

ABECÉ DE LA CIRCULAR EXTERNA 009 DE 2016 MODIFICADA POR LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 de 2021 – IMPLEMENTACIÓN DEL SARLAFT Y FPADM

El presente documento ha sido preparado por la subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión y no debe ser utilizado para cualquier fin distinto a servir como material informativo. Asimismo, busca orientar al público en general sobre el Sistema de Administración de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM) implementado con la CE 009 de 2016 modificada por la CE 20211700000005-5 de 2021. El mismo, no constituye un concepto, interpretación, o alcance de las normas en él contenidas.

Contenido

1. ¿Cuál es el objetivo de esta Circular?	3
2. ¿Cuál es el ámbito de aplicación de la CE?	3
3. ¿Qué es el riesgo de LA/FT/FPADM?.....	5
4. ¿Por qué es importante gestionar y mitigar el riesgo de LA/FT/FPADM?	5
5. ¿Qué es el SIREL?.....	6
6. ¿Si una Entidad ya cuenta con un SARLAFT/FPADM, debe implementar uno nuevo?.....	6
7. ¿Cuáles son los elementos del SARLAFT?.....	6
8. ¿En qué casos debo hacer la debida diligencia del conocimiento de clientes y usuarios?	7
9. ¿La debida diligencia solamente aplica para clientes y usuarios?.....	8
10. ¿Es posible recibir el diligenciamiento del conocimiento del cliente y usuarios de manera electrónica?.....	9
11. En una IPS ¿El conocimiento del cliente debe realizarse previo a la atención del paciente?	10
12. Soy una EPS ¿Puedo contratar con una IPS o autorizar servicios sin haber hecho el conocimiento del cliente?.....	10
13. ¿Cuáles son las listas obligatorias de verificación en el proceso de debida diligencia?.....	10

14. ¿En el caso de una Entidad Pública, quién nombra al Oficial de Cumplimiento (OC)? 11
15. ¿Cómo se acredita el conocimiento en materia de administración de riesgos, particularmente en el riesgo de LA/FT/FPADM para el OC? 12
16. En el caso que el OC esté en proceso de certificación de conocimientos, ¿cuál sería el proceso por seguir?..... 12
17. En el caso de los grupos empresariales, ¿Puede existir un sólo OC para todo el grupo?..... 13
18. ¿Se puede contratar un tercero (persona jurídica o natural) para que cumpla las funciones propias de un OC?..... 14
19. ¿Debo tener un OC suplente? 14
20. ¿El código de la entidad es importante y necesario para iniciar el proceso de registro ante la UIAF? 15
21. ¿Es obligatorio crear un usuario en el SIREL y reportar información a la UIAF?15

A continuación, encontrará las respuestas a las preguntas relacionadas con instrucciones relativas al sistema de administración del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo.

1. ¿Cuál es el objetivo de esta Circular?

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) expidió la Circular Externa (CE) 009 de 2016 modificada por la CE 20211700000005-5 de 2021, para impartir los criterios, directrices y parámetros mínimos que deben tener en cuenta los agentes del SGSSS en el diseño, implementación y funcionamiento de estos Sistemas de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM) para prevenir que el riesgo se materialice en su Entidad.

2. ¿Cuál es el ámbito de aplicación de la CE?

Los criterios, directrices y parámetros mínimos que deben cumplir los SARLAFT/FPADM, aplica de forma obligatoria a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, a las Empresas de Medicina Prepagada, a los Servicios de Ambulancia Prepagada, a las secretarías municipales, departamentales y distritales de salud, y a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas, privadas y mixtas de los grupos C1, C2 y D1 definidos en el numeral 4.1 de la C.E. 20211700000005-5 de 2021 la cual deja sin efecto la Circular Externa 018 de 2015. su ámbito de aplicación también incluye a las Empresas Promotoras de Salud Indígenas EPS-I.

Para las IPS de los grupos A, D2 y D3, el Servicio de Transporte Especial de Pacientes y los Régimen Especiales y de Excepción, las instrucciones de la presente Circular son de adopción voluntaria, a excepción de:

- i. Aquellas instrucciones que estén establecidas en otra normatividad vigente tales como los artículos 2.14.1 a 2.14.6 del Decreto 1068 de 2015, en lo que les resulte pertinente de acuerdo con su actividad, especialmente respecto al envío de los reportes de transacciones en efectivo y ROS a la UIAF.
- ii. Designar un funcionario responsable de la administración de las medidas de control diseñadas para prevenir que en la realización de sus operaciones puedan ser utilizadas como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos vinculados con las mismas.

Las entidades deben designar al funcionario responsable mediante la junta directiva u órgano que haga sus veces, y dará a conocer al responsable a la SNS indicando nombre, profesión, cargo adjunto o de desempeño alterno (si procede), teléfonos de contacto y correo electrónico. Esta información y su respectiva actualización o modificación deberá realizarse a través de la plataforma nRVCC módulo de datos generales. Además, se deberá verificar que el funcionario responsable no se encuentre en una lista internacional vinculante para Colombia.

3. ¿Qué es el riesgo de LA/FT/FPADM?

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

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

Por su parte, el riesgo de FPADM es todo acto que provea fondos o utilice servicios financieros, en todo o en parte, para la fabricación, adquisición, posesión, desarrollo, exportación, trasiego de material, fraccionamiento, transporte, transferencia, depósito o uso dual para propósitos ilegítimos en contravención de las leyes nacionales u obligaciones internacionales, cuando esto último sea aplicable.

4. ¿Por qué es importante gestionar y mitigar el riesgo de LA/FT/FPADM?

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

5. ¿Qué es el SIREL?

El Sistema de Reporte en Línea (SIREL), es un sistema de información en ambiente web, desarrollado por la UIAF como mecanismo principal para recibir los reportes de información en línea. En este, los reportantes obligados deben inscribirse y obtener un usuario y contraseña, para poder realizar los reportes a la UIAF. Al SIREL se ingresa por la página web de la UIAF.

Link: <https://reportes.uiaf.gov.co/reportesfsmcif64/Modules/Home/html/default.aspx>

6. ¿Si una Entidad ya cuenta con un SARLAFT/FPADM, debe implementar uno nuevo?

Las Entidades que ya tienen implementadas políticas, procedimientos y/o sistemas de prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM, no tienen que implementar uno nuevo, solo deberán revisarlos para verificar que como mínimo, cumplan con lo dispuesto en la Circular Externa 009 de 2016 modificada por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, realizando las modificaciones a que haya lugar. Esta revisión se debe llevar a cabo, como mínimo una vez al año. No obstante, deben informar a la SNS quién es la persona delegada como Oficial de Cumplimiento (OC) a través del módulo de datos generales de nRVCC.

7. ¿Cuáles son los elementos del SARLAFT?

Los elementos mínimos que se deben tener en cuenta para el diseño y la implementación del SARLAFT para prevenir y controlar el riesgo de LA/FT y FPADM, están definidos en la CE 009 de 2016 de la SNS modificada por la CE 20211700000005-5 de 2021, las cuales se resumen en: i) las Políticas, ii) los Procedimientos, iii) los Instrumentos (Consolidación electrónica de operaciones en efectivo y matriz de riesgo), iv) Documentación (copia de Actas de Junta Directiva, manuales de políticas y procedimientos, informes del OC y del Revisor Fiscal, reportes periódicos a la UIAF, las constancias de asistencia a las capacitaciones, entre otros), v) las funciones de los Órganos de Administración y de Control, vi) la infraestructura tecnológica y los sistemas necesarios para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno; y, vii) las capacitaciones que de manera periódica, deben realizar los actores a quienes les aplica esta Circular.

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

En relación con el conocimiento de clientes y usuarios, hay que diferenciar entre el

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

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

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

Mediante la implementación del SARLAFT para el sector salud, establecida en la CE 009 de 2016 modificada por la CE 20211700000005-5 de 2021, por ningún motivo busca afectar la afiliación del aseguramiento obligatorio, ni imponer barreras al acceso a los servicios de salud. De esta manera, las entidades al diseñar sus políticas, manuales y procedimientos del SARLAFT no pueden crear bajo ninguna circunstancia dichas barreras.

9. ¿La debida diligencia solamente aplica para clientes y usuarios?

No. Teniendo en cuenta las salvedades e incidencias que se expusieron en la pregunta 8 sobre la identificación detallada de clientes y usuarios, la Entidad tiene que realizar conocimiento a toda persona natural o jurídica con quien formaliza una relación contractual o legal, sea contratista, proveedor, suministre medicamentos e insumos, tenga contratos de red de prestadores, compradores y/o cualquier figura contractual que suponga inyección efectiva de recursos.

Así mismo, identificar a Personas Expuestas Públicamente (PEP), conocer a los socios y accionistas de la organización e identificar a trabajadores y empleados. Se precisa que cada Entidad es libre para formular, desarrollar y establecer sus políticas, procesos y procedimientos para administrar el riesgo de LA/FT/FPADM, partiendo de los lineamientos y criterios mínimos establecidos en la Circular Externa 009 de 2016 modificada por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.

10. ¿Es posible recibir el diligenciamiento del conocimiento del cliente y usuarios de manera electrónica?

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

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

No. El conocimiento del cliente no necesariamente debe realizarse previo a la atención: como se menciona en el numeral 5.2.2.2.1 de la Circular Externa 009 de 2016 modificada por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, frente a la prestación de los servicios de salud, no podrá restringirse la atención en salud por parte del prestador o para el aseguramiento obligatorio, movilidad o autorización de atención en salud por la ausencia del conocimiento de los clientes y usuarios. Estos procesos se desarrollarán de acuerdo con las políticas estipuladas y los procedimientos contenidos en el manual SARLAFT que diseñe cada entidad.

12. Soy una EPS ¿Puedo contratar con una IPS o autorizar servicios sin haber hecho el conocimiento del cliente?

Frente a la prestación de los servicios de salud, no podrá restringirse la atención en salud por parte del prestador o para el aseguramiento obligatorio, movilidad o autorización de atención en salud por la ausencia del conocimiento de los clientes y usuarios.

13. ¿Cuáles son las listas obligatorias de verificación en el proceso de debida diligencia?

La única lista internacional restrictiva vinculante para Colombia es la del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (artículo 20 de la Ley 1121 de 2006), sin embargo, como buenas prácticas las entidades también pueden consultar diferentes listas, como por ejemplo la lista de la Oficina de Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América (Office of Foreign Assets Control – OFAC- por sus siglas en inglés), la lista de INTERPOL y los listados de consulta nacional, tales como antecedentes judiciales, fiscales y disciplinarios, entre otros.

Si se desea hacer otro tipo de consultas, ya dependerá de las necesidades que tenga cada entidad, de acuerdo con sus políticas y procedimientos establecidos dentro de su manual SARLAFT.

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

Respecto de la designación del OC, debe precisarse que, aunque la CE 009 de 2016 modificada por la CE 20211700000005-5 de 2021, no indica puntualmente cómo debe nombrarse dentro de una Entidad Pública al OC titular y su suplente, si hay lugar a éste (la norma hace referencia a que su designación lo hará la Junta Directiva o quien haga sus veces, de acuerdo con lo establecido en el numeral 6.1).

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

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

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

De acuerdo con el numeral 6.2.1 literal c. hay 3 formas de acreditar conocimiento en materia de administración de riesgos: 1) Diplomado no importa la modalidad (presencial o virtual), siempre y cuando cumpla con las horas mínimas (90 horas) y que sea impartido por una institución autorizada por el Ministerio de Educación Nacional. Sin embargo, es importante aclarar que este diplomado tiene que ser específico en el riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT), es decir un Diplomado en Administración de Riesgos en general, NO es funcional con las necesidades de la norma, sin importar si posee un módulo específico en temas de LA/FT. Asimismo, el curso e-learning de la UIAF es un complemento obligatorio para alguien que certifique un diplomado.

2) Especialización en riesgos, puede ser en riesgos en general, tal como se señala en la Circular y, es opcional más no obligatorio el curso e-learning. Al igual que el diplomado, la especialización debe ser impartida por una institución autorizada por el Ministerio de Educación Nacional. 3) Si no tiene ninguna de las anteriores certificaciones o acreditaciones, se pueden certificar cuatro (4) años de experiencia laboral en áreas de administración y gestión de riesgos.

16. En el caso que el OC esté en proceso de certificación de conocimientos, ¿cuál sería el proceso por seguir?

A pesar de que la Entidad no cuente con la persona que cumpla los requisitos descritos en el literal c. del numeral 6.2.1. de la Circular Externa 009 de 2016 modificada por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 sobre conocimiento o experiencia en administración de riesgos, la Junta Directiva o quien haga sus veces, debe delegar esas funciones en una persona que pertenezca al segundo orden jerárquico dentro de la estructura de la entidad y reportar a la Superintendencia Nacional de Salud los datos del Oficial de Cumplimiento titular y suplente en los términos establecidos en el literal e. del

numeral 5.1.7 “Junta Directiva o quien haga sus veces” de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, que modificó la Circular Externa 009 de 2016: **“Designar al Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente. Para efectos de dar cumplimiento a esta Circular, la Junta Directiva o quien haga sus veces dará a conocer el nombramiento del Oficial de Cumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud, indicando nombre, profesión, cargo adjunto o de desempeño alterno (si procede), teléfonos de contacto y correo electrónico. Esta información y su respectiva actualización o modificación, deberá realizarse a través del módulo de datos generales o aplicativos de reporte de información que la Superintendencia Nacional de Salud disponga para ellos.** En el caso de las entidades públicas la designación se realizará de acuerdo con los términos de Ley que les aplique.” Negrita fuera del texto original.

Adicionalmente, se debe enviar a la SNS un Oficio al buzón de correos internos (correointernosns@supersalud.gov.co), una vez se realice el nombramiento por parte de la Junta Directiva o quien haga sus veces del Oficial de Cumplimiento (OC), indicando que esta debe ser escalada a la Delegatura que corresponda (por ejemplo, Delegatura para Entidades de Aseguramiento en Salud si es el caso que el reportante es una EPS, o a la Delegatura para Prestadores de Servicios de Salud si el reportante es una IPS), informando esta eventualidad, donde conste que esa persona nombrada como OC se encuentra inscrita en un diplomado o esté en proceso de formación para cumplir con este requisito, además del nombre del programa en el cual está inscrito, la institución educativa, las fechas de inicio y finalización de dicho programa, y las generalidades del mismo.

Cabe recordar que los datos tanto del OC titular como del OC suplente deben actualizarse de manera periódica en el módulo de datos generales, cada vez que se presente algún cambio.

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

Si el grupo está reconocido y registrado oficialmente ante la Superintendencia de Sociedades como grupo empresarial, las entidades a las que aplica la CE 009 de 2016 modificada por la CE 20211700000005-5 DE 2021 pueden nombrar un OC para todo el grupo. En caso contrario, cada entidad deberá efectuar el nombramiento individualmente.

Es importante mencionar que el cargue de la información lo realiza cada entidad de manera individual y no un cargue de una empresa por todo el Grupo Empresarial.

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

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

19. ¿Debo tener un OC suplente?

El Oficial de Cumplimiento suplente no es obligatorio. Esta es una buena práctica que sugiere esta Superintendencia. Sin embargo, las entidades deben tener en cuenta que, ante la ausencia temporal del Oficial de Cumplimiento, no podrá asumir las funciones una persona que reemplace su cargo, dado que el Oficial de Cumplimiento demanda de ciertos requisitos para ejercer, como son: 1) Que el Oficial de Cumplimiento tanto titular como suplente, son nombrados por la Junta Directiva o el Órgano Social que haga sus veces.

De tal forma, que, ante la ausencia del Oficial Principal, no puede ser reemplazado sino, por quien dicho Órgano decida y nombre y se lo hayan informado a la SNS mediante la plataforma RVCC módulo de datos generales. 2) Que en ninguna circunstancia la Entidad puede dejar de contar con el Oficial de Cumplimiento, de suerte que ante la ausencia de este se debe reportar a la Superintendencia el reemplazo del mismo. El estar sin Oficial de Cumplimiento significaría el eventual incumplimiento de la Circular ya que es este funcionario quien administra las claves y es el designado para reportar a la SNS y a la UIAF toda la información. 3) El OC suplente debe cumplir con todos los requisitos del OC titular, con excepción al de pertenecer como mínimo, al segundo nivel jerárquico de la estructura organizacional.

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

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

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

Sí. La totalidad de las directrices contenidas en la CE 009 de 2016 modificada por la CE 20211700000005-5 de 2021 son de obligatorio cumplimiento.

El incumplimiento dará lugar a la imposición de las sanciones administrativas pertinentes, sin perjuicio de las acciones que corresponden a otras autoridades. Es así que, para realizar los reportes a la UIAF de que trata la Circular, es absolutamente necesario que los obligados a reportar estén inscritos y registrados en el SIREL.

Una vez se obtenga el código de la Entidad siguiendo el paso anterior, se avanza al Paso 2. Solicitud de Acceso al SIREL, donde se debe diligenciar el formulario que se encuentra en la página de la UIAF en el menú reportantes, sectores, Superintendencia Nacional de Salud o en el siguiente link:

<https://reportes.uiaf.gov.co/ReportesFSMCif64/Modules/Membresia/html/solicitud.a>

[spx](#) .

Una vez diligenciado, a través de correo electrónico el OC titular y/o suplente recibirán su usuario, contraseña y matriz de autenticación (juego de números y letras para generar la clave de acceso) respectiva.