
3. APROBACIÓN	66



ANTECEDENTES:

Por el cual se aprueba el nombramiento de las oficiales de cumplimiento y el MANUAL GENERAL DEL SISTEMA DE AUTOCONTROL Y GESTIÓN DEL RIESGO INTEGRAL LA/FT/FPADM “SAGRILAFT” La junta Directiva de LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.S, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias y

CONSIDERANDO:

1. Que la Superintendencia de Sociedades a través de circular externa 100-000016 del 24 de diciembre de 2020, modifica integralmente el Capítulo X de la Circular Básica Jurídica de 2017, la cual presenta normas, estándares internacionales y lineamientos con el fin de facilitar la implementación de un sistema de autocontrol y gestión del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo
2. Que el desarrollo del objeto social de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. debe estar regido por los más altos principios éticos, de manera que se contribuya a la implantación de buenos valores en la comunidad. Igualmente, dentro del giro natural de sus negocios se encuentra el cumplimiento estricto de toda disposición legal que le sea vinculante o exigible.
3. El propósito principal de estas políticas consiste en diseñar y poner en marcha prácticas de prevención, políticas, procedimientos, herramientas, estructuras normativas privadas y controles permanentes, con el fin de reducir la posibilidad de que los negocios, transacciones y operaciones de la empresa sean utilizados para dar apariencia de legalidad a actividades de lavado de activos, para financiar el terrorismo o para la fabricación o porte de armas de destrucción masiva. Estas políticas permiten identificar señales de alerta y establecer metodologías claras y aplicables para controlar un eventual caso de fraude o infracción, contando con la participación de los empleados vinculados a la empresa, para quienes será un imperativo cumplir con lo dispuesto en el presente Manual.
4. Que, dentro de las facultades como Junta Directiva, está la reglamentación interna de los asuntos que determine la ley, por lo tanto:

ACUERDA:

ARTÍCULO ÚNICO. Crear el Manual para la Administración y Auto Gestión del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Fabricación de Armas de Destrucción Masiva – SAGRILAFT, con el fin de tenerlo como de obligatorio cumplimiento para todos los Directivos, Empleados y Terceros vinculados de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.



MANUAL PARA EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN Y AUTOGESTIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FABRICACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA - SAGRILAFT -

El Manual SAGRILAFT, constituye una guía para el desarrollo normal y transparente de las actividades de todos los Empleados al servicio de LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. y representa uno de los documentos que asegura el debido desarrollo y cumplimiento del SAGRILAFT.

Dicho Manual se encuentra fundamentado en las disposiciones legales que el Gobierno Nacional ha establecido, a través de los diferentes organismos que regulan y controlan las operaciones para prevenir y controlar el lavado de activos y financiación al terrorismo. Asimismo, contiene las políticas y normas internas que ha implementado LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. sobre la materia.

El Manual es un elemento de permanente y obligatoria consulta y aplicación para todos los Empleados de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.

CAPITULO I

GENERALIDADES

INTRODUCCIÓN

Ante la necesidad de tener un documento ilustrativo como soporte y guía de las políticas de LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. en esta materia, se implementa el presente MANUAL GENERAL DEL SISTEMA DE AUTOCONTROL Y GESTIÓN DEL RIESGO INTEGRAL LA/FT/FPADM "SAGRILAFT" para atender la preocupación mundial frente a este flagelo, prevenir que LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. sea utilizada para la realización de actividades ilícitas y administrar adecuadamente los riesgos a los que estamos expuestos.

El SAGRILAFT adoptado por LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. contiene la normatividad y políticas, los mecanismos o instrumentos de control, las reglas aplicables, la pautas para la conservación de documentos, los procedimientos, el régimen sancionatorio interno y externo y la correlación con el Código de Ética y Conducta.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Administrar adecuada y suficientemente la exposición al Riesgo de LA/FT, tanto de los pacientes / usuarios, empleados, proveedores, como de nuestros productos, canales y jurisdicciones, con el fin de evitar que los fondos relacionados con las transacciones que realiza LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. con sus pacientes / usuarios en la empresa estén relacionados de cualquier forma con dineros u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a los recursos vinculados con las mismas o la financiación del terrorismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Asegurar el estricto y oportuno cumplimiento de las normas legales, aportando con la política del Gobierno Nacional en materia de prevención y control del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo.
2. Minimizar el riesgo respecto a la ejecución de actividades ilícitas protegiendo el buen nombre de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A., del sector y de los pacientes / usuarios.
3. Evitar que los empleados de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. se vean afectados por operaciones realizadas con capitales ilícitos o derivados de actos terroristas, facilitándoles herramientas adecuadas para su oportuna gestión.
4. Entregar herramientas para lograr transparencia en las operaciones que la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. realiza con sus pacientes / usuarios.
5. Contribuir con la política del Gobierno Nacional para que se cumplan los objetivos en materia de prevención y control del lavado de activos y de la financiación del terrorismo.
6. Brindar herramientas y procedimientos para la prevención y control del riesgo de LA/FT en la empresa.
7. Informar ante la UIAF toda operación riesgosa o intentada que comporte un potencial riesgo en materia de lavado de activos, financiación del terrorismo o fabricación de armas de destrucción masiva.



CONTEXTO

El lavado de activos, también denominado lavado de dinero, blanqueo o legitimación de capitales ha sido abordado desde la perspectiva del negocio del narcotráfico, considerándolo como el mecanismo a través del cual las ganancias ilícitas del negocio son invertidas en negocios lícitos para darles apariencia de legalidad.

Se entiende por financiación del terrorismo, el que legalmente provea, recolecte, entregue, reciba, administre, aporte, custodie, o guarde fondos, bienes o recursos, o realice cualquier otro acto que promueva, organice, apoye, mantenga, financie o sostenga económicamente a grupos armados al margen de la ley, o a sus integrantes, o a grupos terroristas nacionales o extranjeros, actividad delictiva por medio de la cual, con recursos de origen lícito o ilícito, se busca financiar el terrorismo, los actos terroristas o las organizaciones terroristas. A diferencia del lavado de activos, en la financiación del terrorismo el origen de los recursos puede ser lícito.

La empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A., en cumplimiento de las normas y pautas establecidas por los organismos de control externo, implementa el SISTEMA DE GENERAL DEL SISTEMA DE AUTOCONTROL Y GESTIÓN DEL RIESGO INTEGRAL LA/FT/FPADM “SAGRILAF”, que se compone de dos fases a saber: la primera corresponde a la prevención y su objetivo es evitar que se introduzcan al sistema de la empresa recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos o se destinen estos a la financiación del terrorismo, lo cual se logra con una identificación y medición adecuada del riesgo. La segunda, corresponde al control y monitoreo, que tiene como propósito detectar y reportar las operaciones que se pretendan realizar o se hayan realizado para intentar dar apariencia de legalidad a operaciones vinculadas al lavado de activos o la financiación del terrorismo, la cual se logra mediante la gestión de controles y el monitoreo transaccional de nuestros pacientes / usuarios.

Con base en lo anterior, el presente Manual se crea como la guía para que todos los empleados y vinculados a la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A., comprendan dentro de sus funciones, cuál es su participación en la gestión del riesgo para evitar que se lleven a cabo actos delictivos.

El lavado de dineros es un proceso que comprende varias etapas:

- 1) Obtención o recolección de transacciones monetarias: Consiste en la recepción de grandes cantidades de dinero como consecuencia de actividades ilícitas.
- 2) Acumulación o colocación: Supone la inclusión de los fondos dentro del sistema financiero, aprovechando especialmente el de los países que son exigentes en materia de reserva bancaria



o en su defecto aquellos en los que tienen debilidades respecto a la identificación y registro de sus Pacientes / usuarios. Ejemplo: en casas de cambio, bancos, etc.

- 3) Estratificación o mezcla con fondos de origen ilegal: Consiste en la realización de sucesivas operaciones financieras dirigidas a eliminar su rastro, o bien a que éste sea más complejo de encontrar, de tal suerte que se impide conocer el verdadero origen ilícito de los dineros, mediante la mezcla con dineros de origen legal. Ejemplo: diversificaciones de los fondos mediante una serie de transacciones a través de diferentes instituciones financieras, tanto en el nivel nacional como internacional.
- 4) Integración o inversión: Consiste en el proceso mediante el cual el dinero líquido se convierte en bienes muebles o inmuebles o en negocios de fachada. Esto es, traspasar los fondos blanqueados a organizaciones o empresas legales, sin vínculos aparentes con el delito organizado.

Este proceso de lavado busca tres propósitos sustanciales:

- 1) Formar un rastro de papeles y transacciones difícil de seguir.
- 2) Hacer ambiguo el origen y propiedad del dinero.
- 3) Mezclar dineros ilegales con transacciones financieras legítimas. Ejemplo: compra venta de finca raíz, cadenas hoteleras, vehículos costosos.

Etapas de la Financiación del Terrorismo.

El proceso de financiación del terrorismo que se realiza con bienes, recursos o activos de procedencia lícita o ilícita, supone la ejecución de algunas etapas similares a las del lavado de activos, así:

- Obtención: Es la recolección de fondos de origen legal o ilegal, con el fin de apoyar las actividades terroristas.
- Colocación: Es la actividad de poner los recursos legales o ilegales en algún sistema formal o informal, con el fin de encubrir el destino o uso para fines terroristas o para una organización terrorista.
- Estratificación: Es la mezcla de los bienes, recursos o activos de procedencia ilícita o lícita mediante diversas transacciones financieras.
- Integración: Es la forma de usar los fondos y/o disfrutar de los bienes, recursos o activos con la apariencia de legalidad, ocultando su destino con fines terroristas o para apoyar organizaciones terroristas.

El incumplimiento de lo regulado en este Manual conlleva la aplicación de las sanciones disciplinarias, administrativas y penales que establezca el Reglamento Interno de Trabajo de



LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A., el Código Penal Colombiano y las demás normas pertinentes.

TÉCNICAS DEL LAVADO

Estas son las más relevantes a nivel general en materia de LA/FT:

ENRIQUECIMIENTO ILÍCITO: Incurrir en el enriquecimiento ilícito, la persona que obtiene incremento patrimonial no justificado, por razón del cargo o de las funciones, siempre que el hecho no constituya otro delito, y la persona particular que obtiene para sí o para otro, directamente o a través de un intermediario, un incremento patrimonial no justificado, derivado en una u otra forma de actividades delictivas.

TESTAFERRATO: Consiste en prestar el nombre para adquirir bienes con recursos provenientes de actividades ilícitas.

DELITO DE FAVORECIMIENTO AL ENCUBRIMIENTO: Comete el delito de favorecimiento quien ayuda a eludir la acción de la autoridad o a entorpecer la investigación, teniendo conocimiento de la comisión del hecho punible y sin concierto previo, o quien oculte, asegure, conserve, transforme, invierta, transfiera, transporte, administre o adquiera el objeto material o el producto de una actividad ilícita.

DEFINICIONES

Con el fin de dar mayor claridad a la terminología utilizada en el presente Manual, a continuación, se describen algunos de los términos más importantes:

Administradores: Son administradores, el Gerente, y los miembros de la Junta Directiva y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones.

Cliente: Es toda persona natural o jurídica con la cual LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. establece y mantiene una relación contractual para la prestación de cualquier servicio y/o suministro de cualquier producto propio de su actividad.

Conflicto de interés: Situación en virtud de la cual una persona, debido a su actividad, se enfrenta a distintas alternativas de conducta con relación a intereses incompatibles, ninguna de las cuales puede privilegiar en atención a sus obligaciones legales y contractuales.

Se trata de toda situación o evento en el que los intereses personales, directos o indirectos, de los pacientes / usuarios, los administradores, los empleados o los miembros de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. se opongan a los de ésta, interfieran con los deberes



que les competen o los lleven a desempeñarse con motivaciones diferentes al cumplimiento de sus responsabilidades. En pocas palabras, existe conflicto de interés cuando no es posible satisfacer simultáneamente dos intereses.

Delito: Es la acción u omisión descrita en la ley, que acarrea responsabilidad penal al autor y a sus partícipes y por tanto la imposición de una pena.

Factores de riesgo: Son los agentes generadores del riesgo de Lavado de Activos y Financiación Terrorismo LA/FT. Pueden ser: Pacientes / usuarios, Productos /Servicios, Canales de distribución y Jurisdicciones.

Listas nacionales e internacionales: Relación de personas y empresas que, de acuerdo con el organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de (lavado de activos o financiación del terrorismo como lo son las listas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, que son vinculantes para Colombia. Adicionalmente, pueden ser consultadas por Internet las listas OFAC, INTERPOL, Policía Nacional, entre otras.

Máximo órgano social: Se le conoce como junta de socios o asamblea general de accionistas y está conformado por todos los socios o accionistas de una empresa.

Monitoreo: Es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y la eficacia de una política o de un proceso, mediante la identificación de sus logros y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados. Es condición para rectificar o profundizar la ejecución y para asegurar la retroalimentación entre los objetivos, los presupuestos teóricos y las lecciones aprendidas a partir de la práctica.

Omisión de denuncia: Consiste en tener conocimiento de la comisión de los delitos señalados en el artículo 441 del Código Penal y no denunciarlos.

Operación intentada: Se configura cuando se tiene conocimiento de la intención de una persona natural o jurídica de realizar una operación sospechosa, pero no se perfecciona por cuanto, quien intenta llevarla a cabo desiste de la misma o porque los controles establecidos o definidos no permitieron realizarla.

Operación Inusual: Es aquella cuya cuantía o características no guardan relación con la actividad económica de los pacientes / usuarios, o que, por su número, por las cantidades transadas o por sus características particulares, se salen de los parámetros de normalidad establecidos.



Operación sospechosa: Es aquella que por su número, cantidad o características no se enmarca en los sistemas y prácticas normales de los negocios, de una industria o de un sector determinado y, además, que de acuerdo con los usos y costumbres de la actividad que se trate no ha podido ser razonablemente justificada.

Personas expuestas públicamente (PEP's): Son personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan recursos públicos o detentan algún grado de poder pública o gozan de reconocimiento público.

Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo: Es la posibilidad de pérdida o daño que pueda sufrir la entidad por ser utilizada directamente o a través de sus transacciones como instrumento para el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas, o cuando se pretenda el ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades.

Riesgo Legal: Es la posibilidad de pérdida en que incurre una entidad al ser sancionada u obligada a indemnizar daños como resultado del incumplimiento de normas o regulaciones y obligaciones contractuales. El riesgo legal surge también como consecuencia de fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.

Riesgo Reputacional: Es la posibilidad de pérdida en que incurre una entidad por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, cierta o no, respecto de la institución y sus prácticas de negocios, que cause pérdida de Pacientes / usuarios, disminución de ingresos o procesos judiciales.

Riesgo de Contagio: Es la posibilidad de pérdida que LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. puede sufrir directa o indirectamente, por una acción o experiencia de un vinculado comercial.

Riesgo Operacional: Es la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos.

SAGRILAFT: Sistema de Administración y auto gestión del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y fabricación de armas de destrucción masiva compuesto de una serie de elementos que corresponden al conjunto de componentes mediante los cuales se instrumenta de forma organizada y metódica la administración del riesgo de LA/FT/FPADM.

Segmentación: Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos homogéneos al interior de ellos y heterogéneos entre ellos.

Señales de alerta: son los hechos, situaciones, eventos, cuantías, indicadores cuantitativos y cualitativos, razones financieras y demás información que LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. determine como relevante, a partir de los cuales se puede inferir oportuna y/o

prospectivamente la posible existencia de un hecho o situación que escapa a lo que la empresa determine como normal.

Servicio: Son las operaciones legalmente autorizadas que pueden adelantar las entidades vigiladas mediante la celebración de un contrato.

Sujetos obligados a adoptar medidas de prevención del LA/FT/FPADM: Las sociedades comerciales, sucursales de sociedades extranjeras y empresas unipersonales vigiladas y controladas por la Superintendencia de Sociedades, tanto a nivel SAGRILAFT, como bajo la implementación del sistema de medidas mínimas.

Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF: Es una Unidad Administrativa Especial, de carácter técnico, adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, creada por la Ley 526 de 1999, modificada por la Ley 1121 de 2006, que tiene como objetivo la prevención y detección de operaciones que puedan ser utilizadas para el lavado de activos o la financiación del terrorismo. Así mismo, impone obligaciones de reporte de operaciones a determinados sectores económicos, en el momento que la compañía lo requiera.

MARCO LEGAL Y NORMATIVO

El marco legal existente en Colombia exige la implementación del SAGRILAFT, esto como consecuencia de otras normas internacionales y recomendaciones de órganos, que buscan brindar herramientas que permitan al sector real identificar y prevenir la utilización del mismo para el Lavado de Activos y/o la Financiación del Terrorismo.

N°	DOCUMENTO	N°	FECHA	EMITIDO POR	DESCRIPCIÓN
1	Decreto	663	02/04/1993	Congreso de la Republica	Estatuto orgánico del sistema financiero.
2	Ley	190	06/06/1995	Congreso de la Republica	Estatuto anticorrupción
3	Decreto	950	06/06/1995	Ministerio de justicia y derecho	Creación de la comisión de coordinación interinstitucional para el control del lavado de Activos
4	Decreto	1552	15/09/1995	Ministerio de hacienda y crédito publico	Creación de la unidad especial de prevención de lavado de activos de la superintendencia de la economía solidaria SES.
5	Decreto	754	24/04/1996	Ministerio de justicia y derecho	Modifica varios artículos del decreto 950 de 1995
6	Ley	365	21/02/1997	Congreso de la Republica	Delito de lavado
7	Ley	964	2005	Congreso de la Republica	Artículo 22 (LV/FR)



8	Ley	1121	29/12/2007	Congreso de la Republica	Dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones.
9	Ley	1762	06/12/2015	Congreso de la Republica	Por medio de la cual se adoptan instrumentos para prevenir, controlar y sancionar el contrabando, el lavado de activos y la evasión fiscal. Mediante la cual en su artículo 11 modifica el Artículo 323 del Código Penal, incorporando dentro de las conductas generadoras de dinero para el Lavado de Activos al contrabando y sus conductas punibles conexas.
10	Ley	1708	03/04/2014	Congreso de la Republica	Nueva ley de extinción de dominio y sus efectos prácticos sobre bienes mal habidos.
11	Ley	1778	02/02/2016	Congreso de la Republica	Por la cual se dictan normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de corrupción transnacional y se dictan otras disposiciones en materia de lucha contra la Corrupción

Normas y Estándares Internacionales sobre LA/FT

Colombia, a través de diversas leyes y sentencias de la Corte Constitucional, ha ratificado las siguientes convenciones y convenios de Naciones Unidas, con el fin de enfrentar las actividades delictivas relacionadas con el lavado de activos y la financiación del terrorismo.

- Convención de Viena de 1988: Convención de Naciones Unidas Contra el Tráfico de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas. (Aprobada por la Ley 67 de 1993 - Sentencia C-176 de 1994).
- Convenio de Naciones Unidas para la Represión de la Financiación del Terrorismo de 1989. (Aprobado por la Ley 808 de 2003 - Sentencia C-037 de 2004).
- Convención de Palermo de 2000: Convención de Naciones Unidas Contra la Delincuencia Organizada. (Aprobada por la Ley 800 de 2003 - Sentencia C-962 de 2003).
- Convención de Mérida de 2003: Convención de Naciones Unidas Contra la Corrupción. (Aprobada por la Ley 970 de 2005 - Sentencia C-172 de 2006).

Por su parte en el año de 1990, el Grupo de Acción Financiera Internacional -GAFI-, diseñó cuarenta (40) recomendaciones para prevenir el lavado de activos y posteriormente estableció nueve (9)



recomendaciones especiales contra el financiamiento del terrorismo. En el año 2000 se creó a nivel regional el Grupo de Acción Financiera Internacional de Sudamérica -GAFISUD-, conformado por países de América del Sur y México, incluido Colombia, donde se adquirió el compromiso de adoptar las recomendaciones del GAFI.

Las Resoluciones 1267 de 1999, 1373 de 2001, 1718 y 1737 de 2006, 1989 de 2011, 2178 de 2014, 2253 de 2015 y 2270 de 2016 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, por medio de las cuales se establecen disposiciones sobre congelamiento y prohibición de manejo de fondos u otros activos de personas y entidades designadas por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas como marco general en la política de lucha y prevención del Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la financiación de la Proliferación de armas de destrucción masiva (Sanciones Financieras Dirigidas).

En febrero de 2012 el GAFI revisó estas recomendaciones y emitió los Estándares Internacionales sobre la Lucha Contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo y la Proliferación, realizando algunas modificaciones para que los países adopten un enfoque basado en riesgos, con medidas más flexibles acordes con la naturaleza de sus riesgos, canalizando así sus esfuerzos de manera más efectiva.

Por su parte, la Recomendación 1 establece que los países deben exigir, tanto a las instituciones financieras y a las sociedades que desarrollan actividades no financieras que identifiquen, evalúen y tomen acciones eficaces para mitigar sus riesgos de LA/FT.

Adicionalmente, la Recomendación 28 en su literal b señala que los países deben asegurar que las actividades no financieras estén sujetas a sistemas eficaces de monitoreo y velar por el cumplimiento de los requisitos anti LA/FT. Esta actividad debe ser ejecutada por un supervisor o por un organismo autorregulador apropiado, siempre que dicho organismo pueda asegurar que sus miembros cumplan con sus obligaciones para combatir el lavado de activos y el financiamiento del terrorismo.

La Recomendación 34 establece que las autoridades competentes deben establecer directrices y ofrecer retroalimentación que ayude a las actividades no financieras en la aplicación de medidas nacionales para combatir el lavado de activos y el financiamiento del terrorismo y en particular, en la detección y reporte de operaciones sospechosas.

Finalmente, el GAFI considera que para que este sistema de supervisión tenga resultados efectivos, los países deben asegurar que exista una gama de sanciones eficaces, proporcionales y disuasivas, ya sean penales, civiles o administrativas, que estén disponibles para tratar a las personas naturales o jurídicas que incumplan con las medidas anti LA/FT. En este sentido, insta para que las sanciones también sean aplicables a sus directores y a la alta gerencia (recomendación 35).



Normas Nacionales

1. El artículo 10 de la Ley 526 de 1999, modificada por la Ley 1121 de 2006, señala que las autoridades que ejerzan funciones de inspección, vigilancia y control, deben instruir a sus supervisados sobre las características, periodicidad y controles en relación con la información a reportar a la UIAF, de acuerdo con los criterios e indicaciones que de ésta reciban.
2. El artículo 2° del Decreto 1497 de 2002 dispone que las entidades públicas y privadas pertenecientes a sectores diferentes al financiero, asegurador y bursátil, deben reportar operaciones sospechosas a la UIAF, de acuerdo con el literal d) del numeral 2 del artículo 102 y los artículos 103 y 104 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, cuando dicha Unidad lo solicite, en la forma y oportunidad que les señale.
3. Según lo dispuesto en el artículo 84 de la Ley 222 de 1995, en el Decreto 4350 de 2006, corresponde a la Superintendencia de Sociedades ejercer la vigilancia de las sociedades comerciales, sucursales de sociedades extranjeras y empresas unipersonales, en los términos establecidos en las mencionadas disposiciones, estando facultada para velar porque las sociedades vigiladas en su formación, funcionamiento y en el desarrollo de su objeto social se ajusten a la ley y los estatutos.
4. El numeral 3o del artículo 85 de la Ley 222 de 1995, señala que la Superintendencia de Sociedades, dentro de sus funciones, está facultada para imponer sanciones o multas sucesivas, o no, hasta de doscientos salarios mínimos legales mensuales, cualquiera sea el caso, a quienes incumplan sus órdenes, la ley o los estatutos.
5. El artículo 7 del Decreto 1023 de 2012, establece en su numeral 26 que es función de la Superintendencia de Sociedades instruir a las entidades sujetas a su supervisión sobre las medidas que deben adoptar para la prevención del riesgo de lavado de activos y del financiamiento del terrorismo.
6. El Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES el 18 de diciembre de 2013 aprobó el Documento CONPES 3793. El objetivo general de este documento CONPES es establecer los lineamientos para la implementación de la Política Nacional Anti Lavado de Activos y Contra la Financiación del Terrorismo para lograr un sistema único, coordinado, dinámico y más efectivo para la prevención, detección, investigación y juzgamiento del lavado de activos y la financiación del terrorismo.

CAPÍTULO II

CRITERIOS APLICABLES A LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO –SAGRILAFT

1. ALCANCE

El manual SAGRILAFT de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. está dirigido a todos los miembros de la Junta Directiva, empleados, pacientes / usuarios y proveedores, o que formen parte de los grupos de interés del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.

Este manual es aprobado por la Junta Directiva mediante acta, y estará disponible para todos los empleados vinculados al LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A., para su consulta y aplicación dentro de la empresa.

2. COMPROMISO ÉTICO Y PROFESIONAL

La empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. ha establecido en su SAGRILAFT una cultura de cumplimiento, tomando como base el compromiso ético y profesional de sus empleados, Pacientes / usuarios y miembros de la Junta Directiva, y está dispuesta a cumplir la obligación de colaborar con todas las autoridades nacionales e internacionales para combatir los delitos de lavado de activos y financiación del terrorismo.

La calidad ética y la capacidad de sus empleados, en especial de aquellos que se desempeñan en cargos de mayor contacto con sus Pacientes / usuarios, en actividades como la administración de recursos, dinero o bienes y el control de información, constituyen la herramienta más efectiva para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.

3. ETAPAS DEL SAGRILAFT

El SAGRILAFT comprende cuatro etapas:

3.1. Identificación

La empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. establece a continuación la metodología que aplicará hasta que se haga necesaria una modificación o adecuación de esta, la cual tiene como objetivo cumplir la identificación de los riesgos prescritos por el GAFI (Grupo de Acción Financiera Internacional).¹

¹ El GAFI es un ente intergubernamental establecido en 1989 cuyo objetivo es fijar estándares y promover la implementación efectiva de medidas legales, regulatorias y operativas para combatir el lavado de activos, el financiamiento del terrorismo y el financiamiento de



Esta etapa debe realizarse previamente al lanzamiento de cualquier producto o servicio, la modificación de sus características, la incursión en un nuevo mercado, la apertura de operaciones en nuevas jurisdicciones y el lanzamiento o modificación de los canales de distribución.

Para identificar el riesgo de LA/FT/FPADM la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. establece la segmentación de variables como metodología base para determinar los niveles de riesgo y de acuerdo con esta, ajustar las herramientas técnicas que permiten la gestión del riesgo LA/FT/FPADM.

Para identificar el Riesgo LA/FT/FPADM, la Empresa debe, como mínimo:

- a. Clasificar los Factores de Riesgo LA/FT/FPADM de conformidad con la actividad económica de la Empresa Obligada y su materialidad.
- b. Establecer, una vez sean identificados, individualizados, segmentados y clasificados los Factores de Riesgo LA/FT/FPADM, las metodologías para identificar el riesgo específico de LA/FT/FPADM que puede llegar a enfrentar la Empresa Obligada, así como otros posibles riesgos asociados. Con base en esa clasificación y segmentación, se deben señalar, identificar e individualizar los riesgos.
- c. Establecer, una vez clasificados y segmentados los Factores de Riesgo LA/FT/FPADM, las condiciones de tiempo, modo y lugar, así como la relevancia y la prioridad con que se deben ejecutar las medidas de Debida Diligencia.
- d. Disponer e implementar los mecanismos y medidas que le permitan un adecuado conocimiento, identificación e individualización de los Factores de Riesgo LA/FT/FPADM que le resultan aplicables.

3.1.1. Segmentación o medición de los factores de riesgo

Segmento es el rango en el cual se inscribe cada Cliente de acuerdo con la naturaleza, características, volumen o frecuencia de sus transacciones, clase de producto o servicio, origen o destino de las operaciones.

La segmentación en el SAGRILAFT se realiza con base en la información de los Pacientes / usuarios, considerando su comportamiento en la utilización de los servicios que presta el LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.

la proliferación de armas de destrucción masiva, y otras amenazas a la integridad del sistema financiero internacional.



Además, podrá definirse como el rango de mercado dentro del cual se inscribe cada uno de los factores de riesgo de LA/FT de acuerdo con las características particulares de cada uno de ellos.

Para que los segmentos sean útiles a los propósitos del SAGRILAFT, deben cumplir los siguientes requisitos:

- Ser medibles: Es decir, que se pueda determinar (de una forma precisa o aproximada) aspectos como tamaño, producto o servicio y perfiles de los componentes de cada segmento.
- Ser accesibles: Que se pueda llegar a ellos de forma eficaz y consistente.
- Ser sustanciales: Un segmento debe ser el grupo homogéneo más grande posible al que vale la pena dirigirse con programas de evaluación, control y monitoreo a la medida.
- Ser diferenciales: Un segmento debe ser claramente distinto de otro, de tal manera que responda de una forma particular.

La segmentación de los factores se basará en los agentes establecidos por la norma:

3.1.1.1. Usuarios

- Actividad Económica: Clasificación y/o agrupamiento según la actividad económica principal desempeñada.
- Método de pago: comporta una situación de mayor análisis los casos en los cuales los pacientes realicen pagos en efectivo.
- Volumen y Frecuencia de las Operaciones: Monto y frecuencia de las operaciones realizadas durante un lapso
- Entidades pagadoras: se calcula para el momento de elaboración del presente manual que el porcentaje de usuarios que ingresan a laboratorio a través de pólizas es de un 80%. Frente a esta situación, se advierte que estas aseguradoras se encuentran reguladas por el estatuto orgánico del sistema financiero, y en consecuencia, se consideran como entidades obligadas reportantes SARLAFT, por lo que existe una debida diligencia con respecto a la información de sus usuarios, lo que permite un mayor grado de seguridad en este tipo de operaciones.

3.1.1.2. Servicios

- Naturaleza: De los diferentes tipos de servicios existentes en la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A., se clasifican en un nivel de riesgo de acuerdo con su exposición al LA/FT/FPADM. Para todos los efectos legales, se considera que al momento de la elaboración de esta política dichos riesgos son bajos, salvo algunas condiciones específicas que comportan un riesgo de nivel medio.



3.1.1.3. Jurisdicción

- Ubicación: El riesgo se clasificará teniendo en cuenta la ubicación demográfica del Comercio.
- Características: Las características consideradas en la clasificación del riesgo son la actividad económica de la zona de influencia y la exposición al riesgo de LA/FT que se conoce de la zona.

A falta de datos estadísticos la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. considera las disposiciones de norma y la opinión de expertos² para determinar las variables que componen la identificación y medición del riesgo de LA/FT.

Una vez establecidos los factores se procederá a segmentar para fijar los niveles de riesgo para cada uno de los factores. Al igual que para los factores, los niveles serán fijados por el grupo de expertos.

La empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. dispone de la metodología de segmentación y la parametrización de la herramienta SAGRILAFT cada vez que se realice una revisión y cambios en la identificación de riesgos.

3.1.2. Identificación y medición del riesgo operativo relacionado al LA/FT

Basados en los resultados de la segmentación y para efecto de gestión los riesgos operativos relacionados al SAGRILAFT, se realizará monitoreo a los procedimientos y debida diligencia con los pacientes / usuarios, proveedores, y demás vinculados, teniendo en cuenta el impacto sobre los riesgos asociados³ relacionados en la norma:

- Legal
- Reputacional
- Operativo
- Contagio

El objetivo es identificar los factores de riesgo operativo y los riesgos asociados a los cuales se ve expuesta la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. con relación al LA/FT.

Es importante resaltar en este punto que dentro del diagnóstico preliminar que se efectúen la empresa nos advirtieron riesgo localizados y que dentro del diagnóstico de riesgos específicos que

² **Expertos:** empleados de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.S que por su experiencia y/o formación tienen la capacidad de establecer y calificar la importancia de los factores de riesgo y fijar límites y demás variables a considerar para la segmentación.

³ **Riesgos Asociados:** Son aquellos a través de los cuales se puede llegar a materializar el riesgo de LA/FT.



se llevó acabo en su momento tampoco se encontraron riesgos dentro del mercado o el segmento económico al cual hace parte de la empresa.

Adicionalmente, la empresa realizará una evaluación del Riesgo LA/FT/FPADM cuando incursione en nuevos mercados u ofrezca nuevos Productos.

a) Medición

La segmentación de los factores de riesgo y las variables que los componen permite establecer el riesgo en cada uno de ellos, el cual está clasificado en:

Riesgo	Rango Numérico
Bajo	1 hasta 3
Medio	Mayor a 3 hasta 6
Alto	Mayor a 6 hasta 10

Esta escala de clasificación establece los parámetros de exposición al riesgo de LA/FT, que cada nivel de cada variable representa; el cual es determinado por la valoración de expertos.

Una vez ajustada la medición del riesgo es posible el monitoreo transaccional, el cual genera alertas de acuerdo con los parámetros de riesgo establecidos.

Los límites de riesgo de los factores y las variables que los componen se incorporarán a los modelos de administración del riesgo de manera que sirvan como señales de alerta cuando las transacciones de los Pacientes / usuarios no correspondan a su comportamiento normal⁴.

Las unidades de Medida para el impacto, se califican teniendo en cuenta sus efectos económicos, reputacionales y legales, las unidades de medida como resultado de impacto pueden darse de la siguiente manera:

1, Bajo = Baja perdida o daño, puede ser susceptible a una amonestación o sanción moderada por parte de los entes reguladores, no causa indemnización ni prejuicios, ni pérdida de clientes o disminución de ingresos por desprestigio, mala imagen o publicidad negativa y no produce efecto de contagio.

⁴ **Comportamiento Normal:** La segmentación define, de acuerdo con la clasificación de las variables de riesgo, unos comportamientos transaccionales normales en montos y frecuencia; de manera que si la operación no corresponde a los límites establecidos se genera una alerta automática al Representante Legal.



2, Moderado = Moderada pérdida o daño, puede ser susceptible a una amonestación o sanción moderada por parte de los entes reguladores, no causa indemnización ni prejuicios, ni pérdida de clientes o disminución de ingresos por desprestigio, mala imagen o publicidad negativa y no produce efecto de contagio.

3, Importante = Pérdida o daño medio, puede ser susceptible de una sanción más estricta por parte de los entes reguladores, de índole pecuniario, poca media probabilidad de procesos penales, baja o media probabilidad de pérdida de clientes, disminución de ingresos por desprestigios, mala imagen o publicidad negativa, puede producir efecto de contagio entre instituciones del sector y relacionadas.

4, Critico = Alta pérdida o daño, puede ser susceptible de cuantiosas multas por parte de los entes de control, estrictas sanciones de suspensión, inhabilidad o emoción de administradores, oficial de cumplimiento y otros funcionarios, alta probabilidad de pérdida de clientes, disminución de ingresos por desprestigios, mala imagen o publicidad negativa y puede colocar en peligro la solvencia de la Institución.

b) Control

El control transaccional se realiza mediante la gestión de las alertas generadas por la herramienta, de acuerdo con la parametrización establecida en la identificación y medición.

Las alertas nacen de una clasificación del riesgo inherente, que es el riesgo intrínseco de cada transacción, el cual es asignado de acuerdo con los parámetros establecidos en la medición.

Este riesgo inherente clasifica la transacción realizada, evaluando los niveles de cada variable y asignando una calificación de riesgo.

Cuando las transacciones sobrepasan los topes en montos y/o frecuencias para cada producto, representan un riesgo latente de Lavado de Activos.

Corresponde al oficial de cumplimiento la Gestión de las alertas, lo cual consiste en evaluar la razón por la cual la transacción sobrepasó dichos límites.

Las medidas de control definidas, deben considerar un plan de acción estratégico en el cual se definan recursos físicos, humanos, financieros y los que se consideren para su implementación, frente al impacto esperado con base en la probabilidad de ocurrencia de cada riesgo.



Una vez evaluados los soportes y argumentos, y determinada la razonabilidad de los mismos se puede determinar el Riesgo Residual de la misma.

c) Monitoreo

El monitoreo continuo de las operaciones de los Pacientes / usuarios, la clasificación del riesgo individual de los mismos y la conjunción de estas clasificaciones permitirá establecer la exposición al riesgo de LA/FT de LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.

El monitoreo de la herramienta estará en cabeza de la dirección administrativa, quien adecuará los límites de acuerdo con la evaluación semestral de expertos, lo mismo que las alertas del sistema. Asimismo, realizará los informes trimestrales de los avances de ejecución. Estos últimos serán revisados e incluidos dentro de los planes de acción.

Es importante advertir que el nivel de riesgo al que está sometida la entidad nunca puede erradicarse, a menos que se desista de realizar la actividad que lo genera. Por ello, se debe buscar un equilibrio entre el nivel de recursos y mecanismos que es preciso dedicar para minimizar o mitigar estos riesgos y un cierto nivel de confianza que se puede considerar suficiente (nivel de riesgo aceptable).

La evaluación de los controles permite determinar su idoneidad frente al control del riesgo y basados en los resultados se diseña el plan de acción para la gestión del riesgo. Evidenciado qué controles requieren atención.

La creación, adecuación, implementación y automatización de controles, se realizará mediante planes de acción⁵. Los cuáles serán estructurados y presentados por la dirección administrativa, quien debe especificar en los mismos las áreas que deben apoyar la ejecución de estos.

Los planes de acción también deben contener una especificación de la relación costo – beneficio, con lo que se busca ofrecer a la Junta Directiva las herramientas suficientes para determinar si adoptan los planes de acción o asumen el riesgo residual.

4. ELEMENTOS DEL SAGRILAFT

Los elementos del SAGRILAFT son el conjunto de componentes que de forma organizada y metódica entrega a la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. los instrumentos necesarios para la gestión del riesgo; estos elementos son:

⁵ **Plan de Acción:** Documento utilizado en EL LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. como soporte del responsable, cronograma, actividades, recursos y demás necesarios para la ejecución de un proyecto que tiene la finalidad de alcanzar un objetivo en particular



4.1. POLÍTICAS

4.1.1. Política General

La empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. implementará, aplicará, sostendrá, actualizará y capacitará a administradores y todo el personal en el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, el cual será acorde y dará cumplimiento a los parámetros emitidos por la normativa colombiana y a los estándares internacionales sobre la materia, especialmente los proferidos por el GAFI y GAFISUD⁶. Esto con el fin de evitar que LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. sea utilizada directamente o por medio de los servicios que ofrece al comercio como instrumento para el Lavado de Activos y/o Financiación del Terrorismo. Dentro de las políticas generales se encuentran:

- Las políticas que definen los lineamientos adoptados en el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo serán aprobadas por el órgano permanente de administración.
- La metodología de segmentación será aprobada por el órgano permanente de administración y será objeto de revisión mínimo una vez al año o cuando se evidencia un cambio significativo en las características demográficas y/o transaccionales de sus usuarios.
- Los procedimientos generales y especiales dispuestos para el cumplimiento adecuado de las normas sobre LA/FT serán aprobados por el órgano permanente de administración.
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. declara su apoyo a todas las medidas de control establecidas con el fin de evitar ser utilizada como instrumento para el lavado de activos y/o canalización de recursos para la financiación del terrorismo.
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. no realizará ningún tipo de contrato o vinculación con terceros, ya sean personas naturales o jurídicas, que se encuentren registradas en listas internacionales vinculantes para Colombia (ONU). En el evento de que un tercero con el que ya se tiene relaciones contractuales, aparezca en una de las listas, el oficial de cumplimiento deberá analizar el caso inmediatamente se presente y tomar las decisiones a que haya lugar, procurando por terminar la relación contractual o comercial. En estos casos también procede el reporte inmediato de tal situación como un ROS a la UIAF.

⁶ El GAFISUD es una organización inter-gubernamental constituida por países de América del Sur y dedicada a combatir el lavado de dinero y el financiamiento del terrorismo, a través de la implementación de políticas de cooperación entre los países miembros. Otras organizaciones afines son: el Grupo de Acción Financiera Internacional sobre lavado de dinero (GAFI/FATF), el Grupo de Acción Financiera del Caribe (GAFIC/CFATF) y la Organización de Estados Americanos a través de la Comisión Interamericana para el Control del abuso de drogas (CICAD).



- Todos los empleados de LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. están en la obligación de colaborar con la justicia y la Unidad Administrativa Especial de Información y Análisis Financiero “UIAF”, de manera oportuna y con información confiable.
- En la medida de lo posible LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. utilizará como medio de pago o de recaudo los ofertados por las instituciones habilitadas para ejercer actividad financiera en el país.
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. realizará cualquier tipo de préstamo exclusivamente con entidades financieras o entidades habilitadas para prestar servicios de crédito, por tanto, se verificará su habilitación ante el ente de vigilancia correspondiente.
- LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. no exonerará a ningún usuario, aliado o contratista del reporte de transacciones en efectivo a la UIAF.

4.1.2. Políticas Específicas

- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. apoya firmemente el esfuerzo nacional e internacional en la lucha contra crímenes graves, especialmente el tráfico de drogas y el terrorismo y tiene la obligación y compromiso de apoyar a las autoridades en la identificación de transacciones de lavado de activos y de la financiación al terrorismo.
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. declara su apoyo a todas las medidas de control establecidas con el fin de evitar ser utilizada en el lavado de dinero y financiación del terrorismo y prohíbe expresamente la vinculación de pacientes / usuarios sobre los cuáles existan motivos de duda o sospecha, por mínimos que sean, de estar involucrados en actividades ilícitas.
- La Junta Directiva, la Gerencia, y los empleados de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. se encuentran obligados a cumplir las políticas emanadas por la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A., buscando con ello que se configuren como reglas de conducta permanentes, orientando la actuación de la Empresa y la de cada uno de sus responsables en el adecuado funcionamiento del SAGRILAFT.
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. debe establecer y mantener actualizado el SAGRILAFT y ser acorde con los parámetros y los estándares internacionales sobre la materia, especialmente los proferidos por el GAFI y GAFISUD, buscando fortalecer los lazos de colaboración internacional.



- A partir del momento en que el Cliente se vincule al LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. es responsabilidad del personal adscrito administrar la relación con este y cumplir con las normas sobre conocimiento del paciente.
- Todos los empleados de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. deberán conocer y mantener los niveles de responsabilidad sobre el SAGRILAFT según le corresponde a su cargo.
- La empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. se reserva el derecho de admisión, en los siguientes casos:
 - a) Cuando los potenciales Pacientes / usuarios se nieguen a aportar información o documentación requerida para la vinculación.
 - b) Cuando la información y/o documentación soporte sea falsa o inexacta.
 - c) Personas con condenas vigentes por delitos a Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. establecerá y monitoreará señales de alerta que permitan evaluar la eficiencia de los controles implementados para LA/FT.
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. revisa y actualiza permanentemente las políticas del SAGRILAFT, de tal manera que se encuentren vigentes en todo momento ante circunstancias que ameriten replantearlas.
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. vigila que las operaciones relacionadas con los servicios sean éstas documentarias, electrónicas, en efectivo o desarrolladas en cualquier otra forma o sean operaciones activas o pasivas, cumplan con la norma.
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. dispone su código de ética como instrumento que fije las reglas de comportamiento de sus directivos, empleados y otros grupos de interés.
- Se prohíbe terminantemente la ejecución de transacciones de compra o venta de bienes o servicios mediante el pago o la recepción de monedas virtuales tales como el Bitcoin, PeerCoin, LiteCoin y DogeCoin.
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. dispone de un sistema de reportes internos y externos que garantiza el funcionamiento de sus procedimientos y que le permite cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes.



- El SAGRILAFT incluye como parte fundamental para el logro de los objetivos, a las personas que interactúan con los Pacientes / usuarios bien sea al interior de la oficina o por fuera, con el fin de obtener los niveles de efectividad esperados.
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. se protege a través del conocimiento del Cliente habitual y ocasional, comparando el volumen de sus transacciones para determinar que éste sea coherente con la actividad que desarrolla, así como verificando la información que ellos suministren.
- El “Conocimiento del Usuario” en el LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. está orientado a la clasificación y segmentación adecuada de los pacientes / usuarios de acuerdo con sus características y necesidades. LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. aceptará solamente aquellos pacientes / usuarios cuyas fuentes de riqueza y de fondos puedan ser determinadas razonablemente como legítimas.
- Para aquellos pacientes / usuarios que comporta en una sospecha preliminar o sus familiares cercanos hasta el tercer grado de consanguinidad o segundo de afinidad se implementará el manual de conocimiento intensivo para efectos de determinar el nivel de riesgos que puede comportar.
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. debe diseñar, programar y coordinar planes de capacitación sobre el SAGRILAFT dirigidos a todas las áreas y empleados administrativos.
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. dispone de los medios para que los mecanismos establecidos para la prevención y control del lavado de activos y financiación al terrorismo estén al alcance de la Alta Gerencia, los Organismos de Control y los empleados de la empresa y es deber de éstos su permanente consulta y aplicación.
- El Oficial de Cumplimiento deberá velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo
- La conservación de documentos relacionados con LA/FT serán responsabilidad del Gerente y la Administración dispondrá los recursos necesarios para garantizar su óptima conservación
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. ha establecido los lineamientos para la prevención y resolución de conflictos de interés y las consecuencias que genera el incumplimiento del SAGRILAFT.



- Es deber de la Junta Directiva, la Gerencia y los empleados del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. anteponer la observancia de los principios éticos y cumplimiento de las normas en materia de prevención y control de LA/FT al logro de las metas comerciales.

4.1.3. Vinculación de PEPS

Aquellas personas que por su cargo manejan recursos públicos, detentan algún grado de poder público, gozan de reconocimiento público o son familiares de estos hasta en segundo grado de consanguinidad tendrán un tratamiento diferencial y se identificarán en adelante como PEPS.

El Gerente deberá mantener una vigilancia especial y realizar monitoreo permanente a las transacciones realizadas, además debe incluir la autorización de vinculación por parte de la Junta Directiva y de la información adicional de estos Pacientes / usuarios con su actividad económica, la capacidad financiera y la fuente de los recursos que transaran por medio del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. La clasificación de PEPS se mantendrá durante el período que ocupen sus cargos y durante los dos (2) años siguientes a su dejación, renuncia, despido, o declaración de insubsistencia del nombramiento o cualquier otra forma de desvinculación.

El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. aplica medidas conducentes para que se sancione penal, administrativa y laboralmente, cuando fuere necesario, a los empleados que directa o indirectamente faciliten, permitan o coadyuven en la utilización de la empresa como instrumento para la realización de lavado de activos.

Para aquellas personas naturales o jurídicas que son pacientes / usuarios de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. y que presenten altos niveles de exposición de riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo, por encima de los límites aceptables, la Entidad cuenta en sus estatutos con recursos de sanción o de exclusión previo cumplimiento de los pasos allí establecidos.

Todos los empleados de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. deben tener la capacidad para identificar operaciones inusuales, intentadas o consumadas, con ocasión de su cargo, rol o función. Y tienen también el deber de informar oportunamente al Gerente cuando se presenten.

4.1.4. Política de las etapas del SAGRILAFT

La empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. dispone de un soporte técnico para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos relacionados con el Lavado de Activos y



la Financiación del Terrorismo, así mismo dispondrá de los recursos necesarios para su montaje, sostenimiento, actualización y capacitación.

4.1.5. Política de los elementos del SAGRILAFT

Son las orientaciones específicas relacionadas con los procedimientos, documentación, estructura organizacional, órganos de control, reportes de la información y capacitación. Para tal efecto se describen las siguientes políticas:

- El monitoreo del SAGRILAFT estará a cargo del Gerente y del grupo de empleados que se designe para tal efecto.
- La documentación sobre el SAGRILAFT estará a cargo del Gerente y del grupo de empleados que se designe para tal efecto quienes garantizarán su integridad, confiabilidad, disponibilidad, cumplimiento, efectividad y eficiencia. Para el efecto, constará por escrito y en medio magnético con las debidas seguridades del caso.
- Los miembros de la Junta Directiva y el Gerente, del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. se comprometen a cumplir cabalmente sus funciones y ejercer sus facultades directivas en relación con el SAGRILAFT que la empresa implemente.
- Los órganos de control evaluarán el SAGRILAFT de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. siempre desde la óptica del escepticismo profesional.
- Los empleados utilizarán de forma responsable la infraestructura o plataforma tecnológica del SAGRILAFT, si es del caso, al aplicarla en el desarrollo de sus funciones.
- Los empleados de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. tienen prohibido revelar a terceros, cualquier información relacionada con los reportes internos del SAGRILAFT.
- Los empleados serán capacitados, por lo menos, anualmente en SAGRILAFT. Los empleados nuevos, recibirán esta capacitación como parte del proceso de inducción o vinculación.
- El “Conocimiento del Cliente” en la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. está orientado a la clasificación y segmentación adecuada de los Pacientes / usuarios de acuerdo con sus características y necesidades.

4.1.6. Política para la prevención y resolución de conflictos de interés



- Cuando los miembros de la Junta Directiva, el Gerente, empleados, Pacientes / usuarios, proveedores y contratistas, se encuentran en una situación de conflicto de interés, donde deban tomar una decisión, o realizar u omitir alguna acción, que en razón de su cargo, rol o funciones los lleve a escoger entre el interés de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. y su interés particular o de un tercero, de manera que de optar por cualquiera de estos dos últimos, obtendría un indebido beneficio pecuniario y/o extraeconómico que de otra forma no recibiría, desconociendo así un deber legal, contractual, estatutario o ético; se abstendrán de participar o tomar parte en la evaluación del riesgo.
- Es deber de todos los empleados de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. conocer y practicar el Código de Ética y Conducta, el cual aplica para lo relacionado con LA/FT.
- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. ha establecido los lineamientos para la prevención y resolución de conflictos de interés y las consecuencias que genera el incumplimiento del SAGRILAFT dentro del Código de Ética y Conducta.

Detección de operaciones inusuales y determinación de operaciones sospechosas: Se entiende que hay conflicto de interés en la detección de operaciones inusuales y la determinación de operaciones sospechosas, intentadas o realizadas, cuando éstas han sido realizadas por cónyuges o compañeros permanentes, parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o respecto de aquellas operaciones en las que la persona encargada de realizar el análisis tenga algún interés personal o busque el favorecimiento de otra persona.

Cuando se presente un conflicto de interés, o se tenga duda sobre la existencia del mismo, se debe cumplir con el siguiente procedimiento:

- Informar por escrito del conflicto a la dirección administrativa, con detalles sobre su situación en el mismo.
- La dirección administrativa designará a quien debe continuar con el respectivo proceso.
- Abstenerse de intervenir directa o indirectamente, en las actividades y decisiones que tengan relación con las determinaciones referentes al conflicto, o cesar toda actuación cuando tenga conocimiento de la situación de conflicto de interés.

En todo caso, se aplica lo dispuesto sobre conflictos de interés en el Código de Ética y Conducta de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.

Para la identificación de los principales segmentos para cada uno de los factores del riesgo de LA/FT, LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.S adopta como metodología de segmentación una



técnica cualitativa basada en expertos, la cual establece los segmentos de acuerdo con el conocimiento (experticia) de los expertos tanto de la empresa como del mercado en el que se desenvuelve, teniendo en cuenta una evaluación de la relevancia de materialización del riesgo de LA/FT por factores.

4.2. PROCEDIMIENTOS

Los procedimientos para el SAGRILAFT se actualizarán de acuerdo con las necesidades de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. y las novedades normativas; debe distribuirse en todos los Empleados, dejando evidencia escrita de su recepción y lectura por todos, y cada uno.

4.2.1. Procedimientos Generales

- Se definen los procedimientos para efectuar monitoreo y seguimiento especial a las operaciones y transacciones en efectivo de los pacientes / usuarios que la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. ha determinado como de mayor riesgo y el de reporte de resultados de acuerdo con la segmentación establecida.
- Se definen los procedimientos para la ejecución de los distintos mecanismos e instrumentos de prevención y control que se adopten.
- Se definen los procedimientos que se aplicarán para:
 - a. La detección de operaciones inusuales.
 - b. La determinación de las operaciones sospechosas.
- Para la detección de operaciones inusuales en las transacciones, es importante que los empleados, tengan presente, además, del monto y de la frecuencia de las transacciones, las señales de alerta, al igual que conozcan los parámetros del segmento de pago de los pacientes.
- La gerente administrativa mediante un análisis de todo lo anterior y la aplicación de un criterio prudente y objetivo, evaluará si corresponde o no a una operación sospechosa. Tan pronto la gerente administrativa evalúa la operación inusual reportada y determina que efectivamente puede corresponder a una operación sospechosa, se encarga de comunicar al comercio quien deberá adoptar las medidas según sus criterios.
- La generación de los informes de transacciones inusuales debe realizarse sin excepción todas las veces que se presente una transacción de este tipo.



- Se definen los procedimientos que se realizarán para el conocimiento de los Pacientes / usuarios actuales y potenciales, así como para la verificación y actualización de la información suministrada por éstos.
- Se definen los procedimientos para aplicar las sanciones por incumplimiento de las normas para controlar el riesgo de LA/FT.
- Se da cumplimiento a las obligaciones relacionadas con listas internacionales vinculantes para Colombia, de conformidad con el derecho internacional y se dispone lo necesario para que se consulten dichas listas, de manera previa y obligatoria a la vinculación de un potencial cliente.

Adecuación del SAGRILAFT en el desarrollo de nuevos productos y/o servicios

El diseño de nuevos servicios implica el seguimiento de una metodología de adecuación para minimizar el Riesgo de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo. Esta metodología se basa en el conocimiento previo de los servicios ya existentes, la normatividad externa sobre el tema y un análisis de estos, buscando puntos vulnerables al riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo.

La Gerencia General que es responsable de desarrollar e implementar nuevos productos y/o servicios valorará la exposición al LA/FT para garantizar la integridad y funcionalidad del producto o servicio buscando reducir al máximo la exposición al riesgo.

Se definen los procedimientos para la conservación de documentos.

4.2.2. Procedimientos especiales

4.2.2.1. Personas Expuestas Públicamente (PEP)

La empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. establece como máximo nivel de riesgo a los PEPS, por tanto, establece políticas, procedimientos de afiliación, identificación, medición, monitoreo y controles específicos para este tipo de pacientes / usuarios, determinadas en el Decreto 1674 de 2016, y demás normas que lo modifiquen, sustituyan, adiciones, aclaren o complementen o a quienes se les ha confiado una función pública prominente en una organización internacional. Adicionalmente, esta definición y metodología se extiende a los cónyuges o compañeros permanentes y a los familiares de las PEPS, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad.

4.2.2.2. Países de mayor riesgo



Se establecen los procesos para la iniciación y seguimiento a las relaciones comerciales y operaciones con personas naturales procedentes de países donde no se aplican las recomendaciones del GAFI o no se les aplica suficientemente. Así mismo, no se establecerán relaciones con personas jurídicas, aun cuando sean de naturaleza sin ánimo de lucro y se establecen las medidas proporcionales a los riesgos que representan.

Los países denominados de alto riesgo en el Rankin de Basilea en el 2021 son:

Irán	Burkina Faso	Sudan
Afganistán	Paraguay	Panamá
Guinea Bissau	Haití	Cabo Verde
Tayikistán	Vietnam	Mauritania
Laos	Zambia	Nigeria
	Santo tomé y Príncipe	
Mozambique		Ghana
		Trinidad y Tobago
Mali	Níger	Tobago
Uganda	Benín	Zimbabue
Camboya	Bolivia	Yemen
Tanzania	Lesoto	Nepal
Kenia	Sri Lanka	Vanuatu
Liberia	Sierra Leona	
Birmania	Líbano	

4.2.3. Inventario de procesos

A continuación, se especifica el inventario general de procesos relacionados al SAGRILAF:

- Relación con Pacientes / usuarios
- Vinculación de Empleados
- Nuevos Accionistas
- Vinculación de Proveedores
- Vinculados negociales (aseguradoras)
- Verificación de información
- Actualización de datos
- Administración Listas Restrictivas
- Gestión de documentos

4.2.4. Documentos y registros

Con el objetivo de asegurar el cumplimiento de las políticas del SAGRILAFT, LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. ha dispuesto los siguientes elementos para garantizar un óptimo registro que evidencie la operación efectiva del SAGRILAFT para ello posee los siguientes documentos:

FORMATO	DETALLE
MANUALES DE CONOCIMIENTO DE PACIENTES / USUARIOS	Corresponde a la proforma que diligencian los Pacientes / usuarios al momento de vincularse a LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.
MANUALES DE CONOCIMIENTO DE EMPLEADOS	Corresponde a la proforma que diligencian los empleados al momento de vincularse a LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.
MANUALES DE CONOCIMIENTO DE CONTRATISTAS	Corresponde a la proforma que diligencian los contratistas al momento de vincularse a LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.
MANUALES DE CONOCIMIENTO DE ACCIONISTA	Corresponde a la proforma que diligencian los accionistas al momento de entrar a LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.
MANUALES DE CONOCIMIENTO INTENSIFICADO	Corresponde a la proforma que diligencia cualquier vinculado PEP o cualquier vinculado con un riesgo SARLAFT
MANUALES DE CONOCIMIENTO DE PAGOS EN EFECTIVO	Corresponde a la proforma que diligencian cuando se realicen pagos en efectivo
MANUALES DE CONFLICTO DE INTERESES	Corresponde a la proforma que diligencian Cualquier tipo de vinculado con la empresa para reportar un eventual conflicto de intereses.

4.2.5. Procedimientos de control interno y revisión del SAGRILAFT

Considerando que la norma vigente para el Sector no contempla la obligatoriedad de disponer un área de Control Interno, las veces de ésta son realizadas por el oficial de cumplimiento, quien, en el tema de evaluación y monitoreo del SAGRILAFT, se encargará de velar por el adecuado cumplimiento de ley por parte de todos los empleados, a su vez que realizará monitoreo del adecuado funcionamiento de todo el sistema.

4.2.6. Mecanismos

4.2.6.1. Conocimiento de los Pacientes / usuarios

4.2.6.1.1. Definición de Paciente / usuario

Se consideran Paciente / usuario de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. a aquellas personas naturales que solicitan un servicio de salud.

La metodología para conocer al Paciente / usuario permite a la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. recaudar información que permite analizar el riesgo SAGRILAFT.

- Perfil acción del riesgo en los pagos realizados en dinero en efectivo.



4.2.6.1.2. Condiciones mínimas para el conocimiento del Cliente

- Identificación de la persona que aspira a usar los servicios del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. previa verificación de la información suministrada.

4.2.6.1.3. Parámetros mínimos de conocimiento del Cliente

- La empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. no tendrá ningún tipo de relación con las personas incluidas en las Listas Vinculantes⁷ y ha determinado un proceso específico para la gestión de las personas incluidas en listas No Vinculantes⁸
- El ingreso de Pacientes / usuarios debe realizarse y se debe dejar constancia de ello con fecha y hora en el formato de ingreso.
- Toda la información consignada en la solicitud de ingreso deberá ser confirmada por el empleado designado para este fin, dejando constancia en el formato respectivo a través de la comparación con un documento de identidad; en caso de encontrarse que la información no es consistente o es falsa, deberá reportarse el hecho a la oficial de cumplimiento de forma inmediata y abstenerse de realizar la vinculación hasta que ésta sea autorizada.
- Siguiendo con esta situación, se debe dejar evidencia de las verificaciones efectuadas en diferentes listas restrictivas o consultas en bases de datos sobre la vinculación o actualización de la información del Cliente.
- En caso de que se presenten resultados positivos que pudieran estar relacionados con el riesgo de LA/FT, deberá reportarse este hecho a la dirección administrativa en forma inmediata.
- Al momento de decidir sobre el ingreso definitivo de un Cliente, se debe prestar especial atención al país de origen, el perfil y calidad del solicitante (determinar si no es residente, persona reconocida o de influencia pública o política o que ocupe importantes posiciones, si la persona administra recursos públicos; entre otros).
- El personal que interviene en el proceso de ingreso debe verificar que la documentación recibida cumpla con la totalidad de los requisitos reglamentarios definidos.

⁷ **Listas Vinculantes:** La única lista vinculante para Colombia es la del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (ONU)

⁸ **Listas No vinculantes:** Las otras listas, como, por ejemplo, OFAC, son listas para mejorar la debida diligencia en la administración de riesgo de LA/FT las cuales se incluyen en las recomendaciones de GAFI y GAFISUD. Además de otras listas locales que se determinarán oportunamente.

<https://www.uiaf.gov.co/index.php?idcategoria=28757>



- Validar que la información registrada en el sistema para el ingreso de Pacientes / usuarios haya sido ingresada completamente, de manera clara y precisa.

4.2.6.1.4. Conocimiento del mercado

El conocimiento del mercado es una herramienta útil para el control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo que le permite a LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. comparar las transacciones realizadas por los proveedores y contratistas con perfiles similares, basada en la trayectoria, calidad del producto y demás características usuales compartidas por ese segmento económico.

El patrón más importante de selección de los contratistas en la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. es conocer clara y profundamente su actividad económica, la cual debe ser una labor lícita.

La Administración tiene identificado claramente su mercado y las variables que lo componen, según las actividades económicas que se desarrollen en la región de influencia las realizadas por los proveedores de la misma, lo que permitirá con base en el conocimiento identificar operaciones no usuales.

4.2.6.1.5. Conocimiento de las Personas Públicamente Expuestas “PEPS”

Para el conocimiento y la vinculación de personas naturales que por su perfil o por las funciones que desempeñan puedan exponer en mayor grado a la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. , tales como: personas que por razón de su cargo manejan recursos públicos, tienen poder de disposición sobre estos o gozan de reconocimiento público o tienen relación de hasta segundo grado de consanguinidad con estos, se deberá tener mayor cuidado con monitoreo más exigente y permanente teniendo en cuenta los siguientes parámetros.

- La vinculación de un contratista PEPS deberá ser autorizada por la Junta Directiva dejando constancia de ello.
- El PEPS debe quedar marcado en el sistema como tal.
- El conocimiento del PEPS, supone conocer de manera permanente y actualizada su identificación, actividad económica, características, montos y procedencia de los ingresos.
- Para la vinculación de un PEPS o para la actualización de sus datos, se debe recaudar, sin excepción, la información que permita comparar las características de sus operaciones



con las de su actividad económica. Asimismo, validarla y establecer comportamientos de normalidad o inusualidad.

- En caso de cambios en la actualización de la información, particularmente, en lo referente a ingresos o actividad económica, debe solicitarse soporte de la misma y debe ser verificada por el empleado asignado.
- Los empleados encargados de este procedimiento deben contar con elementos de juicio que permitan identificar las operaciones inusuales de los Pacientes / usuarios PEPS y, como se hace para los demás Pacientes / usuarios, es la dirección administrativa quien determina la existencia de operaciones sospechosas realizadas o intentadas, conforme a los criterios objetivos establecidos en el presente manual.
- En el evento que se concluye que la operación con el PEP no tiene la integridad de la información necesaria para contratar o existen riesgos eventuales o preliminares, o sospechas fundadas, se procederá de manera inmediata a claudicar la negociación.

4.2.6.1.6. Conocimiento del empleado

Para los empleados, de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. realiza una valoración del estado general individual, valiéndose de consultas periódicas en listas restrictivas. Estas evaluaciones se realizan igualmente previas a la vinculación como empleado y en caso de presentar situaciones no explicadas y sin el debido soporte, LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. se abstendrá de contratarlo. Cuando esto suceda en las revisiones periódicas que realiza los responsables LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. podrá dar por terminado el contrato de trabajo, en todo caso documentará el hallazgo, el análisis realizado y la determinación tomada.

4.2.6.1.7. Conocimiento de los proveedores y terceros

Para realizar negociaciones con Proveedores encaminados a obtener insumos para la empresa, se tiene un procedimiento que se canaliza a través de la Gerencia o quién este delegue, quien asume un papel importante en el conocimiento del proveedor y que una vez escogido, debe ser trasladado al Gerente para que verifique el cumplimiento de las condiciones estipuladas por parte de LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.

Cualquier empleado o directivo de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. que tenga inquietudes razonables, fundamentadas o verificables sobre la actividad de algún proveedor o usuario externo, que puedan conducir a sospechar que eventualmente se está utilizando a la empresa para el LA/FT debe reportarlo de inmediato al Gerente quién notificará a la Junta Directiva.



Los proveedores, contratistas y demás terceros vinculados con LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. que prestan servicios o suministran productos a la empresa deberán cumplir los requisitos que se señalan a continuación con el fin de evitar la realización de actividades ilícitas o que pudieran estar relacionadas con el riesgo de LA/FT:

- El conocimiento de los proveedores, contratistas y demás terceros vinculados, ya sean personas naturales o jurídicas, supone conocer de manera permanente y actualizada su identificación, actividad económica, características de precios y montos transados usualmente con la empresa.
- Para la vinculación de un proveedor, contratista o tercero vinculado o para la actualización de sus datos, se debe recaudar la información que permita comparar las características de su relación contractual con las de su actividad económica. Asimismo, validarla y establecer comportamientos de normalidad o inusualidad.
- Continuamente se monitorean las operaciones, negocios y contratos de los proveedores, contratistas y demás terceros vinculados.
- Los funcionarios encargados de este procedimiento deben contar con elementos de juicio que permitan analizar las operaciones inusuales de los proveedores, contratistas y demás terceros vinculados, y determinar la existencia de operaciones sospechosas realizadas o intentadas, conforme a los criterios objetivos establecidos por la Junta Directiva.
- Para la actualización de la información de los proveedores, contratistas y demás terceros vinculados, se dispone de un formato de solicitud vinculación de proveedores, el cual deberá estar diligenciado totalmente y adjuntar los documentos soporte requeridos. Esta información debe ser validada y confirmada por la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.
- En el evento que la información suministrada por algún proveedor, contratista o tercero vinculado no pueda ser confirmada o sea inexacta o falsa deberá reportarse este hecho al Gerente en forma inmediata de acuerdo con el presente MANUAL SAGRILAFT.

4.2.6.1.8. Conocimiento del proveedor financiero

Entre las funciones de la Gerencia se encuentra el de realizar negociaciones directas con entidades del sector financiero como bancos, entidades comisionistas, corporaciones y para ello es muy importante su conocimiento tanto en lo económico, social y legal, por lo tanto, la verificación de los datos suministrados por dichos proveedores hace parte de la detección de operaciones ilícitas registradas en la normatividad legal vigente para el SAGRILAFT.



4.2.6.1.9. Identificación y análisis de operaciones inusuales

Se denominan operaciones inusuales aquellas cuya cuantía o características no guardan relación con la actividad económica de un negocio usual de la entidad, o que, por su número, por las cantidades transadas o por sus características particulares salen de los parámetros de normalidad establecidos.

Para la detección de operaciones inusuales en las actividades diarias de tramitación y revisión, la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. cuenta con una herramienta sistematizada, que, dando cumplimiento a la normativa vigente, asigna el riesgo inherente de cada operación considerando los cuatro factores de riesgo: Parte involucrada, Jurisdicción, Canal y Producto.

Se podrá definir como una transacción inusual:

- a) De vinculado negocial: Aquella cuya cuantía, características y/o frecuencia no guarda relación con el ingreso, la actividad económica, la jurisdicción; la cual se detectará automáticamente mediante un sistema de alerta basado en la segmentación implementada.
- b) De Pacientes / usuarios PEPS: Aquella cuya cuantía, características y/o frecuencia no guarda relación con la actividad económica y/o el ingreso del PEP; la cual se detectará automáticamente mediante un sistema de alerta basado en la segmentación implementada.
- c) De Jurisdicción: Considerando la ubicación demográfica del cliente y la exposición que este tenga al LA/FT.
- d) De Canales: Considerando el canal (banco) por donde se registran las operaciones de los pacientes / usuarios a los servicios que dispone en la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.

El monitoreo de las alertas generadas se realiza mediante el análisis y evaluación del oficial de cumplimiento a través de los soportes documentales y/o conocimiento del cliente. Este análisis permite establecer el riesgo residual de la operación.

La gestión realizada sobre las operaciones inusuales que se determinen se realiza, directamente en la aplicación, donde se dejará evidencia de las señales generadas, las alertas producidas y el resultado del análisis realizado, con la anotación por parte del responsable del análisis de sí la operación pasa a ser sospechosa, labor exclusiva de la dirección administrativa.



El reporte de operación inusual contiene la siguiente información:

- a) Identificación de la parte.
- b) El análisis de las transacciones realizadas al comercio vs el recaudo usual
- c) Conclusiones del análisis realizado, por el responsable inicial de conocer la operación inusual.
- d) Identificación del empleado responsable.
- e) Espacio para las anotaciones del empleado y del Gerente

Adicionalmente, las transacciones que esté llevando a cabo por medio de LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. y que generen señales de alerta, que no puedan ser debidamente justificadas ante el Gerente de LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. serán reportadas al interesado.

Adicional a las transacciones inusuales, todos los empleados deben estar en capacidad de identificar comportamientos que no concuerden con la normalidad de las transacciones realizadas al cliente en relación con la normalidad de las mismas de acuerdo al tipo de comercio (productos y/o servicios que ofrezcan).

4.2.6.2. Determinación y reporte de operaciones sospechosas

Se denomina operación sospechosa aquella operación inusual respecto de la cual una vez efectuada la confrontación con la información acerca del implicado no se encuentra justificada.

Una vez se determine que una operación es sospechosa, el Gerente debe evaluar el alcance y magnitud de la operación y deberá solicitar ayuda de un abogado especialista en la materia para efectos de determinar las consecuencias jurídicas de la operación.

Es preciso aclarar que no se requiere certeza de que se trata de una actividad ilícita, o que los recursos provienen de esas actividades, basta simplemente la calificación de inusual para que el Gerente proceda.

La Gerencia y los empleados de LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. que con razón a su oficio o por otras circunstancias conozcan sobre los hechos, procesos y decisiones dentro de la investigación y determinación de inusualidad o sospecha sobre el implicado o sus operaciones, deben guardar reserva absoluta sobre los hechos de su conocimiento, evitando poner en riesgo a LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. por la materialización de riesgos legales.

De conformidad con los resultados de la investigación se analizará la viabilidad de reportar la operación ante la UIAF.



4.2.7. Instrumentos

Con el fin de contar con unos instrumentos de prevención y control dinámicos y acordes con nuestro nicho de mercado, a continuación, se describen algunas señales de alerta para ser tenidas en cuenta en el desarrollo de su labor diaria.

La experiencia de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. el criterio comercial, el conocimiento del mercado, el conocimiento que se tiene del Cliente y de su actividad, así como el origen, volumen y características de sus transacciones; son elementos necesarios para tener en cuenta para la utilización de las señales de alerta y detección de operaciones inusuales.

4.2.7.1. Señales de alerta

Las señales de alerta son los indicadores cualitativos y/o cuantitativos (tales como hechos, situaciones, eventos, cuantías o indicadores financieros, razones financieras) que le permiten a la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A., inferir o identificar comportamientos que se salen de los parámetros definidos previamente como normales.

4.2.7.1.1. Señales de alerta de relación con personas presuntamente vinculadas a actividades delictivas o con bienes de presunto origen ilícito

- Pacientes / usuarios o proveedores que figuren en la lista Clinton (Lista OFAC del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos).
- Pacientes / usuarios o proveedores que figuran con algún vínculo con bienes de presunto origen ilícito o con medidas judiciales o que limiten su dominio (o uso).
- Pacientes / usuarios o proveedores que tengan investigaciones penales vigentes y que se puedan evidenciar en la página de la rama judicial.

4.2.7.1.2. Señales de alerta relacionadas con posible falsedad

- Pacientes / usuarios o proveedores que al momento de su vinculación suministra documentos, datos o información posiblemente falsa o con inexactitudes altamente cuestionables e injustificables.

4.2.7.1.3. Señales de alerta relacionadas con posible suplantación



- Pacientes / usuarios o proveedores que al momento de su vinculación comercial suministra documentos, datos o información que no corresponde con su nombre, corresponde a otra persona, aparece como fallecida o tiene indicios de suplantación.
- Pacientes / usuarios o proveedores que al momento de actualizar su información comercial presenta documentos, datos o información que no corresponde con su nombre, corresponde a otra persona, aparece como fallecida o tiene indicios de suplantación.

4.2.7.1.4. Señales de alerta que afecta a los empleados y representantes de LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.

- Cambios en las características del empleado, por ejemplo, forma de vida injustificadamente suntuosa.
- Cambios notorios en los patrones de conducta o consumo de los empleados frente a un Cliente determinado.
- Cambios notorios en los patrones de consumo de los empleados.
- Estilo de vida que no corresponde con el monto de su salario.

4.2.7.1.5. Señales de Alertas Relacionadas con el Sector Salud:

- Desplazamientos constantes de profesionales de la salud a conocidas zonas de influencia de grupos terroristas.
- Personas vinculadas con el sector de la salud con altos movimientos financieros, no acordes con su perfil económico.
- Profesionales de la salud que reciben depósitos desde zonas de alto riesgo y en las cuales no presta sus servicios regularmente.
- Empleados del sector de la salud que figuran como socios en varios establecimientos comerciales con actividades diferentes a su ejercicio profesional.
- Importaciones de productos (equipos especializados para diagnósticos, productos o materiales y medicamentos) que pueden ser utilizados por organizaciones criminales para su funcionamiento (equipos de tecnología médica, entre otros) desde países reconocidos abiertamente como cooperantes de grupos terroristas.



- Constitución de sociedades que realizan compra de materias primas (Insumos médicos) que también sirven como insumos para la producción de sustancias psicoactivas.
- Presentación de facturas que soportan sus ventas, que son inconsistentes con la operación.
- Transacciones con contrapartes cuya dirección es desconocida o que pueda ser considerada falsa.

4.2.7.2. Sectores económicos y actividades comerciales de alto riesgo

Existen ciertos sectores de la economía que resultan más permeables de ser utilizados para el lavado de activos, por lo que constituye obligación de todos los empleados de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. en el desempeño de sus funciones observar especial cuidado en operaciones con estos negocios, a saber:

- Parqueaderos
- Droguerías
- Empresas de transporte.
- Distribuidores de licores.
- Restaurantes
- Discotecas
- Casinos
- Agencias de Modelaje.
- Agencias de viajes.
- Agencias de estudio o trabajo en el exterior.
- Casas de cambio y profesionales de cambio de divisas.
- El comercio de joyas, piedras preciosas y metales.
- Compraventa de vehículos.
- Mercado de venta de auto partes para vehículos usados.
- Compraventa de obras de arte y antigüedades.
- Proyectos o actividades relacionadas construcción y compra venta de finca raíz.
- Exportación de bienes o servicios de bienes no tradicionales.
- Importación y comercialización de precursores químicos por empresas no reconocidas.
- Proveedores de pornografía
- Rentistas de capital.
- Entidades de juegos y apuestas
- Distribuidores de combustibles.
- ONG. - Fundaciones sin ánimo de lucro y asociaciones.
- Entidades de comercialicen criptomonedas o criptoactivos.



El oficial de cumplimiento debe realizar vigilancia especial sobre este tipo de negocios y un estricto seguimiento de sus operaciones y de conocimiento de estas para establecer la normalidad de sus transacciones.

4.2.7.3. Consolidación de operaciones por Cliente

Con el objetivo de identificar operaciones inusuales la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. dispondrá de los recursos necesarios para que el oficial de cumplimiento pueda realizar la consolidación de operaciones por productos, la jurisdicción, el canal y que queden clasificadas de acuerdo con el riesgo establecido en la segmentación.

La consolidación de operaciones de alto riesgo debe considerarse como inusuales y ser tratadas como se mencionó anteriormente.

4.3. DOCUMENTACIÓN

4.3.1. Conservación de documentos

4.3.1.1. Documentación

Las etapas y los elementos del SAGRILAFT implementados por la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. constan en documentos y registros, garantizando la integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.

Los elementos adoptados en el sistema de LA/FT de LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.S deben constar en documentos y registros que, garanticen la integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad de la información, además de tener un respaldo físico, magnético o electrónico que garanticen su reproducción exacta, y deberán conservarse por un término mínimo de cinco (5) a diez (10) años dando cumplimiento a las políticas de conservación de documentos dispuestas para el sistema de LA/FT

4.3.1.2. Presupuestos mínimos de la documentación.

El tratamiento de la documentación y registros que se generen por la implementación y ejecución del SAGRILAFT se ajusta a las prescripciones legales contenidas en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013, y demás normas concordantes y complementarias, en lo que guarda relación con la protección de datos personales en la Ley 1581 de 2012.

Dicha documentación y registros cuenta con los siguientes requisitos:



- Conservación en papel o en cualquier medio técnico, magnético o electrónico que garantice su reproducción exacta.
- El tratamiento de la documentación y registros será acorde con los principios rectores enunciados en la Ley 1581 ibidem.
- Conservación de los documentos comerciales por un término mínimo de cinco (5) años.
- La conservación de la documentación clínica se realizará de acuerdo con la normatividad vigente que regule la materia.
- Es importante resaltar que, vencido el plazo de conservación exigido en las disposiciones legales en mención la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. podrá destruirlos mediante acta siempre que por cualquier medio técnico adecuado garantice su reproducción exacta.

4.3.1.3. Contenido mínimo de la documentación

- Manual SAGRILAFT, el cual contempla:
 - ✓ Las políticas para la administración del riesgo de LA/FT.
 - ✓ Las metodologías para la segmentación, identificación, medición y control del riesgo de LA/FT.
 - ✓ Las funciones y responsabilidades de quienes participan en la administración del riesgo de LA/FT.
 - ✓ Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas del SAGRILAFT.
 - ✓ Los procedimientos para identificar, medir, controlar y monitorear el riesgo de LA/FT.
 - ✓ Los procedimientos de control interno y revisión del SAGRILAFT.
 - ✓ Los procedimientos establecidos por la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. para el cumplimiento de la normatividad
- Los documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SAGRILAFT.

4.3.1.4. Documentación de Pacientes / usuarios

- El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. debe conservar los documentos y registros relativos al cumplimiento de las normas sobre LA/FT por un término mínimo de cinco (5) años contados a partir de la fecha de su expedición.



- Vencido este término pueden ser destruidos, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:
- Que no medie solicitud de entrega de los mismos formulada por autoridad competente.
- Guardar un respaldo en formato digital por si se presenta una acción judicial que lo requiera como medio de prueba.
- Toda operación, negocio o contrato realizado con algún tercero deberá acreditar soporte interno o externo debidamente fechado y autorizado por quienes intervengan en ellos o los elaboren
- Que se conserven en un medio técnico o magnético que garantice su posterior reproducción exacta y la preservación de su valor probatorio, conforme lo previsto en los decretos números 2620 de 1993 y en el artículo 12 de la Ley 527 de 1999 y demás normas que los complementen o adicionen.
- En los casos de fusión e incorporación la entidad absorbente debe garantizar la continuidad en el estricto cumplimiento de esta disposición.
- En caso de liquidación corresponde al liquidador adoptar las medidas necesarias para garantizar el archivo y protección de estos documentos, de acuerdo con lo señalado en el artículo 60 del Decreto 2211 de 2004 y el parágrafo del artículo 22 de la Ley 795 de 2003.

Respecto de los documentos que soportan la decisión de determinar una operación como sospechosa, estos serán conservados con las debidas seguridades y en forma centralizada por el Gerente, serán organizados secuencial y cronológicamente.

Los documentos electrónicos que reposan en el archivo digital del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.S que, correspondan al tema de SAGRILAFI solo podrán ser modificados por el Oficial de Cumplimiento, y consultados por el gerente y la revisoría fiscal.

4.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Como regla general, la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. establece los siguientes órganos e instancias responsables de efectuar una evaluación y supervisión independiente del SAGRILAFI, a fin de que se puedan determinar la creación, adecuaciones o fortalecimiento de sus políticas y procedimientos de control y recomendar la implementación de medidas conducentes a corregir y optimizar procesos.



4.4.1. Organigrama SAGRILAFT



4.4.2. Funciones relacionadas al SAGRILAFT

4.4.2.1. Junta Directiva

Además de las funciones propias del cargo, los miembros que integran el órgano permanente de administración ejercerán las siguientes funciones relacionadas con SAGRILAFT:

- Establecer las políticas y directrices generales del SAGRILAFT.
- Adoptar el código de ética en relación con el SAGRILAFT.
- Ordenar y vigilar que los procedimientos de control Interno se ajusten a las necesidades de la empresa y a las exigencias legales.
- Aprobar los manuales de procedimientos y sus actualizaciones.
- Elaboración y adopción formal de un código de ética y conducta que genere conciencia y cultura del control entre los empleados del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.



- Pronunciarse sobre los informes presentados por el Gerente y el Contador y realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas.
- Ordenar los recursos técnicos y humanos que se requiera para implementar y mantener el funcionamiento del SAGRILAFT.
- Aprobar los Planes de Acción que presente el Gerente para la implementación de controles.
- Designar el funcionario o la instancia responsable de verificar la información suministrada en el formulario de vinculación de terceros.
- Aprobar la designación del oficial de cumplimiento.
- Las demás inherentes al cargo que guarden relación con el sistema SAGRILAFT.

4.4.2.2. El Gerente

Es el directo responsable de implementar el SAGRILAFT y entre sus responsabilidades se encuentran:

- Someter a aprobación de la Junta Directiva el manual de SAGRILAFT y sus actualizaciones.
- Verificación que los procedimientos establecidos, desarrollen las políticas aprobadas por la Junta Directiva.
- Disponer de los recursos técnicos y humanos para implementar y mantener en funcionamiento el SAGRILAFT.
- Verificar la adopción y funcionamiento de los procedimientos definidos para el adecuado manejo, conservación y archivos de los documentos y reportes relacionados con el SAGRILAFT y garantizar la confidencialidad, integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad de dicha información.
- Conocer y seguir las actuaciones y problemáticas en materia de prevención del SAGRILAFT, informando a la Junta Directiva cualquier aspecto que puede afectar el debido funcionamiento del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.
- Promover y supervisar los controles propios del SAGRILAFT, así como impartir las instrucciones necesarias para el estricto cumplimiento de la normativa interna y legislación sobre prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.



- Asegurar el constante mantenimiento y administración de la información de los Pacientes / usuarios que reposa en la base de datos, desde el registro inicial hasta los procesos de actualización y prestación de servicios.
- Asegurar mediante el proceso constante del conocimiento del cliente, que las operaciones de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. no sean utilizadas para encubrir los recursos que tengan sus orígenes en operaciones delictivas.
- Velar por el adecuado funcionamiento dentro de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. de la totalidad de los mecanismos e instrumentos específicos diseñados que conforman el SAGRILAFT.
- Identificar las situaciones que puedan generar riesgos de LA/FT en las operaciones de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.
- Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgos de LA/FT en las operaciones, negocios y contratos de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.
- Garantizar la aplicación constante del principio de reserva bancaria y derecho de confidencialidad que le es debido a la información de los pacientes / usuarios, sus productos y/o servicios.

4.4.2.3. Dirección Administrativa

- Coordinar todas las gestiones que sean necesarias para la implementación del programa SAGRILAFT.
- Coordinar las diferentes partes dentro de la empresa para el correcto funcionamiento del programa.
- Dar instrucciones directas a la oficial de cumplimiento.
- Apoyar a la gerencia general en todo lo atinente a la gestión preventiva SAGRILAFT.

4.4.2.4. Oficial de Cumplimiento

Es el responsable del seguimiento de la implementación SAGRILAFT y entre sus responsabilidades se encuentran:

- Efectuar oportunamente los reportes de operaciones inusuales que se puedan presentar.



- Cumplir a cabalidad los lineamientos consagrados en el código de Conducta del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.
- Velar por el cumplimiento de las disposiciones legales, estatutarias y reglamentarias, entendiéndose que los lineamientos establecidos por el SAGRILAFT son de aplicación integral en relación con los demás controles que se tienen establecidos.
- Coordinar y programar los planes de capacitación sobre el SAGRILAFT dirigido a todas las áreas y empleados del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A., incluyendo Junta Directiva.
- Garantizar el conocimiento y cumplimiento de la normatividad interna del SAGRILAFT.
- Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- Presentar trimestralmente informes presenciales y por escrito a la Junta Directiva, la cual deberá abarcar por lo menos los siguientes aspectos:
 - ✓ Las políticas y programas desarrollados para cumplir su función y los resultados de la gestión realizada.
 - ✓ Las políticas y programas adoptados para la actualización de la información de los Pacientes / usuarios y los avances sobre la determinación de los perfiles de riesgo de los Pacientes / usuarios y de los productos y servicios.
 - ✓ La efectividad de los mecanismos e instrumentos de control y las medidas adoptadas para corregir las fallas.
 - ✓ Los casos específicos de incumplimiento por parte de los empleados de la entidad, así como los resultados de las órdenes impartidas por la Junta Directiva
 - ✓ Los correctivos que considere necesarios incluidas las propuestas de actualización o mejora de los mecanismos e instrumentos de control.
 - ✓ Las demás inherentes al cargo que guarden relación con SAGRILAFT.

4.4.2.4.1 Funciones en relación con la política del conocimiento del Cliente son:

- a. Participar con los directivos de la Empresa y las áreas de mercadeo en la definición de la política del conocimiento del Cliente, la estructuración del proceso de afiliación y la definición de la documentación de soporte.
- b. Verificar que las bases de datos cuenten con la suficiente población de la información, al igual que la calidad en la información.
- c. Verificar que los empleados encargados de vincular a los Pacientes / usuarios apliquen la política de conocimiento del Cliente; es decir, que soliciten y



documenten, en formularios especialmente diseñados para el efecto la información sobre sus datos y su actividad económica.

- d. Verificar que se ha obtenido la información necesaria y suficiente de los Pacientes / usuarios, de manera que permita identificar y clasificar el riesgo de sus operaciones. Si la información no contiene los datos suficientes para conocer al Cliente, debe notificar al responsable del proceso para que se tomen las medidas necesarias.
- e. Participar en el diseño de todos los mecanismos para que las campañas de actualización de datos se realicen mínimo una vez al año dentro del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.

4.4.2.4.2 Funciones en la labor que debe cumplir frente al control de operaciones son principalmente las siguientes:

- a. Cuando recibe de algún empleado el informe de operaciones inusuales, detectadas por quien efectúa, tramita, registra o controla la transacción se informen directamente o a través de canales internos para la correspondiente evaluación, debe colaborar en la evaluación de las operaciones inusuales para determinar su normalidad o anormalidad respecto de las transacciones del Cliente y con base en estos análisis, definir su calificación como operación sospechosa y proceder a su reporte a las autoridades competentes.
- b. El monitoreo de operaciones se realizará mediante la herramienta SAGRILAFT, donde será el responsable de gestionar todas las alertas que se generen.
- c. En la aplicación de la política "conocimiento del empleado", la cual es una herramienta fundamental de control, el Gerente debe verificar que esta política incluya controles sobre cambios del comportamiento y del estilo de vida de un empleado, los cuales permiten deducir una conducta desviada, máxime si se tiene en cuenta el poder corruptor de las organizaciones criminales, que pueden socavar la integridad de los funcionarios más débiles en su formación ética.
- d. En cuanto a las personas que va a vincularse a la entidad, participar en el proceso de contratación verificando que en sus políticas se incluya un detenido análisis de los antecedentes del candidato, en el que se tendrán en cuenta no sólo las cualidades profesionales y académicas, sino también las cualidades de sus principios éticos y morales.
- e. Respecto de los empleados de la Entidad, se deben aplicar controles con el fin de verificar el cumplimiento de su gestión respecto al SAGRILAFT.



4.4.2.4.3 Funciones a cargo de los empleados que tengan contacto con la vinculación del cliente:

- Garantizar el cumplimiento del proceso de vinculación de Pacientes / usuarios.
- Realizar gestión que permita mantener actualizada la información y documentaciones de los Pacientes / usuarios en aras de optimizar la base de datos del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.
- Garantizar la verificación de la información registrada en las diferentes solicitudes que emplea la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A., dejando evidencia escrita.
- Garantizar el conocimiento y cumplimiento de la normatividad interna del SAGRILAFI.
- Asegurar mediante el proceso constante de conocimiento del Cliente, que las operaciones de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. no sean utilizadas para encubrir recursos que tenga orígenes ilícitos.
- Asegurar la constante protección y administración de la información de los Pacientes / usuarios que reposa en la base de datos, desde el registro inicial hasta los procesos de actualización y prestación de servicios.
- Actualización de la información y documentación Pacientes / usuarios con una periodicidad mínima anual.
- Cumplir a cabalidad los lineamientos consagrados en el Código de Ética del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.
- Velar por el cumplimiento de las disposiciones legales, estatutarias y reglamentarias, entendiéndose que los lineamientos establecidos por el SAGRILAFI son de aplicación integral en relación con los demás controles que se tienen establecidos.
- Mantener un flujo de información constante con el Gerente de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. de cara a los procesos y cumplir oportunamente con los requerimientos que desde dicha área se generen con ocasión de la actividad de prevención de actividades delictivas a través de las operaciones.

4.5. ÓRGANOS DE CONTROL



4.5.1. Contador

En el LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. el contador realiza las funciones propias de su cargo, y realizará las funciones asignadas en los estatutos, en las normas que regulan al ejercicio de la profesión tal como lo disponen el artículo 4339 de la Ley 79 de 1988; artículo 4140 del Decreto 1481 de 1989 y artículo 4041 del Decreto 1480 de 1989 y demás normas concordantes y complementarias.

En este orden de ideas, el Contador deberá actuar con sujeción a las normas de auditoría generalmente aceptadas, tal como lo dispone el numeral 242 del artículo 8 de la Ley 43 de 1990.

4.5.2. Revisor Fiscal

Las actuaciones del revisor fiscal se marcarán dentro del contexto de la ley 222 de 1995, y deberá acreditar conocimiento en administración de riesgos. Para tal fin, aportarán a la organización la siguiente información (i) constancia de capacitación en materia de riesgos que incluya un módulo LA/FT.

Bajo este enfoque, corresponde al revisor fiscal velar por el cumplimiento de la Ley y colaborar con las autoridades. En consecuencia, deberá:

- Presentar un informe anual a la Junta Directiva sobre el resultado de su evaluación del cumplimiento de las normas e instrucciones contenidas en el SAGRILAFT.
- Contar con un usuario en la plataforma del sistema SERIEL de la UIAF
- Establecer unos controles que le permitan evaluar el cumplimiento de las normas sobre LA/FT.
- Poner en conocimiento del Gerente, en forma inmediata, las inconsistencias y fallas detectadas en el SAGRILAFT y, en general, todo incumplimiento que detecte a las disposiciones que regulan la materia.
- Las demás inherentes al cargo que guarden relación con SAGRILAFT.

4.6. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

La empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. dispone de las herramientas tecnológicas y los sistemas para garantizar la adecuada administración del riesgo de LA/FT. Lo cual permite:

- Capturar, validar y actualizar periódicamente la información de los distintos factores de riesgo.



- Contar con un software externo que permite la búsqueda múltiple en diferentes listas vinculantes
- Consolidar las operaciones de los distintos factores de riesgo de acuerdo con los criterios establecidos por la entidad.
- Centralizar los registros correspondientes a cada uno de los factores de riesgo y en forma particular a cada uno de los pacientes / usuarios.
- Generar en forma automática los reportes internos, distintos de los relativos a operaciones sospechosas.

Análisis humano en las operaciones:

El personal de la empresa en conjunto con el oficial de cumplimiento analizará la viabilidad de las siguientes operaciones:

- Al momento de efectuar una operación individual superior a COP 5.000.000 se debe emitir señal de alerta al oficial de cumplimiento.
- Diariamente, al inicio del día, reporta los Pacientes / usuarios cuyas operaciones en la fecha anterior fueron superiores a COP 5.000.000, o sobrepasaron las transacciones usuales.
- Mensualmente el sistema reporta el consolidado de Pacientes / usuarios que en el mes realizaron operaciones diarias superiores a COP 5'000.000.
- Se emite reporte de aquellos Pacientes / usuarios que en el mes realizaron operaciones fraccionadas que igualen o superen los COP 10.000.000.
- Reporte consolidado de operaciones que incluye los factores de riesgo por Usuario, Producto, Jurisdicción, identificando el nivel de riesgo establecido en la segmentación. Lo anterior, en el evento que se perciba la ocurrencia de este tipo de operaciones por parte de los empleados de la empresa.

Sobre estos reportes la dirección administrativa deberá gestionar las alertas y determinar si corresponde al giro normal de los Pacientes / usuarios o si se trata de operaciones sospechosas, caso en el cual deberá efectuar inmediatamente el análisis respectivo.

4.7. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN



La empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. ha definido las personas encargadas de realizar los reportes, internos.

Los siguientes son los reportes con los que actualmente se cuenta:

4.7.1. Reportes internos

Son aquellos reportes propios del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. dispuestos para el personal tanto operativo como administrativo para la identificación de operaciones inusuales, transacciones de efectivo individuales o múltiples, de monitoreo y seguimiento del cumplimiento del sistema, los cuales serán enviados al Oficial de Cumplimiento en el instante que se identifiquen dichas operaciones.

4.7.1.1. Transacciones Inusuales

- Diariamente se emite reporte de aquellos Pacientes / usuarios que superan los toques de normalidad establecidos mediante la segmentación o que presenten cualquier sospecha razonable frente a la naturaleza de la operación que va a cabo.
- Mensualmente se genera un reporte consolidado de operaciones que incluye los factores de riesgo por Usuario, Producto y Jurisdicción, identificando el nivel de riesgo establecido en la segmentación. Esto sólo se realizará en la medida que se evidencian transacciones inusuales en un mes.
- Con el objetivo de identificar operaciones inusuales, la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. dispone de una política de procedimientos SAGRILAFI la cual establece los parámetros referenciales para ejecutar frente a una operación inusual o sospechosa.

4.7.1.2. Operaciones iguales a \$5'000.000

El personal encargado debe identificar aquellas transacciones que en el día anterior realizaron operaciones unitarias o fraccionadas iguales a \$5'000.000 Este listado es evaluado por el oficial de cumplimiento con los siguientes fines:

- Evaluar si los movimientos reportados guardan relación con la actividad económica de los comercios a los que fueron realizadas dichas transacciones y determinar si se ha presentado alguna operación inusual.



4.7.1.3. Listado de operaciones mensuales superiores a \$5'000.000

El sistema emite mensualmente un reporte que permite consolidar las operaciones mensuales y determinar cuáles de ellas fueron operaciones fraccionadas que sumadas superan los \$5'000.000 mensuales y realizar las siguientes gestiones:

- Evaluar si los montos, tipo de operaciones y características de estas, guardan relación con la actividad económica de los Comercios a quienes fueron realizados los pagos.

4.7.2. Reporte de Operaciones Sospechosas (ROS).

Al interior de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. este reporte únicamente podrá ser elaborado y transmitido por el oficial de cumplimiento. Una vez determinada la operación como sospechosa, se procederá a su notificación o aviso al abogado de la empresa para efectos de constatar la calidad de operación sospechosa, Y en el evento que este corrobore la operación ROS, se procederá a reportar la operación en el sistema SERIEL de la UIAF.

Asimismo, tanto a la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. como al Gerente le corresponderá garantizar la reserva del reporte de una operación sospechoso.

Adicionalmente, si se lograra descubrir que la operación sospechosa comporta -de manera contundente y fehaciente- la comisión de un delito o conducta punible, se procederá con la radicación de la respectiva denuncia o querrela penal. Posteriormente esto será puesto en conocimiento de la Junta Directiva para efectos de integración y trazabilidad de todos los órganos de la Alta Administración de la empresa.

Para realizar un ROS se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Realice una descripción de los hechos, de manera organizada, clara y completa, indicando (donde aplique) la forma en que se relacionan las personas naturales o jurídicas. No olvidar suministrar los nombres y apellidos completos y/o identificación de las personas reportadas y en lo posible los datos de ubicación como ciudad, municipio, direcciones, teléfonos, etc.
- En la medida de lo posible, diligenciar un orden cronológico de los eventos y la participación de cada persona o agente. Esto ayuda al entendimiento de los mismos.
- Mencione las características de las operaciones consideradas como sospechosas.
- Adicionalmente, mencione cualquier irregularidad que haya detectado con las personas o transacciones involucradas en las operaciones sospechosas.



- No omita ningún dato conocido de la o las operaciones e indique cualquier hecho adicional que contribuya al análisis de la misma.

Adicionalmente, para mejorar la calidad y contenido de los ROS se sugiere:

- Se debe sugerir la importancia del reporte (alta, media o baja), considerando los hechos y su similitud con tipologías conocidas de (LA/FT). Se deben considerar especialmente las tipologías publicadas por el GAFI (de Acción Financiera Internacional). GAFILAT y por la UIAF.
- Para determinar la importancia de la operación reportada, resulta útil considerar entre otras, la presencia de los siguientes elementos:
- Incremento patrimonial o en los negocios injustificado o por fuera de los promedios del respectivo sector o actividad económica.
- Presunto uso indebido de identidades, por ejemplo: uso de números de identificación inexistentes, números de identificación de personas fallecidas, suplantación de personas, alteración de nombres.
- Presentación de documentos o datos presuntamente falsos.
- Actuación en nombre de terceros que no justifican razonablemente su titularidad.
- Uso de empresas aparentemente de fachada o de papel.
- Relación con personas vinculadas o presuntamente vinculadas a actividades delictivas.
- Relación con bienes de presunto origen ilícito.
- Uso indebido o fraccionamiento de dinero en efectivo, de acuerdo con las condiciones normales de los negocios.

4.8. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE PERSONAL

Como parte del proceso de implementación del SAGRILAFT en la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.S, se incluye la etapa de formación y capacitación del personal. Para ello se define la siguiente estrategia:

- Formación anual.



- En el proceso de inducción para los empleados nuevos. Continuamente revisados y actualizados.
- Contar con mecanismos de evaluación de la información, con el fin de contar con la eficacia de dicho programa y el alcance de los objetivos propuestos.
- Señalar el alcance del programa, los medios que se emplean para ejecutarlos y los procedimientos que se adelantaran para evaluarlos. Los programas deben constar por escrito.
- La empresa tendrá la potestad de llevar a cabo una auditoría interna o externa con respecto a la implementación del programa SAGRILAFT.

Para la actualización constante del personal en materia de SAGRILAFT se dispone de dos tipos de capacitación.

4.8.1. Plan de capacitación en la Inducción:

La empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. realiza la capacitación de inducción sobre el contenido del presente Manual, los Procedimientos y el Marco regulatorio vigente contenido en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás componentes del SAGRILAFT. El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. garantiza el acceso a los elementos del SAGRILAFT a todo el personal y debe dejarse constancia mediante firma de su recepción, lectura y compromiso de cumplimiento, especialmente por todos los empleados obligados a asumir responsabilidades en el tema de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo.

4.8.2. Plan periódico de Capacitación:

Anualmente, dentro de los programas de capacitación definidos por el Gerente, se realizará un programa de refuerzo sobre los temas de SAGRILAFT -en la medida que sea necesario- y los mecanismos implementados al interior del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. para este fin.

El contenido del programa anual de capacitación básicamente corresponde a los siguientes temas:

- Efectos del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
- Alcance del SAGRILAFT.
- Etapas del SAGRILAFT.



- Mecanismos del SAGRILAFT de la empresa, que incluye conocimiento del Cliente actual y potencial, conocimiento del mercado, identificación y análisis de las operaciones inusuales.
- Funciones y responsabilidades de quienes participan en el SAGRILAFT.
- La infraestructura tecnológica, la divulgación de información interna en materia de reportes a Pacientes / usuarios de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
- Manual, procedimientos, formatos y demás elementos operativos del SAGRILAFT.
- Código de ética y conducta.
- Aspectos relacionados con el régimen de responsabilidad por el incumplimiento de los deberes que obligan a una adecuada Prevención y Control del Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo.
- Régimen sancionatorio.

Para las capacitaciones planteadas, se dejará evidencia así:

- Listado de asistencia,
- Evaluación de contenido a los participantes
- Certificación que constata la aprobación de los empleados frente a la evaluación con una relación de 70/30 respuestas acertadas.
- Material de trabajo (opcional)

4.9. POLÍTICAS PARA ADQUISICIÓN DE BIENES

Se debe garantizar que los bienes que ingresen a la empresa estén libres de todo gravamen y que no se generen riesgos (LA/FT) por su adquisición ya sean de tipo económico, reputaciones y legal tales como:

- Embargos.
- Hipotecas.
- Afectación a vivienda familiar.
- Patrimonio de familia inembargable.
- Avalúos.
- Venta de cosa ajena.



- Condiciones resolutorias.
- Lesión enorme.
- Precio irrisorio.
- Cabida y linderos.
- Declaración de mejoras.
- Demanda inscrita.
- Gravamen de valorización.

Conservar la documentación relacionada y necesaria para la adquisición, (pago al día de impuesto predial del inmueble, paz y salvo de administración y los concernientes que manda la ley).

Validar con el Certificado Libertad y Tradición del Bien (Registro de Propiedad), que el registro de compra se haga correctamente conforme a lo dispuesto en la escritura pública.

CAPÍTULO III

PRÁCTICA INSEGURA, SANCIONES Y OTRAS DISPOSICIONES

1. SECRETO FINANCIERO

Reserva financiera es el deber jurídico que tiene tanto la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A., como sus empleados de guardar reserva, secreto y discreción sobre la información de sus Pacientes / usuarios (transacciones, negocios, ingresos, patrimonio, bienes declarados, entre otros) o sobre aquellos datos relacionados con la situación propia de la persona o empresa, que conozcan en desarrollo de su profesión u oficio.

Esta obligación comprende tanto los datos que suministre directamente el Cliente, como aquellos que configuren la relación comercial entre él y La empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A., y debe cumplirse durante la vigencia del vínculo comercial y aun cuando éste haya terminado.

Se deja expresa constancia que todos los empleados deben suscribir un acuerdo marco de confidencialidad, el cual pretende regular el estándar mínimo de confidencialidad y reserva que todos los empleados de la empresa deben manejar frente a la información privilegiada de ésta. La renuencia en la suscripción del acuerdo por parte de algún empleado -salvo por razones objetivas- podrá ser considerado como una conducta sospechosa y se analizarán las circunstancias y alternativas que rodean esta omisión para efectos de tomar las decisiones más acertadas por parte de la empresa.



1. RÉGIMEN SANCIONATORIO

El LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.S velará permanentemente por el cumplimiento de lo dispuesto en las normas sobre el control y prevención de LA/FT, además, de las dispuestas en el presente manual, se tendrán en cuenta las siguientes faltas:

- No solicitar el diligenciamiento del formulario de conocimiento.
- No realizar la verificación y/o solicitud de actualización de los datos de la persona que desea vincularse a la empresa, de acuerdo con el procedimiento establecido.
- Anteponer las metas comerciales a las políticas de conocimiento del cliente, proveedor o PEP descritas en este manual.
- No hacer diligenciar la declaración de origen de fondos a aquellos que aplique de acuerdo con lo estipulado en el reporte de transacciones en efectivo y políticas de apertura, identificación y conocimiento.
- Informar a los pacientes / usuarios o prospectos sobre gestiones administrativas que se adelanten cuando haya algún indicio de sospecha sobre su identidad o el origen de sus recursos. Esto dependerá de la estrategia adoptada por el oficial de cumplimiento.
- Omitir, ocultar o no suministrar información sobre los usuarios, pacientes / usuarios, proveedores o compañeros que, les parezca inusual o sospechosa al Oficial de Cumplimiento.
- Aceptar prebendas, gratificaciones o regalos que induzcan a la omisión de controles de manera intencionada para el beneficio de algún usuario, cliente o proveedor.
- No atender los requerimientos o indicaciones del Oficial de Cumplimiento.
- No reportar los conflictos de intereses cuando tenga conocimiento de alguna situación de este tipo que se presente.
- Generar algún encubrimiento de cualquier persona al interior de la empresa que haya realizado alguna conducta tipificada en el presente manual o en la ley.
- Incumplir de manera total o parcial las disposiciones reguladas en el presente manual o en la ley.
- Llevar a cabo alguna conducta tipificada en el estatuto anticorrupción.



Es posible que a través de las instituciones del sector salud y otros sectores se pueda lavar activos y financiar el terrorismo, ya que se trata de entidades en las que se realizan transacciones y operaciones de gran magnitud es necesario prevenir, detectar y controlar el (LA/FT) debido a que, además de tratarse de actividades prohibidas por las normas penales, conllevan consecuencias tales como:

- Pérdida de la reputación.
- Ser incluidos en listas restrictivas nacionales e internacionales.
- Pérdida de acceso a los servicios y productos del sistema financiero.
- Pérdida de relaciones comerciales a nivel local, nacional e internacional.
- Deterioro de las instituciones democráticas y de la seguridad nacional e internacional.
- Riesgos para los negocios.
- Sanciones personales e institucionales de tipo penal, administrativa, laboral y patrimonial.
- Fortalecimiento de los delincuentes.
- Generación de más delitos.
- Contribuir a una posible baja calificación por parte del Fondo Monetario Internacional.

Las normas vigentes, establecen las siguientes sanciones:

1.1. Normas penales

El código Penal Colombiano tipifica y establece penas privativas de la libertad, prisión, arresto y multas para los funcionarios sentenciados por las siguientes conductas:

CÓDIGO PENAL – LEY 599 de 2000

Artículo 325: Omisión de control

Los miembros de Junta Directiva, Gerente o empleado de la empresa que, con el fin de ocultar o encubrir el origen ilícito del dinero, omita el cumplimiento de alguno o todos los mecanismos de control establecidos por el ordenamiento jurídico incurrirá, por esa sola conducta, en prisión de treinta y ocho (38) a ciento veintiocho (128) meses y multa de ciento treinta y tres punto treinta y tres (133.33) a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Artículo 258. Utilización indebida de información privilegiada

El que, como empleado, asesor, directivo o miembro de una junta u órgano de administración de cualquier entidad privada, con el fin de obtener provecho para sí o para un tercero, haga uso indebido de información que haya conocido por razón o con ocasión de su cargo o función y que no



sea objeto de conocimiento público, incurrirá en pena de prisión de uno (1) a tres (3) años y multa de cinco (5) a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

DELITO	PRISIÓN	MULTA (SMMLV)	VALOR MULTA
Omisión de Denuncia	3 a 8 años	N/A	N/A
Receptación*	4 a 12 años	Entre 6,66 y 750	\$4.102.560 a \$462.000.000
Omisión de Control / Omisión de reportes sobre operaciones en efectivo	38 a 128 meses	Entre 133,33 y 15.000	\$82.131.280 a \$9.240.000.000
Contrabando	48 a 90 meses	Entre 400 y 2.250	\$24.640.0000 a \$1.386.000.000
Lavado de Activos	10 a 30 años	Entre 650 y 50.000	\$400.400.000 a \$30.800.000.000
Testaferrato	96 a 270 meses	Entre 666,66 y 50.000	\$410.662.560 a \$30.800.000.000
Financiación del terrorismo	13 a 22 años	Entre 1.300 y 15.000	\$800.800.000 a \$9.240.000.000
Terrorismo	160 a 270 meses	Entre 1.333 y 15.000	\$821.331.280 a \$9.240.000.000
Concierto para Delinquir	48 a 180 meses	Entre 2.700 y 30.000	\$1.663.200.000 a \$18.480.000.000
Enriquecimiento Ilícito de particulares	96 a 180 meses	El doble del ilícito (no mayor a 50.000 SMMLV)	\$ 30.800.000.000

*Receptación: ocultar o encubrir delincuentes o que son materia de la comisión de un delito

Adicional en lo consagrado en la circular externa 009 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, donde las sanciones son:

- Representante Legal: 200 SMLMV (\$181.705.200 pesos).
- Entidad: 2500 SMLMV (\$2.271.315.000 pesos).

1.2. Normas administrativas

El incumplimiento de las disposiciones en materia de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo contenidas en el presente Manual dará lugar a la imposición de las sanciones administrativas señaladas en los numerales 6 y 7 del artículo 36 de la Ley 454 de 1998, numerales 1 y 2 del artículo 2 del Decreto 186 de 2004 en concordancia con lo previsto en el artículo 107 del



Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, sin perjuicio de las consecuencias penales a que hubiere lugar.

Se deberá comunicar la falta cometida por cualquiera de los empleados del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. de manera inmediata (inclusive si es cometida por su inmediato superior) ante el Gerente quien se encargará de realizar un proceso investigativo preliminar llevando los resultados y el concepto a la Junta Directiva, quien aplicará el procedimiento disciplinario establecido en el Reglamento Interno de Trabajo. Algunas de las faltas que deben tenerse muy presente son:

- La ausencia de reporte de operaciones inusuales, para envío al Representante Legal.
- El incumplimiento de procedimientos relacionados con la obtención de información y documentos requeridos para la vinculación de Pacientes / usuarios.
- El incumplimiento en la identificación de los PEPS.
- No cumplir con las tareas específicas que en razón de su cargo le sean asignadas para la gestión del riesgo de LA/FT
- No realizar el proceso de verificación de información, en los términos definidos por el LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A.
- Propiciar el uso del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. para operaciones de Lavado de Activos y/o financiamiento del Terrorismo.
- Ocultar y/o distorsionar la información y/o documentos que permitan detectar operaciones inusuales
- Realizar acciones tendientes a distorsionar o entorpecer los controles dispuestos por el LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. dentro del SAGRILFT.

Para los directivos, considerando que son administradores del LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A., y como tales conocen de las implicaciones que para la organización tiene todo lo relacionado con el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, las malas actuaciones por acciones u omisiones serán sancionadas de conformidad con las definiciones estatutarias.

1.3. Normas laborales

Obrando de conformidad con lo establecido en el reglamento interno de trabajo de la empresa LABORATORIO CLÍNICO HEMATOLÓGICO S.A. se establece la escala de faltas y sanciones disciplinarias.



2. PRÁCTICAS INSEGURAS

Son prácticas inseguras y no autorizadas, la realización de cualquier operación en las siguientes condiciones.

- El incumplimiento a cualquiera de las disposiciones contenidas en el presente manual.
- El incumplimiento con la debida diligencia en los procesos de conocimiento del Cliente (afiliación, actualización de datos y monitoreo de operaciones sospechosas).
- El incumplimiento de las personas que estando en la obligación legal de adoptar los mecanismos de prevención contra el lavado de activos y de la Financiación del Terrorismo no los adopten.
- Facilitar, promover o participar en cualquier práctica que tenga como efecto permitir la evasión fiscal, lavado de activos y la financiación del terrorismo.

2.1. Sanciones

Frente al eventual incumplimiento de las conductas previamente enunciadas por parte de un empleado, se realizarán los respectivos descargos y posteriormente se analizarán las posibles sanciones a imponer. Los incumplimientos graves al presente manual podrán comportar la terminación unilateral y con justa causa del contrato de trabajo.

En el evento que el infractor sea un proveedor o contratista de la empresa, se procederá a analizar en conjunto con el Gerente, el Oficial de Cumplimiento y el abogado de la empresa las alternativas legales que se pueden implementar de manera contractual o legal.

Medidas de Tipo Preventivo:

- **Autoridad:** Por medio del Oficial de Cumplimiento y la Dirección Administrativa de la entidad se compromete a ejercer y cumplir las atribuciones que se tienen con relación a la prevención y control del riesgo (LA/FT).
- **Recursos:** La empresa cuenta con los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para garantizar la adecuada ejecución del Manual SAGRILAFT.
- **Cumplimiento:** La Junta Directiva, la Gerencia General, la Dirección Administrativa y el Oficial de Cumplimiento de la entidad, tienen las facultades y la autonomía suficiente para dar trazabilidad y cumplimiento a lo establecido en el Manual Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
- **Procesos:** La empresa garantiza el diseño y documentación de los procesos, procedimientos que impactan directamente y son susceptibles a los riesgos (LA/FT).



- **Identificación:** Se establece estratégicamente desde La Junta Directiva, la Gerencia General, la Dirección Administrativa y el Oficial de Cumplimiento de la entidad y en conjunto las áreas operativas y administrativas de la empresa, realizar validaciones de las actividades principales de la operación e identificar posibles riesgos inherentes que impacten en (LA/FT) y así establecer controles preventivos.

3. APROBACIÓN

Las disposiciones del presente Manual rigen a partir de la fecha de aprobación por parte de la Junta Directiva, la cual se entenderá aprobada para todos los efectos pertinentes desde el mes de julio del 2021.