

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA LUCHA CONTRA EL FRAUDE (FSE)





INDICE

1. Introducción	2
2. Alcance	2
3. Marco Legal	3
4. ¿Qué se entiende por Fraude en el ámbito del FSE?	5
5. Política antifraude	7
6. Roles y responsabilidades	9
7. Medidas y controles implantados por Fundación ONCE	13
8. ANEXOS	51



1. INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como finalidad recoger una serie de **herramientas, procedimientos y recomendaciones orientados a la lucha contra el fraude**, para las operaciones que se financiarán con cargo al Fondo Social Europeo. En particular, la aplicación de este manual de procedimientos responde a un doble objetivo:

- Cumplir las disposiciones del artículo 125, apartado 4, letra c) del Reglamento (UE) n° 1303/2013 (en adelante RDC), según el cual las Autoridades de Gestión deben poner en marcha medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude, teniendo en cuenta los riesgos que se hayan detectado.
- Y, asimismo, a través de este instrumento se pretende ofrecer orientación al personal vinculado a la gestión del FSE en Fundación ONCE y sus Asociaciones,¹ sobre el cumplimiento de este artículo tanto por parte de la Autoridad de Gestión como por parte de los Organismos Intermedios.

2. ALCANCE

Este manual de procedimientos es aplicable a todo el personal vinculado a la gestión del FSE en Fundación ONCE, así como en lo que les afecta, a los diferentes agentes que intervienen en el uso y disfrute de los fondos.

¹ Entre las entidades vinculadas a Fundación ONCE se encuentra la Asociación Inserta Empleo. Inserta es una entidad de Fundación ONCE, a través de la cual ejecuta operaciones en las que, Fundación ONCE actúa como beneficiaria del FSE e Inserta como co-beneficiaria.



3. MARCO LEGAL

Para la definición de un marco general de análisis del riesgo, es preciso manejar una terminología adecuada y armonizada en relación con conceptos potencialmente vinculables. En este sentido, el principal elemento que distingue el fraude de la irregularidad es la intencionalidad. El artículo 2.36 del RDC, recogiendo lo que dice el Reglamento 2988/95 del Consejo de 18 de diciembre de 1995, sobre protección de los intereses financieros de las comunidades europeas, parece referirse a un concepto amplio, en donde caben tanto los hechos intencionados como los no intencionados, ya que se describe como “todo incumplimiento del Derecho de la Unión o del nacional”.

El artículo 96.7.a y el Anexo XIII punto 2 del RDC indican la necesidad de establecer modelos de gestión y prevención de riesgos en la selección de operaciones. En particular, el artículo 72.h del Reglamento (UE) 1303/2013 que regula el contenido de los sistemas de gestión y control, establece que se debe contar con “lo necesario para prevenir, detectar y corregir las irregularidades, incluido el fraude” y el artículo 125.4.c, establece que la Autoridad de Gestión pondrá en práctica medidas antifraude efectivas y proporcionadas, teniendo en cuenta los riesgos detectados. En este sentido, el mismo énfasis se encuentra en el Anexo XIII punto 3 VI del Reglamento (UE) 1303/2013 a la hora de recalcar la necesidad de incorporar como Actividades de Gestión y Control en el ámbito de la labor de la Autoridad de Gestión, **“los procedimientos para poner en marcha medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude”**.

Por su parte, el artículo 59.2 del Reglamento Financiero establece que los Estados Miembros adoptarán todas las medidas necesarias (legislativas, reglamentarias y administrativas) para proteger los intereses financieros de la Unión Europea, detectando y corrigiendo irregularidades y fraudes.

Así como, la Comunicación 1/2017, de 6 de abril, sobre la forma en la que pueden proceder las personas que tengan conocimiento de hechos que puedan ser constitutivos de fraude o irregularidad en relación con proyectos u operaciones financiados total o parcialmente con cargo a fondos procedentes de la Unión Europea.

El Reglamento (UE, Euratom) nº 883/2013 relativo a las investigaciones efectuadas por la Oficina Europea de Lucha contra el Fraude (OLAF).

El Reglamento (UE, Euratom) 2020/2223, por el que se modifica el Reglamento (UE, Euratom) nº 883/2013 en lo referente a la cooperación con la Fiscalía Europea y a la eficacia de las investigaciones de la Oficina Europea de Lucha contra el Fraude.

El Reglamento (UE) nº 2017/1939 del Consejo, de 12 de octubre de 2017, por el que se establece una cooperación reforzada para la creación de la Fiscalía Europea (DO L 283 de 31.10.2017, pp. 1-71).

El Reglamento (Euratom, CE) nº 2185/96 del Consejo, de 11 de noviembre de 1996, relativo a los controles y verificaciones in situ que realiza la Comisión para la protección de los intereses financieros de las Comunidades Europeas contra los fraudes e irregularidades (DO L 292 de 15.11.1996, pp. 2-5).

El Reglamento (CE, Euratom) nº 2988/95 del Consejo, de 18 de diciembre de 1995, relativo a la protección de los intereses financieros de las Comunidades Europeas (DO L 312 de 23.12.1995, pp. 1-4).

El Reglamento (UE) 2021/1057 del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de junio de 2021 por el que se establece el Fondo Social Europeo Plus (FSE+) y por el que se deroga el Reglamento (UE) nº 1296/2013.

El Reglamento (UE, EURATOM) 966/2012 (Reglamento financiero). En su art. 59.2 establece que, en el marco de la gestión compartida, los Estados Miembros adoptarán todas las medidas necesarias (legislativas, reglamentarias y administrativas) para proteger los intereses financieros de la Unión Europea detectando y corrigiendo irregularidades y fraudes.

La Decisión 94/140/CE de la Comisión, de 23 de febrero de 1994, relativa a la creación de un Comité consultivo para la coordinación de la lucha contra el fraude (DO L 61 de 4.3.1994, pp. 27-28).

La Directiva (UE) 2017/1371 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de julio de 2017, sobre la lucha contra el fraude que afecta a los intereses financieros de la Unión a través del Derecho penal.

Guía práctica para los responsables de la gestión de detección de conflictos de intereses en los procedimientos de contratación pública en el marco de las acciones estructurales.

Nota informativa sobre indicadores de fraude para el FEDER, el FSE y el FC ([cocof 09 0003 00 es.pdf \(europa.eu\)](#)).

Acuerdos de atribución de funciones de 19 de julio de 2016 entre la Subdirección General de la Unidad Administradora del FSE y la Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (Fundación ONCE).

La Guía de Evaluación del riesgo de fraude y medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude de la CE (EGESIF 14-0021-00) de 16/06/2014.

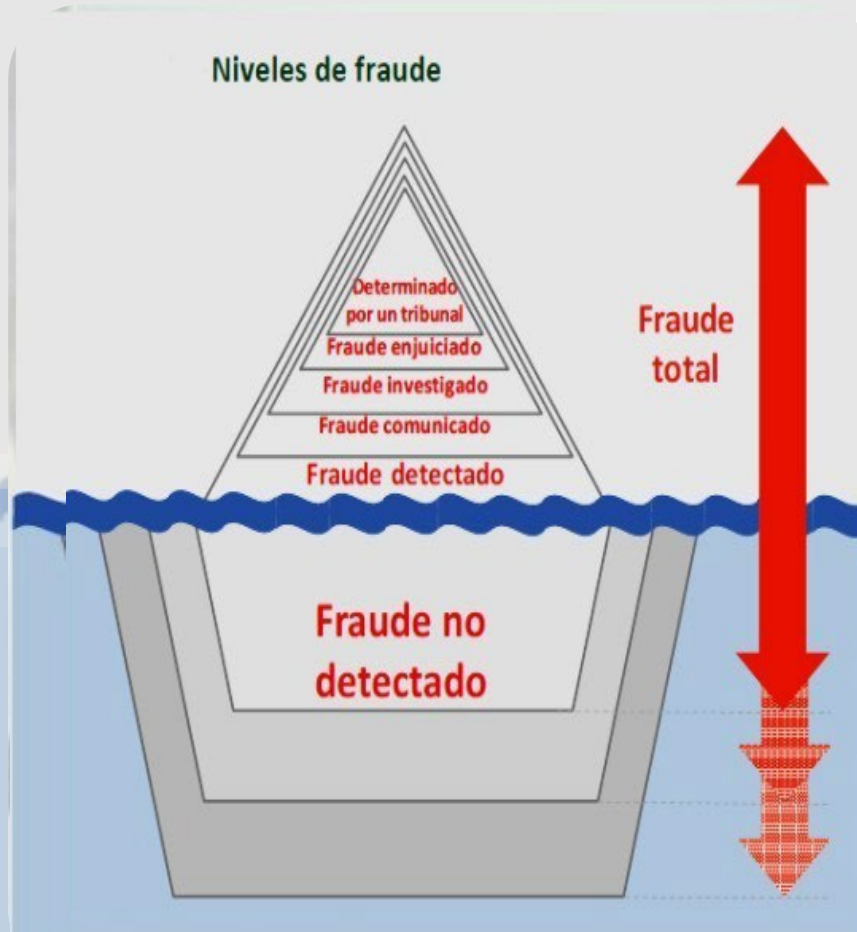
4. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR FRAUDE EN EL ÁMBITO DEL FSE?

Todas las acciones consideradas como fraude son irregularidades en la medida que generan un perjuicio para el presupuesto de la Unión Europea, pero no todas las irregularidades pueden considerarse como un fraude.

Se considera fraude cualquier acción u omisión relativa a la utilización o a la presentación de declaraciones o de documentos falsos, inexactos o incompletos, que tengan por efecto la percepción o la retención indebida de fondos precedentes del presupuesto de la UE. Asimismo, se considera sospecha de fraude a toda irregularidad que dé lugar a una incoación de un procedimiento administrativo o judicial a nivel nacional con el fin de determinar la existencia de un comportamiento intencionado, en particular de un fraude.

El tribunal de cuentas europeo distingue diferentes niveles de fraude:

- La medición del fraude es el primer paso de un enfoque adecuadamente diseñado y aplicado para combatirlo. Sin unos buenos datos básicos sobre el fraude es más difícil planificar y supervisar las medidas contra este.



Fuente: Tribunal de Cuentas Europeo.

Fuente: Tribunal de Cuentas Europeo.

- El fraude contra los fondos europeos es un delito oculto, debido a esta naturaleza oculta, el fenómeno del fraude no puede estimarse simplemente a partir de estadísticas oficiales sobre casos comunicados e investigados.



5. POLÍTICA ANTIFRAUDE

Uno de los principales objetivos de la programación del FSE (2014 – 2020) para España, es reforzar la prevención, detección y corrección del fraude en las operaciones que se financiarán con cargo al Fondo Social Europeo en el periodo 2014-2020.

Sendos acuerdos de atribución de funciones formalizados entre la Autoridad de Gestión del FSE y la Fundación ONCE hacen mención expresa a ese aspecto, en concreto se establece que:

“El Organismo Intermedio proporcionará a los beneficiarios las orientaciones adecuadas para la ejecución y puesta en marcha de los procedimientos de gestión y control que sean necesarios para el buen uso de los Fondos, incluyendo lo referente a la aplicación de medidas antifraude eficaces y proporcionadas. (...)

El Organismo Intermedio dispondrá de un sistema informático de registro y almacenamiento de datos contables relacionados con cada una de las operaciones que ejecute en el ámbito de su competencia en el marco del Programa Operativo correspondiente, procediendo a la recopilación de los datos sobre la ejecución necesarios para la gestión financiera, el seguimiento, las verificaciones, incluyendo las referidas a lucha contra el fraude, las auditorías y la evaluación, y garantizando la existencia de una pista de auditoría adecuada. (...)

El Organismo Intermedio deberá aplicar procedimientos de análisis del riesgo siguiendo las directrices que sobre la materia remita la Autoridad de Gestión. Asimismo, el Organismo Intermedio se asegurará de que el Beneficiario, salvo en aquellos casos en que este lo sea de una Ayuda de Estado, aplique también procedimientos de análisis del riesgo. Asimismo, en base al análisis mencionado en el párrafo anterior, el Organismo Intermedio deberá aplicar medidas antifraude eficaces y proporcionadas, teniendo en cuenta los riesgos detectados. Estas medidas deberán quedar documentadas y recogidas en FSE14-20. (...)

El Organismo Intermedio deberá establecer procedimientos y sistemas adecuados de suministro de toda aquella información necesaria para que la Autoridad de Gestión pueda llevar a cabo

todas aquellas funciones propias de ésta que no son objeto de delegación. En particular, el Organismo Intermedio deberá: Aplicar eficazmente medidas proporcionadas contra el fraude (...)

En esta línea, la política antifraude de Fundación ONCE tiene como objetivo promover una cultura que desaliente la actividad fraudulenta para facilitar su prevención y detección, y fomente el desarrollo de procedimientos que ayuden a la persecución de las acciones fraudulentas y al enjuiciamiento de los delitos relacionados con las mismas en tiempo y forma.

Por ello, la Fundación ONCE como Organismo Intermedio del Fondo Social Europeo, manifiesta su compromiso con los estándares más altos en el cumplimiento de las normas jurídicas, éticas y morales y su adhesión a los más estrictos principios de integridad, objetividad y honestidad en su actividad, poniendo a disposición de los Beneficiarios de los Programas Operativos FSE esta guía con herramientas, procedimientos y recomendaciones que pueden emplear en materia de lucha contra el fraude, que se exponen a continuación.



6. ROLES Y RESPONSABILIDADES

Dentro de la Fundación ONCE, las unidades que participan en labores relacionadas con la gestión y el control de los Programas Operativos FSE, agrupadas según la tipología de sus actuaciones, son las siguientes:

Órganos de Decisión:

- Patronato.
- Comisión Permanente.
- Comité Directivo.
- Vicepresidente ejecutivo.



Organismo Intermedio:

- Dirección General.
- Dirección de Programas Europeos.



Órganos de Asesoría a la Gestión

- Dirección de RRHH.
- Dirección de Compras.
- Dirección de Asesoría Jurídica.
- Departamento de Comunicación.

Órganos de Análisis, Debate y Apoyo al Organismo Intermedio y a la Gestión:

- Subcomité de Gestión de los PO's.

Órganos de Pago:

- Dirección Económica-Financiera.

Órganos de Apoyo a la Gestión:

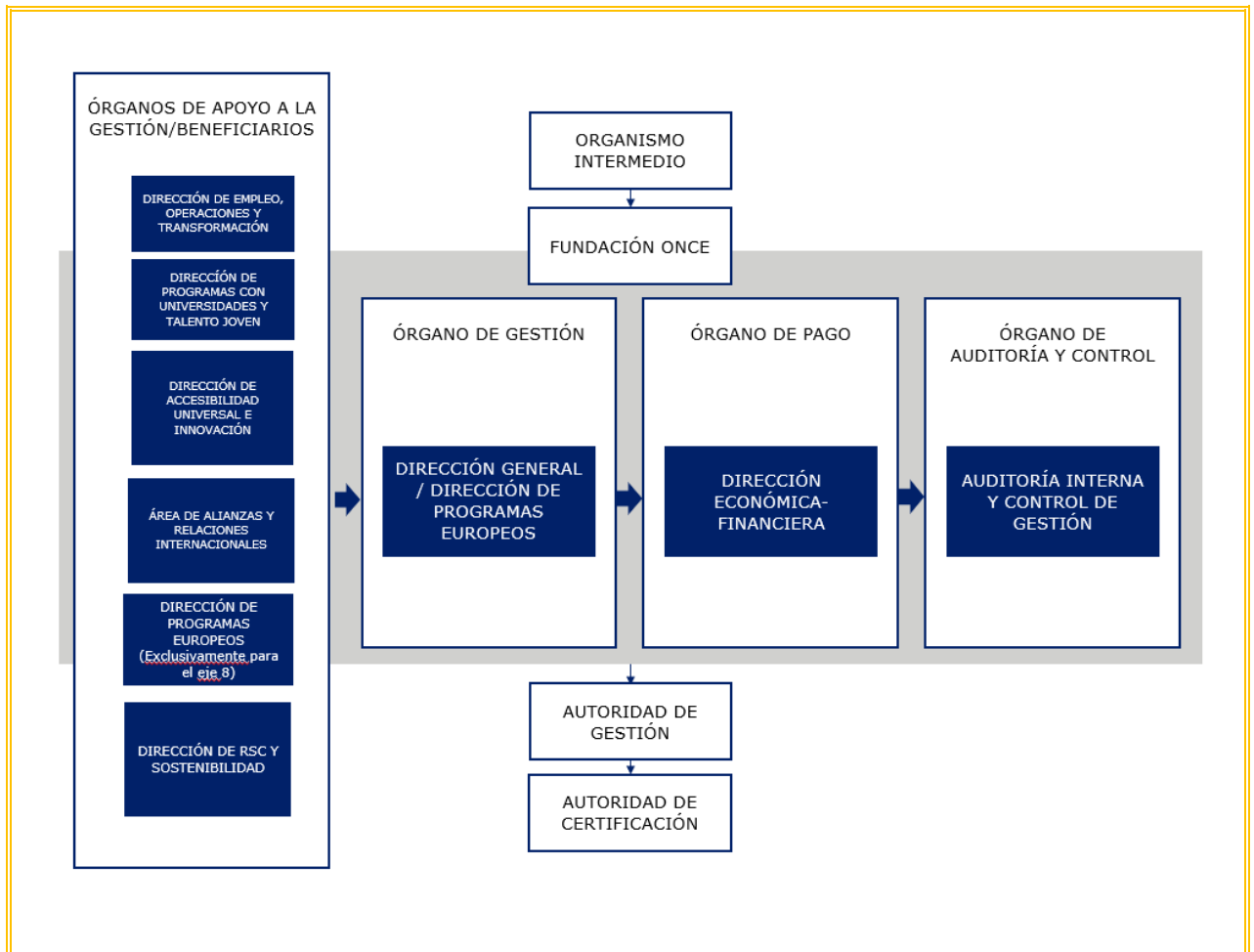
- Dirección de Formación, Empleo, Operaciones y Convenios.
- Dirección de Programas con Universidades y promoción del Talento Joven.
- Dirección de Accesibilidad Universal e Innovación.
- Área de Alianzas y Relaciones Internacionales.
- Dirección de Programas Europeos, exclusivamente para la Asistencia Técnica.



Órganos de Auditoría y control:

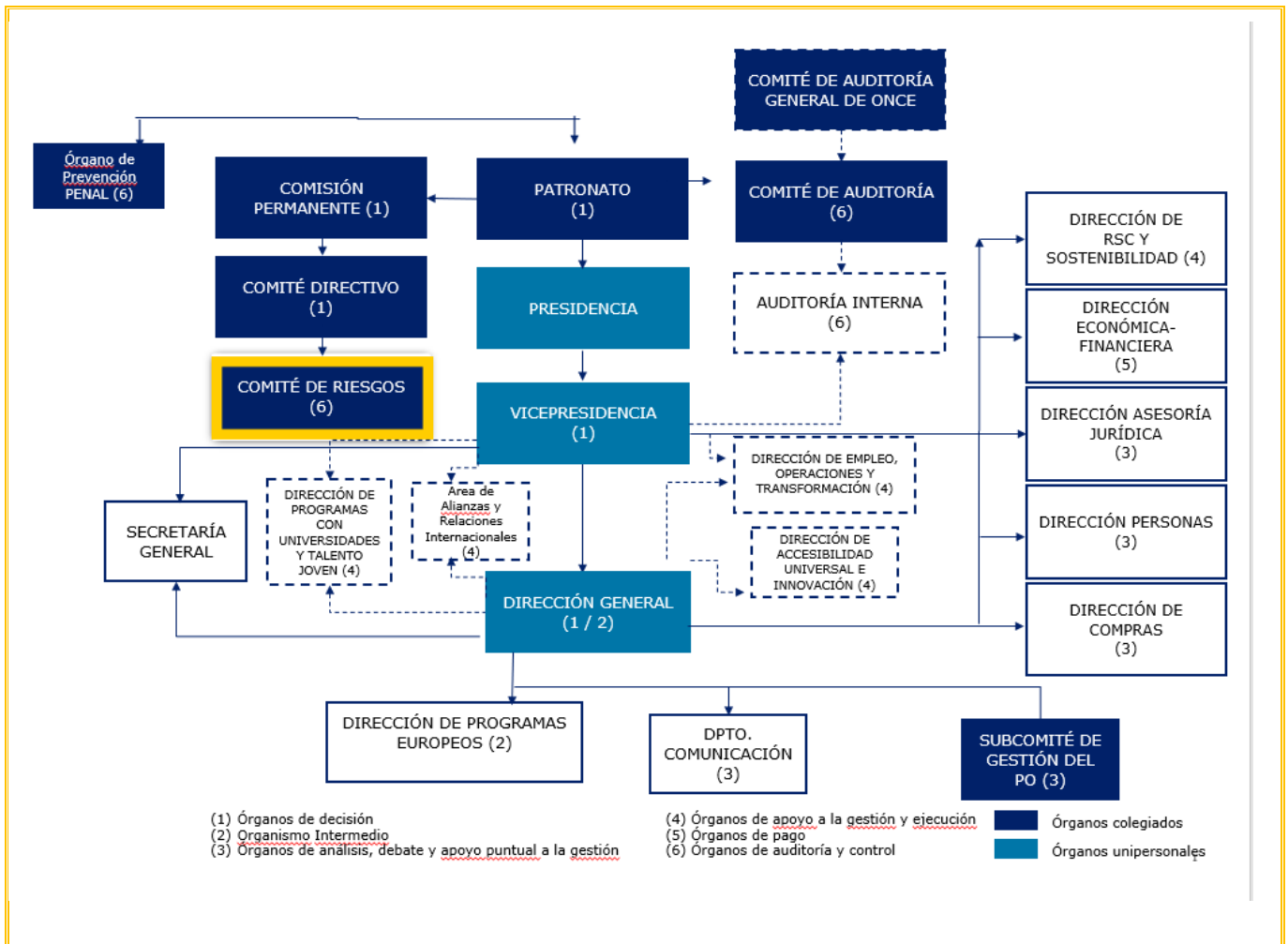
- Dirección de Auditoría Interna.
- Comité de Auditoría.
- Comité de Riesgos.
- El Órgano de Prevención Penal.





Organigrama de la estructura de Fundación ONCE

A continuación, se muestra el organigrama que describe la estructura de Fundación ONCE identificando las funciones que asumen en relación con el PO:



El **Comité de Riesgos**, es el órgano ejecutivo y consultivo, encargado de realizar el seguimiento y análisis de los riesgos, incluido el riesgo de fraude, derivados de las diversas actividades desarrolladas por las Direcciones Generales, Direcciones Técnicas, Unidades y Departamentos de la Organización, en el marco de la gestión coordinada de riesgos.

El Comité de Riesgos está integrado por 6 personas, entre las que se encuentran:

- el Director General de Fundación ONCE, como presidente;
- la Directora de Formación, Empleo, Operaciones y Transformación;
- el Director de Accesibilidad Universal e Innovación;
- el Director Económico-Financiero;
- la Secretaria General de Fundación ONCE;
- la Secretaria General de Inserta Empleo y el Director de Personas.

Por su parte, el **Departamento de Auditoría Interna** actúa como “coordinador de riesgos”. Su principal misión es llevar a cabo un control y seguimiento adecuado de las actuaciones y procedimientos de la entidad.

El Departamento de Auditoría Interna se encuentra integrado por 4 personas, 3 de las cuales estarán dedicadas al PO FSE. Este departamento tiene una doble dependencia:

- Dependencia funcional del Comité de Auditoría de Fundación ONCE y de la Dirección Técnica de Control Financiero y Auditoría del Grupo Social ONCE (ésta última a su vez dependiente del presidente de la ONCE).
- Dependencia orgánica directa del máximo ejecutivo de Fundación ONCE, esto es de su Vicepresidente Ejecutivo.

Sus funciones principales consisten en:

- Evaluar la idoneidad de los sistemas de control interno, en general y, en especial, de los sistemas contables, presupuestarios, financieros y operacionales.
- Comprobar que los sistemas de control interno definidos por la Dirección se cumplen y contribuyen al cumplimiento de los fines para los que fueron creados.
- Evaluar y detectar los riesgos actuales y potenciales que puedan afectar al patrimonio e imagen de Fundación ONCE.
- Supervisar el cumplimiento de los acuerdos del Consejo General de la ONCE y de los máximos órganos de decisión de la Fundación, sobre criterios de actuación en materia presupuestaria, económica y financiera.
- Prevenir y detectar la existencia de posibles irregularidades en los equipos de gestión, que puedan afectar al patrimonio o a la imagen de la entidad.
- Servir de apoyo a los equipos de Dirección en la gestión de riesgos.
- Proponer medidas concretas para la mejora continua de los sistemas de control interno.

En relación con los PO sus funciones principales serán:

- Elaborar un Plan Estratégico de Auditoría para el PO, que abarque todo el periodo de la programación.
- Materializar en el plan de auditoría anual el resultado del plan estratégico de verificaciones del PO.
- Prevenir y detectar la existencia de posibles irregularidades.

- Evaluación e identificación de riesgos utilizando tanto las matrices de riesgos propias de Fundación ONCE como las matrices ex ante y ex post facilitadas por el Departamento de Programas Europeos, una vez hayan sido completadas.
- Planificar con la antelación suficiente las verificaciones sobre el terreno, a fin de garantizar su eficacia.
- Realizar las oportunas verificaciones previas a cada solicitud de reembolso previstas en el artículo del 125.5 del Reglamento 1303/2013, tanto administrativas como sobre el terreno, para lo cual contará con el apoyo, en su caso, de asistencia técnica externa.

Asegurar el uso de las listas de control facilitadas por la AG tanto para las verificaciones administrativas como en las verificaciones sobre el terreno.

- Dirigir, coordinar y supervisar las auditorías y controles del PO realizadas por auditores externos.
- Prestar apoyo en las actividades relativas a controles de autoridades nacionales y/o comunitarias.
- Proponer medidas concretas para la mejora continua de los sistemas de control interno.

7. MEDIDAS Y CONTROLES IMPLANTADOS POR FUNDACIÓN ONCE

En 2014 Fundación ONCE implantó un **Sistema Integrado de Gestión de Riesgos** (SIGR) o Enterprise Risk Management (ERM), alineado con los principales estándares en materia de gestión de riesgos, el estándar ISO 31000, y el modelo COSO II, uno de los Marcos de Gestión de Riesgos más acreditados.

ANEXO 1. Sistema Integrado de Gestión de Riesgos

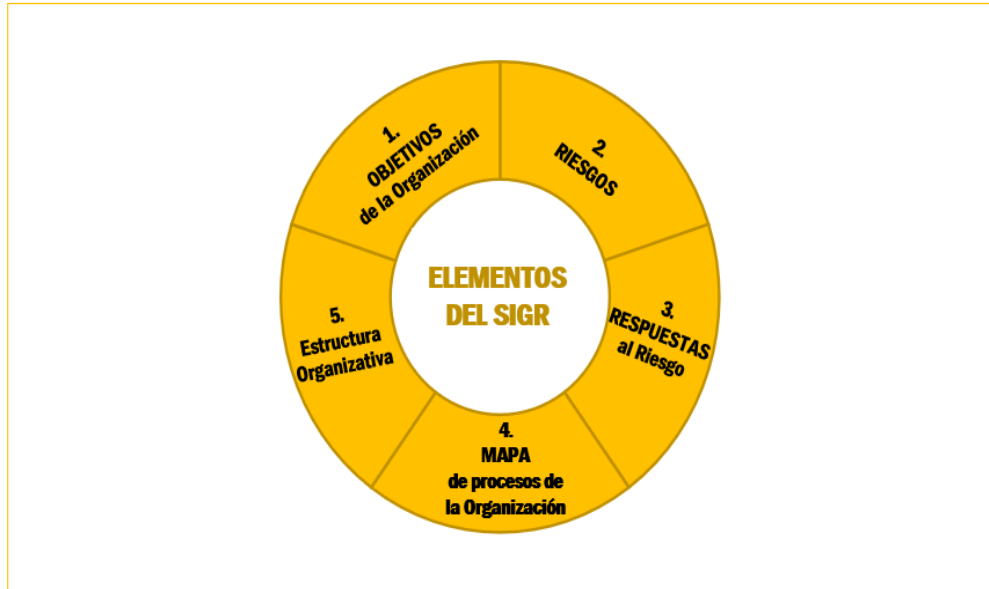
El modelo (SIGR) basa su metodología en un proceso continuo de gestión del riesgo, efectuado por todas las personas de la Organización, enfocado en identificar aquellos eventos potenciales que le puedan afectar, gestionar los riesgos y proporcionar una seguridad razonable sobre el logro de sus objetivos, garantizando la existencia y funcionamiento adecuado de los sistemas de gestión y control, así como el uso legal y regular de los recursos disponibles.



Este Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) está compuesto, por un lado, por la Política de Gestión de Riesgos, con las actividades propias de gestión de riesgos (identificación y evaluación de riesgos, actividades de respuesta y control) y la estructura organizativa y de roles y responsabilidades que da soporte al funcionamiento del SIGR; y por otro, por el Modelo de Seguimiento (información y reporting) del mismo.

El alcance de esta metodología viene definido por varias vertientes, por un lado, se describen y analizan los componentes y actividades del propio proceso de gestión de riesgos de Fundación Once, y sus Asociaciones, y, por otro lado, se define el enfoque organizativo y el modelo de roles y responsabilidades necesario en un SIGR. Además, servirá de base para la elaboración de los “Planes de Acción” de la Fundación ONCE y sus Asociaciones, en los que se determinarán las actividades concretas a realizar en materia de gestión de riesgos, sus responsables, y plazos, permitiendo así asentar las funciones de gestión de riesgos en la Organización y alcanzar un mayor grado de madurez en este ámbito.

A continuación, indicamos cuáles son los elementos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos:



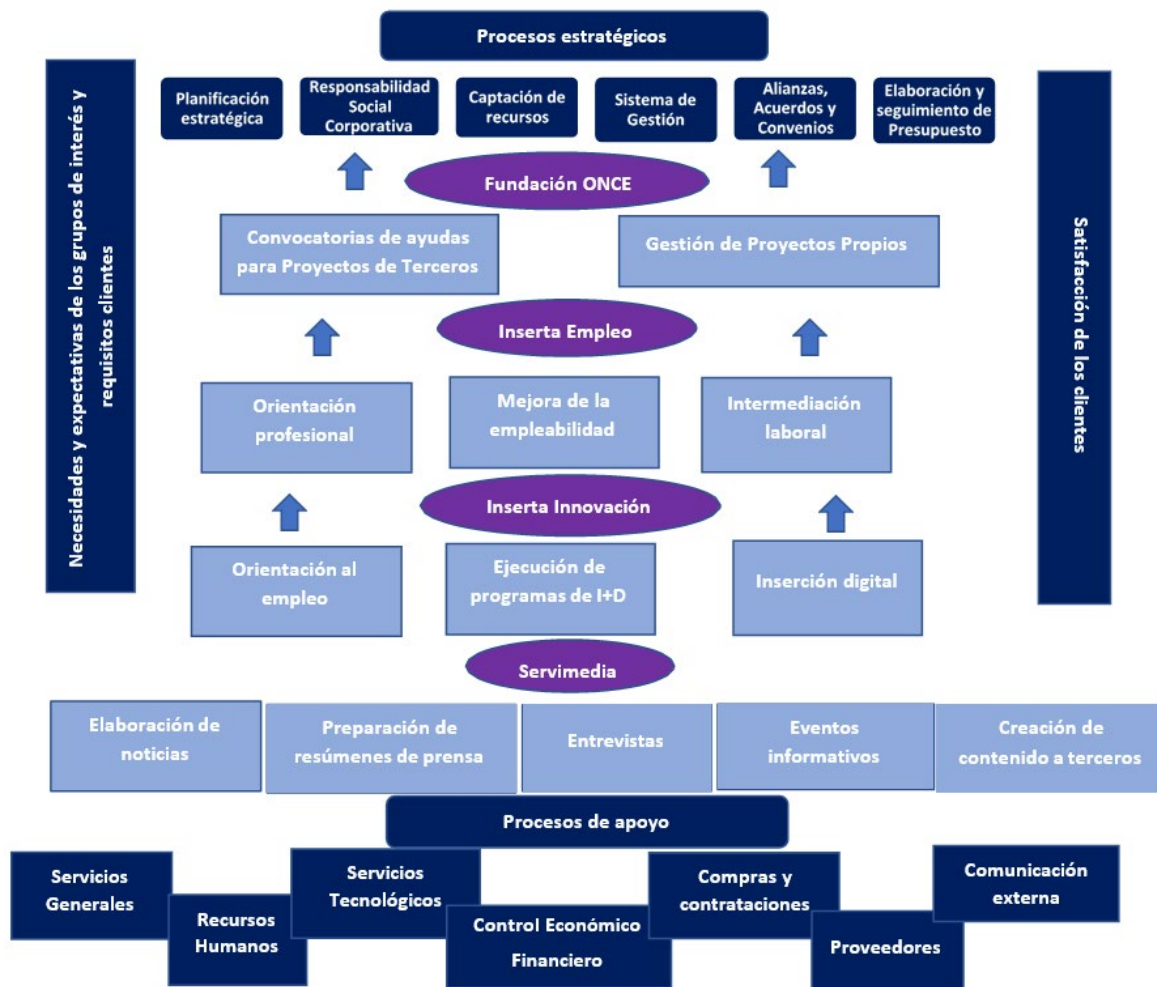
- I. El primer elemento del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la Fundación ONCE y Asociaciones son los **Objetivos de la Organización**, aquellas metas que permiten la consecución de su misión. El Plan Estratégico de Fundación ONCE es la herramienta fundamental que determina cómo desarrollar el propósito del Área y cuáles son los objetivos clave a alcanzar.

De acuerdo con el Plan Estratégico formalizado para el período 2020-2023, horizonte 2022-2025, las líneas estratégicas de la Fundación ONCE son las siguientes:

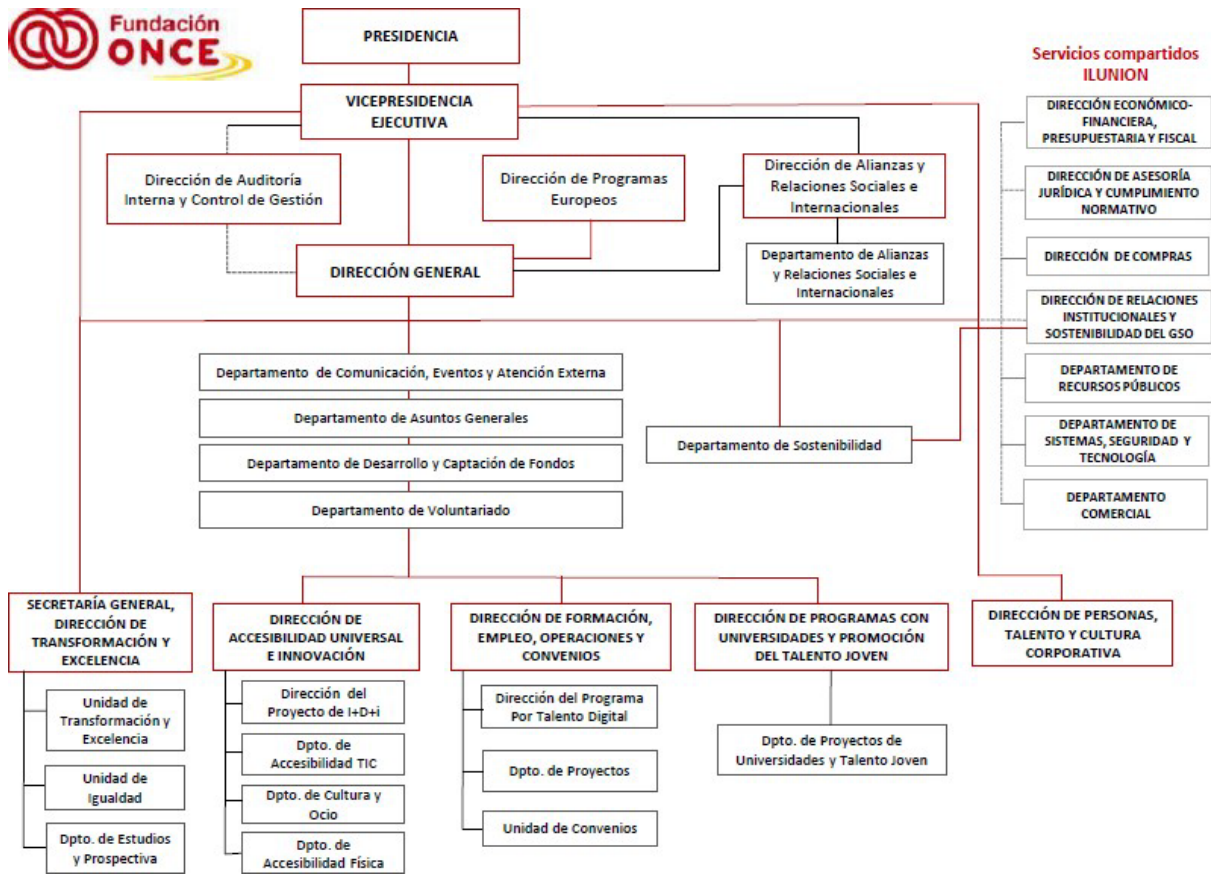
- “Una Fundación ONCE en constante evolución”.
- Adaptar la formación y el desarrollo de competencias al contexto del mercado laboral
- Diversificar y agilizar la manera de abordar la inclusión laboral de las PCD
- Responder a los nuevos retos de la Accesibilidad Universal
- Potenciar las alianzas clave que contribuyen al propósito de Fundación ONCE
- Promover el Desarrollo del Talento y el Cuidado continuo de nuestras personas
- Consolidar los recursos con efecto multiplicador sobre la actividad de Fundación ONCE y captar otros recursos adicionales

- Fortalecer la dimensión social, institucional y la discapacidad en la Sostenibilidad, consolidando un desempeño ejemplar en materia de ASG
 - Potenciar la generación y difusión de conocimiento sobre las PCD
 - Apoyar la educación de las PCD de la mano del CERMI en el contexto de la transformación de los sistemas enseñanza y aprendizaje
 - Relaciones sociales, internacionales e inteligencia estratégica
- II. El segundo elemento son **los riesgos** que afectan o pudieran afectar a la consecución de los objetivos del Área. En este sentido, en el Anexo I, se incluye el Modelo de Riesgos del Área, que incluye el Universo de los 54 riesgos clave.
- III. Como tercer elemento del modelo, tenemos **la respuesta al riesgo**, es decir las decisiones que el Área toma sobre cómo actuar con respecto a dichos riesgos. La organización evalúa diferentes alternativas y sus costes y beneficios asociados y selecciona las más adecuadas. Dentro de las actividades de respuesta al riesgo encontramos **las actividades de control**: políticas y procedimientos que ayudan a asegurar que se llevan a cabo las respuestas de la Dirección a los riesgos. Las actividades de control tienen lugar a través de la organización, a todos los niveles y en todas las funciones. Incluyen una gama de actividades tan diversas como pueden ser: aprobaciones, autorizaciones, verificaciones, conciliaciones, revisiones del funcionamiento operativo, seguridad de los activos y segregación de funciones.

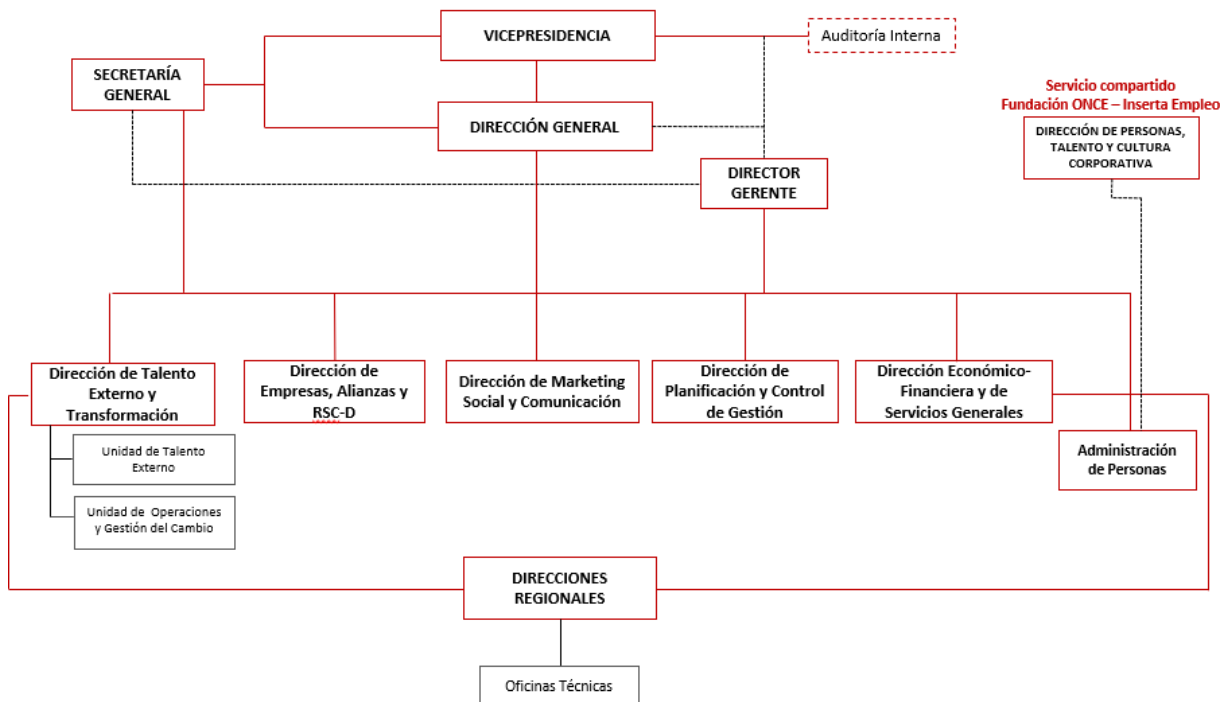
IV. El cuarto elemento del modelo es el **Mapa de procesos** de la Organización, donde finalmente se ejecutan las respuestas a los riesgos.



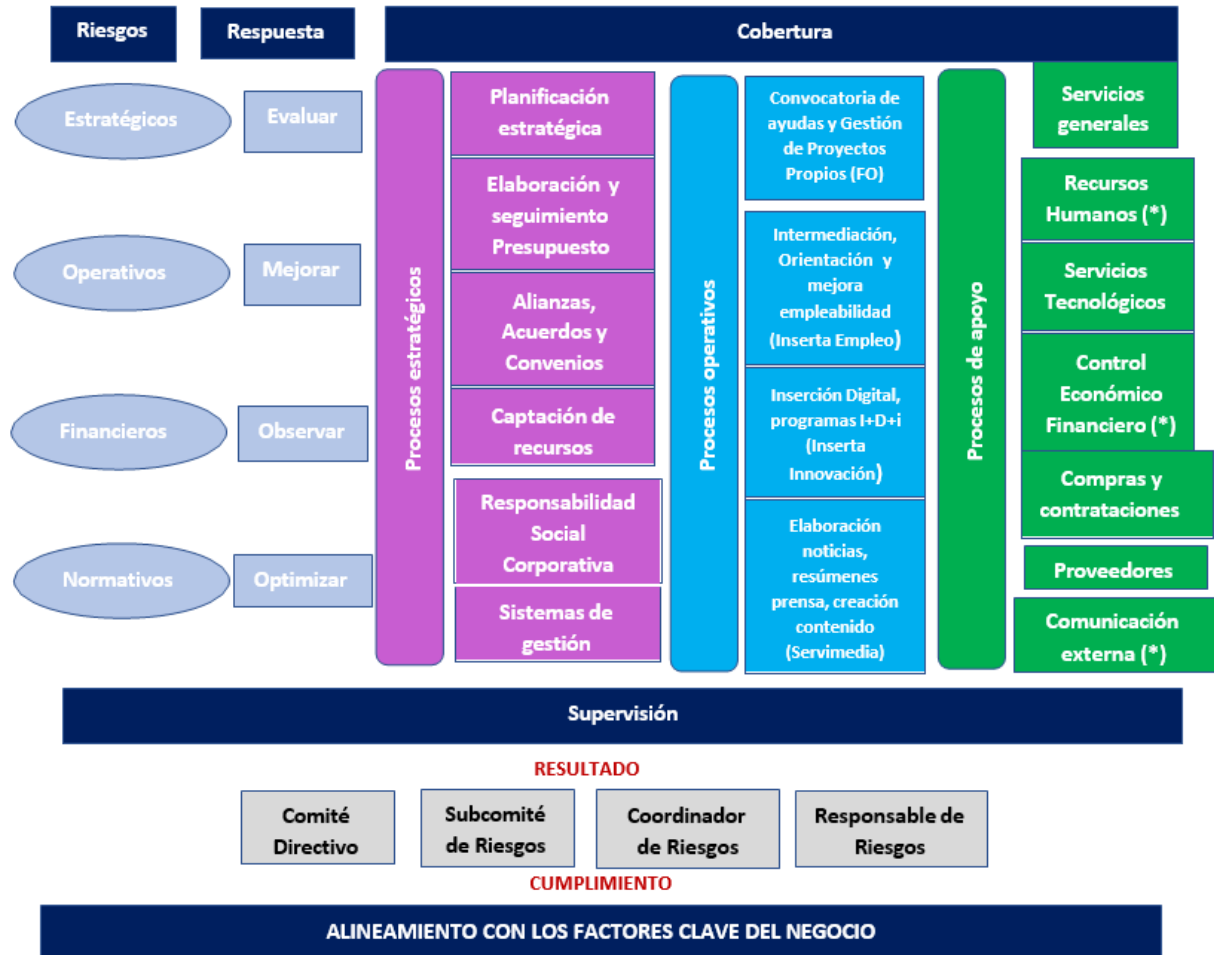
V. El quinto elemento es la **Estructura Organizativa**, donde se llevan a cabo, de manera coordinada, las actividades de Supervisión del Modelo. La Estructura Organizativa de cada una de las partes integrantes del Área de Fundación ONCE se muestran a continuación:



ASOCIACIÓN INSERTA EMPLEO



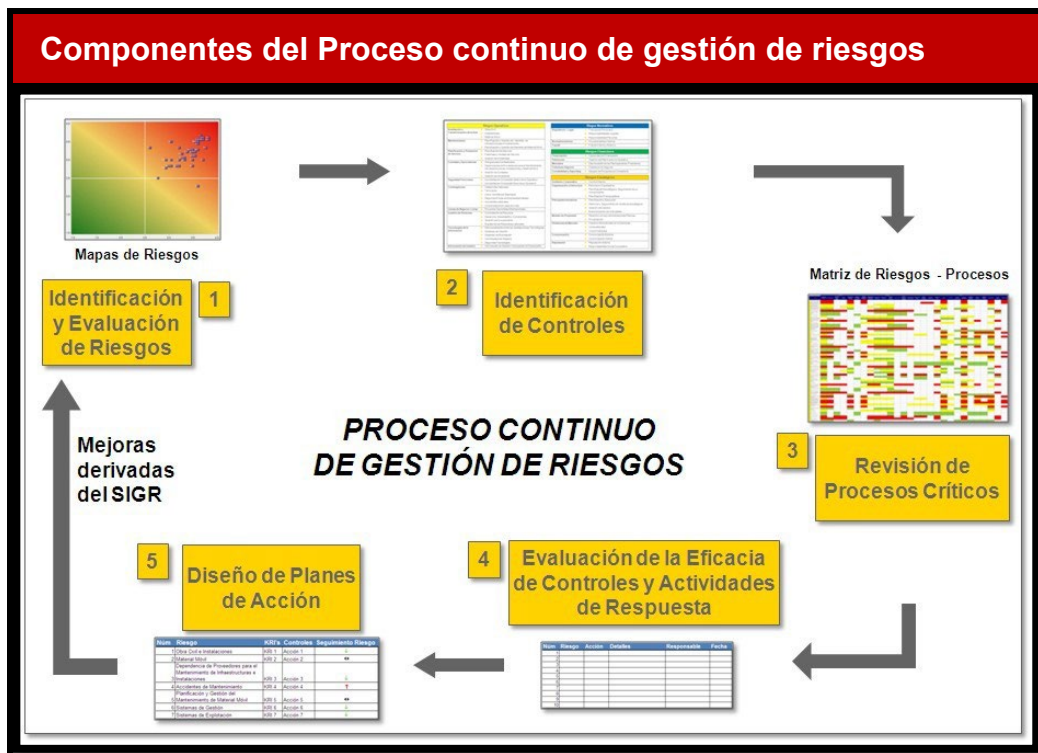
En el siguiente esquema se recogen, de forma gráfica, los elementos del SIGR con el mapa de procesos, anteriormente mencionados:



(*) Contribuyen de manera directa al cumplimiento de uno o varios objetivos estratégicos, en concreto a los siguientes:

- Liderazgo en información sobre la realidad social de las PCD
- Alcanzar el equilibrio presupuestario
- Desarrollar y capacitar a nuestras personas

La **gestión de riesgos** es un proceso continuo, efectuado por todas las personas de la Organización, enfocado a identificar aquellos eventos potenciales que le puedan afectar, gestionar los riesgos y proporcionar una seguridad razonable sobre el logro de objetivos de la Organización. De forma muy sintética, el Proceso continuo de gestión de riesgos engloba los siguientes componentes:



El **Modelos de Seguimiento y Reporting** de gestión de riesgos a los distintos órganos y Comités de la Fundación ONCE mencionados en el gráfico anterior, tiene su base en las **Fichas de riesgo**, como elemento en el que se aglutina toda la información clave de cada riesgo.

Por su parte, en relación con la gestión de los Fondos Europeos, ha desarrollado medidas específicas para la supervisión y control de estos fondos, que refuerzan, aún más, los controles que de forma ordinaria operan en la organización. Las cuestiones más relevantes se resumen a continuación:

- Entorno de control interno basado en la segregación de funciones;
- Políticas de ética e integridad;
- Aplicaciones contables en entorno SAP;
- Gestión de la entidad con base en riesgos;
- Existencia de un Comité de Auditoría y de un Departamento de Auditoría Interna con absoluta independencia;
- Existencia de un plan de auditoría estratégico para los fondos europeos;
- Evaluación permanente de la eficacia, la eficiencia y el impacto de la ayuda de los fondos europeos mediante auditorías externas.

Este Sistema de Gestión de Riesgos de Fundación ONCE contempla, entre otros, la identificación y evaluación de los riesgos relacionados con actuaciones fraudulentas. Formando parte del seguimiento del riesgo de fraude (a través del mapa de riesgos de Fundación ONCE), se llevan a cabo actividades de control claves con carácter mensual, trimestral, ad hoc, etc., para facilitar su prevención y detección, y se fomenta el desarrollo de procedimientos que ayuden a la persecución de las acciones fraudulentas y al enjuiciamiento de los delitos relacionados con las mismas en tiempo y forma.

Como señalamos anteriormente la Fundación ONCE, como Organismo Intermedio del FSE, tiene la obligación de aplicar medidas antifraude eficaces y proporcionadas. En este sentido, Fundación ONCE cuenta con las siguientes medidas, fases o etapas, para la lucha contra el fraude: prevención, detección, corrección y Seguimiento.



7.1 Medidas de PREVENCIÓN del fraude:

- **Declaración institucional pública por parte de la Entidad.**

Fundación ONCE tiene aprobada una **Declaración institucional pública** de lucha contra el fraude (**ANEXO 2. DECLARACIÓN INSTITUCIONAL DE FUNDACIÓN ONCE CONTRA EL FRAUDE**), en línea con su política de tolerancia cero frente al fraude y la corrupción, que ejerce mediante un sistema de control robusto, diseñado especialmente para prevenir y detectar, en la medida de lo posible, los actos de fraude y corregir su impacto, en caso de producirse. Esta Declaración Institucional pretende dar "visibilidad" a la lucha contra el fraude tanto interna como externamente, y persigue fomentar su cultura antifraude, intentando llegar a todos los agentes relacionados con la gestión de los Fondos Europeos. Esta declaración será publicada en la propia web de Fundación ONCE, dentro de su Portal de Transparencia FSE.

- **Portal de Transparencia FSE. Difusión a través de su página web.**

Creación de un apartado específico en la página web de Fundación ONCE en el que se informa a la ciudadanía sobre las medidas contra el fraude y se incluye este manual, así como las guías, instrucciones y orientaciones en relación con la evaluación del Riesgo de Fraude y las medidas adoptadas para combatirlo.

Se ha puesto en marcha una dirección de correo electrónico: misdenunciasfraudefse@gen.fundaciononce.es exclusiva para la comunicación directa en el ámbito de los riesgos detectados y el fraude.

- **Código ético y de Buena Conducta FSE**

Fundación ONCE dispone de un Código Ético para Directivos y Mandos Intermedios y para trabajadores en general. Enlace web: [Código ético | Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad](#)

Dada la especificidad de normativa aplicable al FSE, se aprobó un Código Ético de Fundación ONCE e Inserta Empleo como gestores de ayudas del FSE. El citado Código Ético, es de obligado cumplimiento al personal vinculado a la gestión del FSE en Fundación ONCE, independientemente de su posición en la

jerarquía de la Fundación, dentro de cada uno de los departamentos que directa o indirectamente gestionan el FSE en la Fundación. En este documento se establecen los valores y principios que han de presidir la actuación de las personas que participan en alguna de las fases de la gestión, implementación, seguimiento y control del Fondo Social Europeo en Fundación ONCE y la Asociación Inserta Empleo, para asegurar que se lleva a cabo conforme a unas pautas éticas y de integridad que garanticen asimismo la buena gestión financiera de los Fondos. Por lo tanto, el presente Código es de aplicación a todo el personal de la Asociación Inserta Empleo en calidad de beneficiaria directa de las ayudas del FSE.

Asimismo, dicho código establece el comportamiento esperado ante posibles circunstancias que pudieran dar lugar a fraude: conflicto de intereses (obligación de comunicar información), política de regalos / comisiones / beneficios, lealtad y confidencialidad, transparencia e integridad de la información, utilización de datos y recursos públicos, compromiso con las personas con discapacidad, incompatibilidades de directivos, mandos intermedios y otros responsables de gestión. **ANEXO 3. CÓDIGO ÉTICO Y DE BUENA CONDUCTA**

- **Formación y concienciación a empleados.**

Impulsar acciones de formación específicas, planes de formación con un itinerario formativo específico en materia antifraude, para todo el personal que gestione, en cualquiera de sus fases, los Fondos Europeos, con especial tratamiento de los conflictos de interés y actos que pueden constituir señales de advertencia de posible existencia de fraude.

Concienciación a los trabajadores y trabajadoras de Fundación Once, y sus Asociaciones, de la obligación institucional que tienen de que cualquier operación cofinanciada con Fondos Europeos, y de la cual se tenga conocimiento sobre alguna sospecha de fraude, se debe transmitir dicha circunstancia de forma inmediata.

Refuerzo de la comunicación interna en materia de lucha contra el fraude, relacionada con la gestión del FSE. Además del compromiso activo de participación por parte del personal en los foros que se puedan organizar por las Autoridades del FSE sobre

esta materia y de, en su caso, organizar iniciativas propias en este sentido.

Fundación ONCE cuenta con el presente manual de gestión de Riesgos. Para el caso particular de la gestión del FSE, el funcionamiento del sistema se basa en:

- Identificar y evaluar los riesgos que pueden afectar a la gestión de los fondos europeos, incluidos los relacionados con el fraude.
- Identificación de los procesos en los que se producen dichos riesgos.
- Identificación de los controles existentes (o a implementar) para mitigar los riesgos, y evaluación de su adecuado diseño e implantación.
- Evaluar la eficacia operativa de los controles durante el periodo.
- Diseño de planes de acción como respuesta a las oportunidades de mejora identificadas.
- Mapa de riesgos más significativos, actualizado en 2017-2018, que guardan relación con los PO.
- Sensibilización del personal empleado sobre la lucha contra el fraude y publicación del sistema de prevención.

- **Declaración de cumplimiento de legalidad, para tener condición de beneficiario.** *ANEXO 4. Declaración de cumplimiento de legalidad*

Esta Declaración es de obligado cumplimiento para todas las entidades que sean personas jurídicas, y en ella se hace constar los siguientes aspectos:

- Que la entidad no se encuentra incurso en ninguna de las circunstancias que le impiden obtener la condición de beneficiario (recogidas en los apartados 2 y 3 del artículo 13 de la Ley 38/2003 General de Subvenciones).
- Que los gastos declarados son conformes con las normas aplicables sobre ayudas de Estado y que no existe doble financiación del gasto con otros regímenes comunitarios o nacionales, así como con otros períodos de programación del FSE.
- Que no existen varios cofinanciadores que financian la misma operación.

- Que se ha comunicado a la Fundación ONCE, en su caso, todas las solicitudes y/o resoluciones de otras ayudas o subvenciones vinculadas al proyecto, (comprobación de otras ayudas, mediante declaración jurada del beneficiario).
 - Si se ha puesto, o no, de manifiesto algún indicio de irregularidad o fraude que afecte a la ejecución del proyecto.
 - Que tiene conocimiento de las obligaciones de los beneficiarios de aplicar medidas antifraude eficaces y proporcionadas, para evitar el fraude en relación con la ayuda percibida.
 - Además de una descripción y evidencias, de que las transacciones relacionadas con el proyecto subvencionado se han registrado en el sistema de contabilidad de la entidad, el cual permite su identificación mediante la asignación de un código contable adecuado (exigido en el artículo 125 del Reglamento (CE) 1303/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de diciembre de 2013).
- **Información en materia de lucha contra el fraude para potenciales beneficiarios**

En el caso de las convocatorias de ayudas, se incluye el siguiente párrafo, con intención de concienciar a los potenciales beneficiarios de las ayudas, su obligación institucional de comunicar cualquier sospecha de fraude:

Siguiendo indicaciones del Servicio Nacional de Coordinación Antifraude (Órgano encargado de coordinar las acciones encaminadas a proteger los intereses financieros de la Unión Europea en colaboración con la Oficina Europea de Lucha contra el Fraude (OLAF). Entre sus funciones está la de establecer los cauces de información sobre irregularidades y sospechas de fraude entre las diferentes instituciones nacionales y la OLAF.),

"Cualquier persona que tenga conocimiento de hechos que pudieran ser constitutivos de fraude o irregularidad en relación con proyectos u operaciones financiados total o parcialmente con cargo a fondos procedentes de la Unión Europea en el marco de la presente convocatoria podrá poner dichos hechos en conocimiento del Servicio Nacional de Coordinación Antifraude de la Intervención General de la Administración del Estado, por medios electrónicos a través del canal habilitado al efecto por dicho Servicio en la dirección web:

<https://www.igae.pap.hacienda.gob.es/sitios/igae/es-ES/Paginas/denan.aspx>

- **Comité de Riesgos**

Tal como hemos comentado anteriormente, el Comité de Riesgos, es un órgano ejecutivo y consultivo dependiente del Comité Directivo, y que colabora con éste en la ejecución de la política de control y gestión de riesgos de Fundación ONCE. Este Comité se encarga de realizar el seguimiento y análisis de los riesgos derivados de las diversas actividades desarrolladas por las Direcciones Generales, Direcciones Técnicas, Unidades y Departamentos de la Organización, en el marco de la gestión coordinada de riesgos.

Entre sus funciones, se encuentran:

- Implantar y seguir el modelo de valoración de riesgos que se haya adoptado por el Comité Directivo.
- Recabar información adicional relativa a eventos de riesgo y otros sistemas de control y supervisión.
- Actualizar el mapa de riesgos.
- Informar al Comité Directivo, y a otros órganos que se considere necesario, entre los que se encuentra obligatoriamente el Comité de Auditoría, de los aspectos relevantes para la política de gestión de riesgos.
- Someter a la consideración del Comité Directivo las propuestas de actuación para mejorar los procedimientos de seguimiento y control de riesgos.
- Mantener informados a otros órganos de la Organización de las actuaciones desarrolladas en ejecución de la política de control y gestión de riesgos definida.
- Realizar labores de asesoramiento y consulta, en materia de gestión de riesgos, a solicitud de otras áreas u órganos de la Organización.
- Definir y actualizar el Modelo de Gestión de Riesgos en todos sus ámbitos.

- **Matriz de riesgos del FSE**

La Matriz de riesgos es un Instrumento de autoevaluación para la identificación y cobertura del Riesgo, que se centra en la identificación de los riesgos potenciales con impacto significativo en la participación, selección y posterior certificación de gastos de

las operaciones que pueden ser cofinanciadas por el Fondo Social Europeo, así como en la definición de mecanismos (indicadores de riesgo, controles y acciones) que permiten su gestión, seguimiento y mitigación.

El diseño del instrumento (Matriz de riesgos), como el procedimiento a seguir para su cumplimentación se ha basado en las orientaciones de la Comisión Europea para la *Evaluación del riesgo de fraude y medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude*. De esta forma, se garantiza la transparencia, la igualdad y la objetividad en la certificación de proyectos referidos a las diferentes operaciones, a través de un único sistema de parametrización de riesgos que permita actuar bajo un criterio homogéneo a los diferentes certificadores.

Además, la aplicación de la Matriz de riesgos permitirá anticiparse a la ocurrencia de riesgos potenciales de irregularidades y fraude y mitigar su impacto y/o probabilidad de ocurrencia, así como estar preparados en caso de que el riesgo llegase a materializarse, reduciendo así la dimensión del posible daño.

La Matriz de riesgos se compone de dos herramientas de autoevaluación de riesgos, iterativos, que se retroalimentan, y cuya utilización dependerá del momento en el que se realice la evaluación y de los agentes intervinientes: la matriz ex ante y la matriz ex post.

Fundación ONCE, como Organismo Intermedio, y las entidades beneficiarias de los Programas Operativos FSE, aplicarán el procedimiento de autoevaluación para la identificación de riesgos, a través de las matrices de riesgos ex ante y ex post diseñadas, tal y como se especifica en el Anexo IX del documento de la UAFSE de “Orientaciones a los Organismos Intermedios para la descripción de sus funciones y procedimientos en las actuaciones cofinanciadas por el FSE en España para el periodo de programación 2014-2020”.

Para realizar la autoevaluación del riesgo de fraude, Fundación ONCE, siguiendo la recomendación de la guía de la CE (EGESIF 14-0021-00) de 16/06/2014, ha creado un equipo de autoevaluación, del que forman parte 2 representantes de la Dirección de Programas Europeos, 1 representante de la Dirección de Empleo, 1 representante de la Dirección de Universidades, 1

representante de la Dirección Económico-Financiera y 1 representante de Auditoría Interna, como asesora.

La **MATRIZ EX ANTE** es un instrumento de carácter informador cuyo objetivo es medir, a través de un cuestionario de autoevaluación, la exposición teórica al riesgo de los métodos de gestión que utiliza para la gestión de los Fondos (subvenciones, contratación y gestión directa) en virtud del histórico y de la experiencia previa de la entidad y de los procedimientos implantados a partir de los sistemas de gestión y control. En este sentido, permite determinar la probabilidad de suceso de los riesgos de una entidad y señalar los controles puestos en marcha por dicha entidad para mitigar el riesgo.

En el caso de que la entidad identifique un riesgo, bandera o control de mitigación que no hayan sido identificados previamente, deberá comunicarlo a la Autoridad de Gestión para que estos nuevos riesgos, banderas o controles sean incluidos en el instrumento/matriz y evaluarlos según la metodología señalada. En todo caso, la matriz ex ante deberá ser revisada en los siguientes supuestos:

- La ocurrencia de un caso de fraude.
- Grados elevados de materialización de los riesgos puestos de manifiesto en la cumplimentación de la matriz ex post.
- Cambios significativos en los procedimientos o en el personal de la entidad.

La **MATRIZ EX POST** es un instrumento que permite medir el nivel de materialización del riesgo por método de gestión. Presenta una estructura paralela a la matriz ex ante, es decir, incluye los mismos riesgos y banderas asociados a cada método de gestión que ya han sido evaluados previamente por la Autoridad de Gestión y por cada Organismo Intermedio.

En el caso de que la Fundación ONCE identifique un riesgo, bandera o control de mitigación que no han sido identificados previamente, deberá comunicarlo a la Autoridad de Gestión para que estos nuevos riesgos, banderas o controles sean incluidos en el instrumento/matriz y evaluarlos según la metodología señalada.

La cumplimentación de la matriz de riesgos ex post por parte de Fundación ONCE como OI, pretende identificar la materialización de los riesgos durante la ejecución de las operaciones y los controles adoptados para su mitigación. Fundación ONCE también garantiza que esta matriz sea cumplimentada por las entidades

beneficiarias de las operaciones durante la ejecución de las mismas para así determinar qué intensidad adicional es necesaria en las verificaciones y el posterior control de calidad, y llevar a cabo el plan de acción oportuno. En el caso de operaciones ejecutadas por personas jurídicas, los órganos de apoyo a la gestión compilarán las matrices ex post remitidas por los beneficiarios y las enviarán agrupadas en una matriz ex post por convocatoria, al OI, Fundación ONCE. En el caso de convocatorias donde los beneficiarios sean personas físicas, las Unidades de Apoyo a la Gestión, serán las encargadas de hacer una matriz por convocatoria y enviarla al OI. El OI agrupará a su vez en una única matriz ex post, la cual vinculada al proceso de verificación será enviada junto con la solicitud de reembolso correspondiente.




La evaluación del riesgo de fraude ex post ha de presentarse con cada solicitud de reembolso que se envíe al Organismo Intermedio y que está basada en los siguientes pasos metodológicos que deben seguir:

Los riesgos han sido previamente identificados, así como sus banderas asociadas y han quedado señalados en la MATRIZ EXANTE. En este sentido, se debe valorar, por cada operación y método de gestión que le sea aplicable, por su condición de beneficiarios, a qué riesgos queda expuesta su gestión y, en tal caso, proceder a cumplimentar las filas asociadas a dichos riesgos. No obstante, en el caso de que se identifique un riesgo en su gestión o bandera que no han sido identificados previamente, y que haya tenido lugar durante la ejecución de las operaciones, deberá comunicarlo a la Fundación ONCE, y ésta a la AG, que considerará incluirlos en el instrumento/matriz.

Las entidades de apoyo a la gestión / beneficiarias de las operaciones, asignarán el “Baremo para la materialización de la bandera”, con una nota de 0 a 2, dependiendo de la criticidad de ocurrencia de la bandera.

- Materialización=0: la bandera no se ha materializado
- Materialización=1: la bandera se ha materializado parcialmente
- Materialización=2: la bandera se ha materializado totalmente

Tras la cumplimentación de esta columna, la herramienta calcula de forma automática el “porcentaje de materialización del riesgo”, que indica en qué porcentaje se ha materializado un riesgo concreto. El resultado obtenido se interpreta atendiendo a la siguiente escala:

Materialización del riesgo asociado a la operación	Puntuación	Interpretación
 Materialización del riesgo muy crítica	76%-100%	Existe un elevado grado potencial de fraude en el organismo
 Materialización del riesgo crítica	50%-75%	Existe un elevado grado potencial de irregularidades en el organismo
 Materialización del riesgo media-alta	10%-49%	Existe un grado potencial moderado de irregularidades en el organismo
 Materialización del riesgo leve	0%-9%	Existe un leve grado potencial de irregularidades en el organismo

El grado de materialización de un riesgo debe servir como señal de alarma para la identificación de situaciones en las que es probable que estén teniendo lugar irregularidades muy críticas que puedan derivar en fraude o delito.

Todas estas instrucciones de cumplimentación de las matrices quedan recogidas en el documento adjunto: **ANEXO 6. INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO Y LUCHA CONTRA EL FRAUDE (MATRIZ DE RIESGOS)**

- **Evaluación permanente de la eficacia, la eficiencia y el impacto de la ayuda de los Fondos Europeos.**

Todos los resultados sociales (indicadores) derivados de las actuaciones de Fundación ONCE históricamente son auditados por entidades externas de reconocido prestigio. En concreto, son auditados anualmente los empleos creados, los alumnos/as formados y las personas atendidas como resultado de la ayuda de los fondos europeos. Asimismo, Fundación ONCE audita anualmente sus cuentas anuales, habiendo obtenido de forma recurrente opiniones sin ningún tipo de salvedad.

En los Pliegos de contratación y en las convocatorias de ayudas cofinanciables con el FSE, se incluye un párrafo que menciona la posibilidad de denunciar hechos constitutivos de fraude a través del canal de denuncias del SNCA. En la misma línea, se incluirá un

enlace directo al canal/buzón de denuncias de la Fundación ONCE y al SNCA (Servicio Nacional Coordinación Antifraude).

- Se incluye en el DECA / Contrato firmado por el beneficiario / adjudicatario un párrafo en el que éste haga constar que tiene conocimiento de las obligaciones de los beneficiarios de aplicar medidas antifraude eficaces y proporcionadas, para evitar el fraude.
- En este sentido, una vez finalizado el objeto de la operación / contratación, el beneficiario / adjudicatario, debe cumplimentar una carta de manifestaciones en la que indique que ha tomado las medidas necesarias para evitar el fraude y si ha tenido conocimiento de algún caso de fraude en relación con la operación / contratación, y lo ha comunicado.
- Fundación Once colabora con el SNCA facilitando la inclusión de la información referente al mismo en la página web de Fundación ONCE. En la web de SNCA se difunden estudios e informes sobre irregularidades y sospechas de fraude realizados por el propio servicio.
- Analizar las líneas de actuación llevadas a cabo en la identificación de riesgos específicos de fraude, para poder determinar aquellos riesgos sobre los que no se están haciendo suficientes esfuerzos para reducir a niveles aceptables la probabilidad e impacto del fraude.
- Se asignan responsabilidades al equipo de autoevaluación del riesgo de fraude, para asegurar un correcto funcionamiento de los sistemas de gestión y control en la prevención, detección y corrección del fraude. El equipo de autoevaluación está formado por 2 representantes de la Dirección de Programas Europeos, 1 representante de la Dirección de Empleo, 1 representante de la Dirección de Universidades, 1 representante de la Dirección Económico-Financiera y 1 representante de Auditoría Interna, como asesora.
- Se recopila la información sobre la evaluación de los riesgos, de cara a informar a los Comités de Seguimiento, y realizar una supervisión de estos riesgos de forma frecuente.

7.2 Medidas de DETECCIÓN del fraude

El Sistema Integral de Gestión de Riesgos dispone de alertas que avisan de la posibilidad de que se produzca un suceso de riesgo, pudiendo detectarlo e iniciando los mecanismos de corrección correspondientes. Asimismo, se realizan verificaciones exhaustivas (100% del gasto de las operaciones) que se encuentran también enfocadas a la detección de irregularidades y sospechas de fraude. En caso de detectar irregularidades o sospechas de fraude, se corregirán y se realizará en el sentido en el que se detalla en los dos puntos siguientes (seguimiento y persecución). Además, en este caso, se procederá a informar a la Autoridad de Gestión (AG), a la Autoridad de Auditoría (AA), a las autoridades de investigación competentes de los Estados miembros, a la Comisión y a la OLAF, lo que garantizará una adecuada coordinación.

- **Controles durante el proceso de selección de operaciones**

Fundación Once mantiene un compromiso formal de utilización de sistemas de control basados en el Análisis de Datos que pudiera sugerir la Comisión Europea, la Autoridad de Gestión o el Organismo Intermedio de Gestión, como la BDNS, con el fin de detectar posibles fraudes o irregularidades en la gestión.



Fundación Once aplica posibles “indicadores de alerta” de la CE que permiten sospechar que está teniendo lugar una actividad fraudulenta, ante la que se requiere una reacción inmediata para comprobarla y, en su caso, tratar de evitarla.

Además, dispone de un sistema de controles durante el proceso de selección de operaciones adaptados a las funciones asignadas. Mediante la acreditación de ausencia de conflicto de interés, tanto

en las evaluaciones realizadas por personal interno de Fundación Once, como aquellas realizadas con expertos externos en los casos en lo que las entidades potencialmente beneficiarias pertenecen al patronato.

- **Verificaciones administrativas, sobre el terreno, e indicadores**

Una pieza clave en la estrategia de lucha contra el fraude es un robusto sistema de control interno. Es necesario asegurar que los procedimientos de verificación administrativa, sobre el terreno y el análisis de indicadores “banderas rojas”, focalizan la atención en los puntos principales de riesgo de fraude y en sus posibles hitos o marcadores. La probabilidad de detectar los posibles casos de fraude aumenta cuando las verificaciones de la gestión de los fondos son exhaustivas. Por su parte, todos los beneficiarios deben ser conocedores de las orientaciones de la Comisión y de carácter nacional para combatir el fraude.

- **Canal de denuncias abierto.**

En la web de Fundación ONCE, concretamente, en el apartado de Transparencia – Código ético – se dispone de un enlace denominado “*Canal de Denuncias*”, que permita a cualquier persona interesada, alertar sobre posibles sospechas de fraude, o formular la oportuna denuncia.

Enlace web: [Canal de denuncias — Web de la ONCE](#)

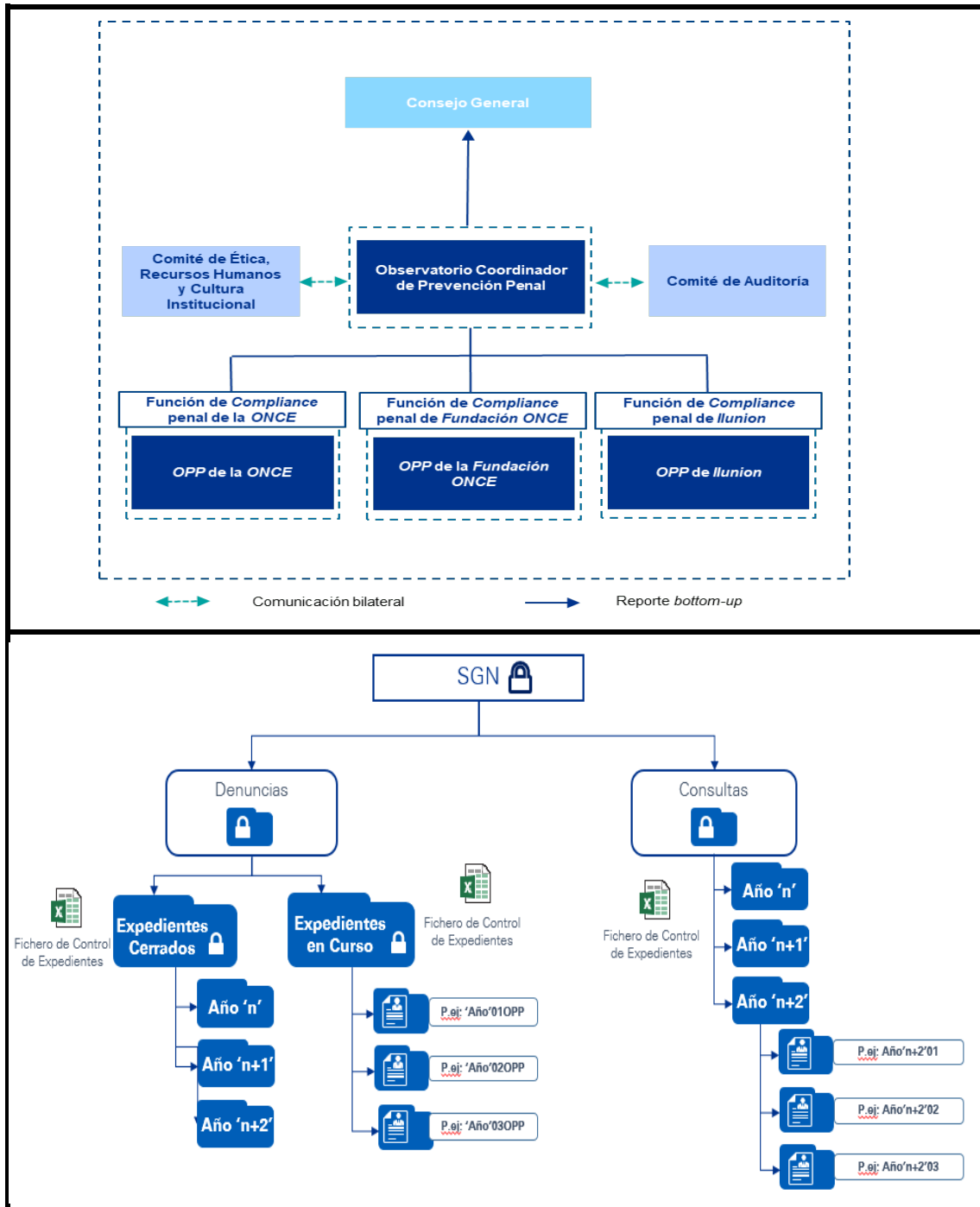
La información obtenida de denunciante y medios de comunicación no constituye una prueba per se. Desde el punto de vista de la investigación, los denunciante y los medios de comunicación deberán considerarse fuentes de notificación para iniciar la realización de controles internos/externos.

Cabe destacar el compromiso de Fundación ONCE y sus colaboradores, de que no tolerarán represalias contra cualquier miembro del personal que denuncie sospechas de fraude, así como de que pueden informar de manera confidencial.

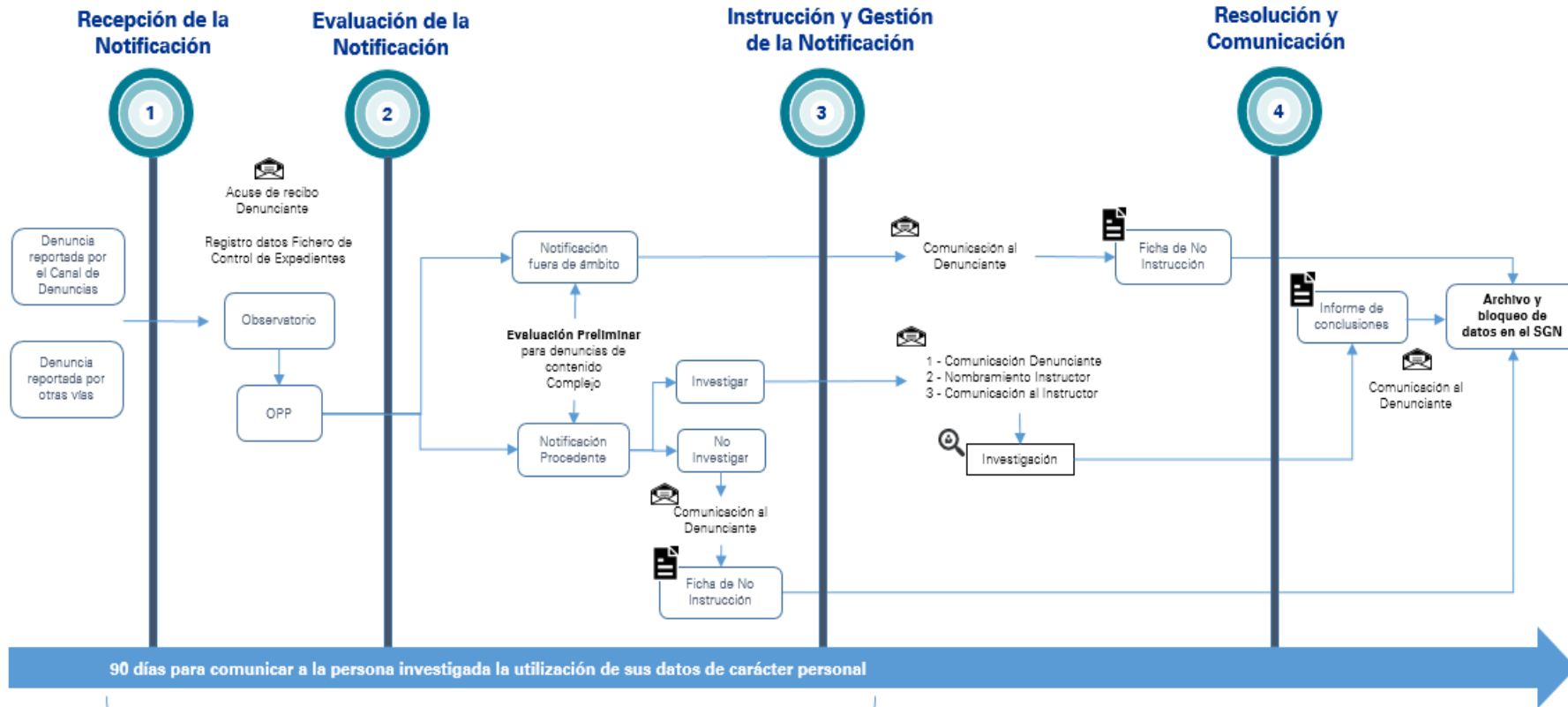
En este marco, el Órgano de Prevención Penal de Fundación ONCE aprobó en 2020 el **Procedimiento de Gestión e Investigación de Denuncias (ANEXO 7)**, cuyo objeto es establecer las normas de funcionamiento para la gestión e

investigación de notificaciones recibidas a través del Canal de Denuncias (Canal Ético).

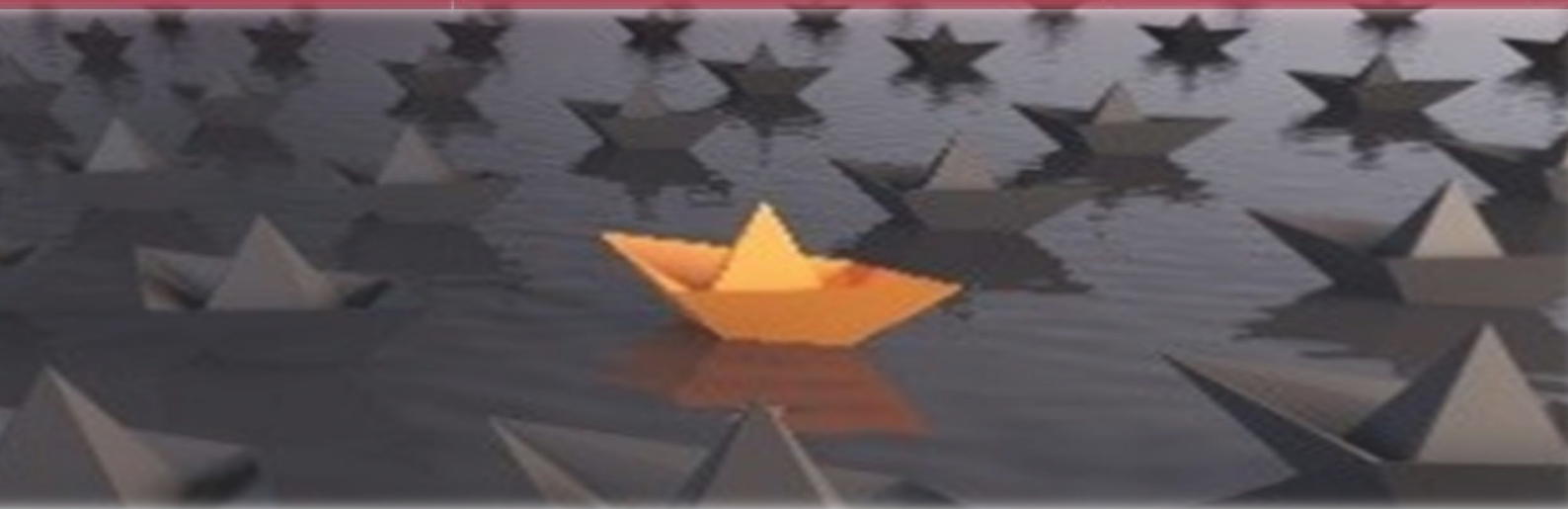
Estructura organizativa de Grupo Social ONCE para la gestión de notificaciones:



El siguiente flujograma resume las principales actuaciones previstas en el Procedimiento de Gestión e Investigación de Denuncias, e incluye una referencia expresa a los plazos orientativos de cada tarea.



Con carácter general*, diez (10) días hábiles, desde la recepción, para examinar y clasificar las notificaciones



- **Detección de documentos falsificados en el ámbito del FSE.**

Un documento falsificado es un documento respecto del cual se ha alterado la verdad, no concuerda con la realidad. Todos los tipos de documentos que los órganos de ejecución / beneficiarios presentan para obtener subvenciones, para participar en un proceso de contratación pública o para el reembolso de gastos pueden verse afectados por la falsificación.

Fundación ONCE lleva a cabo controles adecuados para responder preguntas como las siguientes:

- ¿Las sociedades implicadas en una operación económica existen realmente?
- ¿Esta institución expidió realmente este documento?
- ¿Quiénes son realmente las personas que supuestamente participaron en la actividad?
- ¿Quién es el propietario real de un activo?

- **Detección de conflictos de intereses en el marco de los fondos estructurales**

Cualquier persona implicada en una fase u otra de los procedimientos de contratación pública, o concesión de subvenciones, (preparación, elaboración, aplicación o conclusión), deberá informar sobre un posible conflicto de interés con la persona / entidad / empresa adjudicataria. Así como, declarar sin demora cualquier cambio en su situación.

En caso de existir conflicto de interés las medidas llevadas a cabo por Fundación ONCE son:

- cuando proceda, analizar los hechos con la persona implicada para aclarar la situación.
- excluir a la persona en cuestión del procedimiento de contratación pública, o concesión de ayudas, tanto si se trata de un miembro de la plantilla como si es un experto externo.

La exclusión de un empleado o experto de un procedimiento deberá plantearse no solo si existe un conflicto de intereses real, sino siempre que haya motivos para albergar dudas sobre su imparcialidad.

La supervisión del procedimiento de declaraciones y la responsabilidad de mantener estas declaraciones se encarga a una persona de la Dirección de Programas Europeos, que no está directamente implicada en la adjudicación.

En la propia acta de adjudicación en los procedimientos de contratación, o valoración de solicitudes en los procedimientos de concesión de ayudas, se hace constar:

- si, en su conocimiento, existe un conflicto de intereses aparente, potencial o real vinculado al procedimiento de contratación pública /concesión de ayudas referido;
- si existen circunstancias que pudieran llevarlo a una situación de conflicto de intereses aparente, potencial o real en un futuro próximo;
- que se compromete a declarar inmediatamente cualquier potencial conflicto de intereses en el caso de que alguna circunstancia pueda llevar a dicha conclusión.
- incluye una referencia a las sanciones disciplinarias, administrativas o penales aplicables en caso de falsa declaración.

El material de formación general para el personal debe incluir un capítulo específico sobre los conflictos de intereses en general. Constituirá una oportunidad para explicar la función de la declaración de ausencia de conflicto de intereses al personal.

La formación continua mantendría y aumentaría la sensibilización y haría tomar conciencia en todo momento de posibles nuevas situaciones de conflicto de intereses.

- **Colaboración con otras instituciones y administraciones públicas** mediante asistencia e intercambios de información en el marco de la normativa aplicable, (Policía, INE, Agencia Tributaria, Seguridad Social, Base de Datos Nacional de Subvenciones), con el fin de garantizar los máximos niveles de integridad, eficiencia y

transparencia, especialmente en materia prestación de servicios públicos y gestión de los recursos públicos.

- **Informar y difundir el procedimiento general de la Autoridad de Gestión** para atender y canalizar las posibles reclamaciones y denuncias que pudieran presentarse relacionadas con el fraude.
- **Llevar a cabo el seguimiento del sistema de control interno** para asegurar que los procedimientos de verificación (administrativa, sobre el terreno...etc) focalicen la atención en los puntos principales de riesgo de fraude y en sus posibles hitos o marcadores. La existencia de este sistema de control, además de detectar el fraude puede servir como elemento disuasorio a la perpetración del mismo.
- **Actuaciones a llevar a cabo en caso de detección de fraude.**

La detección de posible fraude, o su sospecha, conllevará la inmediata suspensión del procedimiento de gestión de las operaciones afectadas, la notificación de tal circunstancia en el más breve plazo posible a los organismos implicados en la realización de las operaciones, revisando los controles que hayan podido estar expuestos. Fundación ONCE, dentro de su ámbito de responsabilidad, gestiona la adecuada coordinación al menos con las siguientes instancias:

- Analizar y evaluar los resultados de las matrices de riesgos por métodos de gestión elaboradas por las entidades ejecutoras / beneficiarios y proponer las recomendaciones oportunas.
- Proponer la adopción de las medidas necesarias para corregir y mitigar el riesgo de repetición en el futuro de irregularidades sistémicas.
- Autoridad de Gestión, mediante la notificación que esta prevea en sus procedimientos con respecto al Organismo Intermedio.
- Autoridad de Auditoría, mediante la notificación de los casos;
- Autoridades nacionales competentes en la investigación del fraude, en particular el Servicio Nacional de Coordinación Antifraude, a través del cual se canalizará la relación con la OLAF;
- Comisión Europea, a través del informe anual, incluyendo informe de las medidas antifraude;
- OLAF (a la que los beneficiarios pueden acudir directamente).

- Llevar a cabo el seguimiento de la correcta aplicación de las medidas adecuadas de detección de indicadores de alerta y fraude (banderas rojas).
- Llevar a cabo el seguimiento de las recomendaciones efectuadas por la Autoridad de Gestión respecto a la revisión de procesos, procedimientos o controles relacionados con el fraude potencial o real, para identificar potenciales fallos ocurridos.

7.3 Medidas de CORRECCIÓN del fraude

En caso de detectar alguna irregularidad en relación con el fraude, se realiza un plan de acción que se eleva ante el Subcomité de Gestión del PO, quien posteriormente lo eleva al Comité de Auditoría, siendo este último quien insta a su implantación. En caso de confirmarse una irregularidad, se iniciará el procedimiento de irregularidades y recuperaciones (en caso de haber sido ya declarado el gasto a la AG) que garantizará la correcta comunicación a la Autoridad de Gestión, conforme al procedimiento habitual establecido por la Autoridad de Gestión y la Autoridad de Certificación.

El procedimiento de irregularidades y recuperaciones consiste en:

- Si se detecta la irregularidad con carácter previo a su certificación, Fundación ONCE optará por la retirada de los importes irregulares, ya que se busca la mayor inmediatez posible en su corrección. En caso de que Fundación ONCE ya hubiera efectuado el pago al beneficiario/destinatario, en las siguientes solicitudes de reembolso que se hagan con el beneficiario/destinatario en cuestión, Fundación ONCE minorará esa cantidad irregular. En caso de que Fundación ONCE no hubiese pagado aún al beneficiario/destinatario, el pago quedará paralizado hasta que se realice una verificación más exhaustiva de la potencial irregularidad.
- Si no existe opción de retirada de la certificación porque la irregularidad se detecte con carácter posterior a la emisión de la misma, se procederá de acuerdo con las instrucciones siguientes:
 - o Se emitirá una certificación negativa por el importe irregular, eliminando así con inmediatez el importe

- irregular presentado y se abrirá un expediente de reintegro al beneficiario/destinatario.
- Cuando no exista la posibilidad de certificación negativa, Fundación ONCE reintegrará la cantidad irregular a través del Tesoro Público abriendo un expediente de reintegro al beneficiario/destinatario.
- Por otro lado, si se da la situación de importes irregulares que la AG haya reembolsado a Fundación ONCE, cuando no exista posibilidad de retirada en posteriores certificaciones, Fundación ONCE reintegrará la cantidad irregular a través del Tesoro Público, asumiendo el gasto en caso de que el beneficiario/destinatario no devuelva dicho importe a Fundación ONCE.
 - Detectado el fraude se impone la revisión/evaluación de los sistemas de control internos, a fin corregir lo sucedido y prevenir que vuelva a repetirse. La realización de un control retrospectivo para detectar las operaciones afectadas por la irregularidad y determinar el importe identificado como error sistémico. Para ello se revisarán, en su caso, la totalidad de los expedientes/operaciones integrados en esa convocatoria /eje y/o aquellos que tengan una naturaleza económica análoga.
 - Las irregularidades que puedan ser constitutivas de fraude se clasificarán como “sospecha de fraude” a efectos de su posterior comunicación, en su caso, a la Comisión Europea. No procede iniciar ningún procedimiento de recuperación hasta que se constate la existencia de dicha irregularidad en la resolución que pusiera fin al procedimiento administrativo o judicial. Si el riesgo detectado afecta a:
 - únicamente a los sistemas de gestión: se comunica la situación internamente y se proponen soluciones.
 - operaciones específicas: se realiza una revisión de controles, adopción de un plan de acción, correcciones financieras o implementación de mecanismos para la recuperación de importes indebidos. En su caso, comunicación para apertura de diligencia de inspección y comunicación a la AA.

Una vez resuelto el procedimiento administrativo o judicial, se clasificarán como “fraude constatado” o se elimina la clasificación de “sospecha de fraude”.

- Fundación ONCE conservará un registro en sus sistemas y, en su caso, en SAP y en FSE 14-20 de todas las certificaciones negativas, por el importe del gasto irregular detectado por la acción correctora una vez validada por el órgano competente (AA o AG). Se procederá, en este caso, a la retirada de la financiación europea de todos aquellos expedientes que puedan verse afectados por la incidencia detectada y de todas las comunicaciones mantenidas ante las autoridades competentes en caso de existencia de sospechas de fraude.
- Finalmente, por lo que se refiere a las irregularidades y sospechas de fraude en operaciones o proyectos que estén siendo objeto de un procedimiento judicial de carácter penal, se seguirá el procedimiento establecido por el Servicio Nacional de Coordinación Antifraude.

7.4 Medidas de PERSECUCIÓN del fraude

Una vez instado el plan de acción, el Subcomité de Gestión del PO valora en sucesivas reuniones su efectividad. Asimismo, dentro de las tareas de Auditoría Interna se hará seguimiento de la efectividad y adecuado funcionamiento de los controles adicionales implantados a raíz del plan de acción. Cabe destacar como medida de seguimiento y persecución el procedimiento de irregularidades y recuperaciones, es de aplicación tanto en caso de detectar una irregularidad como una sospecha de fraude.

Finalizado el procedimiento de corrección se llevará a cabo un procedimiento de seguimiento y persecución del fraude / Plan de acción:

- Comunicación a los respectivos beneficiarios y a la asistencia técnica encargada de las verificaciones de las medidas necesarias a adoptar para subsanar la debilidad detectada, de forma que las incidencias encontradas no vuelvan a producirse.
- Una revisión objetiva y crítica de los procesos, procedimientos y controles de gestión relacionados con el fraude.

- Velar por que se cumpla el principio de que, detectado un posible fraude, o su sospecha, se produzca la inmediata suspensión de la gestión de las operaciones afectadas.
- Un seguimiento del cumplimiento de las medidas correctoras de los puntos débiles detectados, recogidos en el manual de procedimiento. Así como, la recuperación de los importes gastados fraudulentamente.
- Inclusión de correcciones, si aplicara, en las bases reguladoras/ convocatorias de subvenciones y/o resoluciones de convocatorias en el caso de ayudas cofinanciadas financiadas con el FSE, así como en los PCAP, documentos contractuales de contratos y toda aquella documentación de proyectos cofinanciados. Igualmente, su comunicación a los beneficiarios afectados.
También, se procederá a realizar una revisión y modificación, si fuese necesario, en la descripción de sistemas de gestión y control y el manual de procedimientos de Fundación ONCE, para establecer los mecanismos oportunos que detecten las referidas incidencias en las fases de verificación. Además, si se produjese el caso, de un enlace directo en las páginas webs de la AG y resto de OI, dentro del apartado destinado a medidas antifraude.
- Por su parte, además, se planteará la adopción de medidas de mejora de los sistemas informáticos y de la pista de auditoría.
- Inclusión de un apartado dentro del Resumen anual de control sobre los casos y sospechas de fraude detectados durante el año a que se refiere el informe.
- Se llevará un exhaustivo seguimiento de los casos incluidos en el Registro de posibles sospechas de fraude para revisar y mejorar procedimientos internos, retorno de experiencias y difusión a las partes implicadas.
- En todo caso se mantendrá informada al AG, AC y AA, de las medidas correctoras implantadas y el seguimiento de las mismas, del importe verificado como error en el control retrospectivo y el estado de la retirada/descertificación de dicho importe. El Equipo de Control de la UAFSE será el responsable

del seguimiento de las irregularidades notificadas y, en su caso, de los procedimientos administrativos y judiciales relacionados con las mismas.

Cuando las incidencias detectadas no supongan perjuicio económico a los intereses de la Comisión, se indicarán las medidas a tomar para su subsanación y se hará un seguimiento de la adopción e implantación de las recomendaciones realizadas.



7.5 Sistema de Compliance Penal

Fundación ONCE dispone de un **Sistema de Compliance Penal** documentado mediante:

- Documento de Evaluación de Riesgos Penales
- Matriz de riesgos penales y controles
- Política de Compliance penal
- Documento vertebrador del Sistema de gestión de Compliance penal ('Sistema de Gestión de Compliance Penal')

Dichos documentos establecen las actuaciones y controles a implementar en la Organización con objeto de mitigar los riesgos relativos a la eventual comisión de conductas irregulares no acordes a la Política de Compliance Penal de la Organización, y/o delictivas aplicables a las personas jurídicas en España.

Este **Sistema de Gestión de Compliance penal** permite a Fundación ONCE responder a tiempo ante aquellas situaciones de Riesgo penal a las que pueda enfrentarse la Organización en el ejercicio de su actividad ordinaria. Se trata de un sistema de organización y gestión para la prevención de delitos, cuyo objetivo es la prevención, detección y gestión de Riesgos penales mediante su integración en los procesos de negocio, así como la medición para su mejora continua.

Las principales normas y procedimientos que dan soporte al **Sistema de Gestión de Compliance penal** son:

- Código Ético de la Fundación ONCE, cuyo objetivo es plasmar los valores éticos de Fundación ONCE y las pautas para actuar conforme a dichos valores.
- La Política de Compliance penal. Este documento refleja el compromiso de cumplimiento del Patronato y de la Alta dirección de Fundación ONCE, así como los principales objetivos estratégicos de la Organización en dicha materia, incluyendo su determinación de no tolerar en su seno ninguna conducta que pueda ser constitutiva de delito.
- El Catálogo de conductas prohibidas y parámetros de comportamiento esperados. En este documento se plasma el listado de delitos aplicables a las personas jurídicas en los términos previstos por la legislación penal española, así como una breve descripción de cada uno de ellos y las conductas que se esperan de sus destinatarios para su prevención, detección o gestión temprana.

A fin de conocer cuáles son los Riesgos penales que amenazan a la Organización, Fundación ONCE lleva a cabo una **Evaluación de los Riesgos penales** documentada para su identificación, análisis y valoración, en los términos que derivan del Código penal español.

Tras la evaluación de los Riesgos penales, la Fundación elabora un Mapa de Riesgos penales, a los efectos de priorizar dichos Riesgos, y poder desarrollar una gestión responsable de recursos para su prevención, detección y gestión temprana.

Junto a la evaluación de los Riesgos penales y tras su ordenación en un mapa de Riesgos penales priorizado, la Fundación ONCE identifica los controles existentes (de alto nivel –que se proyectan sobre un amplio espectro de Riesgos penales- y controles específicos, cuyo alcance se reduce a algunos de ellos en particular), para su prevención, detección o para mitigar los efectos derivados de su comisión.

La relación entre dichos controles y los Riesgos penales sobre los que se proyectan se plasman en una **Matriz de Riesgos Penales y Controles**, que recoge una serie de datos que ayudan a inventariar y tomar conciencia del entorno de control penal en la Organización.

El **Órgano de Prevención Penal** (OPP) de Fundación ONCE es el principal responsable de la vigilancia del cumplimiento del Sistema de gestión de Compliance penal, y ha definido la siguiente Matriz:

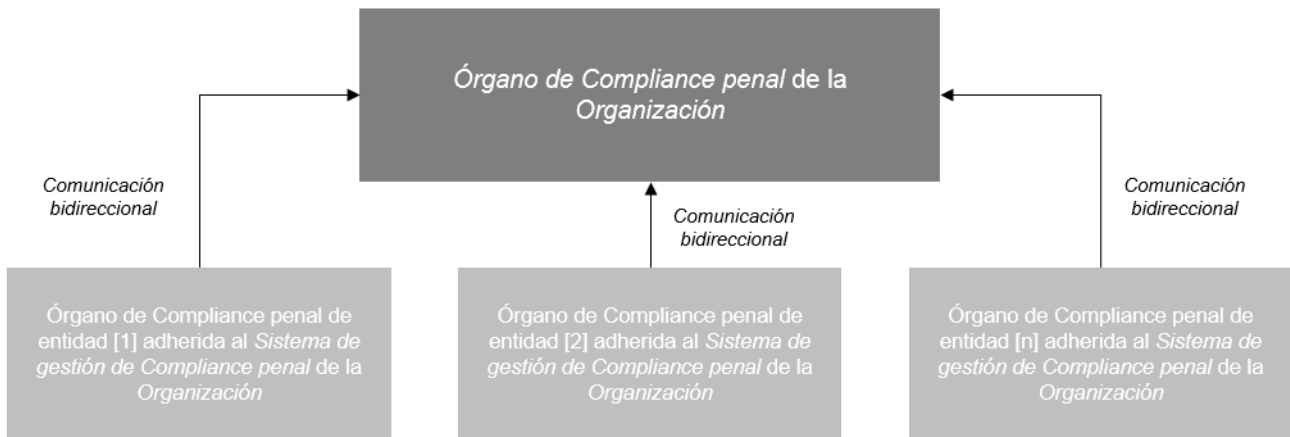
Matriz de posiciones por perfil de riesgo		
Riesgo	Posición	Categoría
ALTO	Miembros del Órgano rector	<i>Poder para representar a la Organización ante terceros y/o para la toma de decisiones/aprobaciones clave.</i>
	Presidente	
	Vicepresidentes	
	Director General	
	Secretario General	
	Miembros de Comités	
	Miembros de Comisiones	
	Responsable de Auditoría Interna	
	Responsable del Área de Alianzas y Relaciones Sociales e Internacionales	
	Responsable de la Dirección de Accesibilidad e Innovación	
	Responsable de la Dirección de Formación y Empleo, Operaciones y Transformación	
	Responsable de la Dirección de Programas con Universidades y Promoción del Talento Joven	
	Responsable de la Dirección de Personas, Talento y cultura Corporativa	
Responsable de la Dirección Adjunta de Formación y Empleo y Transformación		
MEDIO	Responsables de Unidades y Unidades Técnicas	<i>Poder para la toma de decisiones/aprobaciones de nivel medio</i>
	Responsables de áreas comerciales	
	Otras mandos intermedios.	

Matriz de posiciones por perfil de riesgo		
Riesgo	Posición	Categoría
	Empleados que en el desempeño de sus funciones mantienen relaciones con funcionarios públicos (obtención de subvenciones)	<i>Actividades que pueden suponer un riesgo penal para la Organización</i>
	Empleados de los departamentos de RRHH	
	Personal encargado de gestionar las compras.	
	Personal con capacidad de contratar con terceros.	
	Personal encargado de dar de alta a proveedores	
	Personal del departamento de contabilidad, administración y recursos humanos encargados del pago a empleados y terceros.	
	Personal que trate datos de carácter personal (Documento de identidad, cuadros médicos, datos fiscales, etc.)	
	Personal externo que lleva a cabo actividades para la Organización en sus instalaciones a medio y largo plazo	
BAJO	Resto de personal no incluido en la clasificación de riesgos anteriores	

NOTA: Esta categorización profesional no está directamente relacionada con el grupo profesional y el nivel de cada puesto de trabajo.

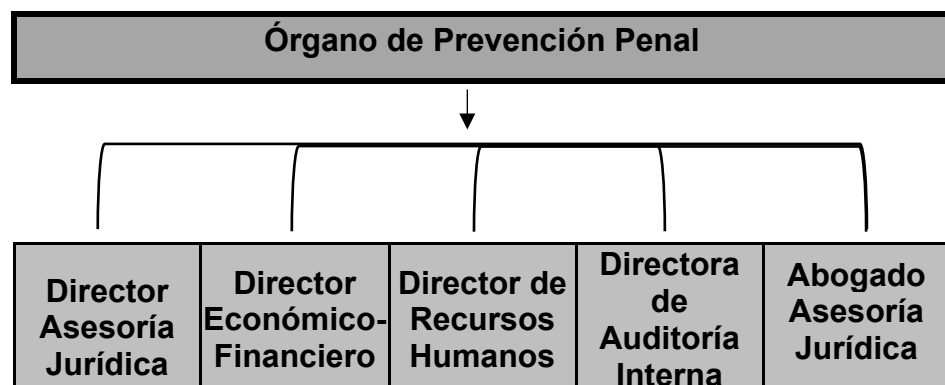
El **OPP** es un órgano dotado de poderes autónomos de iniciativa y control, al que se le confía la responsabilidad de supervisar el funcionamiento y observancia del Sistema de gestión de Compliance penal. Por lo tanto, los Miembros de la Organización tienen la obligación de facilitarle de manera inmediata la información que éste solicite de forma directa o a través de sus delegados de Compliance penal.

A continuación, se muestran los cauces de comunicación entre el Órgano de Prevención Penal de Fundación ONCE y los delegados de Compliance penal de las entidades del Perímetro de control penal:



Las funciones principales del OPP son:

- Supervisar y velar por el cumplimiento efectivo del Modelo de Prevención Penal.
- Adoptar e implementar cuantas decisiones y medidas considere necesarias en materia de prevención penal.
- Las funciones que se le puedan encomendar por el Consejo General o por el Observatorio Coordinador del Grupo Social ONCE.
- Función de Compliance penal de la Organización, que está integrada por el Órgano de Prevención Penal de Fundación ONCE, cuya composición es la que figura a continuación:
-



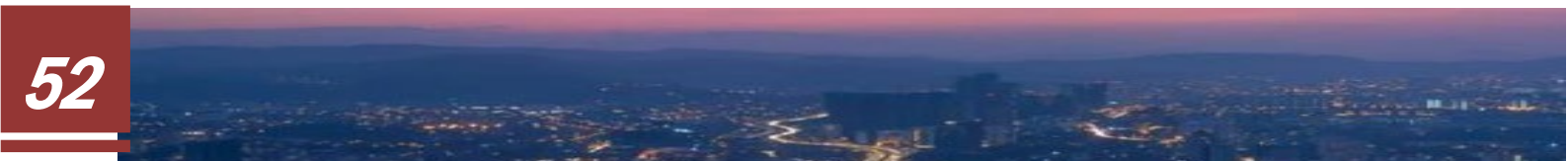
Desde la aprobación en 2018 de la **Política de Compliance penal** de la Organización (**ANEXO 8**), la Fundación ONCE ha emprendido distintas actuaciones encaminadas a robustecer la supervisión de aquellas actividades que desarrolla que pudieran suponer un riesgo penal, fortaleciendo así el entorno de control en esta materia. En este sentido, el OPP aprobó en 2020 el **Procedimiento de Debida Diligencia Interna (ANEXO 9)**, cuyo objeto es establecer los procesos de debida diligencia interna adecuados en la contratación de candidatos/as y en la evaluación del desempeño de los miembros de la organización, y el **Procedimiento de Gestión e Investigación de Denuncias (ANEXO 7.)**, que, tal como hemos visto anteriormente, pretende establecer las normas de funcionamiento para la gestión e investigación de notificaciones recibidas a través del Canal de Denuncias.

Asimismo, durante 2020 se han desarrollado diversas acciones formativas en materia de compliance dirigidas tanto al equipo directivo como a otros profesionales, destacando las relativas a ciberseguridad y seguridad de la información

8. ANEXOS

ANEXO 1. Sistema Integrado de Gestión de Riesgos	52
ANEXO 2. DECLARACIÓN INSTITUCIONAL DE FUNDACIÓN ONCE CONTRA EL FRAUDE	53
ANEXO 3. CÓDIGO ÉTICO Y DE BUENA CONDUCTA	54
ANEXO 4. Declaración de cumplimiento de legalidad	55
ANEXO 5. INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO Y LUCHA CONTRA EL FRAUDE (MATRIZ DE RIESGOS)	56
ANEXO 6. Procedimiento de Gestión e Investigación de Denuncias	57
ANEXO 7. Sistema de gestión de Compliance Penal	58
ANEXO 8. Procedimiento de Debida Diligencia Interna	59
ANEXO 9. GUIA COMISION EUROPEA EGESIF_14-0021-00.....	60

8.1 ANEXO 1. Sistema Integrado de Gestión de Riesgos



Política de Gestión de Riesgos y Modelo de Seguimiento del Área Ejecutiva de la Fundación ONCE

Sistema Integrado de Gestión de Riesgos



Versión: 3	Fecha: 17/11/2022	Aprobación: Subcomité de Riesgos del 24/11/2022. Comité Directivo: 29/11/2022
-------------------	--------------------------	--

Índice

1.	Introducción al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos del Área Ejecutiva de Fundación ONCE.....	3
2.	Objetivos y Alcance del Documento.....	4
2.1.	Objetivos.....	4
2.2.	Alcance.....	4
3.	Modelos de Referencia.....	6
3.1.	ISO 31000.....	6
3.2.	Modelo COSO.....	7
4.	Metodología de Gestión de Riesgos para el Área Ejecutiva de la Fundación ONCE	9
4.1.	Proceso Continuo de Gestión de Riesgos.....	23
4.1.1.	<i>Identificación y evaluación de los riesgos que pueden afectar al Área.....</i>	<i>24</i>
4.1.2.	<i>Identificación de controles.....</i>	<i>29</i>
4.1.3.	<i>Identificación de los procesos en los que se producen dichos riesgos y controles.....</i>	<i>28</i>
4.1.4.	<i>Evaluación de los controles.....</i>	<i>37</i>
4.1.5.	<i>Diseño de planes de acción como respuesta a los riesgos.....</i>	<i>37</i>
4.2.	Roles y Responsabilidades.....	39
4.2.1.	<i>Responsable del Riesgo.....</i>	<i>41</i>
4.2.2.	<i>Coordinador de Riesgos.....</i>	<i>42</i>
4.2.3.	<i>Subcomité de Riesgos.....</i>	<i>43</i>
4.2.4.	<i>Comité Directivo.....</i>	<i>45</i>
4.3.	Modelo de Seguimiento del Área Ejecutiva de la Fundación ONCE	46
4.3.1.	<i>Reporting: Responsables de controles/indicadores al Responsable del Riesgo.....</i>	<i>46</i>
4.3.2.	<i>Reporting: Responsables de Riesgos al Coordinador de Riesgos.....</i>	<i>48</i>
4.3.3.	<i>Reporting: Coordinador de Riesgos al Subcomité de Riesgos.....</i>	<i>50</i>
4.3.4.	<i>Reporting: Subcomité de Riesgos al Comité de Dirección.....</i>	<i>52</i>
4.4.	Fichas de Riesgo.....	52
5.	Anexo I: Modelo de Riesgos del Área Ejecutiva de la Fundación ONCE	56
7.	Anexo II: Matriz de los quince Riesgos más críticos, Indicadores, Controles, Procesos y Procedimientos del Área Ejecutiva de la Fundación ONCE.....	.65

1. Introducción al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos del Área Ejecutiva de la Fundación ONCE

El riesgo es un elemento inherente a toda actividad económica y se define como la incertidumbre de que ocurra un acontecimiento o acción que pudiera afectar adversamente a la habilidad de una organización para maximizar su valor para los grupos de interés y para lograr sus objetivos; supone tanto la posibilidad de que las amenazas se materialicen como de que las oportunidades no se alcancen.

Una organización necesita tener los procesos y sistemas de gestión necesarios para identificar los riesgos asociados a sus actividades, evaluarlos y responder adecuadamente a los mismos. La gestión de riesgos es el proceso efectuado por el Consejo de Administración u órgano similar de una organización, su Dirección y el restante personal, aplicable a la definición de estrategias en toda la organización y diseñado para identificar eventos potenciales que le puedan afectar, gestionar sus riesgos dentro del riesgo aceptado y proporcionar una seguridad razonable sobre el logro de objetivos (*COSO ERM, 2004*).

El sistema de gestión de riesgos de una entidad o empresa puede depender de factores como su filosofía, modelo organizativo, sector de actividad, tamaño, o complejidad de la organización; sin embargo, a partir de cierto grado de madurez de la gestión de riesgos, se precisa de un modelo integrado y eficaz que:

- posibilite la identificación y evaluación proactiva y eficiente de los riesgos a nivel de la organización, así como su monitorización y seguimiento continuos,
- integre, coordine y dirija los distintos esfuerzos que, en materia de gestión de riesgos, esté realizando la organización,
- permita obtener una aceptación responsable del riesgo y refuerce la responsabilidad del empleado de la organización y,
- vele por que los sistemas de control estén alineados respecto a los riesgos reales de la organización.

Este modelo recibe el nombre de Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) o Enterprise Risk Management (ERM). En el presente documento se describe la metodología del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos del Área Ejecutiva de la Fundación ONCE, formada por la propia Fundación, las Asociaciones Inserta Empleo e Inserta Innovación y la empresa Servimedia (en adelante, el Área) e incluye tanto la Política de Gestión de Riesgos como el Modelo de Seguimiento (información y reporting) del SIGR del Área.

2. Objetivos y Alcance del Documento.

2.1. Objetivos.

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos del Área debe adaptarse a su realidad, de forma que le resulte de utilidad para la toma de decisiones al Comité Directivo y que le permita:

- priorizar sus objetivos estratégicos,
- alinear los objetivos de las distintas Direcciones Generales, Direcciones, Direcciones Técnicas y Unidades, y
- realimentar la estrategia del Área, para mantenerla así alineada con las expectativas del Movimiento Asociativo y el resto de los grupos de interés

El objetivo del presente documento es definir la metodología del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos del Área, para que esté alineada con los principales estándares en materia de gestión de riesgos, en particular con los establecidos en el estándar internacional ISO 31000[FMH1] (cuya actualización es de 2018), como estándar de referencia específico sobre Gestión de Riesgos, y el modelo COSO (tanto su marco general, conocido como COSO III – última versión de 2013 –, como la versión específica asociada a la gestión de riesgos COSO ERM – última versión de 2017), uno de los Marcos de Gestión de Riesgos más acreditados, y que permita al Área seguir avanzando en su proceso de mejora continua, y lograr los fines anteriormente expuestos.

2.2. Alcance.

El alcance de la metodología viene definido por una doble vertiente, por un lado, se describirán y analizarán los **componentes y actividades del propio proceso** de gestión de riesgos:

- identificación y evaluación de los riesgos que puedan afectar a la consecución de los objetivos del Área,
- identificación de controles,
- identificación de los procesos en los que se producen dichos riesgos y controles (procesos críticos),
- diseño de planes de acción como respuesta al riesgo, y

- evaluación de la eficacia de los controles y actividades de respuesta sobre los riesgos que afectan al Área.

Y, por otro lado, se definirá el **enfoque organizativo y el modelo de roles y responsabilidades** necesario en un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, sin el cual las actividades anteriores pueden quedar desvinculadas o no alineadas respecto a los riesgos reales del Área, y consecuentemente, aumentar las posibilidades de que las oportunidades de negocio no se alcancen y los riesgos se puedan materializar.

Por último, se definirá el **Modelo de Seguimiento** (Información y Reporting) de las actividades de Gestión de Riesgos.

En el punto 4 del presente documento “Metodología de Gestión de Riesgos y Control Interno para el Área Ejecutiva de Fundación ONCE” se expone de forma detallada cada uno de los elementos del SIGR, para cuyo desarrollo se ha tenido en cuenta la filosofía (propósito/misión, visión y valores), modelo organizativo y estructura de la Fundación ONCE, adaptando los componentes y actividades a las necesidades particulares del Área.

Además, se ha realizado un análisis preliminar para los 15 riesgos más relevantes del Área, (a partir de la valoración realizada en el Mapa de Riesgos) identificando los eventos y controles existentes para los mismos, realizando su asociación a procesos y proponiendo indicadores de riesgo (KRI's) para realizar su seguimiento. A continuación, se ha documentado la información principal para el seguimiento de la gestión de los riesgos críticos en una “ficha de riesgos” que contiene los aspectos más relevantes a considerar (en el punto 4.4 “Fichas de Riesgo” se incluyen las fichas de riesgo preparadas en la Evaluación de Riesgos y que han sido reevaluadas de manera periódica), siguiendo las instrucciones identificadas en la metodología, siendo la más reciente en el año 2022. (4.3.2 “Reporting: Responsables de Riesgos al Subcomité de Riesgos” se incluye un modelo de reporting de ficha de riesgos).

Por último, es necesario señalar que este documento servirá de base para la elaboración de los “Planes de Acción” del Área, en los que se determinarán las actividades concretas a realizar en materia de gestión de riesgos, sus responsables, y plazos, permitiendo así asentar las funciones de gestión de riesgos en el Área y alcanzar un mayor grado de madurez en este ámbito.

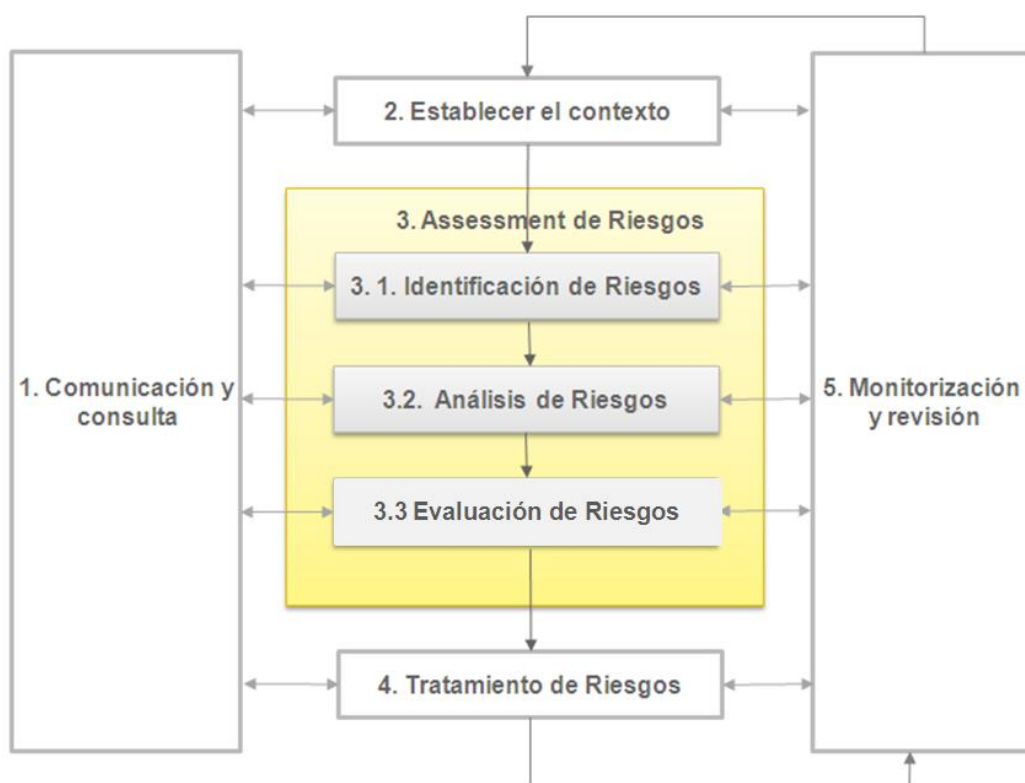
3. Modelos de Referencia.

La metodología propuesta tiene como referencia el estándar internacional ISO 31000 (2018), como estándar de referencia específico sobre Gestión de Riesgos y el modelo COSO de Gestión de Riesgos Corporativos y está alineada con los mismos.

A continuación, describimos brevemente los principales componentes de dichos modelos:

3.1. ISO 31000 (2018)

A partir de la definición de un Marco de Referencia (Framework) el proceso de gestión de riesgos de una entidad cubriría los siguientes componentes:



1. La comunicación y consulta con los grupos de interés del Área, así como el análisis del contexto interno y externo, son el primer paso para caracterizar el modelo de gestión de riesgos / control interno, según ISO 31000 (cuya última versión es del 2018).
2. La identificación de riesgos persigue concretar aquellos riesgos que pueden

afectar al cumplimiento de objetivos de la organización.

3. Con el análisis de los riesgos se ha de determinar el origen/causa de los riesgos, la probabilidad de ocurrencia de estos y su potencial impacto.
4. La evaluación de los riesgos permite determinar si el nivel de estos está en un nivel aceptable respecto a la tolerancia al riesgo, así como realizar una valoración preliminar de la situación de partida de Control.
5. El tratamiento de los riesgos es un proceso iterativo en tanto el riesgo se sitúe en un nivel aceptable conforme la tolerancia o apetito al riesgo.
6. La revisión y mejora continua del modelo de control interno es otro elemento clave del enfoque ISO 31000.

3.2. Modelo COSO.

La Metodología COSO establece que *“El sistema integrado de gestión de riesgos es un proceso, que lleva a cabo por el consejo de administración, la dirección y otro personal de la compañía, que se aplica en la fijación de la estrategia de la compañía y a lo largo de toda la organización, diseñado para identificar eventos potenciales que puedan afectar a la entidad y gestionar riesgos de acuerdo con el apetito al riesgo definido de forma que garantiza un aseguramiento razonable de la consecución de los objetivos de la organización”*.

En junio 2017 se publicó el documento: “Enterprise Risk Management - Integrating with Strategy and Performance”, que presenta las siguientes características:

- Conecta los riesgos con las múltiples expectativas de los grupos de interés.
- Posiciona los riesgos como parte del día a día de la organización en lugar de una actividad aislada.
- Permite a las organizaciones anticipar mejor el riesgo.
- Enfatiza el papel de la gestión de riesgos en el establecimiento y ejecución de la estrategia.

Una gestión de riesgos integrada con el establecimiento de la estrategia permite un mejor entendimiento de los siguientes aspectos:

- Cómo el propósito/misión, visión y valores conforman la expresión inicial del riesgo aceptable para el establecimiento de la estrategia.

- La posibilidad de que la estrategia o los objetivos de negocio no se encuentren alineados con el propósito/misión, visión y valores fijados.
- El tipo y exposición de riesgo que la entidad está potencialmente asumiendo como consecuencia de la estrategia.
- El tipo y exposición al riesgo en la ejecución de la estrategia.

Componentes de la Gestión de Riesgos

- **Gobierno y cultura:**

La gobernanza y cultura del riesgo forman una base para todos los demás componentes de la gestión del riesgo.

La gobernanza define y establece responsabilidades de la supervisión de la gestión de riesgos.

La cultura define los valores éticos, los comportamientos deseados y la comprensión del riesgo en la entidad.

- **Riesgo, Estrategia y Objetivos**

La gestión de riesgos del Área se integra en el plan estratégico de la entidad a través del proceso del establecimiento de la estrategia y de los objetivos de negocio. La organización determina su apetito al riesgo al mismo tiempo que determina su estrategia.

Los objetivos permiten poner en práctica la estrategia definida y marcar el día a día de la entidad.

- **Riesgo en la Ejecución**

La organización identifica y evalúa los riesgos que pueden afectar a la capacidad para alcanzar su estrategia y sus objetivos.

Prioriza los riesgos según su gravedad y el apetito de riesgo de la entidad.

Después, selecciona las respuestas ante el riesgo y monitoriza el cambio. Se obtiene la cartera de riesgos que afectan a la organización para cumplir la estrategia.

- **Información de Riesgos, Comunicación e Informes**

La administración utiliza información relevante y de calidad de fuentes internas y externas para apoyar la gestión de los riesgos. La organización aprovecha los sistemas de información para capturar, procesar y administrar los datos y la información.

- **Supervisión de la Gestión de Riesgos**

La supervisión del desempeño de la gestión de riesgos en la organización puede permitir evaluar el correcto funcionamiento de los componentes de la gestión de riesgos a lo largo del tiempo y ante cambios importantes. Metodología de Gestión de Riesgos para el Área Ejecutiva de la Fundación ONCE

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR), tiene dos componentes:

- La Política de Gestión de Riesgos, con las actividades propias de gestión de riesgos (identificación y evaluación de riesgos, actividades de respuesta y control) y la estructura organizativa y de roles y responsabilidades que da soporte al funcionamiento del SIGR;
- El Modelo de Seguimiento (información y reporting) del mismo del SIGR.

A continuación, indicamos cuáles son los elementos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, junto con una breve explicación de estos, los cuales se desarrollarán más adelante en este mismo documento.

- El primer elemento del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos del Área son los **Objetivos del Área, aquellas** metas que permiten la consecución de su misión:

○ **PROPÓSITO/MISION:**

Fundación ONCE	Inserta Empleo	Inserta Innovación	Servimedia
<p><i>Propósito: Desde la discapacidad, transformando vidas, alcanzando sueños.</i></p> <p><i>Fundación ONCE contribuye a la plena inclusión social de las personas con discapacidad, haciendo efectivo el principio de igualdad de oportunidades y no discriminación</i></p>	<p><i>Propósito: Desde la discapacidad, transformando vidas, alcanzando sueños.</i></p> <p><i>Inserta Empleo presta servicios de intermediación laboral, captación y desarrollo de talento con discapacidad y gestión del empleo, con el objetivo de lograr la inserción laboral de las personas con discapacidad.</i></p>	<p><i>Propósito: Desde la discapacidad, transformando vidas, alcanzando sueños.</i></p> <p><i>Inserta Innovación desarrolla en colaboración con otras entidades, proyectos y programas dirigidos a la promoción del empleo de personas con discapacidad, siendo centro de puesta en común de reflexiones sobre iniciativas que con este objetivo puedan ser impulsadas.</i></p>	<p><i>Propósito: Desde la discapacidad, transformando vidas, alcanzando sueños.</i></p> <p><i>Ofrecer servicios de información y comunicación de alto valor añadido y ajustado a las necesidades y expectativas de sus clientes.</i></p>

○ **VISION:**

Fundación ONCE	Inserta Empleo	Inserta Innovación	Servimedia
<p><i>Ser la entidad de referencia para la creación de empleo de calidad, la formación y la accesibilidad universal para las personas con discapacidad como elementos clave para su inclusión</i></p>	<p><i>Ser el referente nacional en impulsar y hacer realidad la inclusión sociolaboral de personas con discapacidad, a través de la prestación de servicios innovadores y de calidad a empleadores, personas y grupos de interés</i></p>	<p><i>Ser una entidad de referencia en la generación de valor social, suministrando servicios innovadores que propicien dar respuesta a nuevas y diferentes necesidades de sus clientes, desarrollando modelos y procesos de intervención de alto impacto social, utilizando las nuevas tecnologías y las redes sociales como vías de comunicación y prestación del servicio.</i></p>	<p><i>Ser la entidad de referencia para proveer información y comunicación social, basados en el compromiso y la transparencia en la información.</i></p>

El Plan Estratégico de Fundación ONCE es la herramienta fundamental que determina cómo desarrollar el propósito del Área y cuáles son los objetivos clave a alcanzar.

De acuerdo con el Plan Estratégico formalizado para el período 2020-2023, horizonte 2022-2025, las líneas estratégicas de la Fundación ONCE son las siguientes:

1. “Una Fundación ONCE en constante evolución”.
2. Adaptar la formación y el desarrollo de competencias al contexto del mercado laboral
3. Diversificar y agilizar la manera de abordar la inclusión laboral de las PCD
4. Responder a los nuevos retos de la Accesibilidad Universal
5. Potenciar las alianzas clave que contribuyen al propósito de Fundación ONCE
6. Promover el Desarrollo del Talento y el Cuidado continuo de nuestras personas
7. Consolidar los recursos con efecto multiplicador sobre la actividad de Fundación ONCE y captar otros recursos adicionales
8. Fortalecer la dimensión social, institucional y la discapacidad en la Sostenibilidad, consolidando un desempeño ejemplar en materia de ASG
9. Potenciar la generación y difusión de conocimiento sobre las PCD
10. Apoyar la educación de las PCD de la mano del CERMI en el contexto de la transformación de los sistemas enseñanza y aprendizaje
11. Relaciones sociales, internacionales e inteligencia estratégica

En el Plan Estratégico formalizado para el período 2020-2023, horizonte 2022-2025, se destacan los siguientes aspectos:

- *Durante la vigencia del Acuerdo General del GSO con el Gobierno de 2022, que abarca un periodo de 10 años, la ONCE se compromete a crear a través de la intermediación laboral efectuada por las entidades del Grupo Social ONCE, y en las empresas y entidades dependientes del Grupo Social*

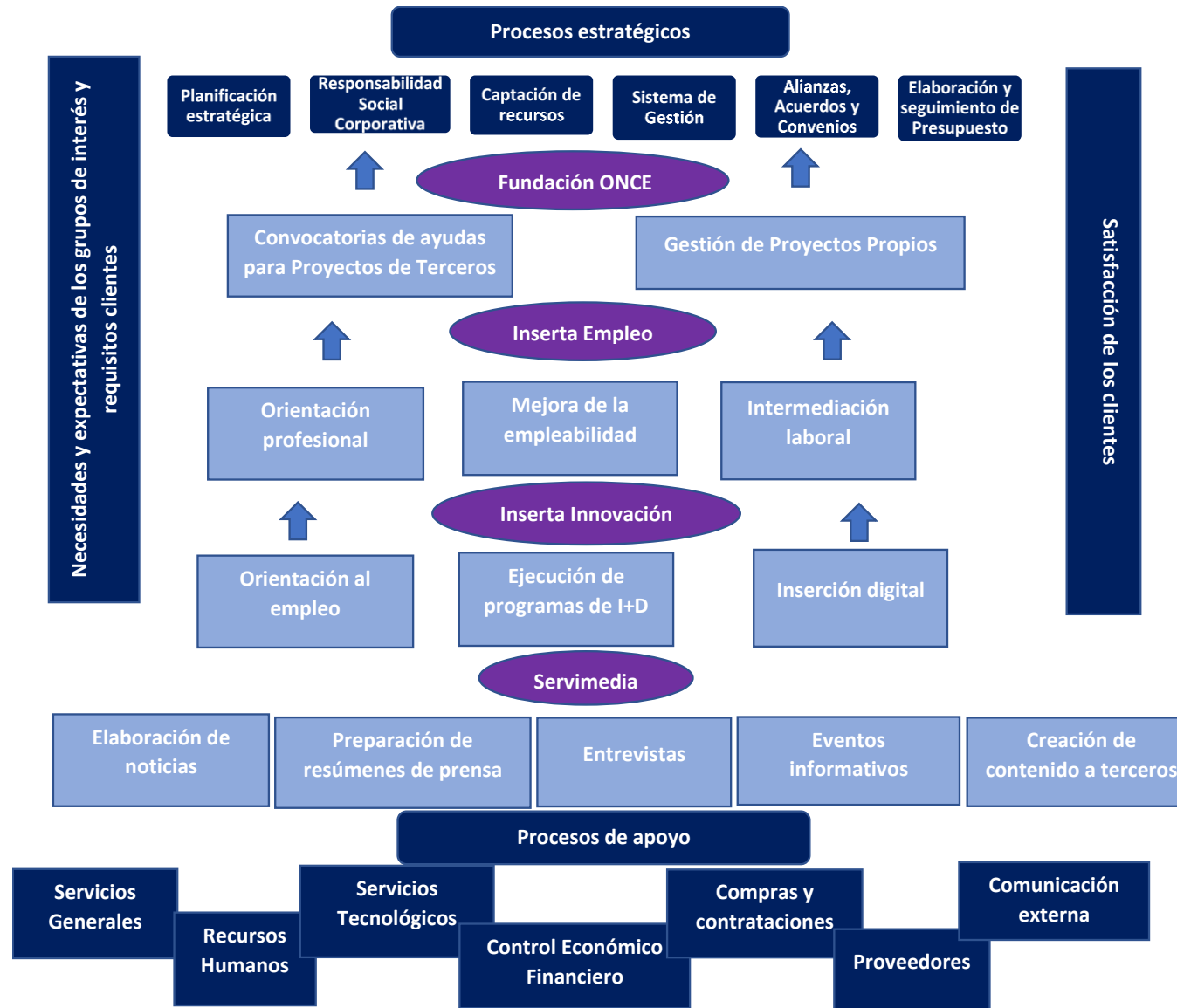
ONCE, 25.000 nuevos puestos de trabajo y plazas ocupacionales para personas con discapacidad, con un promedio estimado de 2.500 por año.

- *De estos 25.000 nuevos puestos de trabajo y plazas ocupacionales, al menos un 80% serán puestos de trabajo.*
- *De los puestos de trabajo mencionados en los dos párrafos anteriores, 5.000 se generarán en áreas relacionadas con la ciencia, la sostenibilidad y en aquellos puestos en cuyo desempeño la tecnología tenga un papel relevante. Este esfuerzo adicional se llevará a cabo para adaptar nuestras acciones a la nueva realidad del mercado laboral.*
- *Se considerarán incluidas en el concepto de empleo las plazas ocupacionales, entre otras, las plazas en talleres y centros ocupacionales financiados total o parcialmente con fondos provenientes de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.*
- *Además, la ONCE se compromete a impulsar y desarrollar por medio de las entidades del Grupo Social ONCE acciones formativas a favor de 100.000 personas beneficiarias con discapacidad, con un promedio estimado de 10.000 por año. Este ingente esfuerzo en la formación de las personas con discapacidad es obligado para mejorar su grado de empleabilidad y mejorar sus opciones de acceder a un empleo.*
- *Dentro de estas acciones formativas, la ONCE se compromete a promover la formación de los jóvenes con discapacidad y para ello las entidades del Grupo Social ONCE llevarán adelante una serie de actuaciones específicas entre las que estarán la promoción de 3.000 becas para jóvenes con discapacidad.*
- *La Fundación ONCE dedicará, en cada ejercicio, al menos, el 60% de la cantidad aportada por ONCE en virtud de lo dispuesto en la cláusula séptima de este Acuerdo General a su máxima prioridad, que son los programas de empleo y formación de las personas con discapacidad. La cantidad restante se destinará a los programas de accesibilidad universal.*
- *Si en el ejercicio en el que se han generado los recursos, no se cumpliera totalmente con la obligación de gasto establecida en este apartado, el gasto pendiente se ejecutará en los dos ejercicios siguientes.*
- *El Consejo General de la ONCE ha aprobado el día 31 de marzo de 2022 el “Plan 25.000-100.000 del Grupo Social ONCE de empleo y formación para Personas con Discapacidad para el período 2022-2031”, según el cual se asignan a la Fundación ONCE los siguientes objetivos:*

- *Puestos de trabajo para personas con discapacidad: 15.600. De ellos 3.550 serán puestos de trabajo de Ciencia, Tecnología y Sostenibilidad.*
 - *Plazas ocupacionales: 2.400.*
 - *Formación ocupacional para personas con discapacidad: 40.000 personas beneficiarias. De ellas, 3.000 irán destinadas a becas de jóvenes con discapacidad.*
 - *Formación continua para personas con discapacidad: 2.000 personas beneficiarias.*
- *Se mantiene la obligación de la ONCE de aportar un 3% de sus ventas de productos de lotería a la Fundación ONCE. Adicionalmente aportará el 2% de las ventas que superen cada año una cifra de referencia. En 2022 dicha referencia se fija en 2.425 millones de euros.*
- *Se mantiene y actualiza la obligación de la Fundación ONCE de presentar anualmente una Memoria de su actividad social, con nuevos compromisos respecto al contenido de dicha memoria, entre los que se incluye describir las actuaciones efectuadas para atender a personas con discapacidad psicosocial y atender y mejorar las competencias laborales de 1.300 mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género, y describir las acciones ejecutadas para el apoyo al deporte paralímpico.*
- El segundo elemento son **los riesgos** que afectan o pudieran afectar a la consecución de los objetivos del Área. En este sentido, en el Anexo I, se incluye el Modelo de Riesgos del Área, que incluye el Universo de los 54 riesgos clave.
- Como tercer elemento del modelo, tenemos **la respuesta al riesgo**, es decir las decisiones que el Área toma sobre cómo actuar con respecto a dichos riesgos. La organización evalúa diferentes alternativas y sus costes y beneficios asociados y selecciona las más adecuadas. Dentro de las actividades de respuesta al riesgo encontramos **las actividades de control**: políticas y procedimientos que ayudan a asegurar que se llevan a cabo las respuestas de la Dirección a los riesgos. Las actividades de control tienen lugar a través de la organización, a todos los niveles y en todas las funciones. Incluyen una gama de actividades tan diversas como pueden ser: aprobaciones, autorizaciones, verificaciones, conciliaciones, revisiones del funcionamiento operativo, seguridad de los activos y segregación de funciones.
- El cuarto elemento del modelo es el mapa de procesos de la organización, que es donde finalmente se ejecutan las respuestas a los riesgos. El mapa de procesos del Área es el siguiente:

Política de Gestión de Riesgos y Modelo de Seguimiento del Área Ejecutiva de la Fundación ONCE

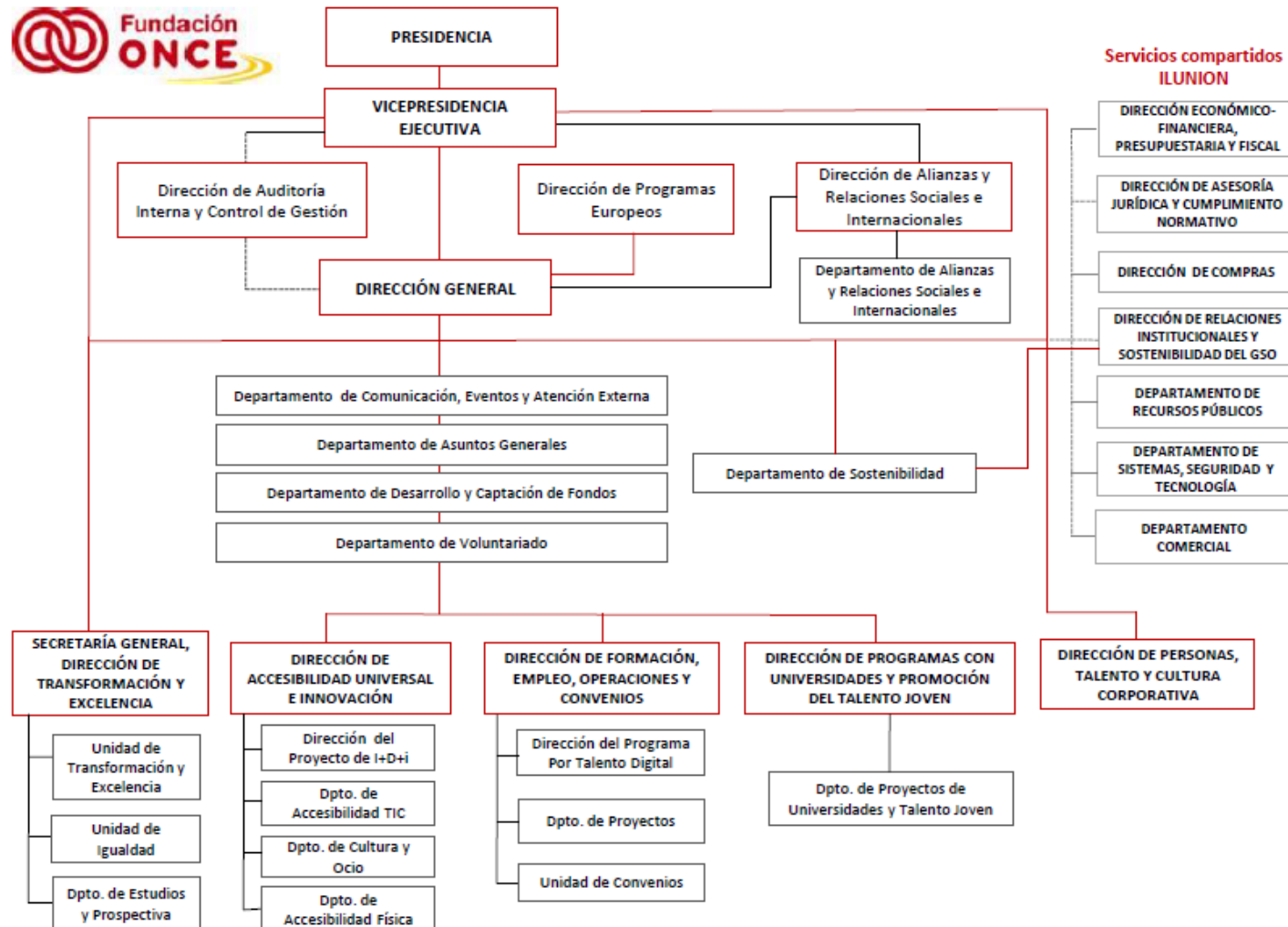
Sistema Integrado de Gestión de Riesgos



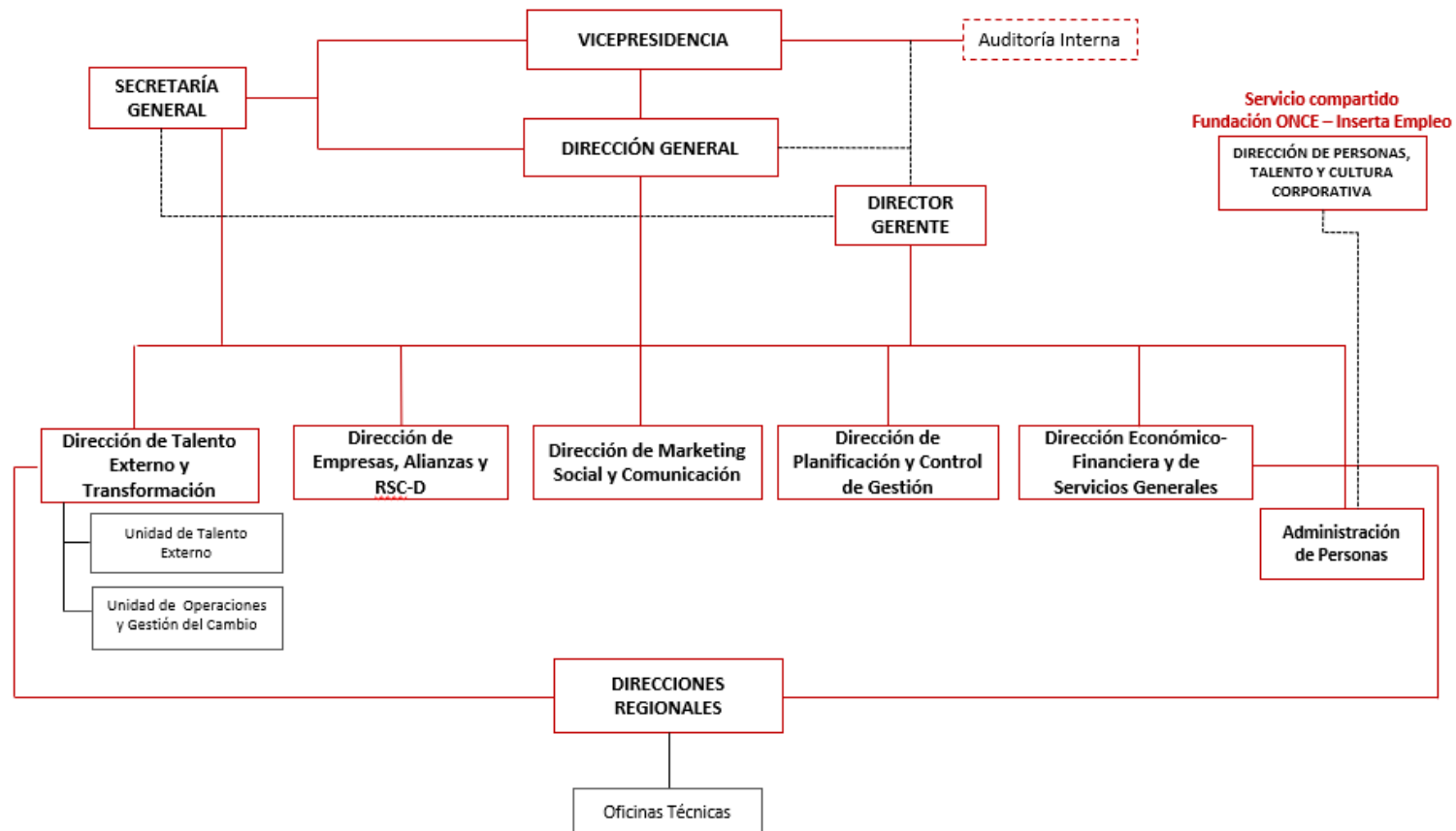
- El último elemento es la Estructura Organizativa que es donde se llevan a cabo, de manera coordinada, las actividades de Supervisión del Modelo. La Estructura Organizativa de cada una de las partes integrantes del Área de Fundación ONCE se muestran a continuación:

Política de Gestión de Riesgos y Modelo de Seguimiento del Área Ejecutiva de la Fundación ONCE

Sistema Integrado de Gestión de Riesgos

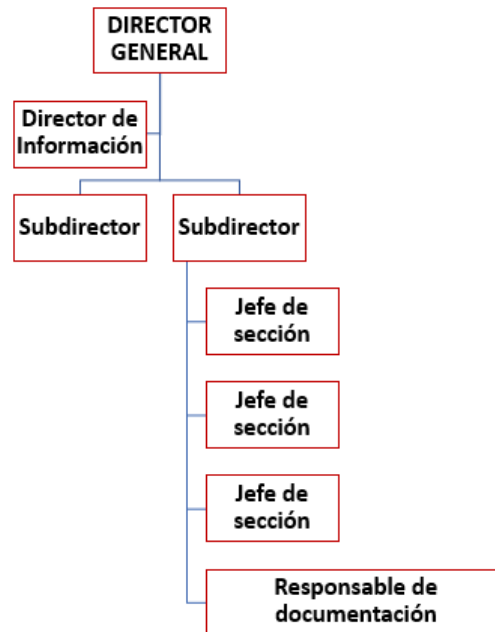


ASOCIACIÓN INSERTA EMPLEO



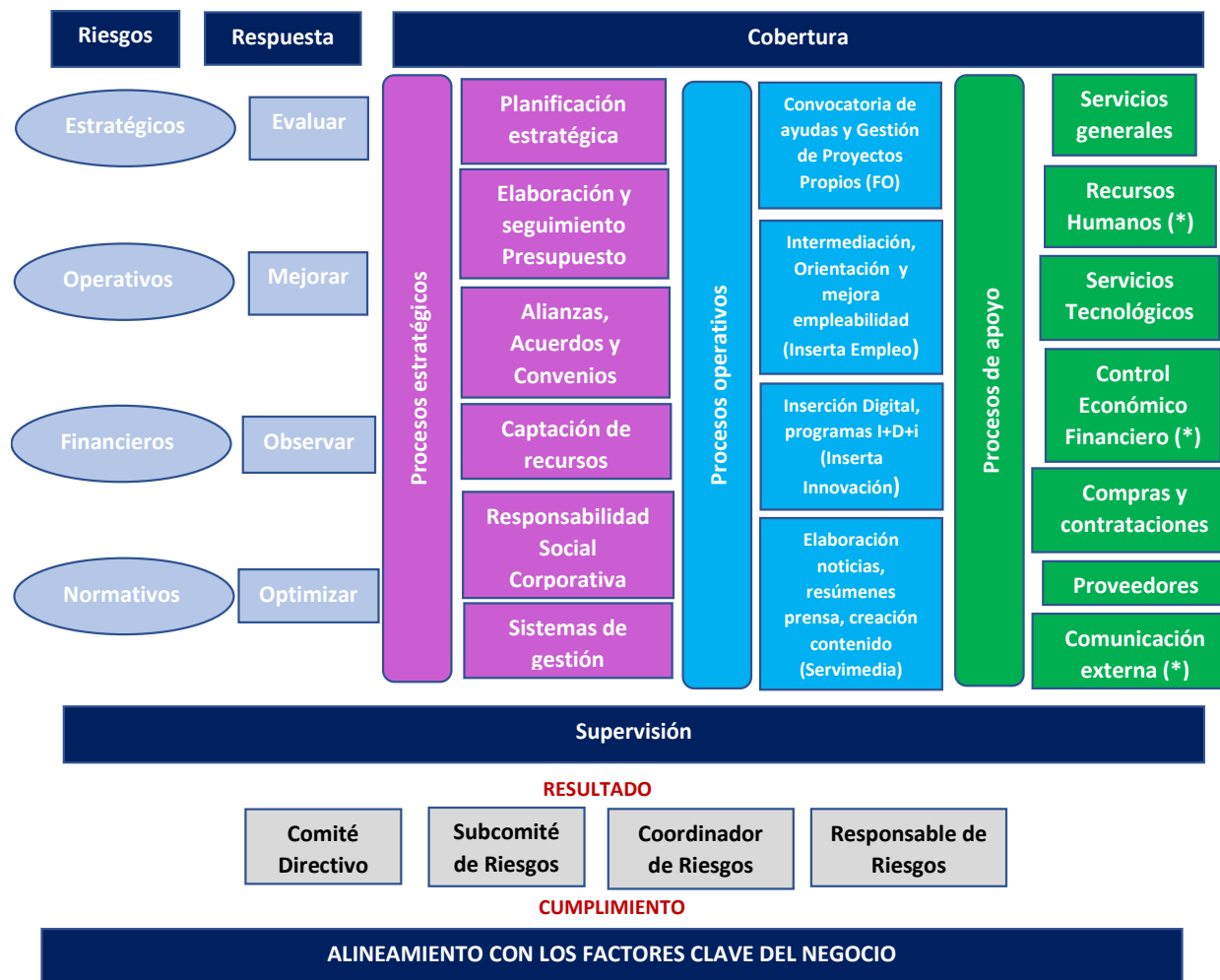


SERVIMEDIA



Nota: Inserta Innovación utiliza los servicios centrales de Fundación ONCE e Inserta Empleo que es donde se llevan a cabo, de manera coordinada, las actividades de Supervisión del Modelo.

En el siguiente esquema se recogen, de forma gráfica, los elementos del SIGR con el mapa de procesos, anteriormente mencionados:



Nota: para mayor detalle de los procesos, consultar Mapa de Procesos

(*) Contribuyen de manera directa al cumplimiento de uno o varios objetivos estratégicos, en concreto a los siguientes:

- Liderazgo en información sobre la realidad social de las personas con discapacidad.
- Alcanzar el equilibrio presupuestario
- Desarrollar y capacitar a nuestras personas

3.1. Proceso Continuo de Gestión de Riesgos.

Introducción.

La gestión de riesgos es un proceso continuo, efectuado por todas las personas del Área, enfocado a identificar aquellos eventos potenciales que le puedan afectar, gestionar los riesgos y proporcionar una seguridad razonable sobre el logro de objetivos del Área.

De forma muy sintética, el proceso continuo de gestión de riesgos engloba los siguientes componentes:

- **Identificar y evaluar los riesgos que pueden afectar al Área.**

Determinar los principales riesgos estratégicos, operativos, financieros y de normativa y cumplimiento que afectan a la estrategia y objetivos del Área, evaluar la probabilidad de ocurrencia y su potencial impacto y priorizarlos en función de estos.

- **Identificación de controles.**

Precisar los controles existentes (o a implementar) en el Área para mitigar los riesgos anteriores.

- **Identificación de los procesos en los que se producen dichos riesgos y controles.**

Determinar la relación existente entre los riesgos clave del Área –y sus controles- y los procesos de la misma, identificando y analizando aquellos procesos que resultan críticos para la gestión de riesgos.

- **Evaluación de los controles.**

Evaluar la eficacia de los controles en la mitigación de los riesgos identificados.

- **Diseño de planes de acción como respuesta a los riesgos.**

Determinar los planes de acción a llevar a cabo para conducir el riesgo residual al nivel de riesgo aceptable, teniendo en cuenta los costes y beneficios de dichas acciones.

En el siguiente gráfico se representan, de forma visual, los elementos anteriormente citados, y la correspondencia entre los mismos.



A continuación, en el presente apartado, se expone de forma detallada cada uno de estos elementos del proceso de gestión de riesgos.

Adicionalmente, como se ha indicado en el apartado 2.2 “Alcance”, la filosofía de este documento es complementar la definición de la metodología con un análisis práctico de los riesgos más críticos del Área, proporcionando una visión integrada y estructurada de la gestión de riesgos. En este sentido se han identificado, analizado y monitorizado 15 riesgos considerados como críticos para el Área, documentando los resultados en una ficha de riesgos para realizar un mejor seguimiento de estos (ver puntos 4.4 “Fichas de Riesgo” y 4.3.2 “Reporting: Responsables de Riesgos al Coordinador de Riesgos”).

3.1.1. Identificación y evaluación de los riesgos que pueden afectar al Área

El primer elemento dentro del Proceso Continuo de Gestión de Riesgos es la identificación de aquellos riesgos que pudieran afectar a la habilidad del Área para maximizar su valor para los grupos de interés y para lograr sus objetivos.

En la identificación de eventos de riesgo se ha de tener en cuenta tanto experiencias pasadas como futuras, considerando así mismo las iniciativas estratégicas que vaya a acometer el Área para lograr sus objetivos.

Dentro del mencionado proceso de identificación de eventos cobra especial relevancia la recogida y análisis de información del ecosistema actual.

Fundación ONCE desarrolla su actividad en el ecosistema de la discapacidad. Desde este punto de vista, los principales grupos de interés que interactúan en el mismo incluyen:

- los destinatarios de la actividad,
- los empleados,
- el movimiento social de la discapacidad,
- las personas con discapacidad,
- las empresas (que pueden ser proveedores / clientes o partners en alianzas),
- las administraciones públicas, los patronos y los reguladores/ legisladores,

Todos estos grupos de interés influyen con su actividad sobre la manera en que Fundación ONCE define y logra sus resultados clave, y se tienen en cuenta en la identificación de los eventos de riesgos y su priorización.

Adicionalmente, para la identificación de los eventos de riesgos también se tiene en cuenta los inventarios existentes de riesgos genéricos o sectoriales, y talleres de trabajo que permiten determinar, desde cero, los riesgos que pueden afectar al Área a partir de estos talleres de trabajo, entrevistas o encuestas con el personal clave de la organización.

Una vez identificados los eventos de riesgo que pueden afectar al Área, de cara a poderlos gestionar, es necesario evaluarlos y priorizarlos. Los riesgos se evalúan en términos de impacto (efecto individual de un riesgo sobre la consecución de los objetivos del Área) y probabilidad (posibilidad de que el evento de riesgo suceda en un plazo de tiempo determinado, habitualmente un ejercicio).

Con el objetivo de poder llevar a cabo posteriormente una gestión eficiente de riesgos es necesario considerar dos tipos o estadios de riesgo:

- Riesgo inherente: es el nivel de riesgo que existiría en ausencia de controles o medidas de respuesta, o si éstos fallaran.
- Riesgo residual: es el nivel de riesgo remanente después de haber aplicado las medidas de control diseñadas para mitigar su impacto y/o probabilidad.

El proceso de evaluación será realizado en base al nivel de riesgo inherente, es decir, en ausencia de medidas de control o respuesta.

Las escalas de medición pueden ser cuantitativas o cualitativas. Las mediciones cuantitativas aportan más precisión al análisis, pero son mucho más difíciles y costosas de aplicar ya que no todos los riesgos se prestan a ser medidos en términos cuantitativos, o no siempre hay disponibles datos suficientes para llevar a cabo este tipo de análisis. Es por ello por lo que es habitual que la metodología empleada contenga dos o más dimensiones, combinando escalas cuantitativas y cualitativas, como el ejemplo incluido a continuación.

A continuación, se incluyen las escalas de impacto y probabilidad actualmente vigentes:

Escala de Impacto					
Valor	Impacto	Impacto Objetivos	Impacto Cuenta Resultados	Impacto Reputacional	Impacto Operaciones
4	Crítico	Impide la consecución de los objetivos de la Fundación.	Afecta muy gravemente al presupuesto o a la cuenta de resultados.	Tiene un impacto crítico sobre la imagen / reputación, con repercusiones a medio/corto plazo.	Bloquea el negocio, y no permite continuar con el funcionamiento habitual.
3	Grave	Tiene efectos significativos sobre los objetivos del Área, aunque no impide su consecución.	Tiene efectos significativos sobre presupuesto o la cuenta de resultados.	Tiene un impacto significativo sobre la imagen / reputación, con repercusiones a medio plazo.	Afectamente gravemente al funcionamiento habitual del negocio, pero no lo bloquea.
2	Moderado	Tiene efectos moderados sobre los objetivos de la Fundación.	Tiene efectos moderados sobre el presupuesto o la cuenta de resultados.	Tiene un impacto moderado sobre la imagen / reputación.	Afectamente al funcionamiento del negocio, pero es posible trabajar utilizando vías alternativas.
1	Leve	Tiene efectos leves sobre los objetivos de la Fundación.	Tiene efectos leves sobre el presupuesto o la cuenta de resultados.	Tiene un impacto leve sobre la imagen / reputación.	Afectamente levemente al funcionamiento habitual del negocio.

Escala de Probabilidad			
Valor	Probabilidad	Definición Cuantitativa	Definición Cualitativa
4	Muy Alta	> 50%	Existe una certeza razonable de que el riesgo indicado ocurrirá, una o varias veces, en el plazo de un ejercicio.
3	Alta	Entre el 25% y el 50%	Existe una probabilidad alta de que el riesgo indicado ocurra, al menos una vez en el plazo de un ejercicio.
2	Media	Entre el 10% y el 25%	Existe una probabilidad media de que el riesgo indicado ocurra, al menos una vez en el plazo de un ejercicio.
1	Baja	<10%	Existe una probabilidad muy baja de que el riesgo indicado ocurra en el plazo de un ejercicio, aunque pudiera ocurrir en un plazo más amplio.

Los riesgos han de ser evaluados por personal con suficiente conocimiento del Área como para poder considerar su impacto y probabilidad sobre los objetivos corporativos. Esta evaluación se puede efectuar de forma individual, o en sesión/es conjuntas que permiten obtener información consensuada.

El resultado de la evaluación se representa en un “Mapa de Riesgos”, herramienta que permite poner en contexto los riesgos valorados, identificando y priorizando los riesgos más relevantes y críticos, y permitiendo tomar decisiones sobre las actuaciones a llevar a cabo.

Además de las variables indicadas anteriormente, debemos tener en cuenta en este primer elemento del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos la evaluación de la efectividad del control interno. La evaluación de dicho nivel de control nos permite obtener el valor del riesgo residual. La escala de valoración de la efectividad del control interno es la siguiente:

EFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES	
Escala	Existencia de controles o provisiones y efectividad de estos
4	El control puede detectar/prevenir todos los acontecimientos con riesgo o existen provisiones que cubren entre el 95% y el 100% del impacto del riesgo.
3	El control puede detectar/prevenir algunos de los acontecimientos con riesgo o existen provisiones que cubren entre el 95% y el 50% del impacto del riesgo.
2	El control o acción mitigadora es improbable que detecte/prevenga la mayoría de los acontecimientos con riesgo o existen provisiones que cubren menos del 50% del impacto del riesgo.
1	No existen controles ni provisiones para el riesgo identificado.

Una vez definidos y evaluados los riesgos del Área, es necesario definir de manera formal los Indicadores de Riesgo Clave:

- **Indicadores de Riesgo Clave** (“Key Risk Indicators” o KRI’s).

Los indicadores de riesgo son métricas utilizadas para alertar al Área de la potencial ocurrencia de un riesgo, antes de que el mismo acontezca.

Estos indicadores están basados en determinados eventos, relacionados con la ocurrencia del riesgo, que cuando sobrepasan un umbral preestablecido representan un mensaje de alarma para el Área. Por tanto, es necesario que esta información (métricas) esté disponible para el Área, de manera oportuna, lo que dependiendo del riesgo puede significar mensual, semanal, diariamente o, incluso, en tiempo real.

En este sentido, resulta interesante distinguir entre la frecuencia de medición del indicador que necesita el gestor del riesgo para poder monitorizar adecuadamente el nivel de riesgo y la frecuencia de reporte del mismo en las fichas de riesgo (en principio, trimestral).

Supongamos que, de forma genérica, un indicador (relacionado con la imagen del Área) es el número de noticias aparecidas en prensa que mencionan a la Fundación. Independientemente de que se reporte trimestralmente, el gestor del riesgo decidirá si necesita, para poder monitorizarlo, esta información diaria, semanal, mensual o trimestralmente. Una vez concretado esto, el gestor del riesgo ya podrá concretar su indicador genérico de reporte trimestral (por ejemplo: número de veces que el número de noticias ha quedado por debajo de X en el trimestre, o media de noticias del trimestre, o variación con respecto al trimestre anterior, etc.).

Los indicadores automáticos –o tecnológicos- son aquellos que se realizan sin necesidad de intervención humana, como una validación de datos hecha por un sistema antes grabar una transacción.

Mientras que los indicadores manuales son aquellos realizados de facto por una persona, como una autorización de una hoja de gastos o una reconciliación.

Existe un tercer tipo de indicadores que son los manuales-dependientes de sistemas (semiautomáticos), como el análisis y seguimiento de un fichero con errores en transacciones generados por el sistema.

Por poner un ejemplo, N° de ataques de MALWARE detectados en el Área de Fundación ONCE e ILUNION, representa un indicador para el riesgo relacionado con Ciberataque.

Los indicadores identificados se representan en una matriz de riesgos-controles, con la siguiente información mínima:

- Riesgo, descripción, impacto y probabilidad inherente y residual y criticidad.
- Indicador y descripción
- Responsable del indicador y frecuencia de aplicación.
- Tolerancias
- Aplicaciones, informes, y otra documentación involucrada, si aplica.

(Posteriormente, esta información se complementará con los resultados de los test aplicados sobre el mismo, encaminados a evaluar su diseño y su efectiva aplicación).

3.1.2. Identificación de controles

El siguiente elemento del Proceso Continuo de Gestión de Riesgos es la Identificación de las Actividades de Control que se están realizando para los riesgos del Área.

Las Actividades de Control se definen como “las políticas y procedimientos que ayudan a asegurar que se llevan a cabo las respuestas de la Dirección a los riesgos” (COSO); en definitiva, son todas aquellas acciones llevadas a cabo en todos los niveles y en todas las funciones del Área con el objetivo de mitigar la probabilidad o el impacto (o ambos) de los riesgos a los que se enfrenta el Área.

Aunque estas actividades de control pueden ser de muy diverso tipo como aprobaciones, autorizaciones, conciliaciones, segregación de funciones, seguimientos de presupuestos y desviaciones, verificaciones, recuentos físicos, etc., se suelen clasificar en las siguientes categorías:

- **Preventivos vs detectivos**

Los controles preventivos son aquellos diseñados para prevenir o impedir un evento indeseado, como la autorización previa a efectuar un pago o la restricción a los usuarios de accesos a sistemas.

Los controles detectivos son aquellos que detectan el evento una vez que ha sucedido, como puede ser una reconciliación o un análisis de desviaciones. De todas formas, aunque los controles sean detectivos, deberían de ser realizados, en la medida de lo posible, con una periodicidad y en un momento del tiempo tal, que permita la corrección del error, o en su caso tomar acciones paliativas.

- **Manuales vs. automáticos**

Los controles automáticos –o tecnológicos- son aquellos que se realizan sin necesidad de intervención humana, como una validación de datos hecha por un sistema antes grabar una transacción.

Mientras que los controles manuales son aquellos realizados de facto por una persona, como una autorización de una hoja de gastos o una reconciliación.

Existe un tercer tipo de controles que son los manuales-dependientes de sistemas (semiautomáticos), como el análisis y seguimiento de un fichero con errores en transacciones generados por el sistema.

- **Ambiente de Control del Área vs. transaccionales**

Los controles relativos al Ambiente de Control son aquellos relacionados con el entorno de control del Área, como un código de conducta, o una línea directa de reporte de las funciones de control al Consejo de Administración.

Los controles transaccionales se realizan a nivel de proceso, como la comprobación de una factura contra su albarán y su pedido, y pueden ser generales para todas las sociedades / líneas de negocio de Área, o específicos.

Desde un punto de vista práctico, ya sean controles transaccionales o relacionados con el ambiente de control, de cara a poder comprobar su efectividad en la mitigación de un (o varios) riesgo (s), se han de definir los mismos de tal forma que sean trazables; es decir, una actividad concreta, realizada por una persona determinada, en un momento específico, y que produce un resultado definido.

- Por poner un ejemplo, la existencia de un código de conducta representa una medida de control para los riesgos relacionados con el fraude o con la reputación del Área. Sin embargo, la mera existencia del código en sí, por importante que sea, no puede considerarse una buena definición del control. Sería más adecuado decir que la actividad de control es que “todos los nuevos empleados reciben y firman la recepción del código de conducta” o que “el código de conducta se revisa formalmente por el área XYZ de forma anual para comprobar su vigencia y adecuación”.

Los controles identificados se representan en una matriz de riesgos-controles, con la siguiente información mínima:

- Riesgo, descripción, impacto y probabilidad inherente y residual y criticidad.
- Control y descripción

- Responsable del control y frecuencia de aplicación.
- Aplicaciones, informes, y otra documentación involucrada, si aplica.

(Posteriormente, esta información se complementará con los resultados de los test aplicados sobre el mismo, encaminados a evaluar su diseño y su efectiva aplicación).

Matriz de Riesgos y Controles										
Riesgo	Valoración Inherente			Valoración Residual			Controles			
	Impacto	Prob.	Criticidad	Impacto	Prob.	Criticidad	Control	Responsable	Periodicidad	Información
R1							C1			
							C2			
R2							C1			
							C3			
....							...			
Rn							Cm			

El siguiente elemento del Proceso Continuo de Gestión de Riesgos es la Identificación de los Indicadores que se están realizando para los riesgos del Área.

Aunque estos Indicadores pueden ser de muy diverso tipo, se suelen clasificar en las siguientes categorías:

- **Manuales vs. automáticos**

Los indicadores automáticos –o tecnológicos- son aquellos que se realizan sin necesidad de intervención humana, como una validación de datos hecha por un sistema antes grabar una transacción.

Mientras que los indicadores manuales son aquellos realizados de facto por una persona, como una autorización de una hoja de gastos o una reconciliación.

Existe un tercer tipo de indicadores que son los manuales-dependientes de sistemas (semiautomáticos), como el análisis y seguimiento de un fichero con errores en transacciones generados por el sistema.

Los indicadores identificados se representan en las fichas de riesgos con la siguiente información mínima:

- Riesgo, descripción, impacto y probabilidad inherente y residual y criticidad.
- Indicador y descripción.

- Responsable del indicador y frecuencia de aplicación.
- Fórmula de cálculo y fuente del dato de la información.
- Tolerancias establecidas.
- Resultado obtenido de la aplicación del Indicador.

3.1.3. Identificación de los procesos en los que se producen dichos riesgos y controles.

Una vez identificados los riesgos críticos que afectan al Área y los controles existentes para mitigarlos, es preciso determinar en qué procesos se producen riesgos y controles, con el fin de poder incluir la gestión de estos en la operativa habitual del Área y posibilitar una mayor rapidez de respuesta.

Esto permitirá, además, a las entidades del Área conocer los procesos más críticos y, en un estadio posterior, analizarlos en un mayor detalle, identificando los riesgos transaccionales a nivel de proceso, así como sus controles y evaluar los mismos.

A continuación, incluimos, una matriz donde se asocian los 15 riesgos monitorizados para el Área, con el Mapa de Procesos:

(Documento en poder del Subcomité de riesgos, que no se adjunta por confidencialidad)

(*) El mapa de procesos incluido es el diseñado por el Área durante la evaluación de riesgos llevada a cabo entre febrero y septiembre de 2022, está alineado con su estructura actual de funcionamiento.

3.1.4. Evaluación de los controles.

El siguiente paso dentro del proceso continuo de gestión de riesgos es determinar si los controles identificados están efectivamente mitigando el riesgo, o los riesgos sobre los que actúan. Este concepto tiene una doble vertiente:

- Determinar la eficacia del diseño del control.

Es decir, evaluar si el control es eficaz para reducir el riesgo inherente a los niveles de riesgo aceptables por el Área. Es necesario tener en cuenta que puede haber más de un control, y de hecho en la mayoría de los casos es así, para mitigar un mismo riesgo.

- Determinar si el control está actuando tal y cómo se diseñó.

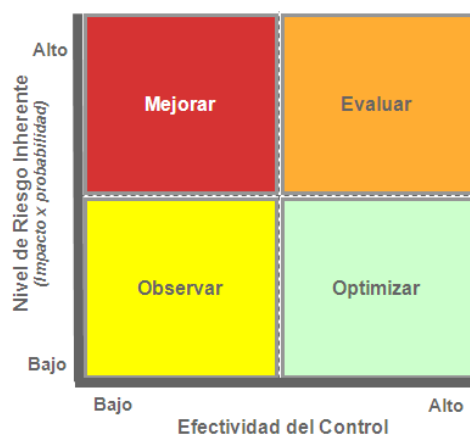
Es decir, evaluar o auditar si el control se está realizando por el personal designado, en el momento del tiempo preciso, con la frecuencia necesaria y de la manera definida.

Cualquier incidencia en la revisión de un control (ya sea en el diseño o en la realización de este) que mitigue un riesgo crítico, desembocará en un plan de acción para su corrección, sobre todo si no existen controles adicionales o compensatorios que mitiguen el riesgo.

3.1.5. Diseño de planes de acción como respuesta a los riesgos.

El Diseño de Planes de Acción y la Evaluación de Controles, son dos elementos del Proceso Continuo de Gestión de Riesgos que pueden ocurrir simultáneamente en el tiempo, o invertir su orden, dado que no siempre es preciso llevar a cabo un proceso de evaluación de la eficacia de los controles para constatar la necesidad de llevar a cabo un plan de acción sobre un riesgo.

En base a los niveles de riesgo y de control identificados, existen cuatro alternativas de actuación:



- **Mejorar:** Riesgos con criticidad inherente alta, pero con un bajo nivel de control. Éste debe de ser el área prioritaria de actuación del Área.
- **Evaluar:** Riesgos con criticidad inherente alta, para los que existen controles que es necesario evaluar y revisar.
- **Observar:** Riesgos con criticidad inherente baja, y con un nivel de control bajo. Estos riesgos han de ser monitorizados para identificar la evolución de su criticidad.
- **Optimizar:** Riesgos con criticidad inherente baja, pero con un nivel de control alto, en los que pueden existir oportunidades de optimización de procesos y controles.

En el caso en que la acción a tomar sea “mejorar”, porque el nivel de control no sea suficiente para mitigar el riesgo inherente al nivel de riesgo aceptable, existen cuatro tipos de acciones:

- **Reducir:** implica llevar a cabo actividades de respuesta para disminuir la probabilidad o el impacto del riesgo o ambos conceptos simultáneamente: implantar nuevos controles o perfeccionar los existentes.
- **Compartir:** la probabilidad o el impacto del riesgo se pueden reducir trasladando o compartiendo una parte del riesgo. Las técnicas comunes incluyen adoptar seguros contra pérdidas inesperadas significativas, establecer acuerdos y alianzas con otras empresas, distribuir el riesgo mediante acuerdos contractuales con clientes o externalizar procesos de negocios
- **Evitar:** supone salir de las actividades que generen riesgos. En este caso las principales respuestas al riesgo pueden resumirse en prescindir de una unidad

de negocio, línea de actividad y/o decidir no emprender nuevas actividades que podrían dar lugar a riesgos.

- **Aceptar:** en este caso no se emprende ninguna acción que afecte a la probabilidad o al impacto del riesgo. Las respuestas al riesgo en este caso pueden concretarse en: provisionar las posibles pérdidas, confiar en las compensaciones naturales existentes en los mercados (financieros y de productos y servicios) y/o aceptar el riesgo si se adapta a las tolerancias de riesgos existentes, o el beneficio de implantar una acción es claramente inferior al coste de esta. Aunque estrictamente hablando “aceptar un riesgo” no pueda entenderse como “una acción de mejora”, el hecho de aceptar un riesgo sí que implica realizar una evaluación de este y de los pros y los contras de actuar contra él y tomar una decisión informada y explícita de qué hacer con él.

A la hora de definir y evaluar los planes de acción, el Área deberá priorizar los mismos, de acuerdo con la criticidad de los riesgos, el tipo de actuación a acometer (mejorar un control deficiente, evaluar la eficacia de los controles, observar los riesgos u optimizar los controles) y los recursos, humanos y técnicos disponibles.

3.2. Roles y Responsabilidades

La gestión integral de riesgos afecta a todo el personal del Área, por lo que es condición necesaria la definición de un enfoque organizativo de gestión de riesgos adaptado a su estructura organizativa y a la cultura corporativa.

Si bien el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) afecta e involucra a todo el personal del Área, participantes principales son los siguientes:

- **Responsables de control:**

Deben proporcionar periódicamente a los responsables de Riesgos información sobre los controles de su responsabilidad.

- **Responsables de indicadores:**

Deben proporcionar periódicamente a los responsables de Riesgos información sobre los indicadores de su responsabilidad.

- **Responsables de riesgos:**

Son los responsables de monitorizar los riesgos que tengan asignados y de informar al Coordinador de Riesgos de cualquier información relevante acerca de los mismos.

- **Coordinador de Riesgos:**

Es la figura de enlace entre los responsables de Riesgos y el Subcomité de Riesgos, recopila, filtra y sintetiza la información a proveer al Subcomité.

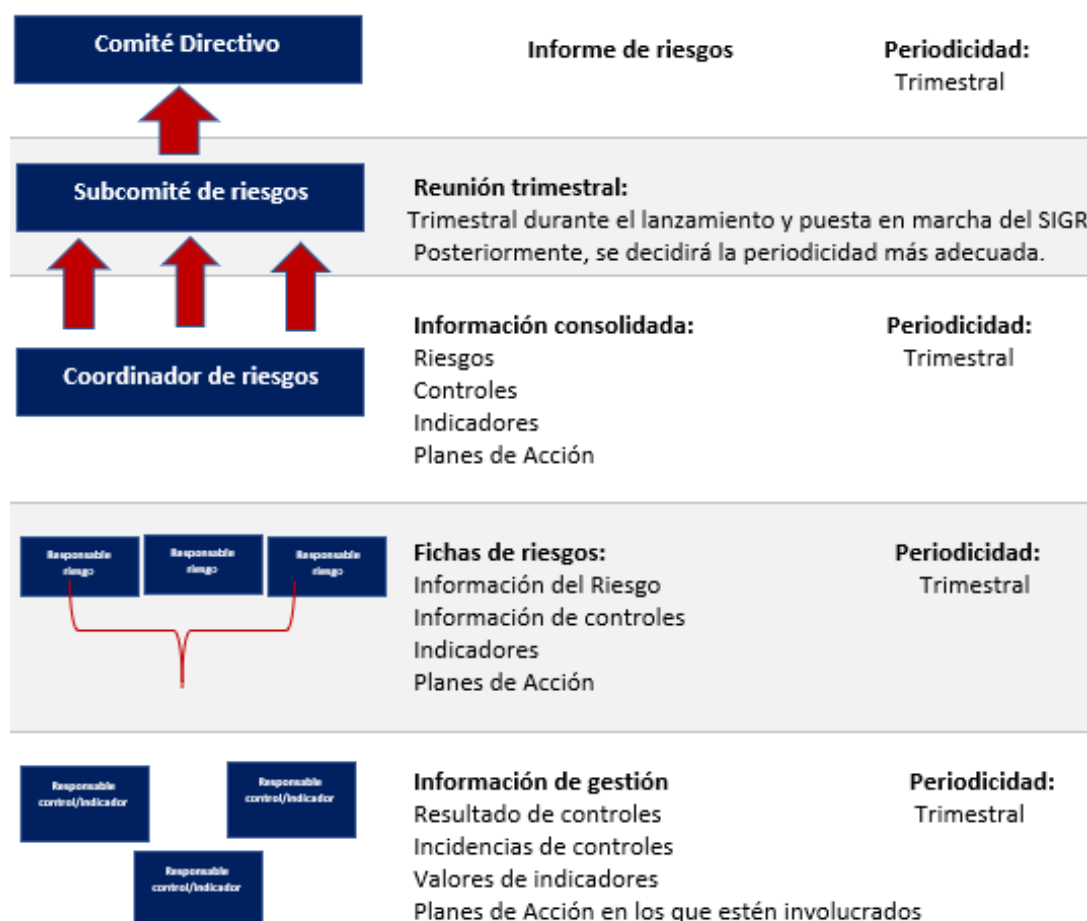
- **Subcomité de Riesgos:**

Es el órgano ejecutivo y consultivo dependiente del Comité Directivo, y que colabora con ellos en la ejecución de la política de control y gestión de riesgos del Área Ejecutiva de Fundación ONCE.

- **Comité Directivo:**

Órgano consultivo en el que se debaten y analizan cuestiones globales relativas a los diversos aspectos de gestión del Área, entre ellos los relativos a la Gestión de Riesgos.

En el siguiente gráfico se muestra la relación entre los distintos elementos integrantes del SIGR, así como el flujo de información entre ellos. A continuación de este, explicamos brevemente dichas relaciones y el flujo de información existente entre ellos.



3.2.1. Responsable del Riesgo.

Los propietarios o responsables de cada riesgo son personas con funciones clave en los procesos en los que se puede producir el riesgo con un mayor impacto y/o probabilidad.

Cada riesgo crítico debe tener un responsable que conozca los procesos clave para su adecuada gestión y control y que tenga la suficiente representatividad / autoridad en el Área como para recabar la información, definir planes de acción, proponer / asignar responsabilidades y requerir su cumplimiento.

Cada responsable del riesgo debe de recopilar la información necesaria para la gestión del riesgo, que se puede organizar en una “ficha de riesgo”, con el siguiente contenido mínimo:

- Descripción del riesgo.

- Categoría del riesgo.
- Nivel de riesgo inherente y residual.
- Procesos / unidades organizativas en los que el riesgo se puede materializar.
- Responsable del riesgo (puesto organizativo, departamento y equipo de apoyo).
- Controles establecidos en cada proceso (preventivo, detectivo, automático, manual y manual-dependiente de sistemas).
- Incidencias detectadas en relación con los controles.
- Indicadores Claves de Riesgo (KRIs).
- Planes de Acción en marcha, fechas y responsables de su implantación.
- Otros Riesgos relacionados, en su caso,

Esta ficha de riesgo habrá de ser actualizada por el responsable del riesgo con una periodicidad al menos trimestral. En el punto 4.4 “Fichas de Riesgo” se incluyen las fichas de riesgo actualizadas entre febrero y septiembre de 2022 y en el punto 4.3.2 “Reporting: Responsables de Riesgos al Subcomité de Riesgos” se incluye un modelo de reporting de ficha de riesgos.

El responsable del riesgo, además de actualizar la ficha de riesgos, es el encargado de monitorizar los Indicadores Clave de Riesgo, identificar nuevos eventos, recoger y evaluar la información sobre controles –proporcionada por los responsables de los procesos-, proponer, en su caso, los planes de acción, realizar el seguimiento de estos e informar al Subcomité de Riesgos sobre el estado del riesgo.

3.2.2. Coordinador de Riesgos.

El Coordinador del Subcomité de Riesgos es el encargado de recibir, analizar y consolidar la información de riesgos preparada por los responsables de riesgos (materializada en las “fichas de riesgo”) y de informar al Subcomité de Riesgos.

Esta información sobre los riesgos tendrá una periodicidad trimestral, independientemente de que la convocatoria del Subcomité de Riesgos pueda tener una frecuencia distinta.

Así mismo, el Coordinador de Riesgos preparará la información a facilitar por el

Subcomité de Riesgos al Comité Directivo o a otros órganos del Área, que lo pudieran precisar.

3.2.3. Subcomité de Riesgos.

El Subcomité de Riesgos es un órgano ejecutivo y consultivo dependiente del Comité de Dirección, y que colabora con éstos en la ejecución de la política de control y gestión de riesgos del Área Ejecutiva de Fundación ONCE.

Al Subcomité de Riesgos le corresponde realizar el seguimiento y análisis de los riesgos derivados de las diversas actividades desarrolladas por las Direcciones Generales, Direcciones Técnicas, Unidades y Departamentos del Área, en el marco de la gestión coordinada de riesgos.

Corresponderá al Subcomité de Riesgos:

- El desarrollo de la política de control y gestión de riesgos definida por la Dirección General con el apoyo, en su caso, del Comité de Dirección.
- Implantar y seguir el modelo de valoración de riesgos que se haya adoptado por el Comité de Dirección.
- Recabar información adicional relativa a eventos de riesgo y otros sistemas de control y supervisión que puedan existir en el Área, como los de las áreas de Sistemas de Información o Responsabilidad Penal del Área.
- Elaborar / actualizar el mapa de riesgos a nivel corporativo, teniendo en cuenta la información aportada por los diferentes responsables de la gestión de los riesgos identificados.
- Informar al Comité de Dirección, y a otros órganos que se considere necesario de los aspectos relevantes para la política de gestión de riesgos del Área Ejecutiva de Fundación ONCE.
- Informar al Comité de Dirección de las propuestas de actuación para mejorar los procedimientos de seguimiento y control de riesgos.
- Mantener informado a otros órganos del Área que se establezcan, de las actuaciones desarrolladas en ejecución de la política de control y gestión de riesgos definida.
- Realizar labores de asesoramiento y consulta, en materia de gestión de riesgos, a solicitud de otras áreas u órganos del Área.

- Definir y actualizar el Modelo de Gestión de Riesgos en todos sus ámbitos.

Composición y Convocatoria.

El Subcomité de Riesgos, como órgano ejecutivo y consultivo, estará formado por representantes de las distintas Áreas del Área Ejecutiva de Fundación ONCE:

- Director General de Fundación ONCE.
- Secretaría General de Fundación ONCE.
- Dirección de Formación y Empleo, Operaciones y Convenios.
- Dirección de Accesibilidad Universal e Innovación.
- Secretaría General de Inserta Empleo.
- Dirección de Personas, Talento y Cultura Corporativa.
- Dirección Área Económica –Financiera.
- Dirección de Auditoría Interna y Control de Gestión.

Dada la naturaleza de las funciones encomendadas al Subcomité de Riesgos, sus componentes deberán ser empleados del Área con un profundo conocimiento de esta, y con capacidad de decisión, para poder reaccionar adecuada y ágilmente ante los cambios y necesidades que surjan en el entorno de la gestión de riesgos y establecer e impulsar adecuadamente los planes de acción precisos.

En estas reuniones también asistirá, como se ha detallado anteriormente, el Coordinador de Riesgos, encargado de informar trimestralmente al Subcomité de Riesgos y de preparar aquella otra información que este último deba proporcionar a otros órganos o departamentos del Área.

El Director General, como responsable ejecutivo máximo del Área, coordinará las actuaciones y relaciones del Subcomité de Riesgos con otros Órganos de control de riesgos especializados por razón de la materia, fundamentalmente con aquellos encargados de la gestión de los sistemas parciales o específicos de gestión de riesgos existentes, como puede ser por ejemplo los derivados del cumplimiento del Código Penal, los de carácter fiscal o los vinculados con la ciberseguridad. Para el control de estos riesgos existen órganos especializados como son el órgano de Prevención Penal, el Órgano de Prevención fiscal o el Subcomité de ciberseguridad, entre otros.

Además, el Director General del Área Coordinará el suministro de información de los Subcomités de Riesgos al Comité de Auditoría del área y otros órganos si fuera preciso.

El Subcomité de Riesgos se reunirá con una periodicidad trimestral. Asimismo, podrá ser convocado a solicitud del "Representante del Subcomité de Riesgos", o a propuesta de 3 de sus miembros.

3.2.4. Comité Directivo

Está formado por los titulares siguientes:

- El Vicepresidente 1º Ejecutivo del Patronato de la Fundación ONCE.
- El Director General de la Fundación ONCE.
- La Secretaria General y Directora de Transformación y Excelencia de Fundación ONCE.
- La Dirección de Formación y Empleo, Operaciones y Convenios de Fundación ONCE.
- La Dirección de Accesibilidad Universal e Innovación de Fundación ONCE.
- La Dirección del Área de Alianzas y Relaciones Sociales e Internacionales de Fundación ONCE.
- La Dirección de Programas con Universidades y Promoción del Talento Joven de Fundación ONCE.
- La Secretaria General de Inserta Empleo.
- La Dirección del RSC/Sostenibilidad y Relaciones Institucionales en el GSO.
- La Dirección Económico y Financiera Corporativa (ILUNION/Fundación ONCE)
- La Dirección de Personas, Talento y Cultura Corporativa de Fundación ONCE.
- La Dirección de Asesoría Jurídica de ILUNION/ Fundación ONCE.
- La Dirección Corporativa de Transformación, Desarrollo y Marca de Grupo ILUNION.
- La Dirección del Dpto. de Desarrollo de Negocio Interno de ILUNION.
- La Dirección de Compras de ILUNION/Fundación ONCE.

El Comité Directivo es un órgano colegiado de dirección, gestión, administración y asesoramiento, que actúa con subordinación jerárquica al Vicepresidente Primero Ejecutivo y al Director General.

Analiza, delibera y decide sobre aquellas materias que, por su trascendencia, cualquiera de sus miembros considere conveniente someter a una valoración conjunta. Asimismo, será un órgano de carácter ejecutivo para la adopción de decisiones colegiadas, en los supuestos contemplados en el Reglamento Interno de la Fundación.

Su participación en el SIGR tiene efecto en la medida en que el Subcomité de Riesgos es un órgano dependiente de él y, por tanto, todo asunto relevante de éste: incidencias relacionadas con riesgos clave, aparición de nuevos riesgos o cambios relevantes en los existentes, iniciativas a tomar, etc. es debidamente presentado al Comité Directivo y valorado por éste.

3.3. Modelo de Seguimiento del Área Ejecutiva de la Fundación ONCE

A continuación, se incluye el Modelos de Seguimiento y Reporting de gestión de riesgos a los distintos órganos y Comités de la Fundación ONCE, que tiene su base en las fichas de riesgo, como elemento en el que se aglutina la información clave de cada riesgo.

3.3.1. Reporting: Responsables de controles/indicadores al responsable del Riesgo.

De acuerdo con los roles y responsabilidades definidos, los responsables de controles/indicadores han de proveer al responsable del riesgo, con la periodicidad que se establezca, la siguiente información:

- Resultado de los controles realizados.
- Incidencias detectadas en relación con los controles.
- Estado de los planes de acción de los que sean responsables.
- Información relativa a nuevos riesgos o a cambios en las condiciones del entorno que puedan afectar a los existentes.
- Información relativa a los indicadores de riesgo existentes, como los valores que han tomado en el periodo y las veces que han sobrepasado los umbrales establecidos.

A continuación, se incluye el tipo de información que el responsable del control/indicador ha de suministrar al responsable del riesgo.

<u>Riesgo</u>					<u>Periodo Evaluado</u>
<u>Código del Riesgo</u>	<u>Descripción del Riesgo</u>	<u>Responsable del Riesgo</u>			
Controles:					
Código del Control					
Definición del Control					
Periodicidad					
Responsable					
Descripción					
<i>Evaluación del Control en el Periodo a Reportar</i>					
Resultado del Control					
Incidencias/Observaciones					
Planes de Acción					
Indicadores:					
Código del Indicador					
Definición Indicador					
Periodicidad					
Responsable					
Tolerancias	Amarillo	(valor)	Rojo	(valor)	
Información del Periodo Para Reportar					
Resultado del Periodo					
Incidencias/Observaciones					
Planes de Acción					
Planes de Acción Aprobados:					
Plan de Acción					
Descripción					
Fecha límite					
Responsable					
Información Adicional					
Otra Información relevante:					

Esta información puede ser recopilada manualmente, u obtenerse de la Herramienta de Gestión de Riesgos (SAP GRC).

3.3.2. Reporting: Responsables de Riesgos al Coordinador de Riesgos.

Tal y como se indica en el punto 4.2.1, los responsables de Riesgos deben de recopilar la información necesaria para la gestión del riesgo en una ficha de riesgo y ser actualizada con una periodicidad al menos trimestral.

A continuación, se incluye un ejemplo de la información que ha de contener la ficha de riesgos y que, a su vez, incluirá la información provista por los responsables de controles e indicadores, así como aquella otra relevante para la gestión del propio riesgo (en el punto 4.4 se adjuntan las fichas de riesgo a monitorizar fruto de la actualización efectuada entre febrero y septiembre de 2022, 15 riesgos considerados críticos por el Área).

Ficha de Riesgo			
Riesgo	Área de Riesgo	Categoría del Riesgo	Periodo Evaluado
R1	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XX a XX
Identificación del Riesgo:			
Definición			
Responsable del Riesgo			
Evaluación del Riesgo:			
	IMPACTO (*)	PROBABILIDAD (*)	CRITICIDAD (*)
INHERENTE			
RESIDUAL			
EFFECTIVIDAD DEL CONTROL INTERNO (%)			
ESCALA (*): 1-Bajo 2-Medio 3-Alto 4-Muy alto/Crítico			
Controles:			
Código del Control C1			
Definición del Control			
Periodicidad			
Responsable			
Descripción			

Ficha de Riesgo				
Riesgo	Área de Riesgo	Categoría del Riesgo		Periodo Evaluado
R1	XXXXXX	XXXXXXXXXX		XX a XX
Evaluación del Control en el Periodo a Reportar				
Resultado del Control				
Incidencias/Observaciones				
Planes de Acción				
Código del Control		(este apartado se repetiría tantas veces como controles tenga la ficha de riesgo)		
....				
Indicadores:				
Código del Indicador				
Definición Indicador				
Periodicidad				
Responsable				
Tolerancias	Amarillo	(valor)	Rojo	(valor)
Información del Periodo a Reportar				
Resultado del Periodo				
Observaciones				
Planes de Acción				
Código del Indicador		(este apartado se repetiría tantas veces como indicadores tenga la ficha de riesgo)		
....				
Planes de Acción Aprobados:				
Plan de Acción				
Descripción				
Fecha límite				
Responsable				
Información Adicional				
Plan de Acción		(este apartado se repetiría tantas veces como planes de acción tenga la ficha de riesgo)		
....				

Ficha de Riesgo			
Riesgo	Área de Riesgo	Categoría del Riesgo	Periodo Evaluado
R1	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XX a XX
Otra Información relevante en relación con el Riesgo			

Esta información puede ser recopilada manualmente, u obtenerse de la Herramienta de Gestión de Riesgos.

3.3.3. Reporting: Coordinador de Riesgos al Subcomité de Riesgos.

El coordinador de riesgos prepara la información a aportar al Subcomité de Riesgos en base a la proporcionada por los responsables de Riesgos, tras analizarla y consolidarla.

A continuación, se incluye un modelo de reporting orientativo a preparar con la información a reportar por el Coordinador de Riesgos al Subcomité de Riesgos, basada en las fichas de riesgos recibidas, y que contiene los siguientes apartados:

- Referencia al periodo reportado
- Informe de Riesgos: información global del conjunto de riesgos analizados
- Información específica de aquellos riesgos con circunstancias significativas a reportar: controles inefectivos, indicadores que han sobrepasado los umbrales preestablecidos, planes de acción en marcha, u otro tipo de incidencias reseñables.
- Fichas de riesgo, que irían incluidas como Anexo a este documento.

Periodo evaluado: xx a xx				
Informe de Riesgos:				
	N.º Riesgos incluidos en el informe	N.º Riesgos con todos los controles efectivos	N.º Riesgos con controles inefectivos	N.º Riesgos sin controles evaluados
Periodo	15	x	y	z
Media anual	15	a	b	c

Política de Gestión de Riesgos y Modelo de Seguimiento del Área Ejecutiva de la Fundación ONCE

Sistema Integrado de Gestión de Riesgos

Periodo evaluado: xx a xx				
	N.º Controles evaluados	N.º Controles efectivos	N.º Controles inefectivos	N.º Controles no evaluados
Periodo	t	x	y	z
Media anual	S	a	b	C
	N.º Total de Indicadores de los Riesgos incluidos en el informe	N.º Indicadores que han sobrepasado umbral rojo	N.º Indicadores que han sobrepasado umbral amarillo	
Periodo	x	y	Z	
Media anual	a	b	C	
	N.º Planes de Acción en Marcha	N.º Planes de Acción retrasados	N.º Planes de Acción en fecha	
Periodo	x	y	Z	
Media anual	a	b	C	

Información Individualizada de Riesgos Representativos		
Riesgo	Área de Riesgo	Categoría del Riesgo
R1	XXXXXX	XXXXXXXXXX
<i>Definición</i>		
<i>Responsable del Control</i>		
Evaluación del Riesgo: febrero 2022		
Información específica del Riesgo:		
Otra información relevante en relación con el Riesgo:		

<u>Riesgo</u>	<u>Área de Riesgo</u>	<u>Categoría del Riesgo</u>
R2	XXXXXX	XXXXXXXXXX
<i>Definición</i>		
<i>Responsable del Control</i>		
<i>Evaluación del Riesgo:</i> <i>septiembre de 2022</i>		
<i>Información específica del Riesgo:</i>		
<i>Otra información relevante en relación con el Riesgo:</i>		

Esta información puede ser recopilada manualmente, u obtenerse de la Herramienta de Gestión de Riesgos.

3.3.4. Reporting: Subcomité de Riesgos al Comité de Dirección.

Esta información puede ser recopilada manualmente, u obtenerse de la Herramienta de Gestión de Riesgos.

Sobre la base de la información recibida, el Subcomité de Riesgos informará al Comité de Dirección de aquella información relevante para la realización de una gestión efectiva de riesgos. El modelo de reporting será el mismo que el realizado por el Coordinador de Riesgos, circunscrito a aquellas materias (riesgos principalmente) que se considere adecuado reportar.

3.4. Fichas de Riesgo

Durante la revisión y actualización de Riesgos realizada entre febrero y septiembre de 2022, ha surgido un Universo de 54 riesgos, de los que se ha decidido monitorizar los 15 que representan más riesgo para el Área, para reportar trimestralmente las fichas de riesgo de estos 15. Se adjunta un ejemplo de una ficha de riesgos:

Política de Gestión de Riesgos y Modelo de Seguimiento del Área Ejecutiva de la
Fundación ONCE

Sistema Integrado de Gestión de Riesgos

Fichas de Riesgo completadas (documento anexo)

(Documento en poder del Subcomité de riesgos, que no se adjunta por
confidencialidad)

4. Anexo I: Modelo de Riesgos del Área Ejecutiva de Fundación ONCE

A continuación, se incluye el Modelo de Riesgos del Área elaborado durante la evaluación efectuada entre el mes de febrero y septiembre de 2022, cuyo análisis se centra en los siguientes aspectos:

- Universo de riesgos:

(Documento en poder del Subcomité de riesgos, que no se adjunta por confidencialidad)

- Mapa de calor del universo de riesgos



- Formalización a través de fichas, los 15 riesgos más críticos, que se desglosan a continuación:

(Documento en poder del Subcomité de riesgos, que no se adjunta por confidencialidad)

Sintetizando la información anterior y para tener un mayor entendimiento, se recomienda desplegar el siguiente archivo:

(Documento en poder del Subcomité de riesgos, que no se adjunta por confidencialidad)

- Pestaña 1: En esta pestaña se encuentra la totalidad de riesgos actuales y propuestos resultado del levantamiento del mapa, tras las reuniones de entendimiento con los distintos departamentos. De acuerdo con el documento, se han agrupado o fusionado varios de ellos, surgiendo nuevos con nueva denominación.
- Pestaña 2: En esta segunda pestaña, se encuentra el gráfico consistente en el mapa de calor del universo de riesgos previamente mencionado, elaborado a partir del producto del impacto y probabilidad inherentes de cada uno de ellos.
- Pestaña 3: En la pestaña número tres, se presenta la información del universo de riesgos de manera más detallada (tras el taller de consenso con los departamentos implicados en el levantamiento del mapa), incluyendo la descripción definitiva propuesta por las áreas y los importes de probabilidad, impacto, criticidad inherentes y efectividad de los controles.
- Pestaña 4: En esta pestaña se ha seleccionado el “top 15” de los riesgos con mayor valoración en función de la criticidad inherente y los que han sido, además, documentados a través de fichas.

5. Anexo II: Matriz de los quince Riesgos más críticos, Indicadores, Controles, Procesos y Procedimientos del Área

A continuación, se incluye un documento en el que se muestra una Matriz que recoge de forma integral la información base de los elementos del Proceso Continuo de Gestión de Riesgos y la relación existente entre los mismos:

- Riesgos.
- Procesos
- Controles.
- Indicadores de Riesgo Clave (KRI).

Para mayor entendimiento, ver a continuación:

(Documento en poder del Subcomité de riesgos, que no se adjunta por confidencialidad)

8.2 ANEXO 2. DECLARACIÓN INSTITUCIONAL DE FUNDACIÓN ONCE CONTRA EL FRAUDE





DECLARACIÓN INSTITUCIONAL DE FUNDACIÓN ONCE CONTRA EL FRAUDE

Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (en adelante, Fundación ONCE), es una entidad de naturaleza fundacional sin ánimo de lucro, de carácter benéfico-asistencial, de duración indefinida, que persigue fines sociales y que fue constituida por la Organización Nacional de Ciegos Españoles mediante acuerdo 2E/88 de fecha de 28 de enero de 1988 de su Consejo General, por razones de solidaridad social con las personas con Discapacidad, de conformidad con la Escritura Fundacional y sus Estatutos, gestiona presupuesto de los Programas Operativos del FSE “Inclusión Social y Economía Social” y “Empleo Juvenil”, en programas de formación y empleo para la mejora de la calidad de vida de las Personas con Discapacidad en edad de trabajar. En este nuevo marco financiero la Comisión Europea recomienda que los Organismos que gestionan fondos europeos se comprometan en el objetivo de reforzar, dentro del ámbito de sus competencias, la política antifraude en el desarrollo de sus funciones. Fundación ONCE, a través de esta declaración institucional, quiere manifestar su compromiso de lucha contra el fraude, exigiéndose para ello la implementación de los mecanismos estándares más altos en el cumplimiento de las normas jurídicas, éticas y morales y declarando su adhesión a los más estrictos principios de integridad, objetividad y honestidad, de manera que su actividad sea percibida por todos los agentes que se relacionan con ella como opuesta al fraude y la corrupción en cualquiera de sus formas. La totalidad de los miembros de su equipo directivo asumen y comparten este compromiso. El personal de Fundación ONCE, tiene, de acuerdo con el Código Ético y Guía de Conducta de los Trabajadores y Trabajadoras de la Fundación ONCE y Asociaciones Dependientes, entre otros deberes, el de “orientar su comportamiento por criterios de ética personal, excelencia profesional y responsabilidad organizativa”, lo que se concreta en los siguientes 11 valores éticos que han de servir de guía para su actuación: comunicación, solidaridad, confidencialidad, equidad, confianza, honestidad, humildad, respeto, compromiso, profesionalidad, responsabilidad. La Fundación ONCE persigue con esta política consolidar dentro de la organización una cultura que prevenga cualquier actividad fraudulenta, que facilite su detección, y que impida su consecución,

promoviendo el desarrollo de procedimientos efectivos para la gestión de estos supuestos. La Fundación ONCE desarrolla su política de prevención y detección del fraude con el uso de procedimientos adecuados y recursos propios para evaluación de riesgos, revisión y actualización periódica de la política antifraude, así como el seguimiento de los resultados. También cuenta con la colaboración de los diferentes responsables y gestores de procesos para asegurar que existe un adecuado sistema de control interno dentro de sus respectivas áreas de responsabilidad y garantizar, en su caso, la debida diligencia en la implementación de medidas correctoras. A partir de las verificaciones y los controles realizados en las fases previas por la Fundación ONCE, dispone también, por su parte, de un sistema que registra y almacena la información precisa de cada operación para garantizar la fiabilidad y regularidad en relación con el gasto, y su correcta trazabilidad. La Fundación ONCE implementa medidas eficaces y proporcionadas de lucha contra el fraude, basadas en la experiencia obtenida en períodos anteriores y en la reciente evaluación del riesgo de fraude realizada al efecto. Está a su vez incorporando procedimientos para denunciar aquellas irregularidades o sospechas de fraude que pudieran detectarse a través de los canales internos de notificación a la Oficina Europea de Lucha contra el Fraude (OLAF). Todos los informes se tratarán en la más estricta confidencialidad y de acuerdo con las normas que regulan esta materia. En definitiva, Fundación ONCE tiene una política de tolerancia cero frente al fraude y la corrupción que ejerce mediante un sistema de control robusto, diseñado especialmente para prevenir y detectar, en la medida de lo posible, los actos de fraude y corregir su impacto, en caso de producirse.

José Luis Martínez Donoso, Director General de la Fundación ONCE

8.3 ANEXO 3. CÓDIGO ÉTICO Y DE BUENA CONDUCTA





UNIÓN EUROPEA
FONDO SOCIAL EUROPEO
El Fondo Social Europeo invierte en tu futuro

CÓDIGO ÉTICO Y DE BUENA CONDUCTA
FUNDACIÓN ONCE E INSERTA EMPLEO COMO GESTORES DE
PROGRAMAS DEL FONDO SOCIAL EUROPEO

ÍNDICE:

0. INTRODUCCIÓN.

1.- OBJETO.

2.- MARCO NORMATIVO

3.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.

4.- PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA FUNDACIÓN ONCE.

5.- NORMAS DE CONDUCTA.

6.- COMUNICACIÓN Y ASESORAMIENTO

7.- ENTRADA EN VIGOR Y CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE CONDUCTA.

0. INTRODUCCIÓN. -

La existencia del Código Ético y Buena Conducta de Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de personas con Discapacidad, Organismo Intermedio del Programa Operativo de Inclusión Social y Economía Social y del Programa Operativo de Empleo Juvenil durante el actual periodo de programación 2014-2020 y la Asociación Inserta Empleo, beneficiaria asimismo de ambos Programas Operativos, responde a la iniciativa de la Fundación de aplicar políticas y estrategias que aseguren una gestión financiera de los recursos provenientes del Fondo Social Europeo más transparente y ajustada a principios y exigencias éticas con el objetivo de lograr una acción eficaz y eficiente y atender a su compromiso con las personas con discapacidad.

Este Código Ético además pretende dar respuesta a los compromisos adquiridos por Fundación ONCE en su documento de Descripción de Sistemas como Organismo Intermedio de los citados Programas Operativos, así como del exhaustivo análisis de la matriz de riesgos ex ante, aplicable a los gestores de programas del Fondo Social Europeo, en adelante FSE. A raíz de un análisis exhaustivo del marco de control existente y los riesgos potenciales inherentes al mismo, Fundación ONCE ha identificado la necesidad de desarrollar su propio código ético adaptado a las necesidades de la gestión diaria de fondos públicos comunitarios.

1.- OBJETO DEL CÓDIGO. -

El presente Código de conducta tiene por objeto regular los valores y principios que han de presidir la actuación de las personas que participan en alguna de las fases de la gestión, implementación, seguimiento y control del Fondo Social Europeo en Fundación ONCE y la Asociación Inserta Empleo, para asegurar que se lleva a cabo conforme a unas pautas éticas y de integridad que garanticen asimismo la buena gestión financiera de los Fondos.

2.- MARCO NORMATIVO.

El presente Código se ha elaborado de conformidad y en desarrollo de las normas vigentes, en particular de:

- Códigos ético y guía de conducta de la Fundación ONCE (general)
- Reglamento (UE) No 1303/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo de 17 de diciembre de 2013
- Reglamento (UE) No 1304/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo de 17 de diciembre de 2013

3.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente Código es de aplicación al personal vinculado a la gestión del FSE en Fundación ONCE, independientemente de su cargo jerárquico dentro de cada uno de los departamentos que directa o indirectamente gestionan FSE en la Fundación:

- Dirección General
- Departamento de Programas Europeos
- Dirección de Empleo, Formación y Proyectos
- Área de Relaciones Sociales e Internacionales y Planes Estratégicos.
- Comisionado para Universidad, Juventud y Planes Especiales
- Dirección de Accesibilidad
- Departamento de Comunicación
- Departamento de Auditoría interna

Cualquier otra Área, Dirección o Departamento que, a lo largo del periodo de desarrollo de los Programas Operativos, hasta el 2023, participe en alguna de las fases de ejecución de los mismos.

Asimismo, el presente Código es de aplicación a todo el personal de la Asociación Inserta Empleo en calidad de beneficiaria directa de las ayudas del FSE.

4.- PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE FUNDACIÓN ONCE.

Dotándose desde hace tiempo de unas adecuadas normas de buen gobierno, Fundación ONCE y sus Asociaciones dependientes disponen de un Código Ético de aplicación a todos los trabajadores y trabajadoras de la entidad, y que viene a sumarse al Código Ético de Conducta de los Consejeros, Directivos, Mandos Intermedios y Otros Responsables de Gestión de la ONCE y su Fundación el cual establece de manera detallada las pautas de conducta que deben dirigir su forma de actuar durante el desarrollo de su actividad y contiene asimismo una exhaustiva política de aprobación del gasto y selección de proveedores.

El Código Ético y Guía de Conducta de los trabajadores y trabajadoras de Fundación Once y sus Asociaciones se concreta en 11 valores éticos, que son comunes a los valores de otras entidades de la ONCE y su Fundación: Comunicación, Solidaridad, Confidencialidad, Equidad, Confianza, Honestidad, Humildad, Respeto, Compromiso, Profesionalidad y Responsabilidad.

5.- NORMAS DE CONDUCTA.

Conducta ética:

Las personas vinculadas a Fundación ONCE y la Asociación Inserta Empleo sujetas a las prescripciones de este Código actuarán siempre con ética e

integridad, y en ningún caso desarrollarán actividades contrarias a los principios fundamentales o a su compromiso con las personas con discapacidad.

No podrán utilizar el nombre, activos o recursos de Fundación ONCE en beneficio propio ni con fines privados, ni utilizar su condición para la obtención de privilegios ni beneficios. Tampoco podrán en ningún caso dar ni recibir cualquier tipo de comisión como consecuencia de las actividades que desarrollen en Fundación.

Cuando en el desempeño de sus funciones dispongan de recursos de Fundación, los utilizarán de forma económica, austera, prudente y discreta, evitando incurrir en gastos superfluos e innecesarios.

Legalidad:

Las personas vinculadas a Fundación ONCE y la Asociación Inserta Empleo sujetas a las prescripciones de este Código cumplirán los Estatutos y el Reglamento General, así como todas las normas de la Institución que se dicten por los órganos competentes para ello y que les resulten de aplicación en su ámbito específico de actuación.

Lealtad y buena fe:

Las personas vinculadas a Fundación ONCE y la Asociación Inserta Empleo sujetas a las prescripciones de este Código ajustarán en todo momento su actuación a los principios de buena fe, lealtad y respeto para con la Fundación, órganos superiores y, en general, todos los profesionales al servicio de la Fundación.

La lealtad implica asimismo la sujeción al principio de jerarquía y el compromiso de trasladar al órgano de gobierno o cargo directivo inmediatamente superior cualquier irregularidad detectada en la dirección y gestión de los fondos de Fundación ONCE.

Compromiso, eficiencia y participación:

Las personas vinculadas a Fundación ONCE y la Asociación Inserta Empleo sujetas a las prescripciones de este Código mantendrán un compromiso activo y responsable para lograr el cumplimiento de los objetivos marcados por la Institución, actuando con diligencia y eficiencia en el ejercicio de sus funciones.

Esta conducta eficiente y diligente se fundamenta en la asunción de las facultades y deberes de recabar y obtener toda la información necesaria para poder acomodar la propia actuación a las exigencias que impone, así como alcanzar y mantener una formación adecuada para el puesto desempeñado.

Abstención en caso de conflicto de intereses:

El objetivo de la política de conflicto de interés es evitar que los intereses personales y/o institucionales de los miembros del órgano de gobierno, o cualquier persona a la que se le delega alguna capacidad de decisión en la entidad, interfieran con el normal desempeño de su labor en la Fundación ONCE, y asegurar que no existe un beneficio personal, profesional o político en perjuicio de la entidad.

El conflicto de interés se define, por tanto, como un interés que podría afectar o podría parecer que afecta, el juicio o la conducta de algún o algunos miembros del órgano de gobierno, personal contratado, etc. en perjuicio de los intereses de la entidad.

Las personas vinculadas a Fundación ONCE y la Asociación Inserta Empleo sujetas a las prescripciones de este Código actuarán teniendo en cuenta los intereses de la Fundación y en el desarrollo de su función se abstendrán de intervenir en asuntos en los que la existencia de un vínculo significativo, familiar, profesional, comercial u análogo pudiera comprometer su capacidad para ejercer sus funciones con imparcialidad y en beneficio de los objetivos de Fundación ONCE.

Esta política no pretende prohibir la existencia de relaciones entre la entidad y terceras partes relacionadas con el órgano de gobierno, empleados u otros individuos o grupos relacionados con la organización cuyos intereses puedan coincidir en la realización de alguna actividad conjunta (dualidad de interés y no conflicto).

Esta política sí exige, sin embargo, ante la posibilidad de alguna de las situaciones señaladas, la obligación por parte de la persona o personas que tengan conocimiento de la posible existencia de un conflicto de interés propio o de otro miembro de la entidad de ponerlo en conocimiento del Director General de la Fundación ONCE, aportando las pruebas o argumentos necesarios para verificar si existe o si podría parecer que existe dicho conflicto de interés.

En reunión del Subcomité de Gestión de los PO's se expondrá el caso con todos los datos posibles y se escuchará a la persona interesada. Posteriormente dicha persona abandonará la reunión y se discutirá y decidirá si se considera que existe o podría parecer que existe dicha situación de conflicto de interés.

El Director General de la Fundación ONCE podrá convocar a la reunión una o varias personas desinteresadas para proponer alternativas a la transacción o contratación o la situación que fuera de la opción presentada por la persona interesada. Posteriormente el Director General de la Fundación ONCE deberá decidir si algunas de las alternativas propuestas pueden ser iguales o más beneficiosas que aquella que puede suponer un conflicto de interés. Si ninguna

de las alternativas propuestas mejora las condiciones de la presentada por la persona interesada se tendrá que decidir por mayoría de los miembros desinteresados si se sigue adelante con la contratación o acuerdo.

En consecuencia, las actas de las reuniones del Subcomité de Gestión de los PO's deberán contener los nombres de todas las personas que han intervenido desde el comienzo del proceso con un resumen de sus intervenciones, las alternativas estudiadas, las razones por las que se ha decidido continuar o no con el acuerdo, el acuerdo alcanzado y la votación final.

Por otra parte, si el Director General de la Fundación ONCE tiene conocimiento de un posible incumplimiento de la política de conflicto de interés deberá informar al miembro sobre las razones para creer que se ha incumplido dicha política y permitir a la persona afectada que exponga su punto de vista sobre la situación. Si, después de lo anterior, el Subcomité de Gestión de los PO's decide que no se ha seguido el procedimiento adecuado o no se ha informado de un conflicto de interés, ya sea real o potencial, se tomarán las medidas adecuadas, pudiendo llegar a la expulsión de la persona del Subcomité de Gestión de los PO's.

Transparencia e integridad de la información:

Las personas vinculadas a Fundación ONCE y a la Asociación Inserta Empleo sujetas a las prescripciones de este Código están obligadas a que la información de la que resulten responsables sea veraz y refleje de forma íntegra la realidad de las actuaciones realizadas.

Confidencialidad:

Las personas vinculadas a Fundación ONCE y la Asociación Inserta Empleo sujetas a las prescripciones de este Código se obligan a no revelar la información reservada a la que hayan tenido acceso con motivo de su actividad, incluso una vez dejen de estar vinculadas a la Institución.

Igualmente asumen la obligación de no hacer uso de la información reservada para fines privados, incluso durante los primeros cinco años una vez dejen de estar vinculadas a la Institución.

Prohibición de competencia desleal:

Las personas vinculadas a Fundación ONCE y la Asociación Inserta Empleo sujetas a las prescripciones de este Código no realizarán actos de competencia desleal, utilizando la información y conocimientos adquiridos en la Fundación para la realización por cuenta propia y con fines lucrativos de actividades o servicios llevados a cabo por Fundación ONCE.

6.- COMUNICACIÓN Y ASESORAMIENTO EN RELACIÓN CON EL CÓDIGO ÉTICO Y DE BUENA CONDUCTA

Para asegurar la adecuada divulgación y conocimiento del presente Código Ético y de Buena Conducta se llevará a cabo una comunicación que tendrá por objetivo recalcar que este Código es de obligado cumplimiento para todas las personas descritas en el apartado 3 del presente Código, y difundir, asimismo, que existe un Subcomité de Ética, que es el órgano que tiene encomendada la tarea de velar por su cumplimiento.

Las dudas respecto al Código de Conducta que tenga cualquier persona vinculada a Fundación ONCE y la Asociación inserta Empleo sujeta a las prescripciones de este Código deberán dirigirse a su superior jerárquico o cualquier otro miembro del Subcomité de Gestión de los PO's / Subcomité de Ética. Todas las dudas planteadas por cualquier persona que intervenga en la Fundación serán analizadas cuidadosamente por el Subcomité de Gestión de los PO's / Subcomité de Ética y tratadas de forma confidencial.

7.- ENTRADA EN VIGOR Y CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO ÉTICO Y DE BUENA CONDUCTA.

El presente Código Ético entrará en vigor una vez ha sido informado positivamente por el Subcomité de Gestión de los PO's y el Comité Directivo y aprobado en el Subcomité de Ética de 18 de julio de 2017.

Una vez aprobado será comunicado a las personas vinculadas a Fundación ONCE sujetas a las prescripciones de este Código. La Dirección General de Fundación ONCE y la Asociación Inserta Empleo será la responsable de dicha comunicación y de la difusión del Código en sus respectivos ámbitos territoriales.

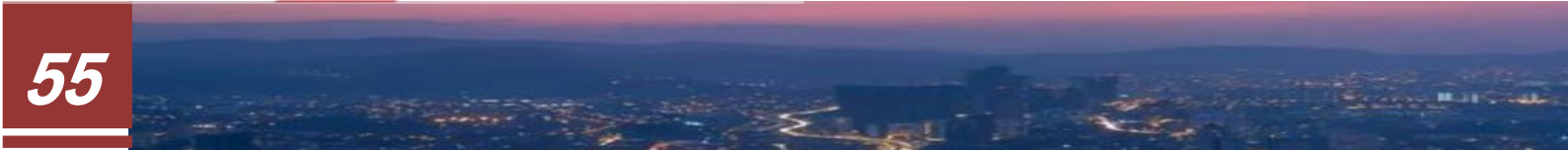
El presente Código Ético se revisará y actualizará en su caso, periódicamente, atendiendo a las necesidades de Fundación ONCE. Cualquier modificación deberá ser previamente aprobada por los miembros del Subcomité de Gestión de los PO's y elevado para su aprobación al Subcomité de Ética y al Comité Directivo de Fundación ONCE.

El Código Ético tiene carácter obligatorio.

Aplicación del Código a las personas con relación laboral sujetas a él:

El incumplimiento del presente Código será considerado como supuesto de pérdida de confianza al objeto de rescisión de la relación laboral por Fundación ONCE y la Asociación Inserta Empleo con las personas sujetas.

8.4 ANEXO 4. Declaración de cumplimiento de legalidad



ANEXO 4

Declaración de cumplimiento de legalidad

XXFecha de inicio del programa

D./D^a. _____, con DNI _____, actuando en _____ representación de la Universidad _____, con CIF _____, con domicilio en _____, en relación con las Ayudas económicas recibidas de la Fundación ONCE para dicho programa en el marco del Programa Operativo de Empleo Juvenil 2014-2020 cofinanciado por el Fondo Social Europeo.

DECLARA

Que dicha entidad no se encuentra incurso en ninguna de las circunstancias que le impiden obtener la condición de beneficiario (recogidas en los apartados 2 y 3 del artículo 13 de la Ley 38/2003 General de Subvenciones) de acuerdo con lo indicado en la Convocatoria de ayudas económicas de la Fundación ONCE en el marco del Programa Operativo de Empleo Juvenil 2014-2020 cofinanciado por el Fondo Social Europeo.

Que los gastos declarados son conformes con las normas aplicables sobre ayudas de Estado y que no existe doble financiación del gasto con otros regímenes comunitarios o nacionales, así como con otros períodos de programación del Fondo Social Europeo.

Y que no existen varios cofinanciadores que financian la misma operación.

Además:

	SI	NO	N/A
- La entidad ha comunicado a la Fundación ONCE, en su caso, todas las solicitudes y/o resoluciones de otras ayudas o subvenciones vinculadas al proyecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descripción, en su caso.

- A lo largo de la ejecución del proyecto no se ha puesto de manifiesto ningún indicio de irregularidad o fraude que afecte al mismo, o en caso contrario, éste ha sido notificado a Fundación ONCE.

SI han existido indicios de irregularidad (incluya descripción del evento y adjunte evidencia)

NO han existido indicios de irregularidad

Descripción, en su caso.

- Las transacciones relacionadas con el proyecto se han registrado en el sistema de contabilidad de la entidad, el cual permite su identificación mediante la asignación de un código contable adecuado (exigido en el artículo 125 del Reglamento (CE) 1303/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de diciembre de 2013). Incluya breve descripción del proceso y evidencia.

SI

NO

Descripción:

Evidencia

Firma y sello

En _____ a xx de xxx de 20xx

8.5 ANEXO 5. INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO Y LUCHA CONTRA EL FRAUDE (MATRIZ DE RIESGOS)





UNIDAD ADMINISTRADORA
DEL FONDO SOCIAL EUROPEO



FONDO SOCIAL EUROPEO
El FSE invierte en tu futuro

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO Y LUCHA CONTRA EL FRAUDE (Matriz de riesgos)

Versión 3 – Mayo 2018



UNIDAD ADMINISTRADORA
DEL FONDO SOCIAL EUROPEO



FONDO SOCIAL EUROPEO
El FSE invierte en tu futuro

ÍNDICE

1. Introducción.....	3
2. Elementos de la matriz de riesgos	4
3. Matriz ex ante	5
4. Matriz ex post.....	9
5. Comparación de resultados ex ante y ex post.....	14
6. Procedimiento para la documentación y codificación de los archivos para el envío de las matrices	17
7. Anexos	21
ANEXO I. NORMATIVA APLICABLE	22
ANEXO II. GLOSARIO DE TÉRMINOS	23
ANEXO III. CATÁLOGO DE RIESGOS Y BANDERAS	27



1. Introducción

El presente documento tiene como finalidad definir el procedimiento de aplicación y cumplimentación del “**Instrumento de autoevaluación para la identificación y cobertura del Riesgo**” (**Matriz de Riesgos**) para las operaciones que se financiarán con cargo al Fondo Social Europeo en el periodo 2014-2020. En particular, la aplicación de este procedimiento responde a un doble objetivo:

- Cumplir las disposiciones del artículo 125, apartado 4, letra c) del Reglamento (UE) nº 1303/2013, según el cual las Autoridades de Gestión deben poner en marcha medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude, teniendo en cuenta los riesgos que se hayan detectado.
- Y, asimismo, a través de este instrumento se pretende ofrecer orientación a la Autoridad de Auditoría sobre la verificación del cumplimiento de este artículo tanto por parte de la Autoridad de Gestión como por parte de los Organismos Intermedios.

Tanto el diseño del instrumento como el procedimiento a seguir para su cumplimentación se han basado, por una parte, en las orientaciones de la Comisión Europea para la Evaluación del riesgo de fraude y medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude¹ de junio de 2014, como en la experiencia en materia de irregularidades y fraude de la Autoridad de Gestión.

De esta forma, se garantiza la transparencia, la igualdad y la objetividad en la certificación de proyectos referidos a las diferentes operaciones, a través de un único sistema de parametrización de riesgos que permita actuar bajo un criterio homogéneo a los diferentes certificadores.

Además, la aplicación del presente instrumento por parte de los Beneficiarios/Organismos Intermedios/ Autoridad de Gestión permitirá anticiparse a la ocurrencia de riesgos potenciales de irregularidades y fraude y mitigar su impacto y/o probabilidad de ocurrencia, así como estar preparados en caso de que el riesgo llegase a materializarse, reduciendo así la dimensión del posible daño.

Asimismo, al cumplimentar la Matriz de Riesgos, las entidades deben tener en cuenta la información indicada en las Listas de Verificación (si procede su cumplimentación) donde se recogen riesgos similares a los señalados en la Matriz y por lo tanto, lo establecido en uno y otro instrumento debe ser coherente.

¹ Documento EGESIF_14-0021-00 de Junio de 2014.



2. Elementos de la matriz de riesgos

El “**Instrumento de autoevaluación para la identificación y cobertura del Riesgo**” (**Matriz de Riesgos**) se centra en la identificación de los riesgos potenciales con impacto significativo en la participación, selección y posterior certificación de gastos de las operaciones que pueden ser cofinanciadas por el Fondo Social Europeo, así como en la definición de mecanismos (indicadores de riesgo, controles y acciones) que permiten su gestión, seguimiento y mitigación.

2.1. Instrumentos de gestión evaluados

La Matriz de Riesgos identifica una batería de riesgos que se asocian a cada uno de los **instrumentos de gestión** que pueden ser utilizados durante la ejecución de las actuaciones del Fondo Social Europeo en el periodo 2014-2020:

- Subvenciones
- Contratación
- Gestión Directa (que incluye a su vez, medios propios, encomiendas de gestión y convenios)

2.2. Riesgo

A efectos de cumplimentación de la matriz se entiende por **riesgo**² aquel evento u acción que, en caso de ocurrir, puede afectar negativamente y de forma significativa a:

- La capacidad y eficacia de los instrumentos de gestión.
- La selección y ejecución de las operaciones.
- La certificación de las operaciones o de sus proyectos.
- La reputación de los agentes intervinientes.
- La mitigación de la potencial ocurrencia de irregularidades o fraude.

2.3. Bandera roja

A cada riesgo expuesto en la matriz, le han sido asociados una o varias banderas rojas. Por **bandera roja**³ se entiende aquel hecho que revela información cualitativa o cuantitativa formada por uno o varios datos basados en hechos, opiniones o medidas, que permiten supervisar el nivel del riesgo identificado y el funcionamiento de los controles. Son “indicadores” o señales de alarma de la posibilidad de que pueda existir el riesgo.

² En el Anexo III del presente documento se establece el catálogo de riesgos incluidos en la Matriz de Riesgos.

³ En el Anexo III del presente documento se establece el catálogo de banderas rojas en la Matriz de Riesgos.



2.4. Matrices ex ante y ex post

La “Matriz de riesgos” se compone de dos instrumentos de autoevaluación de riesgos, iterativos, que se retroalimentan, y cuya utilización dependerá del momento en el que se realice la evaluación y de los agentes intervinientes: **la matriz ex ante y la matriz ex post.**

3. Matriz ex ante

3.1. Definición

La matriz ex ante es un instrumento de carácter informador cuyo objetivo es medir, a través de un cuestionario de autoevaluación, la **exposición teórica al riesgo** de los métodos de gestión que utiliza para la gestión de los Fondos (subvenciones, contratación y gestión directa) en virtud de del histórico y de la experiencia previa de la entidad y de los procedimientos implantados a partir de los sistemas de gestión y control. En este sentido, permite determinar la probabilidad de suceso de los riesgos de una entidad y señalar los controles puestos en marcha por dicha entidad para mitigar el riesgo.

En el caso de que la entidad identifique un riesgo, bandera o control de mitigación que no han sido identificados previamente, deberá comunicarlo a la Autoridad de Gestión para que estos nuevos riesgos, banderas o controles sean incluidos en el instrumento/matriz y evaluarlos según la metodología señalada.

3.2. Obligados a su cumplimentación

Este instrumento debe ser cumplimentado por las siguientes entidades:

- **Autoridad de Gestión** del Fondo Social Europeo.
- **Organismos Intermedios** del Fondo Social Europeo.

3.3. Plazo de cumplimentación

- **Autoridad de Gestión:** en el plazo de **dos meses tras su designación.**
- **Organismos intermedios:** en el plazo de **dos meses tras su designación o, en todo caso, antes de realizar la presentación a cofinanciación de los proyectos y/u operaciones.** Una vez cumplimentada debe enviarse a la Autoridad de Gestión.

3.2. Frecuencia de su cumplimentación

- **Carácter general:** la frecuencia mínima de cumplimentación de la matriz ex ante, tanto por parte de la Autoridad de Gestión como por parte de los Organismos Intermedios, será de **carácter bienal (una vez cada dos años).**
- **Carácter excepcional:** podrá requerirse su cumplimentación una vez al año según los resultados de los controles de auditoría sobre las operaciones presentadas a cofinanciación,

de los resultados de las verificaciones de sistemas y del resultado de la matriz ex post con relación a materializaciones parciales o totales de los riesgos contemplados en la herramienta.

3.3. Revisión de la matriz ex ante

En todo caso, la matriz ex ante **deberá ser revisada** en los siguientes supuestos:

- La ocurrencia de un caso de fraude.
- Grados elevados de materialización de los riesgos puestos de manifiesto en la cumplimentación de la matriz ex post.
- Cambios significativos en los procedimientos o en el personal de la entidad.

3.4. Instrucciones de cumplimentación de la matriz ex ante

La matriz ex ante está basada en los siguientes bloques metodológicos que se deben seguir para su cumplimentación:

PASO 1

Como primer paso, se debe aportar información relativa a la **probabilidad de suceso** de cada bandera roja. Para ello, se seleccionará la pestaña “**Subvenciones Prob.**”, “**Contratación Prob.**” o “**Gestión Directa Prob.**”, según el método o los métodos de aplicación, y se cumplimentará cada pestaña siguiendo las siguientes instrucciones:

1.- En primer lugar, se debe contestar la pregunta **P0**, relativa a la aplicación del método de gestión, seleccionando del desplegable “Sí” o “No”.

2.- En segundo lugar, se debe contestar a la pregunta **P1**, seleccionando del desplegable “Sí” o “No”:

- **P1:** En relación con su organización:
*¿Es la primera vez que su entidad ha sido designada como Organismo Intermedio u Organismo Colaborador del Fondo Social Europeo?
En el caso de que haya sido designado por primera vez como Organismo Intermedio del Fondo Social Europeo, ¿es la primera vez que cumplimenta la matriz ex ante?*

3.- A continuación, se debe seleccionar del desplegable “Sí” o “No” respondiendo las siguientes preguntas para cada una de las banderas rojas asociadas a los riesgos:

- **P2:** En relación con la bandera roja:
¿En el manual de procedimientos del organismo/entidad, se especifica o se desarrolla un procedimiento con relación a esta bandera?
- **P3:** En relación con la bandera roja:
¿La entidad ha estado afectada por algún procedimiento de reserva y/o suspensión o presuspensión en los últimos tres años? ¿La entidad ha estado inmersa en algún procedimiento de penalización en una convocatoria de subvenciones y/o



procedimiento de contratación y/o procedimiento irregular relacionado con la Administración Pública en materia de subvenciones y/o contratación y/o medios propios y/o encomiendas de gestión y/o convenios?

- **P4:** En relación con la bandera roja:
 - *En el caso de ser la primera vez que cumplimenta la matriz, ex ante: ¿la entidad ha detectado de forma interna errores o incidencias en el pasado, haya sido o no haya sido Organismo Intermedio del Fondo Social?*
 - *En el caso de ser una revisión de la matriz, ex ante: ¿la bandera roja se ha materializado en al menos una ocasión y, por tanto, así se ha indicado en la matriz, ex post correspondiente?*
- **P5:** *¿El Organismo o entidad dispone de un departamento de control interno/auditoría interna, que de entre sus funciones esté la de revisión de esta bandera roja?*

A partir de las respuestas indicadas, la matriz calculará de forma automática la probabilidad de suceso de cada una de las banderas rojas.

NOTA: *Deben contestarse todas las preguntas asociadas a todas las banderas. En caso contrario, la herramienta (matriz) no podrá realizar los cálculos pertinentes.*

PASO 2

En segundo lugar, y una vez esté completada la pestaña relativa a la probabilidad del método de gestión, se debe cumplimentar la pestaña relativa a los **controles**. Al igual que en el paso anterior, hay una pestaña de controles por cada método de gestión, llamadas “**Subvenciones Controles**”, “**Contratación Controles**” y “**Gestión directa Controles**”.

Para cada una de las banderas rojas, se debe indicar en la columna “**¿Control diseñado e implantado?**” si se han implantado los controles establecidos para cada una de las banderas rojas, seleccionando de la lista desplegable “Sí” o “No”.

A partir de las respuestas indicadas, la matriz calculará de forma automática la puntuación de cada riesgo.

NOTA: *Deben contestarse todos los controles asociadas a todas las banderas. En caso contrario, la herramienta (matriz) no podrá realizar los cálculos pertinentes.*

3.5. Resultados de la matriz ex ante



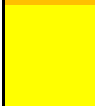

Una vez cumplimentada la matriz ex ante, siguiendo las instrucciones indicadas en el apartado anterior, se obtendrán dos tipos de resultados:

Puntuación total final de cada riesgo

Después de haber indicado en cada riesgo si se han implantado los controles predefinidos para cada una de sus banderas, **la herramienta calcula de forma automática la puntuación final de cada riesgo**, denominada “**puntuación total final del riesgo**”. La “puntuación total final del

riesgo” se calcula a partir de tres variables: la categorización del riesgo, la probabilidad de suceso de las banderas y el impacto de cada bandera⁴.

La siguiente tabla ilustra la interpretación de los resultados obtenidos para cada riesgo:

		Puntuación	Interpretación
	Riesgo crítico	5,4- 10,8	La probabilidad de que el riesgo tenga lugar (se materialice) es crítica
	Riesgo alto	2,7- 5,3	La probabilidad de que el riesgo tenga lugar (se materialice) es alta
	Riesgo medio	1,08-2,6	La probabilidad de que el riesgo tenga lugar (se materialice) es media
	Riesgo bajo	0,025 - 1,07	La probabilidad de que el riesgo tenga lugar (se materialice) es baja

La “puntuación total del riesgo” obtenida debe servir como referencia a la entidad para prevenir en cada riesgo identificado el posible fraude o la comisión de irregularidades y, en tal caso, incrementar el número de controles o su intensidad ya que finalmente, si este riesgo no es mitigado, la puntuación obtenida servirá como referencia para la certificación de los gastos de las operaciones y/o proyectos y para la implantación de sistemas de control o verificación más restrictivos por parte de la Autoridad de Gestión.





Coefficiente de riesgo por instrumento de gestión

A continuación, **la herramienta calcula de forma automática un coeficiente que indica la potencialidad del riesgo global asociado a cada método de gestión de la entidad.**

El coeficiente se obtiene de la suma de las puntuaciones totales finales de cada riesgo entre la puntuación total final máxima que se puede obtener para los riesgos del método de gestión.

La siguiente tabla ilustra la escala e interpretación que se obtiene del resultado del coeficiente:

⁴ Los términos “categorización del riesgo”, “probabilidad de suceso de las banderas” e “impacto de la bandera” se definen en el Anexo II “Glosario de términos” del presente documento.

		Coficiente	Interpretación
	Riesgo crítico	Desde 50%	El coeficiente muestra un riesgo crítico para el método de gestión
	Riesgo alto	25% - 49%	El coeficiente muestra un elevado riesgo para el método de gestión
	Riesgo medio	10% - 24%	El coeficiente muestra un riesgo medio para el método de gestión
	Riesgo bajo	Hasta 9%	El coeficiente muestra un muy bajo riesgo para el método de gestión

El coeficiente de riesgo asociado a cada método de gestión será utilizado con una doble finalidad:

1.- Identificar las actuaciones a poner en marcha en función del coeficiente ex ante de riesgo obtenido:

- La obtención de un **coeficiente de riesgo ex ante medio o alto (puntuación de entre 10% y 49%)** sobre un método de gestión debe poner en alerta a la entidad que deberá **revisar los controles** que está llevando a cabo, en aras a introducir controles adicionales o modificar o rediseñar los ya existentes para que sean más efectivos.
- La obtención de un coeficiente de riesgo ex ante de **carácter crítico (puntuación de 50% o superior)**, implicará que la entidad, si se considera oportuno, **elabore un Plan de Mejora** que implique el establecimiento de procedimientos mitigadores que permitan reducir su exposición al riesgo y, por tanto, que reduzcan su coeficiente de riesgo a un nivel medio o bajo.

2.- Servir de referencia para comparar la previsión del riesgo con su materialización efectiva a través de la matriz ex post. Los **resultados de la matriz ex ante deberán cruzarse con los resultados de la matriz ex post** y el resultado de dicho cruce implicará determinadas acciones a llevar a cabo por la entidad, acciones que se describen en el **apartado 5** del presente documento.

4. Matriz ex post

4.1. Definición

La matriz ex post es un instrumento que permite medir el nivel de **materialización del riesgo por método de gestión**. Presenta una estructura paralela a la matriz ex ante, es decir, incluye los



mismos riesgos y banderas asociados a cada método de gestión que ya han sido evaluados previamente por la Autoridad de Gestión y por cada Organismo Intermedio.

En el caso de que la entidad identifique un riesgo, bandera o control de mitigación que no han sido identificados previamente, deberá comunicarlo a la Autoridad de Gestión para que estos nuevos riesgos, banderas o controles sean incluidos en el instrumento/matriz y evaluarlos según la metodología señalada.

4.2. Obligados a su cumplimentación

Este instrumento debe ser cumplimentado por las siguientes entidades:

- **Autoridad de Gestión** del Fondo Social Europeo.
- **Organismos Intermedios** del Fondo Social Europeo.
- **Beneficiarios** del Fondo Social Europeo. Los Beneficiarios de ayudas de estado⁵ no deben cumplimentar la matriz ex post. En el caso de ayudas de estado el Organismo Intermedio, a través del órgano encargado de tramitar y gestionar las ayudas, será el responsable de cumplimentar la matriz ex post.

Es preciso señalar que las entidades señaladas no podrán realizar una solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos si no han cumplimentado previamente la matriz ex post y dicha matriz es adjuntada junto con estos documentos cuando se remite a la Autoridad de Gestión/Organismo Intermedio.

4.3. Plazo de cumplimentación

- **Beneficiario Directo de la Autoridad de Gestión:**

El Beneficiario Directo de la Autoridad de Gestión cumplimentará una matriz ex post por solicitud de reembolso, que se corresponde con una operación, en relación con su respectivo método de gestión, y remitirá la matriz a la Autoridad de Gestión junto con la documentación justificativa de la solicitud de reembolso.

- **Autoridad de Gestión en relación con los Beneficiarios Directos:**

En el caso de Beneficiarios Directos de la Autoridad de Gestión, esta recibe las matrices ex post cumplimentadas por los Beneficiarios y cumplimentará su propia matriz ex post por método de gestión y referida a cada expediente de verificación sobre las solicitudes de reembolso de los Beneficiarios.

- **Beneficiario FSE:**

⁵ Las ayudas de estado incluyen el régimen de mínimos por lo que en las ayudas consideradas de mínimos se aplicarán las mismas reglas que en las ayudas de estado.



El Beneficiario cumplimentará una matriz ex post por solicitud de reembolso, en relación con su respectivo método de gestión, y remitirá la matriz al Organismo Intermedio junto con la documentación justificativa de la solicitud de reembolso.

- **Organismo Intermedio:**

El Organismo Intermedio recibe las matrices ex post cumplimentadas por los Beneficiarios y cumplimentará una matriz ex post por cada expediente de verificación, y remitirá los expedientes de verificación a la Autoridad de Gestión junto con sus respectivas matrices ex post cuando se presenten para su cofinanciación el conjunto de operaciones y proyectos. El Organismo Intermedio podrá presentar, de manera optativa, una matriz ex post que compendie, por método de gestión, los resultados de las matrices ex post para el conjunto de los expedientes de verificación que acompañan a la presentación de operaciones y proyectos.

- **Autoridad de Gestión en relación con los Organismos Intermedios:**

La Autoridad de Gestión cumplimentará su matriz ex post sobre la base del control de calidad de las presentaciones de operaciones y proyectos presentados por los Organismos Intermedios, que incluirán las matrices ex post cumplimentadas por estos.

4.4. Instrucciones de cumplimentación de la matriz ex post

La matriz ex post mide el grado de materialización de los riesgos de cada método de gestión utilizado por la entidad que la cumplimenta. La materialización equivale a la ocurrencia real de un determinado riesgo, es decir a si dicho riesgo se ha producido de forma efectiva durante la ejecución de las operaciones o proyectos objeto de la evaluación. La materialización de un riesgo deriva, a su vez, del grado de materialización de las banderas rojas que conforman el riesgo.

En cada pestaña relativa a un método de gestión: “**Subvenciones**”, “**Contratación.**” o “**Gestión Directa**”, la entidad debe completar la columna relativa a la materialización de las banderas “**Materialización de la bandera**”. Para ello, para cada bandera, debe seleccionar del desplegable el grado de materialización que puede ser “0”, “1” o “2” según las siguientes definiciones:

- **Grado de materialización “0”: la bandera roja no se ha materializado.** El hecho o hechos definatorios de la bandera roja no han ocurrido durante la ejecución de ningún proyecto u operación incluida en la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para la que se realiza la autoevaluación del riesgo. En este caso, a la bandera roja se le asignará una materialización “0”.
- **Grado de materialización “1”: la bandera se ha materializado parcialmente.** El hecho o hechos definatorios de la bandera han tenido lugar durante la ejecución de uno o varios (pero no todos) proyectos u operaciones incluidas en la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para la que se realiza la autoevaluación del riesgo. En este caso, a la bandera roja se le asignará una materialización de “1”.



- **Grado de materialización “2”:** la bandera se ha materializado totalmente. El hecho o hechos definatorios de la bandera han tenido lugar durante la ejecución de todos los proyectos u operaciones incluidas en la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para la que se realiza la autoevaluación del riesgo. En este caso, a la bandera roja se le asignará una materialización de “2”.

*NOTA: Debe señalarse el **grado de materialización de todas las banderas**. En caso contrario, la herramienta (matriz) no podrá realizar los cálculos pertinentes. No obstante, en el caso de que se materialicen banderas de tipo “excluyente” en un grado “2” (total), la entidad no podrá continuar con la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos y por tanto, no tendrá que continuar cumplimentando la matriz hasta que no se retire la operación/proyecto o gasto para el que se haya materializado dicha bandera⁶.*

4.5. Resultados de la matriz ex post

Una vez cumplimentada la matriz ex post, siguiendo las instrucciones indicadas en el apartado anterior, se obtendrán los siguientes resultados:

Acciones a llevar a cabo según la materialización de la bandera

La materialización parcial o total de una bandera conlleva la aparición de un mensaje en las columnas “Acciones” que indica las medidas a tomar por parte de la entidad con respecto a esa bandera. Las acciones son de dos tipos:





- *“Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera”.*
- *“Posible riesgo de FRAUDE. Deben revisarse las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión tiene que ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude”.*

Materialización del riesgo asociado al método de gestión

Por último, la herramienta calcula de forma automática una puntuación que indica el **nivel de materialización del riesgo total asociado a cada método de gestión**. Esta puntuación se obtiene a partir de la materialización de cada riesgo a la que se le aplica un factor de ponderación según la relevancia del riesgo.

⁶ La definición de “bandera roja excluyente”, así como la definición del resto de categorías de banderas, se especifica en el Anexo II “Glosario de términos” del presente documento.

La siguiente tabla ilustra la escala e interpretación que se obtiene del resultado de la materialización:

Materialización del riesgo	Puntuación	Interpretación
 Materialización del riesgo crítica	50%-100%	Existe un grado potencial crítico de irregularidades en la entidad
 Materialización del riesgo alta	25%-49%	Existe un elevado grado potencial de irregularidades en la entidad
 Materialización del riesgo media	10%-24%	Existe un grado potencial moderado de irregularidades en la entidad
 Materialización del riesgo bajo	0%-9%	Existe un bajo grado potencial de irregularidades en la entidad

- **Materialización del riesgo baja (puntuación de entre 0% a 9%)**

Se trata de un resultado óptimo que refleja que la entidad presenta una materialización del riesgo baja en el método de gestión. Este resultado implica la siguiente acción:

→ La entidad podrá realizar la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos.

- **Materialización del riesgo media (puntuación de entre 10% a 24%)**

Se trata de un resultado aceptable que refleja que la entidad presenta una materialización del riesgo media en el método de gestión. Este resultado implica la siguiente acción:

→ La entidad podrá realizar la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos.

- **Materialización del riesgo alta (puntuación de entre 25% a 49%)**

Se trata de un resultado admisible que refleja que la entidad presenta una materialización del riesgo alta en el método de gestión. Este resultado implica las siguientes acciones:

→ La entidad podrá realizar la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos. Ahora bien, dado que un riesgo alto tiene consecuencias en el proceso de verificación o control de calidad, es conveniente que, cuando esto suceda, la entidad revise su matriz original y junto con la solicitud de reembolso o presentación de operaciones y proyectos, remita la primera versión de la



matriz ex post cumplimentada (con un porcentaje de materialización del riesgo alto) y la segunda versión de la matriz ex post cumplimentada tras la implementación de las acciones correctoras señaladas y que hayan dado lugar a una materialización del riesgo inferior.

→ La entidad deberá intensificar las verificaciones de gestión/control de calidad en relación con las banderas rojas materializadas.

- **Materialización del riesgo crítica (puntuación de entre 50% a 100%)**

Se trata de un resultado no admisible que refleja que la entidad presenta una materialización del riesgo alta en el método de gestión.

Este resultado implica las siguientes acciones:

- La entidad no podrá realizar la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos.
- La entidad deberá implementar las acciones correctoras oportunas para eliminar o disminuir la materialización del riesgo hasta que esta se sitúe por debajo del 50%.
- Tras realizar las correcciones oportunas la entidad deberá cumplimentar de nuevo la matriz ex post y podrá realizar la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos, siempre que la materialización del riesgo esté por debajo de 50%.

NOTA: Junto con la solicitud de reembolso o presentación de operaciones y proyectos, la entidad (Beneficiario u Organismo Intermedio) debe remitir al Organismo Intermedio o a la Autoridad de Gestión, en su caso, **la primera versión de la matriz ex post cumplimentada** (con un porcentaje de materialización del riesgo por encima del 50%) y **la segunda versión de la matriz ex post cumplimentada tras la implementación de las acciones correctoras** señaladas y que hayan dado lugar a una materialización del riesgo inferior al 50%.

*Es indispensable remitir las distintas versiones de la matriz ex post realizadas ya que, si como consecuencia de los controles que realiza la Autoridad de Gestión, se detecta que se han materializado riesgos en la ejecución de las operaciones, pero estos hechos no se reflejan en la matriz ex post remitida, la Autoridad de Gestión podrá proceder a **incrementar el nivel de riesgo asociado al Organismo Intermedio.***

5. Comparación de resultados ex ante y ex post

Los resultados derivados de las matrices ex ante y ex post deben servir como referencia a la Autoridad de Gestión y a los Organismos Intermedios para determinar medidas de control o de

verificación adicionales a las existentes en los casos en los que se presenten niveles de exposición y de materialización del riesgo elevados.

El grado de intensidad adicional de la muestra de las verificaciones de gestión/control de calidad (ampliaciones manuales de las muestras de verificación/control) se establece en la siguiente tabla:

		Coeficiente del riesgo asociado a método de gestión (EX ANTE)							
		<i>Crítico</i>	<i>Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>Bajo</i>				
		Puntuación	Desde 50%	25% - 49%	10% - 24%	Hasta 23%			
Materialización del riesgo por método de gestión (EX POST)	<i>Crítica</i>	50%-100%				Grado adicional de la intensidad en los controles de calidad/verificaciones			
	<i>Alta</i>	25%-49%					Hasta 50%	Hasta 50% *	
	<i>Media</i>	10%-24%					Hasta 25%	Hasta 25%	Hasta 25%
	<i>Bajo</i>	0%-9%					n/a	n/a	n/a

Resultado de la matriz ex ante bajo/medio/alto y resultado de la ex post bajo

→ No es necesario intensificar las verificaciones de gestión/controles de calidad y el Organismo Intermedio/Autoridad de Gestión incluirá la operación presentada por el Beneficiario y sus proyectos en una presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos a remitir a la Autoridad de Gestión/Autoridad de Certificación.

Resultado de la matriz ex ante alto y resultado de la ex post medio

→ Incremento del grado de intensidad de las verificaciones de gestión/calidad hasta en un 25%.

Resultado de la matriz ex ante medio/bajo y resultado de la ex post medio



→ Incremento del grado de intensidad de las verificaciones de gestión/control de calidad hasta en un 25%.

Resultado de la matriz ex ante medio/bajo y resultado de la ex post alto

- En el caso de que el cruce lo realice el Organismo Intermedio o la Autoridad de Gestión en relación con los Beneficiarios: incremento del grado de intensidad de las verificaciones de gestión hasta en un 50%.
- En el caso de que el cruce lo realice la Autoridad de Gestión en relación con los Organismos Intermedios:
 - Si la categoría de riesgo del Organismo Intermedio evaluado fuera del nivel 1 en el momento de la evaluación, esta categoría pasaría a ser de nivel 2. La Autoridad de Gestión aceptaría la presentación de operaciones y proyectos pero se produciría una ampliación de la muestra del control de calidad con intensidades de hasta un 50% y sería necesario realizar una revisión en profundidad de la matriz ex ante del Organismo Intermedio.
 - Si la categoría de riesgo del Organismo Intermedio evaluado fuera del nivel 2 en el momento de la evaluación, esta categoría pasaría a ser de nivel 3. Dicho Organismo no podría realizar ninguna presentación de operaciones y proyectos ante la Autoridad de Gestión hasta que no pusiera en marcha un Plan de Mejora que estableciera los controles necesarios en sus procedimientos para evitar que el escenario de riesgo acontecido se repitiera. El Plan de Mejora deberá ser presentado ante la Autoridad de Gestión y validado por esta.

Resultado de la matriz ex ante crítico

- La Autoridad de Gestión/Organismo Intermedio devolverá la presentación de operaciones y proyectos/solicitud de reembolso y en consecuencia, la operación y sus proyectos no podrán ser incluidos en una declaración de operaciones y proyectos/presentación de operaciones y proyectos.

Resultado de la matriz ex post crítico

- La Autoridad de Gestión/Organismo Intermedio devolverá la presentación de operaciones y proyectos/solicitud de reembolso y en consecuencia, la operación y sus proyectos no podrán ser incluidos en una declaración de operaciones y proyectos/presentación de operaciones y proyectos.

Resultado de la matriz ex ante alto y resultado de la ex post alto

- La Autoridad de Gestión/Organismo Intermedio devolverá la presentación de operaciones y proyectos/solicitud de reembolso y en consecuencia, la operación y sus proyectos no podrán ser incluidos en una declaración de operaciones y proyectos/presentación de operaciones y proyectos.



6. Procedimiento para la documentación y codificación de los archivos para el envío de las matrices

6.1. Codificación de las Matrices ex ante y ex post

La denominación de los ficheros Excel de las matrices ex ante y ex post deberá realizarse según las siguientes indicaciones que dependen del supuesto en el que se encuentre la entidad:

SUPUESTO 1. Procedimiento de verificación de riesgos en las relaciones directas entre la Autoridad de Gestión y los Beneficiarios

En el caso de la **matriz ex ante**, la Autoridad de Gestión es la única obligada a su cumplimentación y deberá nombrar el fichero Excel de la matriz de tal forma que se identifique el tipo de matriz (EX ANTE), la entidad que la cumplimenta (Autoridad de Gestión) y la fecha de la cumplimentación siguiendo la siguiente nomenclatura:

M_EXANTE_Tipo de entidad_Fecha de cumplimentación_Número de versión

Ejemplo:

M_EXANTE_AG_01_01_16_V0

Tras la revisión de la misma durante el proceso de autoevaluación iterativo, la Autoridad de Gestión deberá llevar un seguimiento de la misma y nombrar el o los ficheros Excel que contengan las nuevas versiones de la matriz, actualizando la fecha de cumplimentación y el número de versión. Esto ocurrirá siempre y cuando del proceso de evaluación surjan modificaciones relativas al contenido de la matriz, bien porque se incluyan o modifiquen nuevos riesgos o controles, bien porque se cambien las puntuaciones otorgadas o surjan circunstancias sobrevenidas que impliquen cambios sustanciales en la misma.

De esta manera, la codificación de las siguientes versiones de la matriz ex ante será la siguiente:

M_EXANTE_Tipo De entidad_Fecha de cumplimentación_Nº de versión

Ejemplo:

M_EXANTE_AG_15_01_16_V1

M_EXANTE_AG_20_02_16_V2

En el caso de la **matriz ex post**, tanto la Autoridad de Gestión y los Beneficiarios deben cumplimentar la herramienta por lo que la nomenclatura a seguir para cada fichero Excel que contenga la matriz ex post, será la siguiente:

Autoridad de Gestión:

CÓDIGO DE SOLICITUD DE REMBOLSO_M_EXPOST_AG_Fecha de cumplimentación_ Nº de versión

Beneficiarios:



UNIDAD ADMINISTRADORA
DEL FONDO SOCIAL EUROPEO



FONDO SOCIAL EUROPEO
El FSE invierte en tu futuro

*CÓDIGO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO_M_EXPOST_B_Acrónimo del
Beneficiario_Fecha de cumplimentación_Nº de versión*

Ejemplos:

XXXXXXXXXX_M_EXPOST_AG_01_01_16_V0

XXXXXXXXXX_M_EXPOST_B_CRE_01_01_16_V0

SUPUESTO 2. Procedimiento de verificación de riesgos en las relaciones entre la Autoridad e Gestión, Organismos Intermedios y Beneficiarios.

Dado que la matriz ex ante cubre la exposición teórica al riesgo de fraude de una entidad sobre las operaciones que selecciona, en el supuesto de que la AG solo intervenga en el control de calidad de las verificaciones de gestión de un organismo intermedio, en este supuesto la matriz ex ante solo deberá ser cumplimentada por el organismo intermedio.

Los Organismos Intermedios deberán nombrar el fichero Excel de la matriz ex ante de tal forma que se identifique el tipo de matriz (EX ANTE), la entidad que la cumplimenta (Organismo Intermedio) y la fecha de la cumplimentación siguiendo la siguiente nomenclatura:

M_EXANTE_OI_Acrónimo del Organismo_Fecha de cumplimentación_Número de versión

Ejemplo:

M_EXANTE_OI_SEPE_01_01_16_V0

Tras la revisión de la misma durante el proceso de autoevaluación iterativo, el Organismo Intermedio deberá llevar un seguimiento de la misma y nombrar el archivo que contenga las nuevas versiones de la matriz, actualizando la fecha de cumplimentación y el número de versión. Esto ocurrirá siempre y cuando del proceso de evaluación surjan modificaciones relativas al contenido de la matriz, bien porque se incluyan o modifiquen nuevos riesgos o controles, bien porque se cambien las puntuaciones otorgadas o surjan circunstancias sobrevenidas que impliquen cambios sustanciales en la misma.

De esta manera, la codificación de las siguientes versiones de la matriz ex ante será la siguiente:

M_EXANTE_OI_Acrónimo del Organismo_Fecha de cumplimentación_Nº de versión

Ejemplo:

M_EXANTE_OI_SEPE_20_02_16_V2

En el caso de la **matriz ex post**, tanto la Autoridad de Gestión, los Organismos Intermedios como los Beneficiarios deben cumplimentar la herramienta por lo que la nomenclatura a seguir para nombrar el fichero Excel de la matriz ex post será la siguiente:

*CÓDIGO PRESENTACIÓN DE OPERACIONES Y PROYECTOS SOBRE LA QUE SE
REALIZA EL CONTROL DE CALIDAD_M_EXPOST_AG_Fecha de cumplimentación*



*CÓDIGO EXPEDIENTE DE VERIFICACIÓN_M_EXPOST_Acrónimo Organismo
Intermedio_Fecha de cumplimentación_ N° de versión*

*CÓDIGO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO_M_EXPOST_Acrónimo Beneficiario_Fecha de
cumplimentación_ N° de versión*

Ejemplos:

XXXXXXXX_M_EXPOST_AG_01_01_16

XXXXXXXX_M_EXPOST_OI_SEPE_01_01_16_V0

XXXXXXXX_M_EXPOST_B_YMCA_01_01_16_V0

El número de versión en la matriz ex post en los supuestos de organismos intermedios y beneficiarios está vinculada a la posibilidad de que ante la materialización de determinadas banderas que limitan la presentación del gasto, la entidad responsable de comprobar dicha materialización depure las irregularidades en los proyectos y operaciones afectadas y solicite el reembolso o la cofinanciación de estas. En este caso, para no perder el histórico de análisis de riesgo se presentarán dos versiones de la matriz ex post vinculadas al mismo código de expediente de verificación o al mismo código de solicitud de reembolso. Este procedimiento, en lo que se refiere a los organismos intermedios, aliviará notablemente las consecuencias del cruce de matrices.

6.3. Presentación de las matrices

SUPUESTO 1. Beneficiarios

Los beneficiarios acompañarán su matriz ex post a cada solicitud de reembolso que presenten al organismo intermedio o a la autoridad de gestión.

SUPUESTO 2. Organismos Intermedios

Los organismos intermedios acompañarán sus matrices ex post (una por cada expediente de verificación) y su matriz ex ante a cada presentación de operaciones y proyectos que envíen a la autoridad de gestión. Esta documentación estará contenida en una carpeta de riesgo codificada de la siguiente manera:

*“Código de presentación de operaciones y proyectos_Tipo de entidad_Acrónimo de la entidad
_Análisis de Riesgos_Fecha de presentación”*

Ejemplo:

XXXXXXXXXX_OI_EOI_Análisis de Riesgos_01_01_16



UNIDAD ADMINISTRADORA
DEL FONDO SOCIAL EUROPEO



FONDO SOCIAL EUROPEO
El FSE invierte en tu futuro

Con independencia de lo anterior, el organismo intermedio pondrá en conocimiento de la autoridad de gestión las versiones de las matrices ex ante que vaya cumplimentando y las razones que justifican la nueva versión. Ejemplos: revisión temporal, revisión derivada de un cambio en procedimientos, revisión derivada de los resultados de las verificaciones de gestión, revisión derivada de los controles de calidad o las revisiones de sistemas efectuadas por la AG o revisión derivada por los controles de la AA.



UNIDAD ADMINISTRADORA
DEL FONDO SOCIAL EUROPEO



FONDO SOCIAL EUROPEO
El FSE invierte en tu futuro

Anexos

Anexo I: Normativa aplicable

Anexo II: Glosario de Términos

Anexo III: Catálogo de Riesgos y Banderas



UNIDAD ADMINISTRADORA
DEL FONDO SOCIAL EUROPEO



FONDO SOCIAL EUROPEO
El FSE invierte en tu futuro

ANEXO I. NORMATIVA APLICABLE

La elaboración del presente instrumento responde a lo estipulado en los siguientes preceptos normativos:

El artículo 96.7.a y el Anexo XIII punto 2 del Reglamento de Disposiciones Comunes (UE) 1303/2013 (en adelante, RDC) indican la necesidad de establecer modelos de gestión y prevención de riesgos en la selección de operaciones. En particular, el artículo 72.h del Reglamento (UE) 1303/2013 que regula el contenido de los sistemas de gestión y control, establece que se debe contar con “lo necesario para prevenir, detectar y corregir las irregularidades, incluido el fraude” y el artículo 125.4.c, establece que la Autoridad de Gestión pondrá en práctica medidas antifraude efectivas y proporcionadas, teniendo en cuenta los riesgos detectados. En este sentido, el mismo énfasis se encuentra en el Anexo XIII punto 3 VI del Reglamento (UE) 1303/2013 a la hora de recalcar la necesidad de incorporar como Actividades de Gestión y Control en el ámbito de la labor de la Autoridad de Gestión, “los procedimientos para poner en marcha medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude”.

Por su parte, el artículo 59.2 del Reglamento Financiero establece que los Estados Miembros adoptarán todas las medidas necesarias (legislativas, reglamentarias y administrativas) para proteger los intereses financieros de la Unión Europea, detectando y corrigiendo irregularidades y fraudes.

Para la definición de un marco general de análisis del riesgo, es preciso manejar una terminología adecuada y armonizada en relación con conceptos potencialmente vinculables pero no asimilables. En este sentido, el principal elemento que distingue el fraude de la irregularidad es la intencionalidad. El artículo 2.36 del RDC, recogiendo lo que dice el Reglamento 2988/95 del Consejo de 18 de diciembre de 1995, sobre protección de los intereses financieros de las comunidades europeas, parece referirse a un concepto amplio, en donde caben tanto los hechos intencionados como los no intencionados, ya que se describe como “todo incumplimiento del Derecho de la Unión o del nacional”.

ANEXO II. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Riesgo

A efectos de cumplimentación de la matriz se entiende por riesgo aquel evento u acción que, en caso de ocurrir, puede afectar negativamente y de forma significativa a:

- La capacidad y eficacia de los instrumentos de gestión.
- La selección y ejecución de las operaciones.
- La certificación de las operaciones o de sus proyectos.
- La reputación de los agentes intervinientes.
- La mitigación de la potencial ocurrencia de irregularidades o fraude.

Ejemplos de riesgos asociados a los tres métodos de gestión son la limitación de la concurrencia y los conflictos de interés.

Bandera roja

A cada riesgo expuesto en la matriz le han sido asociados una o varias banderas rojas. Por bandera roja se entiende aquel hecho que revela información cualitativa o cuantitativa formada por uno o varios datos basados en hechos, opiniones o medidas, que permiten supervisar el nivel del riesgo identificado y el funcionamiento de los controles. Son “indicadores” o señales de alarma de la posibilidad de que pueda existir el riesgo.

Un ejemplo de bandera roja asociada al riesgo “Limitación de la concurrencia” es que el organismo no ha dado la suficiente difusión a las Bases Reguladoras/Convocatoria.

Categorías de banderas rojas

Se han definido tres categorías de banderas rojas en función de los efectos que su materialización implique en la materialización del riesgo al que están asociadas. En este sentido, las banderas rojas pueden ser excluyentes, dominantes u ordinarias.

- **Excluyentes:** las banderas rojas excluyentes son aquellas que, en el caso de materializarse, tienen un impacto negativo en la solicitud de reembolso o en la presentación de operaciones y/o proyectos que se vaya a realizar.
 - En el caso de materializarse una bandera excluyente de forma parcial, se deberá proceder a realizar una revisión de la solicitud de reembolso o de la presentación de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera.
 - En el caso de materializarse una bandera excluyente de forma total, se producirá una materialización total del riesgo asociado a la bandera y del riesgo asociado al instrumento de gestión. En este caso, no será posible continuar con la presentación de operaciones y proyectos o solicitud de reembolso y el organismo deberá retirar de



la solicitud de reembolso o de la presentación de operaciones y proyectos las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera

- **Dominantes:** las banderas rojas dominantes son aquellas que, en el caso de materializarse, tienen un impacto negativo o contaminan el riesgo al que se asocian:
 - En el caso de materializarse una bandera dominante de forma parcial, la materialización del riesgo asociado será directamente de un 33% de la importancia del riesgo.
 - En el caso de materializarse una bandera dominante de forma total, se da por hecho que el riesgo asociado se ha materializado en su totalidad.
- **Ordinarias:** las banderas ordinarias son aquellas cuya materialización no tiene un efecto contaminante ni sobre el riesgo asociado ni sobre todo el método de gestión evaluado. Su materialización incrementa el nivel de riesgo de forma regular.

Adicionalmente, existen determinadas banderas que, independientemente de su categorización como excluyentes, dominantes u ordinarias, pueden suponer un **riesgo de fraude**. En el caso de que dichas banderas se materialicen, deberán revisarse las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de estas banderas. A este respecto, el alcance de la revisión tendrá que ser más amplio que el que se haya hecho previamente y deberá permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

Categorización del riesgo

La categorización del riesgo hace referencia a la criticidad o importancia del riesgo. La puntuación asignada responde a una escala de 1 a 4, siendo 4 el riesgo más crítico.

- **Categorización= 1. Riesgo poco crítico.** Se trata de riesgos provenientes de errores no sustanciales ni sistémicos, puntuales, que en última instancia pueden afectar a la reputación de la entidad.
 - **Categorización=2. Riesgo operacional.** Se trata de riesgos provenientes de errores no sistémicos derivados de una gestión ineficiente de los servicios por falta de control.
 - **Categorización=3. Riesgo grave.** Se trata de riesgos provenientes de irregularidades en la gestión de las entidades, derivados del incumplimiento de legislación comunitaria o nacional. A efectos del Reglamento (CE, Euratom) nº 2988/95 del Consejo, de 18 de diciembre de 199, relativo a la protección de los intereses financieros de las Comunidades Europeas, el término «irregularidad» es un concepto amplio, que abarca las irregularidades cometidas por los agentes económicos, ya sean estas intencionadas o no. El artículo 1, apartado 2, del Reglamento (CE, Euratom) nº 2988/95 define «irregularidad como:
«Toda infracción de una disposición del Derecho comunitario correspondiente a una acción u omisión de un agente económico que tenga o tendría por efecto perjudicar al presupuesto general de las Comunidades o a los presupuestos administrados por éstas, bien sea mediante la disminución o la supresión de ingresos procedentes de recursos propios percibidos directamente por cuenta de las Comunidades, bien mediante un gasto indebido».
- **Categorización=4. Riesgo muy grave.** Se trata de riesgos que suponen la comisión de fraude o delito por parte de las entidades derivados del incumplimiento de legislación



comunitaria o nacional. El Convenio establecido sobre la base del artículo K.3 del Tratado de la Unión Europea, relativo a la protección de los intereses financieros de las Comunidades Europeas define «fraude» en materia de gastos como cualquier acción u omisión intencionada relativa:

«- a la utilización o a la presentación de declaraciones o de documentos falsos, inexactos o incompletos, que tengan por efecto la percepción o la retención indebida de fondos precedentes del presupuesto general de las Comunidades Europeas o de los presupuestos administrados por las Comunidades Europeas o por su cuenta; - al incumplimiento de una obligación expresa de comunicar una información, que tenga el mismo efecto; - al desvío de esos mismos fondos con otros fines distintos de aquellos para los que fueron concedidos en un principio».

Probabilidad de suceso

La probabilidad equivale a la posibilidad o frecuencia, según la experiencia previa, de que ocurra el suceso del riesgo (en la fase concreta). La probabilidad se asigna en una **escala de 5% a 90%** y se asocia a cada una de las banderas identificadas para cada riesgo.

Para su autoevaluación y asignación de probabilidad del suceso por parte de los OOII y entidades obligadas a cumplimentar la matriz, dichos organismos deberán responder a un cuestionario de 5 preguntas con posibilidad de respuesta SI o NO asociado a cada bandera. A través de la cumplimentación de dicho cuestionario, el organismo obtiene, en la casilla final llamada “Probabilidad de suceso”, de forma automática la probabilidad asignada a cada bandera.

El cuestionario de cálculo de la probabilidad es el siguiente:

P1	En relación con su entidad: ¿Es la primera vez que su entidad ha sido designada como Organismo Intermedio u Organismo Colaborador del Fondo Social Europeo? En el caso de que haya sido designado por primera vez como Organismo Intermedio del Fondo Social Europeo, ¿es la primera vez que cumplimenta la matriz ex ante?
P2	En relación con la bandera roja; ¿en el manual de procedimientos del organismo/entidad, se especifica o se desarrolla un procedimiento con relación a esta bandera?
P3	En relación con la bandera roja: ¿La entidad ha estado afectada por algún procedimiento de reserva y/o suspensión o presuspensión en los últimos tres años? ¿La entidad ha estado inmersa en algún procedimiento de penalización en una convocatoria de subvenciones y/o procedimiento de contratación y/o procedimiento irregular relacionado con la Administración Pública en materia de subvenciones y/o contratación y/o medios propios y/o encomiendas de gestión y/o convenios?
P4	En relación con la bandera roja: - En el caso de ser la primera vez que cumplimenta la matriz ex ante: ¿la entidad ha detectado de forma interna errores o incidencias en el pasado, haya sido o no haya sido Organismo Intermedio del Fondo Social? - En el caso de ser una revisión de la matriz ex ante: ¿la bandera roja se ha materializado en al menos una ocasión y, por tanto, así se ha indicado en la matriz ex post correspondiente?



P5

¿El Organismo o entidad dispone de un departamento de control interno/auditoría interna, que de entre sus funciones esté la de revisión de esta bandera roja?

Impacto del riesgo

El impacto del riesgo hace referencia al grado de impacto del riesgo en la certificación de los gastos de las operaciones. La puntuación se asigna en una escala de 1 a 3, a cada una de las banderas, siendo 3 el impacto mayor.

- **Impacto= 1.** Impacto nulo o cuasi nulo sobre la certificación de los gastos de las operaciones o proyectos. En este caso, la bandera roja identificada conlleva a errores puntuales que no afectan directamente a la certificación de los gastos, o afectan a gastos de naturaleza no sistemática. En este caso, las autoridades de intervención podrían haber realizado recomendaciones, observaciones o pueden haber solicitado pequeñas subsanaciones o mejoras relativas a los errores, pero teniendo en cuenta que el procedimiento o las operaciones se considerarán realizados de manera correcta y no se producirán problemas con respecto a la certificación.
- **Impacto =2.** Impacto sobre determinados gastos de las operaciones o proyectos. En este caso, si se produce o tiene lugar la bandera roja identificada, se produciría un impacto sobre la certificación de uno o varios grupos de gasto de las operaciones o proyectos. Es decir, existiría el riesgo de que la Autoridad de Gestión no certificara uno o un conjunto de gastos (por ejemplo, gastos de personal, o gastos de publicidad, etc... dependiendo de a qué tipo de gasto afecte la bandera). La certificación de las operaciones o proyectos sería parcial. Para obtener la certificación de dichos gastos, la Autoridad de Gestión solicitaría a la entidad en cuestión la realización de mejoras o subsanaciones sustanciales sobre la justificación de los gastos efectuados y el cumplimiento de los controles.
- **Impacto =3.** Impacto sobre el conjunto de las operaciones. En este caso, la ocurrencia de la bandera roja implica que la Autoridad de Gestión no certifique el conjunto de las operaciones o proyectos. El procedimiento es nulo y, por tanto, las operaciones o proyectos no son certificables.

ANEXO III. CATÁLOGO DE RIESGOS Y BANDERAS

A continuación se establece un detalle de todos los riesgos incluidos en el instrumento de autoevaluación del riesgo “matriz de riesgos”. Para cada riesgo, se especifican las banderas rojas asociadas, su definición y los controles que el organismo puede implementar para mitigar de forma previa la posible materialización de las mismas (matriz ex ante). Asimismo, se incluyen las acciones que el organismo deberá implementar en el caso de que las banderas se materializaran (matriz ex post).

1. INSTRUMENTO DE GESTIÓN: SUBVENCIONES

RIESGO 1. LIMITACIÓN DE LA CONCURRENCIA

La limitación de la concurrencia se produce cuando no queda garantizado que el procedimiento de concesión se desarrolle de forma transparente, pública y competitiva, no respondiendo a justificaciones objetivas y razonables, y pudiendo producirse actos de corrupción o favoritismos.

BR 1.1. El organismo no ha dado la suficiente difusión a las bases reguladoras/convocatoria:

Definición:

- La publicación de las bases reguladoras/convocatoria no se ha realizado para garantizar la máxima difusión de las mismas, sin contribuir de esta manera a los principios de publicidad y transparencia. Esta bandera puede producirse por la falta de difusión de las mismas en los medios obligatorios establecidos en la Ley General de Subvenciones cuando se trata de organismos públicos y/o en otros medios de difusión (Boletines Oficiales, portal web, prensa, etc.).
- Según el art.9.3 de la Ley General de Subvenciones, los organismos públicos deben publicar las bases reguladoras de cada tipo de subvención en el "Boletín Oficial del Estado" o en el diario oficial correspondiente.
- Según el art.17.8 de la Ley General de Subvenciones, las administraciones concedentes deben comunicar a la Base de Datos Nacional de Subvenciones (BDNS) el texto de la convocatoria y la información requerida por la Base de Datos. Posteriormente, la BDNS dará traslado al diario oficial correspondiente del extracto de la convocatoria, para su publicación, que tendrá carácter gratuito. No cumplir esto será causa de anulabilidad de la convocatoria.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Verificar que la publicación de las bases reguladoras y/o convocatoria se realiza en todos los medios en que proceda para garantizar la máxima difusión, proporcionales a la importancia o cuantía de la convocatoria, obligatorios y no obligatorios, con el fin de garantizar la máxima difusión (BOE, BOCA, portal web, prensa, etc.).
- Los organismos públicos, deben verificar que se cumple lo estipulado en los artículos art. 9.3 y 17.8 de la Ley General de Subvenciones referidos a los deberes de publicación e información de las convocatorias.
- En el caso de organismos privados, las convocatorias de ayudas deben publicarse en su página web y en otros instrumentos de comunicación que permitan hacer llegar de forma efectiva la convocatoria a los potenciales beneficiarios.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 1.2. El organismo no ha definido con claridad en la convocatoria los requisitos que deben cumplir los beneficiarios/destinatarios de las ayudas/subvenciones:

Definición:

- Los requisitos que deben cumplir los beneficiarios/destinatarios de las ayudas no quedan claros o son ambiguos para una correcta y exacta interpretación, lo cual puede derivar en que potenciales beneficiarios opten por no presentarse a la convocatoria, o bien derive en la selección deliberada de un determinado beneficiario.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Asegurar que los requisitos exigidos para obtener la condición de beneficiario quedan recogidos de forma clara e inequívoca en las bases reguladoras/convocatoria, con un nivel de detalle adecuado, que permita delimitar claramente a aquellos beneficiarios que no cumplen los mismos.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 1.3. No se han respetado los plazos establecidos en las bases reguladoras/ convocatoria para la presentación de solicitudes:

Definición:

- Rechazo o inadmisión de una solicitud de ayuda por supuesta entrega de la misma fuera plazo cuando de forma efectiva ha sido presentada en plazo, o bien aceptación de una o varias solicitudes presentadas fuera de plazo. En tales casos, los plazos establecidos en las bases reguladoras/convocatoria no se han cumplido en lo relativo a la presentación de las solicitudes.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer sistemas de control de cumplimiento de plazos. Se recomienda el uso de una lista de verificación (checklist) que incluya el control del cumplimiento de los plazos establecidos para garantizar la regularidad de la tramitación.
- Establecer procedimientos que permitan garantizar el sellado de las solicitudes en el momento de registro, sellado que debe incorporar la fecha de entrada de las mismas.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 1.4. En el caso de subvenciones concedidas en base a baremos se produce la ausencia de publicación de los mismos en Boletines Oficiales correspondientes:

Definición:

- En las publicaciones de las bases reguladoras de las convocatorias de las ayudas no se incluyen los baremos para valorar las diferentes solicitudes, incurriendo en una falta de objetividad y transparencia en la prelación de solicitudes.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Revisión de la inclusión de los baremos utilizados para la selección de beneficiarios en las resoluciones que vayan a ser publicadas en los Boletines Oficiales correspondientes.

- Revisión del cumplimiento de los baremos exigidos en la convocatoria por parte de los beneficiarios seleccionados cumplen con los baremos exigidos en la convocatoria.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 1.5. El beneficiario/destinatario de las ayudas incumple la obligación de garantizar la concurrencia en caso de que necesite negociar con proveedores:

Definición:

- El beneficiario/destinatario de la ayuda o subvención que, en su caso, desee negociar o contratar a proveedores, no garantiza la elección de los mismos a través de un proceso de concurrencia competitiva. Según el procedimiento establecido al efecto en el art. 31.3 de la Ley General de Subvenciones, cuando el importe del gasto subvencionable supere la cuantía del contrato menor, según la normativa de contratación pública, el beneficiario deberá solicitar como mínimo tres ofertas de diferentes proveedores. En este caso, el riesgo también puede materializarse cuando los proveedores sean personas o entidades vinculadas con el beneficiario, según lo establecido en el art. 29.7 de la Ley General de Subvenciones.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer sistemas de control de cumplimiento de concurrencia competitiva en la negociación con proveedores por parte de los beneficiarios. Se recomienda utilizar una lista de comprobación (checklist estándar de la organización o lista elaborada ad hoc para la convocatoria) sobre los pasos a seguir para garantizar un procedimiento de concurrencia competitiva y la garantía de no vinculación entre beneficiarios y proveedores. Es recomendable asimismo que el organismo seleccione una persona (preferiblemente, externa al proceso de gestión y selección de solicitudes) responsable de verificar el cumplimiento de dichos requisitos.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 2. TRATO DISCRIMINATORIO EN LA SELECCIÓN DE LOS SOLICITANTES

El trato discriminatorio en la selección de solicitantes se produce cuando no se garantiza un procedimiento objetivo de selección de participantes y se limita el acceso a las mismas en términos de igualdad para todos los potenciales beneficiarios.

BR 2.1. Se incumplen los principios de objetividad, igualdad y no discriminación en la selección de beneficiarios:

Definición:

- El organismo otorgante no sigue un criterio homogéneo para la selección de beneficiarios en los procedimientos de concesión de subvenciones en régimen de concurrencia competitiva, no recibiendo aquellos el mismo tratamiento y produciéndose, por tanto, un incumplimiento del procedimiento competitivo.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Garantizar la aplicación de un criterio de selección de beneficiarios uniforme y homogéneo. Se recomienda que la evaluación de los candidatos se realice por un mismo comité o sea supervisado por un mismo responsable. Asimismo, es recomendable la utilización de una lista de comprobación (checklist) que permita comprobar el cumplimiento de los requisitos por parte de todos los beneficiarios seleccionados.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 3. CONFLICTOS DE INTERÉS EN EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

Existe conflicto de intereses cuando en la adopción de decisiones confluyen el interés general o el interés público e intereses privados propios o compartidos con terceras personas o de familiares directos de alguno de los miembros del comité de evaluación de las ayudas o subvenciones.

BR 3.1. Influencia deliberada en la evaluación y selección de los beneficiarios:

Definición:

- Los miembros del comité de evaluación influyen deliberadamente sobre la evaluación y selección de los solicitantes a fin de favorecer a alguno de ellos, dando un trato preferente a su solicitud durante la evaluación, o bien presionando a otros miembros del comité.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Verificar que se dispone de una política en materia de conflicto de interés dentro del organismo o entidad otorgante. Sería recomendable que la política de ética incluyera una declaración anual de ética e independencia y su registro para todos los trabajadores y especialmente para los miembros de comités de evaluación.
- Establecer medidas de información dirigidas a los miembros del Comité de evaluación sobre los efectos de participar en actividades que pudieran comprometer su integridad. Sería recomendable que dichas medidas de información describan claramente las consecuencias que se derivarían de determinadas conductas irregulares.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 4. INCUMPLIMIENTO DEL RÉGIMEN DE AYUDAS DE ESTADO

Las subvenciones concedidas pueden constituir ayudas de estado pero el órgano otorgante no ha realizado un análisis previo de la categorización de las mismas y/o no se han cumplido las disposiciones aplicables a este tipo de ayudas.

BR 4.1. Las operaciones financiadas constituyen ayudas de estado y no se ha seguido el procedimiento de información y notificación establecido al efecto por la normativa europea (EXCLUYENTE):

- El organismo no ha comprobado que la ayuda pueda constituir ayuda de estado, según la normativa de la UE aplicable y no ha seguido el procedimiento de comunicación y notificación a la Comisión Europea (en el caso de mínimos no es necesario comunicar las ayudas a la Comisión).

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer procedimientos de verificación que permitan determinar la consideración de una ayuda como ayuda de estado, y, en su caso, asegurar y documentar tanto el cumplimiento de los requisitos como la existencia en el expediente de las notificaciones y autorizaciones de la misma.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

RIESGO 5. DESVIACIÓN DEL OBJETO DE SUBVENCIÓN

Se produce una desviación en la ejecución de la subvención cuando los fondos recibidos mediante subvención o ayuda se aplican a fines distintos para los que la subvención o ayuda fue concedida.

BR 5.1. Los fondos no han sido destinados a la finalidad establecida en la normativa reguladora de la subvención por parte del beneficiario (EXCLUYENTE):

Definición:

- Los fondos de la subvención no se han destinado a la finalidad u objetivos recogidos en las bases reguladoras/convocatoria o no han sido ejecutados.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Verificar que los fondos están siendo destinados a su finalidad.
- Solicitar y archivar en el expediente el soporte de la ejecución de las actividades objeto de la ayuda (procedimientos alternativos) que justifiquen la ejecución: fotos, carteles, informes, mails, trípticos, materiales, grabaciones, documentación).

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.
- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 6. INCUMPLIMIENTO DEL PRINCIPIO DE ADICIONALIDAD

El beneficiario obtiene fondos en otros regímenes nacionales y/o comunitarios y/o de otros períodos de programación para subvencionar las mismas actuaciones, incumpliendo el principio de adicionalidad.

BR 6.1. Se produce un exceso en la cofinanciación de las operaciones:

Definición:

- El beneficiario recibe ayudas provenientes del mismo fondo pero de distintos organismos y se está produciendo un lucro o un exceso de cofinanciación. En este sentido, los beneficiarios no pueden recibir más financiación de lo que han gastado en cada operación. Esta bandera roja suele tener lugar cuando la cofinanciación se realiza mediante la recepción de importes fijos en vez de en porcentajes del gasto, conllevando un mayor riesgo de que se produzca un exceso en la cofinanciación.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Realización de cuadros de financiación a nivel de operación que permitan llevar un control de la financiación de las operaciones analizando gastos e ingresos de las mismas y que otorguen detalle sobre cofinanciadores, cuantías de cofinanciación, destino de la financiación, proyecto, total de gasto. Este ejercicio de documentación puede realizarse mediante la aportación de los textos formales relativos a convenios así como certificados del cofinanciador que establezcan la procedencia de la financiación y certifiquen el no incumplimiento de las reglas comunitarias sobre intensidad de las ayudas.
- Establecer una contabilidad analítica de los ingresos y gastos de las operaciones. Individualizar en dicha contabilidad los gastos que serán cofinanciables con cargo al Fondo Social.
- Establecer medidas que impidan que se produzca un exceso de financiación de las actividades. Por ejemplo, en el caso de percibir financiación a través de convenios, sería preciso establecer la cofinanciación en base a porcentajes complementarios o por importes que garanticen que la suma total de todos los ingresos no supera el importe total de los gastos ejecutados.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 6.2. Existen varios cofinanciadores que financian la misma operación:

Definición:

- Las convocatorias de las ayudas deben definir la compatibilidad o incompatibilidad de las ayudas con otro tipo de financiación que provenga de otros Fondos EIE o de fuentes nacionales o autonómicas. En este caso, existe el riesgo de incumplimiento de las normas de adicionalidad.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Asegurar la compatibilidad de las ayudas recibidas en caso de percibir más de una para una misma operación, según lo establecido en las bases de la convocatoria. Este ejercicio de documentación puede realizarse mediante la aportación de los textos formales relativos a convenios así como certificados del cofinanciador que establezcan la procedencia de la financiación y certifiquen el no incumplimiento de las reglas comunitarias sobre intensidad de las ayudas.
- Realización de cuadros de financiación a nivel de operación que permitan llevar un control de la financiación de las operaciones analizando gastos e ingresos de las mismas: cofinanciadores, cuantías, destino de la financiación, proyecto, total de gasto.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 6.3. No existe documentación soporte de las aportaciones realizadas por terceros (convenios, donaciones, aportaciones dinerarias de otra naturaleza, etc.) (EXCLUYENTE):

Definición:

- No existe documentación soporte de las aportaciones realizadas por terceros cuando, según lo establecido en las disposiciones reglamentarias de los Fondos EIE, de cada aportación para la cofinanciación debe existir documentación.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Elaboración cuadros de financiación a nivel de operación que permitan llevar un control de las distintas fuentes de financiación de las operaciones que permitan identificar y analizar todos los gastos e ingresos.
- Establecer procedimientos de comprobación. Se recomienda utilizar listas de comprobación (checklist) que contengan los elementos que reflejen el soporte de las aportaciones de terceros.
- Establecer una contabilidad analítica de los ingresos y gastos de las operaciones.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.
- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 6.4. La financiación aportada por terceros no es finalista y no existe un criterio de reparto de la misma:

Definición:

- Cuando en el convenio o acuerdo de financiación de terceros no se señala específicamente que las cuantías financiadas se destinan a operaciones del Fondo Social Europeo. La bandera roja también puede tener lugar cuando la cofinanciación se destina a otro fin distinto al objeto de la convocatoria.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer medidas que impidan que se produzca un exceso de financiación de las actividades. Por ejemplo, en el caso de percibir financiación a través de convenios, se recomienda establecer la cofinanciación en base a porcentajes complementarios o por importes que garanticen que la suma total de todos los ingresos no supera el importe total de los gastos ejecutados.
- Establecer una contabilidad analítica de los ingresos y gastos de las operaciones.
- Solicitar a los terceros cofinanciadores certificados o declaraciones que detallen la finalidad de la financiación otorgada.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 6.5. Inexistencia de un control de los gastos e ingresos por operación por parte del beneficiario:

Definición:

- No existe contabilidad analítica de forma que se pueda llevar un control documentado de gastos e ingresos por tipo de operación, tipo de proyecto, o fuente de financiación.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Realización de cuadros de financiación a nivel de operación que permitan llevar un control de la financiación de las operaciones analizando gastos e ingresos de las mismas.
- Establecer una contabilidad analítica de los ingresos y gastos de las operaciones. Dicha contabilidad debe estar correctamente documentada.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

RIESGO 7. FALSEDAD DOCUMENTAL

El solicitante obtiene la subvención o ayuda falseando las condiciones requeridas en las bases reguladoras/convocatoria para su concesión u ocultando las que la hubiesen impedido.

BR 7.1. Documentación falsificada presentada por los solicitantes al objeto de salir elegidos en un proceso de selección:

Definición:

- Los solicitantes presentan declaraciones falsas en sus solicitudes, haciendo creer al comité de evaluación que cumplen con los criterios de elegibilidad, generales y específicos. La falsificación puede versar sobre cualquier documentación requerida en la solicitud para la obtención de la ayuda: declaraciones firmadas, información financiera, compromisos, etc.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un sistema de control y verificación de la documentación presentada por parte de los licitadores a fin de detectar documentación o información falsificada. Se recomienda la utilización de un checklist de verificación de la documentación requerida para poder acceder al proceso de contratación.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 7.2. Manipulación del soporte documental de justificación de los gastos:

Definición:

- Cuando se manipulan facturas o se presentan facturas falsas para el reembolso de los gastos incurridos en la operación subvencionada.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un control de las facturas emitidas a fin de detectar duplicidades (es decir, facturas repetidas con idéntico importe o nº de factura, etc.), o falsificaciones.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 8. INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS POR LA NORMATIVA NACIONAL Y COMUNITARIA EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y PUBLICIDAD

Se produce un incumplimiento de los deberes de información y comunicación sobre el apoyo del Fondo Social Europeo a las actuaciones realizadas según lo dispuesto en la normativa comunitaria.

BR 8.1. Incumplimiento de los deberes de información y comunicación del apoyo del FSE a las operaciones cofinanciadas:**Definición:**

- Tanto el organismo que realiza una convocatoria como los destinatarios finales están compelidos a informar y difundir que dichas ayudas u operaciones están financiadas con cargo al FSE, y deben cumplir lo establecido en las disposiciones comunitarias al respecto (Art. 115 RDC).

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Realizar una revisión de la documentación relativa a las operaciones para garantizar el cumplimiento de los deberes de información y publicidad, así como lo incluido en los planes de información y comunicación del FSE. Supervisar que en todos los documentos derivados de la ejecución de operaciones figuren los logos del FSE, Unión Europea, Programa Operativo o Iniciativa/Instrumento comunitario financiador.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

RIESGO 9. PÉRDIDA DE PISTA DE AUDITORÍA

No se garantiza que toda la documentación sobre los gastos se conserva para disponer de una pista de auditoría adecuada.

BR 9.1. El organismo no ha realizado una correcta documentación de la operación que permita garantizar la pista de auditoría:

Definición:

- En el expediente de la operación no quedan documentados los procesos que permiten garantizar la pista de auditoría. Algunos ejemplos son la disposición de procesos de gastos, procesos de pagos, procesos de contabilidad, de publicidad y de ejecución, entre otros.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer sistemas de comprobación y control de la pista de auditoría. Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist) de verificación de la documentación requerida para garantizar la pista de auditoría.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 9.2. La convocatoria no establece con precisión la forma en que deben documentarse los distintos gastos derivados de la operación:

Definición:

- La convocatoria no establece con precisión la forma en que deben documentarse los distintos gastos (requisitos para la justificación de los gastos, dependiendo de la naturaleza del gasto), según lo establecido en el art. 131 del

RDC. Algunos ejemplos son los documentos, facturas o documentos con valor probatorio análogo, establecido en la normativa correspondiente propia o nacional.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- En la redacción de las bases reguladoras/convocatorias deberán delimitarse con la máxima precisión posible la forma en que, atendiendo a la naturaleza de los gastos, o, en su defecto o adicionalmente, se recomienda elaborar un manual de justificación en el que se detallan, entre otros, los procedimientos a seguir para la correcta documentación de los gastos.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 9.3. La convocatoria no define de forma clara y precisa los gastos elegibles:

Definición:

- La convocatoria no define de forma clara y precisa qué gastos son subvencionables, de acuerdo a lo establecido en el art. 65 del RDC, y que podrán ser, por tanto, certificados por la Autoridad de Certificación.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Verificar que en la redacción de las bases reguladoras/convocatorias deberán delimitarse con la máxima precisión posible los gastos elegibles, o, en su defecto o adicionalmente, se recomienda elaborar un manual de justificación en el que se detallan, entre otros, estos aspectos. Esta tarea es de gran importancia ya que los gastos no subvencionables o no elegibles en los que incurran los beneficiarios no podrán ser certificados y reintegrados.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 9.4. La convocatoria no establece con precisión el método de cálculo de costes que debe aplicarse en las operaciones:

Definición:

- El organismo no ha establecido de forma clara el método de cálculo de costes a aplicar en las operaciones de acuerdo a lo establecido en el art. 67 del RDC.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Verificar que en las bases reguladoras de las convocatorias, se determine qué método o métodos, según la normativa comunitaria (Art. 67 del RDC y las disposiciones específicas sobre el programa o ayuda recibida), deben aplicarse para el cálculo de los gastos (coste real, método de costes simplificados, tanto alzado, etc.).

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

2. INSTRUMENTO DE GESTIÓN: CONTRATACIÓN

RIESGO 1. MANIPULACIÓN DEL PROCEDIMIENTO A EFECTOS DE LIMITAR LA CONCURRENCIA

El procedimiento de preparación y/o adjudicación ha sido manipulado de tal forma que no se garantiza el acceso a la contratación pública en condiciones de igualdad de todos los posibles contratistas, estableciéndose alguna práctica restrictiva de la competencia.

BR 1.1. Los pliegos de cláusulas de prescripciones técnicas y/o administrativas se han redactado a favor de un licitador (EXCLUYENTE):

Definición:

- Esta situación se puede materializar, por ejemplo, en el caso en el que objeto del contrato haga referencia a marcas comerciales concretas y no se incorporen posibles marcas alternativas, se describa de forma que solo pueda licitar un número muy reducido de licitadores o se limite la participación por factores como número de empleados, volumen de facturación o estados financieros, sin que en ningún caso resulte imprescindible para la buena ejecución del contrato. Este hecho limita la concurrencia y dificulta que el procedimiento resulte competitivo.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Revisión por parte del servicio jurídico o persona independiente al órgano de contratación de la documentación inicial de cualquier procedimiento de contratación que garantice un procedimiento abierto y competitivo, así como la participación de diversos licitadores.
- Disponer de una política en materia de conflicto de interés que incluya una declaración anual y su registro por parte de todo el personal, y aplique medidas dirigidas a garantizar su cumplimiento.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.
- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 1.2. Los pliegos presentan prescripciones más restrictivas que las aprobadas en procedimientos previos similares:

Definición:

- La materialización de esa situación se produce en el caso en el que se endurecen los requisitos, restringiendo la concurrencia, en un procedimiento de carácter similar a procedimientos anteriores. Ejemplo: elevar los requisitos financieros, establecer un determinado volumen de facturación exigido, reducir la franja de número de empleados, etc. con respecto a lo establecido en procedimientos de similares características.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Revisión por parte del servicio jurídico o persona independiente al órgano de contratación de la documentación inicial de cualquier procedimiento de contratación que garantice la no manipulación del procedimiento y el establecimiento en los pliegos de prescripciones justas y proporcionadas para la correcta ejecución del objeto del contrato.

- Disponer de una política en materia de conflicto de interés que incluya una declaración anual y su registro por parte de todo el personal, y aplique medidas dirigidas a garantizar su cumplimiento.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 1.3. Presentación de una única oferta o número anormalmente bajo de proposiciones optando a la licitación según el tipo de procedimiento de contratación:

Definición:

- Se produce en los casos en que el procedimiento de contratación requiere, según la normativa aplicable al sector público, la solicitud de ofertas a un número mínimo de empresas capacitadas para la realización del objeto del contrato, y este extremo se incumple. Por ejemplo, en el procedimiento negociado, será necesario solicitar ofertas, al menos, a tres empresas capacitadas para la realización del objeto del contrato, siempre que ello sea posible.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Revisión por parte del servicio jurídico o persona independiente al órgano de contratación de la documentación inicial de cualquier procedimiento de contratación que garantice la no manipulación del procedimiento y el cumplimiento del número mínimo de ofertas presentadas.
- Disponer de una política en materia de conflicto de interés que incluya una declaración anual y su registro por parte de todo el personal, y aplique medidas dirigidas a garantizar su cumplimiento.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 1.4. Posible fraccionamiento del contrato en dos o más procedimientos con idéntico adjudicatario evitando la utilización del procedimiento que hubiese correspondido según la cuantía total, procedimiento que requiere mayores garantías de concurrencia y de publicidad (DOMINANTE):

Definición:

- Cuando se fracciona el contrato en dos contratos menores con objeto similar a idéntico adjudicatario o se fracciona el contrato en diferentes suministros asociados al mismo objeto.
- Se realizan contratos secuenciales con idéntico adjudicatario evitando la utilización del procedimiento que hubiese correspondido según la cuantía total, procedimiento que requiere mayores garantías de concurrencia y de publicidad.
- Se llevan a cabo compras secuenciales por medio de adjudicaciones directas en cortos plazos de tiempo.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Realización de controles periódicos del importe acumulado por proveedor y correlativo análisis de los objetos de los distintos contratos celebrados con un mismo proveedor.
- Aplicar controles sobre la presencia continuada en las ofertas de circunstancias improbables (como por ejemplo, evaluadores de las ofertas que parecen conocer perfectamente el mercado) o de relaciones inusuales entre terceros (como por ejemplo, identificación de patrones de turnos entre adjudicatarios).

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 1.5. El procedimiento de contratación se declara desierto y vuelve a convocarse a pesar de que se recibieron ofertas admisibles de acuerdo con los criterios que figuran en los pliegos:**Definición:**

- Se declara desierto un procedimiento, a pesar de que existen ofertas que cumplen los criterios para ser admitidas en el procedimiento, y se vuelve a convocar restringiendo los requisitos a efectos de beneficiar a un licitador en concreto.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Apertura pública de las ofertas presentadas, y levantamiento de acta recogiendo la información de las ofertas recibidas y valoradas.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 1.6. Ausencia de medidas de información y publicidad en la documentación relativa al procedimiento de contratación y/o insuficiencia de plazos para la recepción de ofertas:**Definición:**

- Se produce cuando el procedimiento no cumple con los requisitos de información y publicidad mínimos requeridos para el anuncio de la convocatoria en la normativa aplicable, requisitos que tienen como finalidad asegurar la transparencia y el acceso público a la información. En este sentido, se produce una falta de transparencia o publicidad cuando en los pliegos no se determinan con exactitud los plazos para la presentación de proposiciones, o se fijan unos plazos excesivamente reducidos que puedan conllevar la limitación de la concurrencia. Por ejemplo, los pliegos no establecen de forma exacta qué documentos concretos debe presentar el licitador en su proposición para que esta sea admitida en el procedimiento.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer procedimientos de comprobación de cumplimiento de los requisitos de información y publicidad. Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist).
- Establecer medidas de información al personal involucrado en la gestión de actividades cofinanciadas sobre las obligaciones de obligado cumplimiento en materia de información y publicidad. Se recomienda la elaboración y distribución entre todo el personal involucrado de un breve manual sobre la materia.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 1.7. Reclamaciones de otros ofertantes:

Definición:

- Se producen reclamaciones o quejas por escrito referidas a la limitación de la concurrencia en el procedimiento de contratación.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Revisión e informe por parte del servicio jurídico o persona independiente de la documentación inicial de cualquier procedimiento de contratación.
- Registro e informe de las quejas o reclamaciones recibidas por parte de otros ofertantes y análisis de las mismas.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 2. PRÁCTICAS COLUSORIAS EN LAS OFERTAS

Se producen acuerdos, decisiones, recomendaciones colectivas o prácticas concertadas o conscientemente paralelas entre los licitadores que por su objeto o, por su naturaleza, pueden producir el efecto de impedir, restringir o falsear la competencia en el procedimiento de licitación. Las prácticas colusorias pueden tener como objetivo la fijación de precios, con el fin de alcanzar un precio superior al que se derivaría de una licitación competitiva o el reparto del mercado mediante el acuerdo entre empresas licitadoras para repartir mercados geográficos o clientes.

BR 2.1. Posibles acuerdos entre los licitadores en complicidad con empresas interrelacionadas y/o vinculadas o mediante la introducción de "proveedores fantasma" (DOMINANTE):**Definición:**

- Este tipo de prácticas colusorias se producen cuando, con el objeto de conseguir la adjudicación de un contrato, los licitadores manipulan el procedimiento de contratación mediante acuerdos colusorios con otros ofertantes que presentan o no vinculación empresarial o mediante la simulación de falsos licitadores. Por ejemplo, se presentan diversas ofertas por parte de diferentes entidades que presentan vinculación empresarial o se presentan ofertas fantasma que no proporcionan la calidad suficiente y existe la duda de que su finalidad sea la obtención del contrato.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un sistema de control tanto de los pliegos como de la concordancia entre las ofertas presentadas y las condiciones establecidas en los mismos, dejando constancia por escrito de dicho control. Se recomienda elaborar un acta de la mesa de contratación, la realización de un análisis de las ofertas, de la publicación y de los pliegos, entre otros documentos.
- Comprobar la no existencia de vinculación empresarial entre las empresas licitadoras.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 2.2. Posibles acuerdos entre los licitadores en los precios ofertados en el procedimiento de contratación:**Definición:**

- Los licitadores llegan a acuerdos para no ofrecer por debajo de un precio, con patrones de ofertas inusuales o similares: las ofertas tienen porcentajes exactos de rebaja, la oferta ganadora está muy próxima al umbral de precios establecidos en los pliegos, los precios son muy similares, etc.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un sistema de control tanto de los pliegos como de la concordancia entre las ofertas presentadas y las condiciones establecidas en los mismos, dejando constancia por escrito de dicho control que permita comprobar la no existencia de acuerdos entre los licitadores en relación a los precios ofertados. Se recomienda elaborar un acta de la mesa de contratación, la realización de un análisis de las ofertas, de la publicación y de los pliegos, entre otros documentos.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 2.3. Posibles acuerdos entre los licitadores para el reparto del mercado:

Definición:

- Los licitadores se reparten el mercado reduciendo la competencia, por ejemplo, por región, tipo de trabajo, tipo de obra...

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un sistema de control tanto de los pliegos como de la concordancia entre las ofertas presentadas y las condiciones establecidas en los mismos, dejando constancia por escrito de dicho control que permita comprobar la no existencia de acuerdos entre los licitadores para el reparto del mercado. Se recomienda elaborar un acta de la mesa de contratación, la realización de un análisis de las ofertas, de la publicación y de los pliegos, entre otros documentos.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 2.4. El adjudicatario subcontrata a otros licitadores que han participado en el procedimiento de contratación:

Definición:

- Un licitador que no ha resultado adjudicatario ejecuta la parte principal del contrato siendo subcontratado por el adjudicatario, esquivando los límites de subcontratación establecidos, considerando además que el citado licitador no cumplía previamente la solvencia técnica y/o administrativa requerida.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un sistema de control tanto de los pliegos como de la concordancia entre las ofertas presentadas y las condiciones establecidas en los mismos, dejando constancia por escrito de dicho control que permita comprobar que no se produzca la subcontratación de licitadores que no hayan resultado adjudicatarios en el procedimiento de contratación. Se recomienda elaborar un acta de la mesa de contratación, la realización de un análisis de las ofertas, de la publicación y de los pliegos, entre otros documentos.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIEGO 3. CONFLICTO DE INTERÉS

Existe conflicto de intereses cuando en la adopción de decisiones confluyen el interés general o el interés público e intereses privados propios o compartidos con terceras personas o de familiares directos de alguno de los miembros del órgano de contratación o de empleados del órgano contratante.

BR 3.1. Comportamiento inusual por parte de un empleado que insiste en obtener información sobre el procedimiento de licitación sin estar a cargo del procedimiento:**Definición:**

- Cuando un empleado que no forma parte de los equipos encargados del procedimiento de licitación se interesa fuertemente por conseguir información que puede alterar el devenir del concurso o favorecer a algún contratista en particular. Puede darse el caso en que tenga también vinculación con proveedores de algún potencial contratista.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Verificar que en el procedimiento se realiza un examen de los antecedentes de los potenciales proveedores terceros.
- Establecer procedimientos que limiten la información sobre el procedimiento de contratación para los agentes externos/ajenos al mismo (barreras o “murallas chinas”).

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 3.2. Un empleado del órgano de contratación que haya trabajado para una empresa participa en el concurso de forma inmediatamente anterior a su incorporación al puesto de trabajo en el organismo adjudicador:**Definición:**

- Cuando un empleado del órgano de contratación ha trabajado para una empresa que puede presentarse a un procedimiento de contratación de manera inmediatamente anterior, pueden surgir conflictos de interés o manipulaciones dentro del procedimiento a favor o en contra de dicha empresa potencial de ser el contratista ganador.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Verificar el establecimiento en los procedimientos el examen de los antecedentes de los potenciales proveedores terceros.
- Establecer una declaración de independencia para las personas que participen en el procedimiento de contratación.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 3.3. Vinculación familiar entre un empleado del órgano de contratación y una persona con capacidad de decisión o con influencia en la empresa licitadora:**Definición:**

- Esta vinculación juega a favor de la adjudicación del contrato objeto de valoración.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer una declaración de independencia para las personas que participen en el procedimiento de contratación.
- Verificar el establecimiento en los procedimientos el examen de los antecedentes de los potenciales proveedores terceros.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 3.4. Reiteración de adjudicaciones a favor de un mismo licitador:**Definición:**

- El licitador obtiene los contratos gracias al favoritismo que recibe de manera injustificada por parte del organismo contratante, sin estar basada en los criterios de adjudicación establecidos en los pliegos.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Disponer de sistemas que garanticen un cierto grado de aleatoriedad y heterogeneidad en la selección de los miembros de los comités de evaluación.
- Disponer de una Política de Ética que se aplicará a las personas intervinientes en la gestión del procedimiento de contratación.
- Establecer un control de calidad aleatorio sobre los procedimientos de contratación realizados.
- Establecer una declaración de independencia para las personas que participen en el procedimiento de contratación.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 3.5. Aceptación continuada de ofertas con precios elevados y/o trabajo de calidad insuficiente:**Definición:**

- Se adjudican de manera continuada los contratos a licitadores cuyas ofertas económicas son elevadas con respecto al resto de las ofertas presentadas y/o con contraprestaciones que no se ajusta a la calidad demandada en los pliegos de prescripciones técnicas; o bien la oferta ganadora es demasiado alta en comparación con el resto de licitadores. Estas adjudicaciones pueden verse sujetas a casos de conflictos de interés por parte de algún miembro del organismo contratante, como es el caso de un licitador que conoce de antemano que va a resultar adjudicatario y ofrece un precio alto dentro del límite establecido en el procedimiento de contratación.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Disponer de sistemas que garanticen un cierto grado de aleatoriedad y heterogeneidad en la selección de los miembros de los comités de evaluación.
- Disponer de una Política de Ética que se aplicará a las personas intervinientes en la gestión.
- Establecer un control de calidad aleatorio sobre los procedimientos de contratación realizados así como sobre los productos derivados de los mismos.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 3.6. Los miembros del órgano de contratación no cumplen con los procedimientos establecidos en el código de ética del organismo:

Definición:

- El órgano dispone de un código de ética cuyos procedimientos no son seguidos por los miembros del órgano de contratación (comunicación de posibles conflictos de interés, etc.).

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Disponer de sistemas que garanticen un cierto grado de aleatoriedad y heterogeneidad en la selección de los miembros de los comités de evaluación.
- Disponer de una Política de Ética que se aplicará a las personas intervinientes en la gestión.
- Establecer un control de calidad aleatorio sobre los procedimientos de contratación realizados.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 3.7. Empleado encargado de contratación declina ascenso a una posición en la que deja de tener que ver con adquisiciones:

Definición:

- Cuando sin causa justificada y razonable, el empleado encargado de la contratación declina un ascenso a una posición en la que deja de tener relación con adquisiciones. Esto puede deberse a que guarde algún tipo de vinculación u obtenga algún tipo de beneficio no declarado con algún potencial adjudicatario.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Disponer de sistemas que garanticen un cierto grado de aleatoriedad y heterogeneidad en la selección de los miembros de los comités de evaluación.
- Disponer de una Política de Ética que se aplicará a las personas intervinientes en la gestión.
- Establecer un control de calidad aleatorio sobre los procedimientos de contratación realizados.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 3.8. Indicios de que un miembro del órgano de contratación pudiera estar recibiendo contraprestaciones indebidas a cambio de favores relacionados con el procedimiento de contratación:**Definición:**

- Cuando en breve espacio de tiempo y sin aparente razón justificada, un miembro del órgano encargado de la contratación tiene un aumento súbito de la riqueza o nivel de vida relacionado con actos a favor de determinados adjudicatarios.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Disponer de sistemas que garanticen un cierto grado de aleatoriedad y heterogeneidad en la selección de los miembros de los comités de evaluación.
- Disponer de una Política de Ética que se aplicará a las personas intervinientes en la gestión.
- Establecer un control de calidad aleatorio sobre los procedimientos de contratación realizados.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 3.9. Socialización entre un empleado encargado de contratación y un proveedor de servicios o productos:**Definición:**

- Se aprecia una socialización o estrecha relación entre un empleado de contratación y un proveedor de servicios o productos que puede tener intereses empresariales resultantes de los procedimientos de contratación.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Disponer de sistemas que garanticen un cierto grado de aleatoriedad y heterogeneidad en la selección de los miembros de los comités de evaluación.
- Disponer de una Política de Ética que se aplicará a las personas intervinientes en la gestión.
- Establecer un control de calidad aleatorio sobre los procedimientos de contratación realizados.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 3.10. Comportamientos inusuales por parte de los miembros del órgano de contratación:**Definición:**

- No se detalla en el expediente las razones sobre los retrasos o ausencia de documentos referentes a los contratos y el empleado se muestra reacio a justificar dichos casos. Esto puede ser debido a que exista algún tipo de conflicto de interés por parte de dicho empleado.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Disponer de una política en materia de conflicto de interés que incluya una declaración anual y su registro por parte de todo el personal, y aplique medidas dirigidas a garantizar su cumplimiento.
- Elaboración de un informe periódico sobre el estado en que se encuentra el procedimiento de contratación para dejar constancia de las incidencias ocurridas en el mismo (retrasos, situaciones inusuales, retiro de alguna

oferta...) que permita hacer un seguimiento sobre el registro y disponibilidad documental de las ofertas en el seno de órgano adjudicador.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

RIESGO 4. MANIPULACIÓN EN LA VALORACIÓN TÉCNICA Y/O ECONÓMICA DE LAS OFERTAS PRESENTADAS

Se observan indicios de manipulación del procedimiento de contratación en favor de un licitante o en detrimento de uno o varios licitantes.

BR 4.1. Los criterios de adjudicación no están suficientemente detallados o no se encuentran recogidos en los pliegos:

Definición:

- En los pliegos no se incluyen o están redactados de forma ambigua y/o abierta los criterios de adjudicación para valorar las ofertas técnicas, en su caso, y económicas, para seleccionar a los licitadores que resulten adjudicatarios, lo que produce ausencia de transparencia y objetividad en la selección del adjudicatario.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un sistema de control previo sobre el contenido de los pliegos que garantice su correcta redacción y la inclusión detallada y clara de los criterios de valoración de las ofertas.
- Disponer de una política en materia de conflicto de interés que incluya una declaración anual y su registro por parte de todo el personal, y aplique medidas dirigidas a garantizar su cumplimiento.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 4.2. Aceptación de baja temeraria sin haber sido justificada adecuadamente por el licitador (EXCLUYENTE):

Definición:

- El adjudicatario ha presentado una oferta anormalmente baja, en comparación con las presentadas por el resto de los competidores y ha sido aceptada por el órgano de contratación sin justificación previa de la capacidad de llevar a cabo la prestación en tiempo y forma requeridos. También puede deberse a filtraciones de los precios ofertado por licitadores, ajustando su precio a las ofertas económicas filtradas.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un sistema de control sobre el contenido y de los pliegos y de la concordancia entre las ofertas presentadas y las condiciones establecidas en los mismos, dejando constancia por escrito de dicho control. Se recomienda elaborar un acta de la mesa de contratación, la realización de un análisis de los pliegos, análisis de las ofertas, publicación de la adjudicación).
- Establecer un control sobre la pertinencia de la justificación de la baja de precios temeraria.

- Disponer de una política en materia de conflicto de interés que incluya una declaración anual y su registro por parte de todo el personal, y aplique medidas dirigidas a garantizar su cumplimiento.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 4.3. Ausencia y/o inadecuados procedimientos de control del procedimiento de contratación:

Definición:

- No se llevan a cabo medidas de control para seguir el procedimiento de licitación de manera adecuada, dando lugar a posibles defectos en la selección de los candidatos. Por ejemplo, se produce la admisión de ofertas económicas sin haber descartado previamente a los licitadores que incumplen los requisitos técnicos y/o administrativos.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Apertura pública de las ofertas presentadas, y levantamiento de acta recogiendo la información de las ofertas recibidas.
- Elaborar un checklist de verificación de cumplimiento de requisitos previos para la admisión de las ofertas previo a la valoración de las mismas.
- Disponer de una política en materia de conflicto de interés que incluya una declaración anual y su registro por parte de todo el personal, y aplique medidas dirigidas a garantizar su cumplimiento.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 4.4. Indicios de cambios en las ofertas después de su recepción:

Definición:

- Se presentan indicios que sugieren que tras la recepción de las ofertas se ha producido una modificación en las mismas, bien en relación con el precio, bien en relación con otras condiciones recogidas en las mismas.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Apertura pública de las ofertas presentadas, y levantamiento de acta recogiendo la información de las ofertas recibidas.
- Disponer de una política en materia de conflicto de interés que incluya una declaración anual y su registro por parte de todo el personal, y aplique medidas dirigidas a garantizar su cumplimiento.
- Establecer un mecanismo de control para llevar a cabo un seguimiento de las ofertas presentadas hasta la adjudicación, de forma que se pueda garantizar que no se han producido modificaciones en las mismas para obtener ventaja en el procedimiento licitador.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 4.5. Ofertas excluidas por errores o por razones dudosas:**Definición:**

- Ofertas que quedan excluidas por razones insuficientemente justificadas o por errores. Puede responder a intereses para la selección de un contratista en particular.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Apertura pública de las ofertas presentadas, y levantamiento de acta recogiendo la información de las ofertas recibidas.
- Utilización de un procedimiento de verificación de cumplimiento de requisitos de valoración de ofertas. Se recomienda la elaboración de una lista de comprobación de requisitos (checklist).
- Disponer de una política en materia de conflicto de interés que incluya una declaración anual y su registro por parte de todo el personal, y aplique medidas dirigidas a garantizar su cumplimiento.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 4.6. Quejas de los licitadores:**Definición:**

- Se producen reclamaciones o quejas por escrito referidas a posibles manipulaciones de las ofertas presentadas.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Apertura pública de las ofertas presentadas, y levantamiento de acta recogiendo la información de las ofertas recibidas.
- Disponer de una política en materia de conflicto de interés que incluya una declaración anual y su registro por parte de todo el personal, y aplique medidas dirigidas a garantizar su cumplimiento.
- Registro e informe de las quejas o reclamaciones recibidas por parte de otros ofertantes y análisis de las mismas.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 5. IRREGULARIDADES EN LA FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO

BR 5.1. El contrato formalizado altera los términos de la adjudicación (EXCLUYENTE):**Definición:**

- Los contratos deben formalizarse en documento administrativo que se ajuste con exactitud a las condiciones de la licitación y en ningún caso se podrán incluir en el documento en que se formalice el contrato cláusulas que impliquen alteración de los términos de la adjudicación. Como ejemplos de alteraciones pueden citarse los siguientes: minoración de las cláusulas contractuales estándar y/o las establecidas en la adjudicación del contrato, cambios sustanciales en las especificaciones técnicas o en el pliego de condiciones administrativas, diferencias

entre los requisitos de calidad, cantidad o especificaciones de los bienes y servicios del contrato y los requisitos relativos a los mismos aspectos en los pliegos de la convocatoria, etc.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un control por parte del servicio jurídico del contrato con carácter previo a la firma del mismo, que permita verificar que no se ha producido una alteración en los términos de la adjudicación, dejando constancia de este control por escrito.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.
- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 5.2. Falta de coincidencia entre el adjudicatario y el firmante del contrato (EXCLUYENTE):

Definición:

- Se produce una ausencia de coincidencia entre el adjudicatario y el firmante del contrato en términos de denominación social, personalidad jurídica, etc. sin la debida justificación.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un control por parte del servicio jurídico del contrato con carácter previo a la firma del mismo, que permita verificar la coincidencia entre el adjudicatario y el firmante del contrato, dejando constancia de este control por escrito.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.
- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 5.3. Demoras injustificadas para firmar el contrato entre el organismo de contratación y el adjudicatario:

Definición:

- Las demoras excesivas en la firma del contrato pueden sugerir que está sucediendo algo inusual o sospechoso.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un control por parte del servicio jurídico del contrato con carácter previo a la firma del mismo mediante la elaboración de un informe periódico (mensual) sobre el estado en que se encuentra el procedimiento de contratación para dejar constancia de las incidencias ocurridas en el mismo (retrasos, situaciones inusuales...), dejando constancia de este control por escrito.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 5.4. Inexistencia de contrato (EXCLUYENTE):**Definición:**

- No existe contrato de adjudicación o la documentación del expediente de contratación es insuficiente, incompleta o inexistente como, por ejemplo, de la documentación de los licitadores en el procedimiento.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un control por parte del servicio jurídico del contrato con carácter previo a la firma del mismo que permita hacer un seguimiento sobre el registro y la disponibilidad documental de las ofertas en el seno de órgano adjudicador, dejando constancia de este control por escrito.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.
- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 6. INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES O IRREGULARIDADES EN LA PRESTACIÓN QUE BENEFICIEN AL ADJUDICATARIO

BR 6.1. Prestación en términos inferiores a lo estipulado en el contrato:**Definición:**

- Se produce cuando se da alguna de las siguientes circunstancias: la falta de entrega o de sustitución de productos, la ejecución irregular en términos de calidad o de plazos de entrega o la asignación de recursos no cualificados o de coste inferior a las necesidades del contrato, entre otros; todo ello sin la correspondiente justificación/motivación, solicitud formal de prórroga por motivos no imputables al adjudicatario, por causas de fuerza mayor, etc.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Realización de controles periódicos/análisis de informes de ejecución/realización de verificaciones sobre el terreno, en su caso.
- En el caso de sustitución de productos, verificar que esta circunstancia estaba prevista en los pliegos, así como el establecimiento de la necesidad de un informe o memoria explicativa en la que se deje constancia de que los nuevos productos son de una calidad equivalente a los iniciales y cumplen con la misma finalidad que aquellos.
- Establecimiento de controles periódicos de la calidad de la prestación y establecimiento de cláusulas de penalización en los contratos para aquellas situaciones en las que se detecte que la calidad de la prestación no se ajusta con la oferta presentada.
- Revisión de los informes finales, económicos y de actividades, en busca de posibles discrepancias entre las actividades previstas y las realmente efectuadas.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 6.2. Falta de reciprocidad en las prestaciones recogidas en el contrato:**Definición:**

- Una de las características básicas de los contratos es que sean sinalagmáticos, es decir, debe existir una equivalencia entre la prestación y la contraprestación. Por ejemplo, se adjudica un contrato por 40.000 euros para un fin que no justifica tal cuantía (pintar unas aulas cuyo coste real de mercado puede suponer menos de 2.000 euros), se altera el servicio o producto a entregar por parte del contratista disminuyendo su cantidad pero sin producirse un cambio en la contraprestación o pago a realizar por parte del ente adjudicador, sobrestimación de la calidad o de las actividades del personal, etc.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Realización de controles periódicos/análisis de informes de ejecución/realización de verificaciones sobre el terreno en su caso.
- Establecer controles periódicos de la calidad de la prestación y cláusulas de penalización en los contratos para aquellas situaciones en las que se detecte que la calidad de la prestación no se ajusta con la oferta presentada.
- Revisión de los informes finales, económicos y de actividades, en busca de posibles discrepancias entre las actividades previstas y las realmente efectuadas.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 6.3. Cambios en la prestación sin causa razonable aparente:**Definición:**

- Esta situación puede producirse de diferentes formas. Por ejemplo, tras establecer por contrato unos pedidos específicos con un contratista, estos se aumentan o disminuyen en numerosas ocasiones y sin causa razonable aparente, o se aumentan las horas de trabajo sin el aumento correspondiente de los materiales utilizados que se han podido utilizar durante esas horas de trabajo, etc.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer controles aleatorios sobre la calidad del servicio prestado y sobre la pertinencia de la justificación de los cambios en la prestación.
- Revisión de los informes finales, económicos y de actividades, en busca de posibles discrepancias entre las actividades previstas y las realmente efectuadas.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 7. FALSEDAD DOCUMENTAL

Se produce cuando el licitador ha incurrido en falsedad al efectuar la declaración responsable a que se refiere el artículo 141 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público o al facilitar cualesquiera otros datos relativos a su capacidad y solvencia (Artículos 74 y ss de la Ley 9/2017) y/o se aprecia falsedad en la documentación presentada para obtener el reembolso de costes.

BR 7.1. Documentación falsificada presentada por los licitadores en el proceso de selección de ofertas:**Definición:**

- El licitador presenta documentación e información falsa para poder acceder al procedimiento de contratación.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Elaboración por parte del organismo de un checklist de verificación de la documentación requerida para poder acceder al proceso de contratación
- Establecer un control de la documentación presentada por parte de los licitadores a fin de detectar documentación o información falsificada

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 7.2. Manipulación de las reclamaciones de costes o de la facturación para incluir cargos incorrectos, falsos, excesivos o duplicados:**Definición:**

- Cuando se manipulan facturas o se presentan facturas falsas para el reembolso de costes por parte del contratista, como, por ejemplo, reclamaciones de costes duplicadas, facturas falsas o infladas, facturación de actividades que no se han realizado, o que no se han realizado de acuerdo con el contrato (costes incorrectos de mano de obra, cargos por horas extraordinarias no pagadas, tarifas horarias inadecuadas, gastos reclamados para personal inexistente, o gastos de personal por actividades realizadas fuera del plazo de ejecución), sobrestimación de la calidad o de las actividades del personal, etc.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un control de las facturas emitidas a fin de detectar duplicidades (es decir, facturas repetidas con idéntico importe o nº de factura, etc.), o falsificaciones.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 8. INCUMPLIMIENTO DE LOS DEBERES DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN DE APOYO DEL FSE

Incumplimiento de los deberes de información y comunicación sobre el apoyo del Fondo Social Europeo a las actuaciones realizadas según lo dispuesto en la normativa comunitaria.

BR 8.1. Incumplimiento de los deberes de información y comunicación de apoyo del FSE:

Definición:

- El adjudicatario incumple las obligaciones a las que queda sujeto en materia de información y publicidad del Fondo Social Europeo. Tanto el organismo que realiza una convocatoria como los adjudicatarios están compelidos a informar y difundir que dichas ayudas u operaciones están financiadas con cargo al FSE, y deben cumplir lo establecido en las disposiciones comunitarias al respecto (Art. 115 RDC).

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer procedimientos de comprobación de cumplimiento de los requisitos de información y publicidad. Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist).
- Establecer medidas de información al personal involucrado en la gestión de actividades cofinanciadas sobre las obligaciones de obligado cumplimiento en materia de información y publicidad. Se recomienda la elaboración y distribución entre todo el personal involucrado de un breve manual sobre la materia.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

RIESGO 9. PÉRDIDA DE PISTA DE AUDITORÍA

No se garantiza que toda la documentación relativa al procedimiento de contratación conserva para disponer de una pista de auditoría adecuada.

BR 9.1. La documentación que obra en el expediente de contratación es insuficiente de forma que se pueda garantizar la pista de auditoría:**Definición:**

- En el expediente de la operación no quedan documentados los procesos que permiten garantizar la pista de auditoría. Ejemplos: la documentación de la pista de auditoría implica la disposición de procesos de gastos, procesos de pagos, procesos de contabilidad, de publicidad, de ejecución, documentación y valoración de los licitadores, etc.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer procedimientos de verificación de la documentación requerida para garantizar la pista de auditoría. Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist).

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

3. INSTRUMENTO DE GESTIÓN: GESTIÓN DIRECTA

3.1. MEDIOS PROPIOS

RIESGO 1. ASIGNACIÓN INCORRECTA DELIBERADA DE LOS COSTES DE MANO DE OBRA

BR 1.1. El beneficiario asigna de forma incorrecta los gastos de personal entre proyectos de la UE y de otras fuentes de financiación (DOMINANTE):

Definición:

- Imputación deliberada por parte del organismo de gastos de personal que corresponden a otro proyecto no financiado por el FSE a un proyecto financiado con cargo al FSE

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Disponer en los procedimientos internos de un registro del tiempo de dedicación de su personal a los distintos proyectos. Se recomienda la implementación de sistemas internos de información que permitan la imputación del tiempo de los recursos humanos, como por ejemplo el sistema SAP. Asimismo, se recomienda establecer sistemas de doble firma del parte de tiempo por parte del trabajador y del empleador.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 1.2. Tarifas horarias inadecuadas:

Definición:

- El ratio coste/hora está calculado de forma irregular o no corresponde a la realidad por su sobreestimación o subestimación. Asimismo, puede ocurrir cuando se asignan a los gastos, conceptos que no forman parte de la nómina del empleado, partes de tiempo no firmados, horas extraordinarias no abonadas, no existe correspondencia entre el coste/hora y el nivel de cualificación requerido para un recurso humano concreto, etc.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Comprobar que el organismo dispone de un procedimiento de imputación objetivo y razonable de costes a los proyectos. Se recomienda que en dicho procedimiento quede debidamente justificado el coste/hora, la tarifa asignada y las horas extras realizadas por los recursos humanos asignados.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 1.3. Gastos reclamados para personal inexistente (DOMINANTE):

Definición:

- El organismo reclama la certificación de gastos de personal cuando en la realidad no se ha destinado dicho personal a la ejecución de la operación.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Comprobar que el organismo dispone de un procedimiento de imputación objetivo y razonable de costes a los proyectos a través del cual quede debidamente justificado los recursos humanos empleados, sus tareas asignadas y el producto de las mismas.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 1.4. Gastos de personal por actividades realizadas fuera del plazo de ejecución de la operación:

Definición:

- Existen gastos de personal contraídos por el organismo en concepto de actividades que han sido realizadas de forma efectiva fuera del plazo de ejecución de la operación.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Comprobar que el organismo dispone de un procedimiento de imputación objetivo y razonable de costes a los proyectos, a través del cual se refleje de manera fiel y exacta el momento en el que se incurre en dichos del personal, permitiendo comprobar que se han realizado dentro del periodo de ejecución de la operación.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

RIESGO 2. EJECUCIÓN IRREGULAR DE LA ACTIVIDAD

Se produce una ejecución irregular de la actividad objeto de la operación.

BR 2.1. Retrasos injustificados en los plazos de entrega:

Definición:

- La bandera roja se produce cuando el tiempo dedicado por el organismo a la ejecución de la operación excede de los plazos previstos en la convocatoria y/o contrato, sin estar debidamente justificados.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Realización de controles periódicos y/o análisis de informes de ejecución de operaciones y/o realización de verificaciones sobre el terreno, en los casos en que proceda que permitan comprobar la ejecución de los hitos de ejecución periódicos del servicio y de los posibles retrasos en su entrega.
- Establecer por parte del organismo de un sistema interno de calidad y de seguimiento de cumplimiento de objetivos aplicable durante la ejecución del servicio.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 2.2. No entrega o realización del servicio (EXCLUYENTE):**Definición:**

- No existe constancia de la entrega o realización del servicio al que se imputan los gastos.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Realización de controles periódicos y/o análisis de informes de ejecución de operaciones y/o realización de verificaciones sobre el terreno, en los casos en que proceda que permitan comprobar la ejecución del servicio en plazo.
- Establecer por parte del organismo de un sistema interno de calidad y de seguimiento de cumplimiento de objetivos.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.
- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 2.3. Servicios o bienes entregados por debajo de la calidad esperada:**Definición:**

- Los servicios o bienes entregados no alcanzan el nivel de calidad esperado y/o la calidad de los mismos es ínfima, contraponiéndose a lo acordado y/o estipulado en el contrato.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer por parte del organismo de sistemas internos que permitan comprobar que el servicio ejecutado presenta el nivel de calidad esperado.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 2.4. El beneficiario/destinatario de las ayudas incumple la obligación de garantizar la concurrencia en caso de que necesite negociar con proveedores:**Definición:**

- El beneficiario/destinatario de la ayuda o subvención que, en su caso, desee negociar o contratar a proveedores, no garantiza la elección de los mismos a través de un proceso de concurrencia competitiva. Según el procedimiento establecido al efecto en el art. 31.3 de la Ley General de Subvenciones, cuando el importe del gasto subvencionable supere la cuantía del contrato menor, según la normativa de contratación pública, el beneficiario deberá solicitar como mínimo tres ofertas de diferentes proveedores. En este caso, el riesgo también puede materializarse cuando

los proveedores sean personas o entidades vinculadas con el beneficiario, según lo establecido en el art. 29.7 de la Ley General de Subvenciones.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer sistemas de control de cumplimiento de concurrencia competitiva en la negociación con proveedores por parte de los beneficiarios. Se recomienda utilizar una lista de comprobación (checklist estándar de la organización o lista elaborada ad hoc para la convocatoria) sobre los pasos a seguir para garantizar un procedimiento de concurrencia competitiva y la garantía de no vinculación entre beneficiarios y proveedores. Es recomendable asimismo que el organismo seleccione una persona (preferiblemente, externa al proceso de gestión y selección de solicitudes) responsable de verificar el cumplimiento de dichos requisitos.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 3. SOBRESTIMACIÓN DE LA CALIDAD O DE LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL

BR 3.1. La cualificación de la mano de obra no es la adecuada:

Definición:

- Los recursos humanos asignados a la operación no presentan el nivel de cualificación requerido o suficiente para la correcta ejecución de la misma u ostentan niveles de cualificación inferiores a los acordados para la correcta ejecución de la operación.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer de una figura supervisora encargada del control de los recursos humanos asignados así como de la calidad y eficiencia de los trabajos.
- Establecer por parte del organismo de sistemas internos de calidad.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 3.2. Se describen de forma inexacta las actividades llevadas a cabo por el personal:

Definición:

- Las actividades llevadas a cabo por el personal encargado de la ejecución de la operación no se corresponden con las actividades necesarias para llevar a cabo la operación.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer "presupuestos de horas por actividad" y análisis de las desviaciones con respecto a las actividades acordadas de forma inicial en el contrato.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 4. INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LA NORMATIVA COMUNITARIA APLICABLE EN MATERIA DE ELEGIBILIDAD, CONSERVACIÓN DOCUMENTAL, PUBLICIDAD, ETC.

BR 4.1. Incumplimiento de las medidas de elegibilidad del gasto:

Definición:

- El organismo o entidad no ha cumplido con las medidas estipuladas en el Título VII del RDC relativas la elegibilidad del gasto y a las señaladas en la Orden ESS/1924/2016, de 13 de diciembre, por la que se determinan los gastos subvencionables por el Fondo Social Europeo durante el período de programación 2014-2020.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer procedimientos de comprobación de cumplimiento de las obligaciones derivadas de la normativa comunitaria en materia de elegibilidad del gasto. Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist). Asimismo, se recomienda la elaboración de un manual en el que se especifiquen las normas en materia de elegibilidad del gasto que se distribuya entre todo el personal implicado en la gestión.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 4.2. Incumplimiento de los deberes de documentación de las operaciones:

Definición:

- El organismo o entidad no ha cumplido con las medidas estipuladas en el artículo 140 del RDC con respecto a la disponibilidad de documentos.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer procedimientos de comprobación de cumplimiento de las obligaciones derivadas de la normativa comunitaria en materia de conservación documental. Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist). Asimismo, se recomienda la elaboración de un manual en el que se especifiquen las medidas de conservación documental que deben llevarse a cabo en todo caso, que se distribuya entre todo el personal implicado en la gestión.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 4.3. Incumplimiento de los deberes y obligaciones de información y comunicación:

Definición:

- El organismo o entidad no ha cumplido con las medidas establecidas en el Anexo XII del RDC con respecto a las medidas de información y comunicación sobre el apoyo procedente de los fondos.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer procedimientos de comprobación de cumplimiento de las obligaciones derivadas de la normativa comunitaria en materia de publicidad e información. Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist). Asimismo, se recomienda la elaboración de un manual en el que se especifiquen las medidas de información y publicidad que deben llevarse a cabo en todo caso, que se distribuya entre todo el personal implicado en la gestión.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

RIESGO 5. PÉRDIDA DE PISTA DE AUDITORÍA

No se garantiza que toda la documentación relativa a los gastos de la operación se conserva para disponer de una pista de auditoría adecuada.

BR 5.1. El organismo no ha realizado una correcta documentación de la operación que permita garantizar la pista de auditoría:

Definición:

- En el expediente de la operación no quedan documentados los procesos que permiten garantizar la pista de auditoría. Algunos ejemplos son la disposición de procesos de gastos, procesos de pagos, procesos de contabilidad, de publicidad y de ejecución, entre otros.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer procedimientos de verificación de la documentación requerida para garantizar la pista de auditoría. Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist).

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

3.2. ENCOMIENDAS DE GESTIÓN

RIESGO 1. INEXISTENCIA DE NECESIDAD JUSTIFICADA PARA LA ENCOMIENDA DE GESTIÓN

El recurso a la encomienda de gestión frente a otros medios no se justifica de forma motivada pudiendo producirse el riesgo de incurrir en la infrautilización de los propios medios materiales y personales del órgano encomendante, en la pérdida del control directo de la actividad que se encomienda y en la descapitalización de sus recursos técnicos propios.

BR 1.1. Ejecución de forma paralela actividades semejantes con recursos propios o ejecución en periodos anteriores de las operaciones sin acudir a este método de gestión:

Definición:

- La entidad realiza actividades similares sin acudir a la figura de encomienda de gestión a través de sus propios medios, o bien en periodos anteriores las operaciones fueron ejecutadas con otros métodos, no quedando justificado el recurso a la encomienda en las operaciones evaluadas.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Fundamentar detalladamente en la memoria respectiva los motivos y causas por las que se considera la encomienda de gestión el instrumento jurídico más adecuado.
- Verificar que el certificado o carta de insuficiencia de medios está bien fundamentado, aportando evidencia objetiva de la imposibilidad de ejecución con los medios de que dispone la entidad encomendada.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 1.2. Justificación insuficiente del recurso a la encomienda de gestión:

Definición:

- El informe de insuficiencia de medios no establece razones claras y concluyentes para justificar el recurso a una encomienda de gestión.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Fundamentar detalladamente en la memoria respectiva los motivos y causas por las que se considera la encomienda de gestión el instrumento jurídico más adecuado.
- Verificar que el certificado o carta de insuficiencia de medios está bien fundamentado, aportando evidencia objetiva de la imposibilidad de ejecución con los medios de que dispone la entidad encomendada.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

BR 1.3. Existencia clara de recursos infrautilizados que podrían destinarse a las actividades/operaciones incluidas en la encomienda de gestión:

Definición:

- Existen recursos infrautilizados que pueden destinarse a acometer aquel servicio encomendado.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Fundamentar detalladamente en la memoria respectiva los motivos y causas por las que se considera la encomienda de gestión el instrumento jurídico más adecuado.
- Verificar que el certificado o carta de insuficiencia de medios está bien fundamentado, aportando evidencia objetiva de la imposibilidad de ejecución con los medios de que dispone la entidad encomendada, y justificando la infrautilización de los recursos que podrían desestimarse de forma interna a realizar las tareas externalizadas por medio de la encomienda.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

RIESGO 2. INCUMPLIMIENTO POR EL ÓRGANO ENCOMENDANTE DE LOS REQUISITOS SUBJETIVOS PARA SERLO

El órgano encomendante no ostenta la condición de poder adjudicador al no ser ni Administración Pública ni otro ente, organismo o entidad con personalidad jurídica propia que haya sido creado específicamente para satisfacer necesidades de interés general que no tenga carácter industrial o mercantil, siempre que uno o varios sujetos que deban considerarse poder adjudicador financien mayoritariamente su actividad, controlen su gestión, o nombren a más de la mitad de los miembros de su órgano de administración, dirección o vigilancia, así como las asociaciones constituidas por los entes, organismos y entidades mencionados anteriormente.

BR 2.1. El órgano encomendante no ostenta la condición de poder adjudicador (EXCLUYENTE):

Definición:

- La bandera roja tiene lugar cuando el órgano encomendante no ostenta la condición poder adjudicador, no siendo uno de los organismos o entidades considerados a tal efecto por el art. 3.3 de la Ley 9/2017 de 8 de noviembre que establece el ámbito subjetivo de la normativa de Contratos del Sector Público.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer procedimientos de comprobación de los requisitos para ser encomendante de acuerdo con lo establecido en el art. 3.3 de la Ley 9/2017 de 8 de noviembre. Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist).

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

RIESGO 3. INCUMPLIMIENTO POR EL ÓRGANO ENCOMENDADO DE LOS REQUISITOS PARA SER CONSIDERADO ENTE INSTRUMENTAL

BR 3.1. El órgano encomendado no cumple los requisitos para ser considerado ente instrumental (EXCLUYENTE):

Definición:

- El órgano encomendado no reúne los requisitos para ser calificado como medio propio personificado respecto de los poderes adjudicadores correspondientes, al no cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 32.2, 32.3 y 32.4 de la Ley 9/2017 de 8 de noviembre de Contratos del Sector Público y del artículo 86.2 de la ley 40/ 2015 , de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer procedimientos de comprobación de los requisitos para ser encomendado de acuerdo con lo establecido en el art. 32 de la Ley 9/2017. Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist).

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

RIESGO 4. LIMITACIÓN DE LA CONCURRENCIA EN EL CASO DE EJECUCIÓN POR TERCEROS

El procedimiento de preparación y/o adjudicación de contratos a terceros para la ejecución de parte de la actividad encomendada ha sido manipulado de tal forma que no se garantiza el acceso a la contratación en condiciones de igualdad de todos los posibles contratistas, estableciéndose alguna práctica restrictiva de la competencia.

BR 4.1. Inaplicabilidad del procedimiento de contratación legalmente aplicable:

Definición:

- El ente instrumental (el ente al que se le encarga la encomienda de gestión) ha necesitado la ejecución de prestaciones por parte de terceros y la licitación y ejecución de las mismas no se ha realizado conforme a lo establecido en las disposiciones normativas que regulan la contratación en el Sector Público, considerando los requisitos específicos sobre el carácter de la contratación y el importe de la misma.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un procedimiento de comprobación que deba archivarse en el expediente relativo a la encomienda de gestión en el que se deje constancia del cumplimiento de todos los requisitos establecidos en la normativa de contratación pública así como en la Ley9/2017 de Contratos del Sector Público, sobre el tipo de procedimiento a llevar a cabo según el importe de los contratos. Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist).

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 4.2. Contratación recurrente de los mismos proveedores:

Definición:

- Tendencia por parte del organismo encomendante a contratar siempre a los mismos proveedores, sin justificación aparente.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un procedimiento de comprobación que deba archivarse en el expediente en el que se deje constancia del cumplimiento de todos los requisitos relativos a la encomienda de gestión, suficiente para justificar la contratación recurrente de los mismos proveedores. Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist).
- Verificar que el organismo encomendante dispone de una política en materia de conflicto de interés que incluye una declaración anual y su registro por parte de todo el personal, y aplica medidas dirigidas a garantizar su cumplimiento.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

3.3. CONVENIOS

RIESGO 1. ELUSIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN MEDIANTE LA CELEBRACIÓN DE CONVENIOS

BR 1.1. La bandera roja se produce cuando el organismo ha celebrado convenios con entidades privadas

Definición:

- La existencia de convenios con entidades privadas es una señal de un riesgo potencial ya que pueden derivar en excesos de financiación, etc.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Elaborar un informe por parte del servicio jurídico en el que se analice el objeto de la actividad a desarrollar conjuntamente por las partes intervinientes en el convenio así como la justificación de acudir a la vía del convenio y no a otras vías de contratación.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

Existe conflicto de intereses cuando en la adopción o firma del convenio confluyen el interés general o el interés público e intereses privados propios o compartidos con terceras personas o de familiares directos de las partes firmantes.

BR 2.1. Indicios de la existencia de algún tipo de vinculación entre las partes firmantes del convenio:

Definición:

- Existencia de algún tipo de vinculación entre las partes firmantes del convenio, que puede dar lugar a conflictos de interés.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer una declaración de independencia por parte de las partes firmantes del convenio.
- Revisión y documentación mediante la información obtenida de bases de datos externas e independientes (Infirma u otras bases de datos empresariales, Amadeus, etc.) sobre la posible vinculación entre las partes.
- Comprobación de la no vinculación mediante la revisión de los estatutos de las partes.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

BR 2.2. Celebración recurrente de convenios con las mismas entidades:

Definición:

- En este caso, se considera recurrente cuando los convenios se repiten en los mismos términos con respecto a ejercicios anteriores con las mismas entidades, o en el mismo ejercicio.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer una declaración de independencia por parte de las partes entre las que se establece el convenio.
- Elaborar un informe justificativo de las razones por las que se acude de manera reiterada a la celebración de convenios con las mismas entidades.

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 3. FORMALIZACIÓN INCORRECTA DEL CONVENIO

BR 3.1. Incumplimiento del procedimiento de formalización para la firma del convenio (EXCLUYENTE):**Definición:**

- No se ha seguido el procedimiento legal para la firma de convenios según lo establecido en el art. 6 de la Ley 30/1992, de Procedimiento Administrativo Común, en el caso de los convenios celebrados con anterioridad al día 2 de octubre de 2016, y en el art. 16 de la Ley General de Subvenciones.
- No se ha seguido el procedimiento legal para la firma de convenios según lo establecido en el Capítulo VI de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y en el art. 16 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, en el caso de convenios celebrados a partir del día 2 de octubre de 2016.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un procedimiento de comprobación que deba archivar en el expediente, y ser verificado por un supervisor externo, en el que se deje constancia del cumplimiento de todos los requisitos formales para la celebración de convenios de colaboración por parte de las Administraciones Públicas. Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist).

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

RIESGO 4. LIMITACIÓN DE LA CONCURRENCIA EN EL CASO DE EJECUCIÓN DEL CONVENIO POR TERCEROS

BR 4.1. Incumplimiento de la obligación de garantizar la concurrencia cuando la ejecución del convenio de colaboración se está llevando a cabo por terceros:**Definición:**

- La entidad colaboradora que, en su caso, desee negociar o contratar a proveedores, no garantiza la elección de los mismos a través de un proceso de concurrencia competitiva. Además, en el texto del convenio no se incluyen cláusulas que establezcan la obligación de comunicar cualquier subcontratación que se realice.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un procedimiento de comprobación que deba archiversse en el expediente, y ser verificado por un supervisor externo, en el que se deje constancia del cumplimiento del deber de garantizar la concurrencia para la contratación de proveedores en el marco de convenios de colaboración. Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist).

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- La materialización de esta bandera supone un potencial riesgo de fraude. A este respecto, el organismo, entidad o Autoridad de Gestión deberá revisar las operaciones/proyectos vinculados con la materialización de esta bandera. El alcance de la revisión deberá ser más amplio que el realizado inicialmente y permitir concluir sobre la existencia o no de fraude.

RIESGO 5. INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA ENTIDAD COLABORADORA DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LA NORMATIVA COMUNITARIA APLICABLE EN MATERIA DE ELEGIBILIDAD, CONSERVACIÓN DOCUMENTAL, PUBLICIDAD, ETC.

BR 5.1. Inexigencia a la entidad colaboradora del cumplimiento de las obligaciones en materia de elegibilidad, conservación documental, publicidad, etc.:

Definición:

- La entidad colaboradora no ha cumplido con las medidas de información, conservación documental y publicidad estipuladas en el Título VII del RDC para la elegibilidad del gasto y en la Orden ESS/1924/2016, de 13 de diciembre, por la que se determinan los gastos subvencionables por el Fondo Social Europeo durante el período de programación 2014-2020, en el artículo 140 del RDC con respecto a la disponibilidad de documentos y en el Anexo XII del RDC con respecto a las medidas de información y comunicación sobre el apoyo procedente de los fondos. No se exige a la contraparte la aportación periódica de la documentación correspondiente a su parte de ejecución del convenio en materia de gastos declarados por operación.

Controles a establecer de forma preventiva (ex ante):

- Establecer un procedimiento de comprobación de cumplimiento de las medidas de información, conservación documental y publicidad (estipuladas en el Título VII del RDC para la elegibilidad del gasto, en el artículo 140 del RDC con respecto a la disponibilidad de documentos, y en el Anexo XII del RDC con respecto a las medidas de información y comunicación sobre el apoyo procedente de los fondos). Se recomienda la utilización de una lista de comprobación (checklist).

Acciones a realizar en caso de materialización (ex post):

- Debe realizarse una revisión de la solicitud de reembolso/presentación de operaciones y proyectos/declaración de operaciones y proyectos para retirar las operaciones/proyectos/gastos vinculados con la materialización de esta bandera.

8.6 ANEXO 6. Procedimiento de Gestión e Investigación de Denuncias



FUNDACIÓN ONCE

**Procedimiento de Gestión e
Investigación de Denuncias**

Versión 1.0

Enero 2020

Contenido

1	Propósito y contenido del <i>Procedimiento</i>	5
1.1	Introducción y objeto	5
1.2	Ámbito de aplicación	5
1.3	Funcionamiento y características del <i>Canal de Denuncias</i>	6
1.4	Flujograma de actuaciones y plazos orientativos	8
2	Órganos que participan en la gestión de notificaciones	9
2.1	Observatorio Coordinador de Prevención Penal de Grupo Social ONCE	9
2.2	Órgano de Prevención Penal	10
2.2.1	Composición del Órgano de Prevención Penal	10
2.2.2	Funciones del Órgano de Prevención Penal	11
2.2.3	Deberes del Órgano de Prevención Penal	12
2.2.3.1	Obligaciones generales	12
2.2.3.2	Deber de confidencialidad	12
2.2.3.3	Responsabilidades y cometidos de los miembros del Órgano de Prevención Penal	13
3	Sistema de Gestión de Notificaciones (SGN)	14
3.1	Estructura del SGN	14
3.2	Permisos de acceso al SGN	16
4	Recepción de notificaciones	17
4.1	Actuaciones del Observatorio Coordinador de Prevención Penal	17
4.2	Actuaciones del Órgano de Prevención Penal	18
4.3	Protección de datos	19
5	Análisis y evaluación de las denuncias	19
5.1	Análisis de las denuncias	20
5.1.1	Registro del Expediente	21
5.1.2	Plazos	21
5.1.3	Comunicaciones	22
5.2	Análisis preventivo o de mitigación de riesgos	22
5.3	Evaluación preliminar de las notificaciones	23
5.3.1	Estudio de la información aportada	23
5.3.2	Informe preliminar sobre la notificación	24

6	Instrucción	26
6.1	Nombramiento del Instructor	26
6.2	Comunicaciones iniciales	27
6.3	Calendario de Instrucción	28
6.4	Investigación	29
6.4.1	Objetivos de la Investigación	29
6.4.2	Metodología para llevar a cabo una investigación	30
6.4.3	Planificación de la investigación	31
6.4.4	Técnicas de Investigación	32
6.4.5	Informe de Investigación	38
7	Resolución – Acciones a llevar a cabo	39
7.1	Informes de resolución	39
7.2	Resolución y comunicaciones finales	Error! Bookmark not defined.
7.3	Medidas disciplinarias ante incumplimientos	41
8	Reportes e informes periódicos	42
8.1	Reportes periódicos sobre la actividad del <i>Canal de Denuncias</i>	42
8.2	Reporte anual sobre la actividad del <i>Canal de Denuncias</i>	42
8.3	Reportes y comunicaciones urgentes	43
	ANEXO I: Definiciones básicas	45
	ANEXO II: Campos del Fichero de Control de Expedientes	47
	ANEXO III: Ficha de No Instrucción	48
	ANEXO IV: Modelo de comunicaciones a enviar a comunicantes, denunciados y terceros	49
	A.- Comunicado de recepción de denuncia	49
	B.- Modelo de comunicación a enviar al comunicante identificado cuando no se proceda a la apertura de expediente	50
	B-bis.- Modelo de comunicación a enviar al comunicante identificado cuando su denuncia sea fuera de ámbito, pero el Instructor del Órgano de Prevención Penal considere necesario comunicar a la autoridad competente o de interés para la organización	51

C.- Modelo de comunicación a remitir por correo electrónico o cauce de comunicación facilitado por comunicante anónimo cuando su denuncia sea fuera de ámbito y no pertenezca al ámbito de lo denunciado conforme a la Política de Compliance Penal	Error! Bookmark not defined.
D.- Comunicación con el Instructor encargado de la investigación	53
E.- Modelo de comunicación a enviar al comunicante identificado cuando su denuncia sea procedente para el inicio de la Investigación	54
F.- Modelo de comunicación a enviar al comunicante identificado cuando su denuncia sea procedente pero insuficiente, incompleta o no proporcione el detalle necesario para iniciar la Investigación	55
G.- Modelo de comunicación a remitir a un tercero mencionado en una comunicación informándole de la inclusión de sus datos personales dentro de las Carpetas de Expedientes	56
H.- Modelo de comunicación a remitir por correo electrónico o cauce de comunicación facilitado por comunicante anónimo cuando su denuncia sea procedente pero con contenido insuficiente para iniciar la investigación	Error! Bookmark not defined.
I.- Modelo de comunicación a remitir por correo electrónico o cauce de comunicación facilitado por el comunicante anónimo cuando su denuncia sea procedente y la información facilitada suficiente para el inicio de la correspondiente investigación	Error! Bookmark not defined.
J.- Modelo de comunicación a remitir al denunciado informándole de la inclusión de sus datos personales dentro del fichero <i>[incluir nombre del fichero]</i> titularidad de FUNDACIÓN ONCE	57
ANEXO V: Consentimiento del denunciante para informar de su identidad en el transcurso de la investigación	58
ANEXO VI: Ficha de Resolución	59

1 Propósito y contenido del *Procedimiento*

1.1 Introducción y objeto

El presente *Procedimiento* ha sido aprobado por el *Órgano de Prevención Penal ('OPP')* de *Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad ('FUNDACIÓN ONCE' o 'la Organización')* con fecha [] de [] de [], y tiene por objeto establecer las normas de funcionamiento para la gestión e investigación de notificaciones recibidas a través del *Canal de Denuncias ('Canal de Denuncias')*.

FUNDACIÓN ONCE dispone de un Sistema de *Compliance* Penal documentado mediante un Documento de Evaluación de Riesgos Penales, una Matriz de riesgos penales y controles, una Política de *Compliance* penal y un *Documento vertebrador del Sistema de gestión de Compliance penal ('Sistema de Gestión de Compliance Penal')*, los cuales establecen las actuaciones y controles a implementar en la Organización con objeto de mitigar los riesgos relativos a la eventual comisión de conductas irregulares no acordes a la *Política de Compliance Penal* de la Organización¹, y/o delictivas aplicables a las personas jurídicas en España.

El OPP de FUNDACIÓN ONCE ha impulsado la creación de este procedimiento a fin de organizar y establecer los mecanismos de gestión e investigación de notificaciones relacionadas con el alcance, interpretación y cumplimiento de la *Política de Compliance Penal*, prestando especial atención a comportamientos de los que pudiera derivarse responsabilidad penal para la persona jurídica.

A efectos aclaratorios, el **Anexo I Definiciones Básicas** incluye determinadas **definiciones** que permiten contextualizar el alcance del presente *Procedimiento*.

1.2 Ámbito de aplicación

El presente *Procedimiento* es de obligado cumplimiento y de aplicación global y directa para todos los miembros de la Organización², y vincula a todos los miembros del OPP independientemente de la posición y de la función que desempeñan.

El alcance del presente *Procedimiento* está referido a las notificaciones (consultas y denuncias) que incorporen una potencial trascendencia penal corporativa. Las notificaciones podrán ser cursadas por miembros de la Organización, así como por socios de negocio³ y otros terceros.

¹ La Política de *Compliance* Penal de FUNDACIÓN ONCE fue aprobada por el Consejo de Administración en [Fecha].

² Los miembros de la Organización son "los integrantes del órgano de gobierno, directivos, empleados, trabajadores o empleados temporales o bajo convenio de colaboración, y voluntarios de una organización y el resto de personas bajo subordinación jerárquica de cualquiera de los anteriores" (Fuente: UNE 19601).

³ Los Socios de negocio "incluyen, pero no están limitados a, clientes, joint ventures, socios de joint ventures, socios de consorcios, contratistas, comisionistas, consultores, subcontratistas, proveedores, vendedores, asesores, agentes, distribuidores, representantes, intermediarios e inversores" (Fuente: UNE 19601).

Protección de datos personales

En la ejecución de los procesos que se regulan en este *Procedimiento* y la documentación derivada de ellos, es posible que FUNDACIÓN ONCE trate datos de carácter personal. En este sentido, el contenido y ejecución de lo establecido en este documento no deberá vulnerar lo establecido por la normativa aplicable en materia de protección de datos personales ni en las normas internas de FUNDACIÓN ONCE que hagan referencia a esta materia.

A tales efectos, el *Observatorio Coordinador de Prevención Penal* de Grupo Social ONCE y el OPP de FUNDACIÓN ONCE, velarán por coordinar sus cometidos con el *Responsable de Cumplimiento en materia de protección de datos* y con otros órganos y/o responsables de FUNDACIÓN ONCE (ver detalle en Apartado 4.3 'Protección de Datos').

1.3 Funcionamiento y características del *Canal de Denuncias*

Grupo Social ONCE ha habilitado un *Canal de Denuncias* para la recepción de notificaciones (consultas y denuncias) en materia de ética y de responsabilidad penal corporativa para las tres *Áreas Ejecutivas* (ONCE, Fundación ONCE e ILUNION).

Las notificaciones son recibidas por el *Observatorio Coordinador de Prevención Penal* de Grupo Social ONCE ('*Observatorio*') que realiza una clasificación preliminar en función de su naturaleza y las remite al órgano correspondiente; en particular:

- Notificaciones relacionadas con el ámbito del Código Ético, que son trasladadas *Subcomité de Ética*.
- Notificaciones relacionadas con el ámbito de la responsabilidad penal corporativa, que son trasladadas al OPP del *Área Ejecutiva* correspondiente.

La existencia de un único *Canal de Denuncias* en Grupo Social ONCE garantiza que las denuncias sean tratadas y evaluadas de forma homogénea en las tres *Áreas Ejecutivas*. Asimismo, el Observatorio se asegurará de que las notificaciones recibidas sean remitidas al *Subcomité de Ética* o al OPP del *Área Ejecutiva* que corresponda en cada caso.

El *Canal de Denuncias* de Grupo Social ONCE [indicar si la página web de FUNDACIÓN ONCE incluye un enlace al '*Formulario del Canal de Denuncias*']. Para hacer uso del formulario, Grupo Social ONCE requiere estar registrado como usuario en el *Club del Afiliado*, en el *Portal del Empleado* de ONCE (*PortalONCE*), en el de Fundación ONCE o en la plataforma *Tu ILUNION*. Para ello, el sistema solicita la identificación con las credenciales corporativas propias de los miembros de la Organización.

El *Canal de Denuncias* contempla las siguientes características y principios generales de funcionamiento:

- Garantiza la confidencialidad de los datos incorporados en las notificaciones, con especial atención a aquellos relativos a la identidad del denunciante.
- Asegura que no se produzcan represalias o cualquier tipo de consecuencias negativas para el denunciante, siempre que actúe con buena fe.
- Las denuncias recibidas son analizadas de forma equivalente, con independencia quién sea el denunciante.
- Las decisiones relativas a cómo instruir una investigación o cuándo desestimar notificaciones son adoptadas de forma trazable (documentada) y pautada.
- Los procedimientos de toma de decisión relativos a la gestión de denuncias están claramente definidos, entre otros: quién en la organización decidirá investigar o desestimar cada denuncia, quién llevará a cabo la

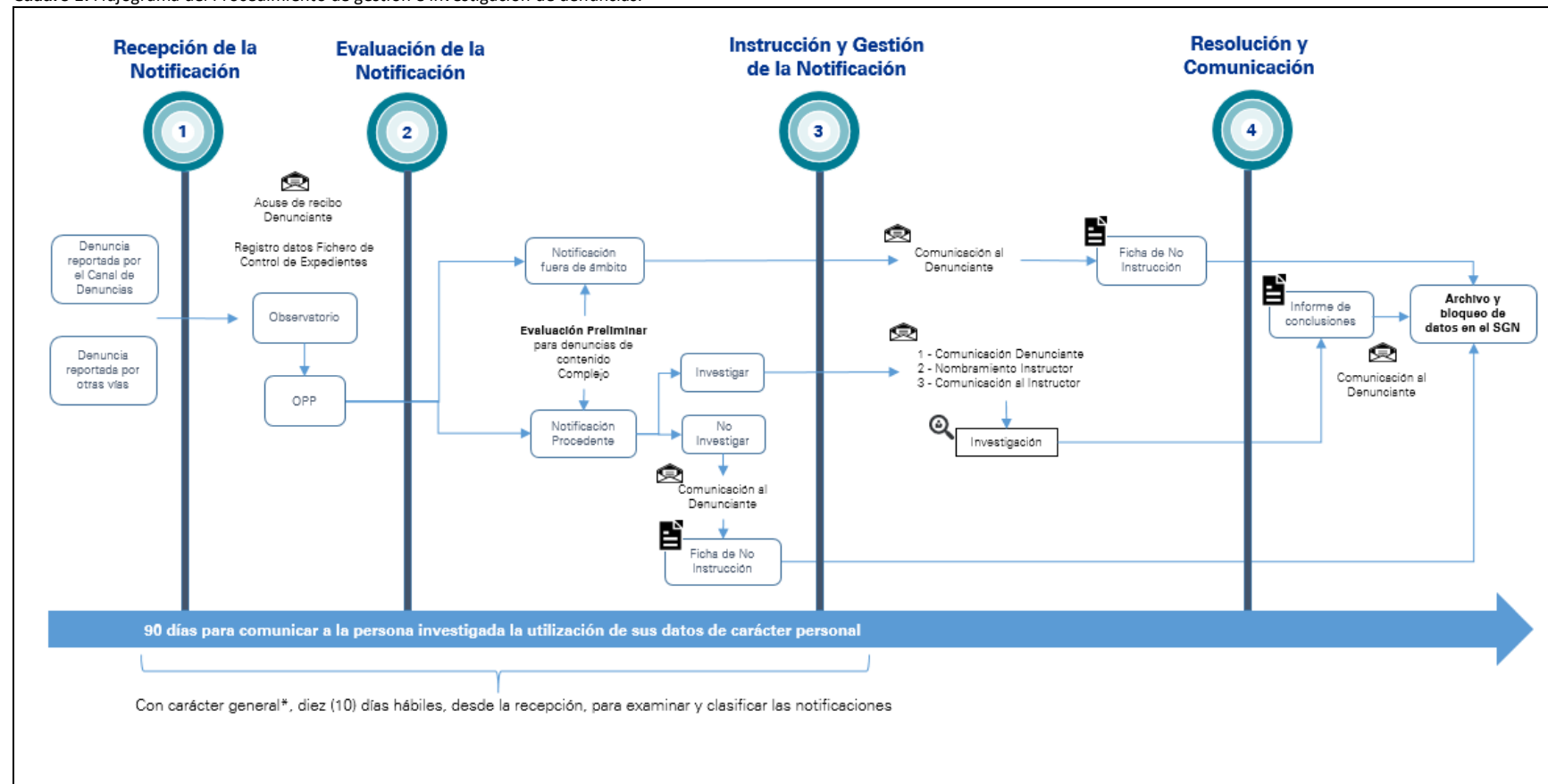
instrucción, a qué órgano se someterán las conclusiones de la investigación y cuál será el procedimiento para elevar a los administradores o al Consejo General una propuesta de resolución y medidas correctoras.

- Garantiza el cumplimiento de los plazos establecidos en la legislación que resulta de aplicación, en función de los diferentes ámbitos de denuncia.
- Procura un tratamiento de los datos de carácter personal, conforme a lo previsto en la legislación. Para ello se ha establecido un Sistema de Gestión de Notificaciones (ver Sección 3) y se han diseñado modelos predefinidos para efectuar las comunicaciones que correspondan a denunciado, denunciante, posibles testigos y otras personas que colaboren en la investigación (ver modelos de comunicación en Anexo IV). Las decisiones adoptadas se deben documentar adecuadamente.

1.4 Flujoograma de actuaciones y plazos orientativos

El siguiente flujoograma resume las principales actuaciones previstas en el *Procedimiento* e incluye una referencia expresa a los plazos orientativos de cada tarea.

Cuadro 1: Flujoograma del Procedimiento de gestión e investigación de denuncias.



2 Órganos que participan en la gestión de notificaciones

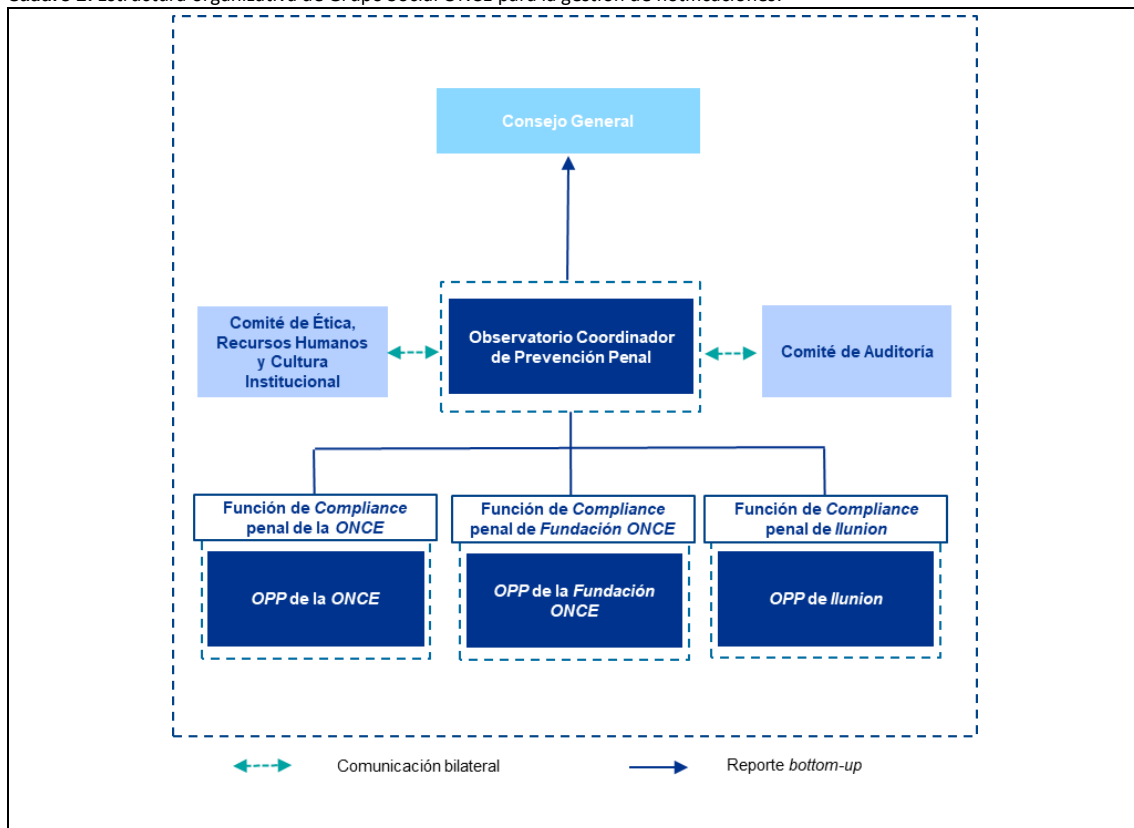
2.1 Observatorio Coordinador de Prevención Penal de Grupo Social ONCE

El Observatorio es un órgano colegiado responsable de la coordinación de las cuestiones en materia ética y de responsabilidad penal que afectan a Grupo Social ONCE.

Los cometidos del Observatorio se limitan a la consolidación de la información recibida por los OPP de las Áreas Ejecutivas y a la supervisión de que estén operando adecuadamente, pero no a la imposición directa de decisiones o mandatos a los OPP (careciendo de capacidad de mandato -gobernanza- sobre los OPP de las Áreas Ejecutivas) que son los Órganos de *Compliance* penal de las Áreas Ejecutivas. En consecuencia, el Observatorio tiene asignadas funciones de coordinación, sin que tenga la consideración de Órgano de *Compliance* penal del Grupo Social ONCE.

El Observatorio será el responsable de (i) clasificar las notificaciones recibidas a través del *Canal de Denuncias* (Código Ético o Responsabilidad Penal Corporativa); y (ii) remitir las notificaciones al Órgano que corresponda (en el caso de la Responsabilidad Penal Corporativa, al OPP del Área Ejecutiva correspondiente).

Cuadro 2: Estructura organizativa de Grupo Social ONCE para la gestión de notificaciones.



2.2 Órgano de Prevención Penal

FUNDACIÓN ONCE dispone de un OPP constituido formalmente el 29 de junio de 2017 en virtud de lo dispuesto en el Acuerdo 1/2017-1.4, de 30 de marzo del Pleno del Consejo General, que actúa bajo la coordinación del Observatorio Coordinador del Grupo Social ONCE.

El OPP depende jerárquica y funcionalmente del [Órgano por definir] de FUNDACIÓN ONCE, a quien reportará directamente sus actividades. No obstante, el OPP se comunica con el Observatorio a efectos de que dicho órgano pueda llevar a cabo sus funciones de coordinación de acuerdo con lo establecido en el “Documento descriptivo de la interrelación entre el Observatorio Coordinador de Prevención Penal y los Órganos de Prevención Penal de las Áreas Ejecutivas”.

El OPP tiene como principal objetivo adoptar e implementar cuantas decisiones y medidas considere necesarias en materia de prevención penal y, en concreto, aprobar y velar por el cumplimiento de la *Política de Compliance Penal*.

El OPP está dotado de poderes autónomos de iniciativa y control así como de la máxima independencia posible para desarrollar sus cometidos, de forma que esté libre de cualquier condicionante de negocio que pudiera perjudicar el desempeño de sus cometidos.

El OPP se reunirá, de forma ordinaria, al menos una vez cada seis (6) meses, así como de forma extraordinaria en cuantas ocasiones sea necesario, a juicio del Presidente o del Secretario. En dichas reuniones se elaborarán actas que recogerán, entre otros aspectos, un resumen de los asuntos debatidos, de las intervenciones que hayan solicitado que quede constancia y de los acuerdos adoptados, con indicación de las mayorías resultantes para cada uno de ellos.

2.2.1 Composición del Órgano de Prevención Penal

El OPP de FUNDACIÓN ONCE está formado por seis miembros:

- Director de Asesoría Jurídica, que asumirá las funciones de Presidencia del OPP.
- Abogado de Dirección de Asesoría Jurídica, que ejercerá el cargo de Secretario del OPP.
- Director Económico-Financiero (Vocal).
- Director de Recursos Humanos (Vocal).
- Directora de Auditoría interna (Vocal).
- Coordinadora de Cumplimiento Normativo, que participará como invitado, con voz pero sin voto.

Nombramiento y permanencia en el cargo de los miembros del OPP

Los miembros del OPP serán aquellas personas que ocupen los cargos y posiciones mencionados con anterioridad y ejercerán sus cometidos mientras continúen desempeñando las funciones que motivaron su nombramiento.

El [Órgano por definir] de FUNDACIÓN ONCE ha seleccionado estas posiciones teniendo en cuenta las funciones que desempeñan en la Organización; las cuales incorporan los perfiles profesionales, capacitación, conocimiento y experiencia adecuados para garantizar el correcto desarrollo de los cometidos del OPP.

Cese de los miembros del OPP

Los miembros del OPP cesarán en su cargo cuando así lo decida el [Órgano por definir] de FUNDACIÓN ONCE, a instancia propia o previa validación, en su caso, de los ceses y nuevos nombramientos que proponga el *Director General* o cuando dejen de ocupar el cargo que motivó su nombramiento.

Los miembros del OPP cesarán en sus funciones en todo caso, cuando:

- Resulten amonestados por haber incumplido sus obligaciones.
- Desaparezcan las razones que motivaron su nombramiento.
- Se produzca un cambio en su misión en FUNDACIÓN ONCE.
- Se produzca su salida de FUNDACIÓN ONCE.

2.2.2 Funciones del Órgano de Prevención Penal

Las funciones del OPP son:

- Supervisar y velar por el cumplimiento efectivo del Modelo de Prevención Penal.
- Adoptar e implementar cuantas decisiones y medidas considere necesarias en materia de prevención penal.
- Las funciones que se le puedan encomendar por el Consejo General o por el Observatorio Coordinador del Grupo Social ONCE.

El “*Documento Vertebrador del Sistema de Gestión de Compliance Penal*” recoge la descripción del OPP en el marco de las funciones del *Compliance* penal de FUNDACIÓN ONCE.

De forma específica, es lo que se refiere al *Canal de Denuncias*, el OPP llevará a cabo las siguientes funciones:

- Vigilar el funcionamiento y la eficacia del *Canal de Denuncias* para la comunicación de notificaciones en materia penal.
- Analizar las modificaciones legislativas y demás novedades que puedan afectar al funcionamiento del *Canal de Denuncias* y al presente *Procedimiento*.
- Garantizar la difusión de la existencia del *Canal de Denuncias* y la formación sobre su uso a los miembros de la Organización.
- Recibir, analizar e intervenir si aplica, en los casos de denuncias de los miembros de la Organización, Socios de negocio o terceros.
- Asesorar en la resolución de las consultas recibidas en materia penal que resulten de la aplicación y del funcionamiento del *Sistema de Gestión de Compliance Penal*.
- Instruir procedimientos de investigación adecuados a las circunstancias de cada caso, en los que actuará siempre con objetividad, rigor e independencia.
- Informar de forma periódica al [Órgano por definir] de FUNDACIÓN ONCE - acerca de la actividad del *Canal de Denuncias*.
- Informar de forma periódica al Observatorio acerca de las notificaciones recibidas, su status y resolución.
- Valorar las propuestas de resolución recibidas del Instructor y garantizar la aplicación de las medidas disciplinarias correspondientes cuando aplique.

- Garantizar que las notificaciones recibidas y las acciones adoptadas por el OPP se encuentran adecuadamente documentadas.

2.2.3 Deberes del Órgano de Prevención Penal

2.2.3.1 Obligaciones generales

En el desempeño de sus funciones para la gestión e investigación de las denuncias recibidas, los miembros del OPP de FUNDACIÓN ONCE obrarán con la diligencia y lealtad inherentes al ejercicio de su función, quedando obligados, en particular, a:

- Guardar secreto respecto de la información a la que tengan acceso.
- Asistir a las reuniones para la deliberación de las notificaciones.
- Impulsar el análisis y la resolución de las denuncias y notificaciones recibidas.
- Instar la convocatoria de reuniones extraordinarias cuando exista causa que lo justifique o solicitar la inclusión en el orden del día de los asuntos que considere relevantes.

2.2.3.2 Deber de confidencialidad

Los miembros del OPP guardarán secreto de las deliberaciones y se abstendrán de revelar las informaciones a las que hayan tenido acceso en el ejercicio de su cargo.

Con carácter general, la obligación de confidencialidad subsistirá, de manera indefinida, aun cuando los miembros del OPP hayan cesado en el ejercicio de sus funciones.

La misma obligación vincula a los miembros de la Organización y a los profesionales que presten asesoramiento interno o externo, con respecto a aquella información que, sobre este particular, les transmita el OPP.

La obligación de confidencialidad de los miembros del OPP y de las personas que asistan a sus sesiones o colaboren en sus iniciativas, quedará documentada mediante un compromiso formalizado al efecto.

2.2.3.3 Responsabilidades y cometidos de los miembros del Órgano de Prevención Penal

Las responsabilidades correspondientes a cada uno de los miembros que componen el OPP son las siguientes:

Presidente del Órgano de Prevención Penal

El **Director de Asesoría Jurídica** ostenta la función de presidir el OPP en el desempeño de sus funciones.

El Presidente tiene entre sus funciones:

- Recibir y clasificar, junto con el Secretario, las notificaciones recibidas del Observatorio.
- La capacidad de dirimir, mediante su voto de calidad, en caso de empate en las votaciones del OPP.
- Decidir, junto con el Secretario, si las denuncias recibidas deben ser investigadas.
- Velar por el cumplimiento de las resoluciones adoptadas por el OPP.
- Actuar como interlocutor del OPP frente al Observatorio y **[Órgano por definir]** de FUNDACIÓN ONCE.
- Supervisar el Sistema de Gestión de Notificaciones (SGN) y sus permisos de acceso.
- Nombrar al Instructor junto con el Secretario.
- Informar al área de Recursos Humanos, para prevenir y evitar represalias contra el denunciante.
- Aprobar informes y propuestas elevadas al **[Órgano por definir]** de FUNDACIÓN ONCE y al Observatorio, así como, fomentar una comunicación y reporting activo con dichos órganos.
- Permanecer informado de las novedades legislativas y de los más actualizados estándares nacionales e internacionales en el ámbito del Compliance.

Secretario del Órgano de Prevención Penal

El Secretario del OPP corresponderá a un **Abogado de la Dirección de Asesoría Jurídica** de FUNDACIÓN ONCE.

El Secretario tiene entre sus funciones:

- Recibir y clasificar, junto con el Presidente, las notificaciones recibidas del Observatorio.
- Decidir, junto con el Presidente, si la notificación debe ser investigada.
- Gestionar el Sistema de Gestión de Notificaciones (SGN) en todas las fases del proceso, asegurándose de documentar y registrar todas las actuaciones en el mismo (formularios, comunicaciones, etc.).
- Elaborar las Actas del OPP.
- Realizar las comunicaciones iniciales y finales con el denunciante.
- Nombrar al Instructor junto con el Presidente.
- Mantener seguimiento del trabajo y comunicaciones con el Instructor.
- Supervisar el cumplimiento de los plazos del proceso de investigación.
- Elaborar los informes trimestrales y anuales relativos al funcionamiento del Canal de Denuncias.

Vocales del Órgano de Prevención Penal

Los Vocales del OPP cumplirán con las funciones que se describen a continuación:

- Facilitar la deliberación sobre las notificaciones, aportando su criterio para la resolución de la cuestión/cuestiones planteadas en la agenda propuesta para la reunión.
- Realizar las funciones de Instructor (Vocales) cuando así se les requiera y facilitar el seguimiento del trabajo al Secretario del OPP.
- Realizar y evaluar los Informes de Investigación cuando así se le requiera.
- Permanecer informados sobre las notificaciones y consultas recibidas a través del Canal de Denuncias.

3 Sistema de Gestión de Notificaciones (SGN)

3.1 Estructura del SGN

El *Sistema de Gestión de Notificaciones* (SGN) se compone de un conjunto de carpetas de red debidamente restringidas, en las que quedan registradas las notificaciones recibidas a través del *Canal de Denuncias*, así como cualquier acción tomada como resultado de las mismas.

Las carpetas de red que funciona como SGN permiten al OPP almacenar y recuperar información clave sobre cada denuncia, incluyendo la fecha y fuente de la denuncia original, el proyecto de investigación, resultados de entrevistas o cualquier otro procedimiento de investigación, resultados de la investigación, tareas pendientes, resolución final, la cadena de custodia de cualquier evidencia o información clave.

Para registrar y almacenar la información relativa a las notificaciones y consultas recibidas, FUNDACIÓN ONCE parametrizará las carpetas de red y creará bloques de contenido, clasificados por año, número de expediente y contexto al que hace referencia – denuncia penal y consultas - (p. ej: 201901DP).

El SGN, a través de un sistema de carpetas, incluirá dos bloques de contenido principales, (en consideración de la tipología de comunicación que se haya recibido), que a su vez contendrán sub bloques donde se almacenará la información de los Expedientes por año, los cuales serán gestionados por el Presidente y Secretario del OPP. En particular, los bloques de contenido distinguirán entre (i) Denuncias con posible trascendencia penal corporativa; y (ii) Consultas.

El bloque de contenido relativo a Denuncias con posible trascendencia penal corporativa dispondrá a su vez de dos categorías debidamente diferenciadas, almacenadas de forma independiente y con permisos de acceso no compartidos: (i) expedientes en curso y (ii) expedientes cerrados.

Para las denuncias que el OPP decida no investigar, los datos se mantendrán únicamente en la carpeta de expedientes cerrados. Fundación ONCE trabajará para establecer en un futuro un sistema que permita anonimizar dichos datos.

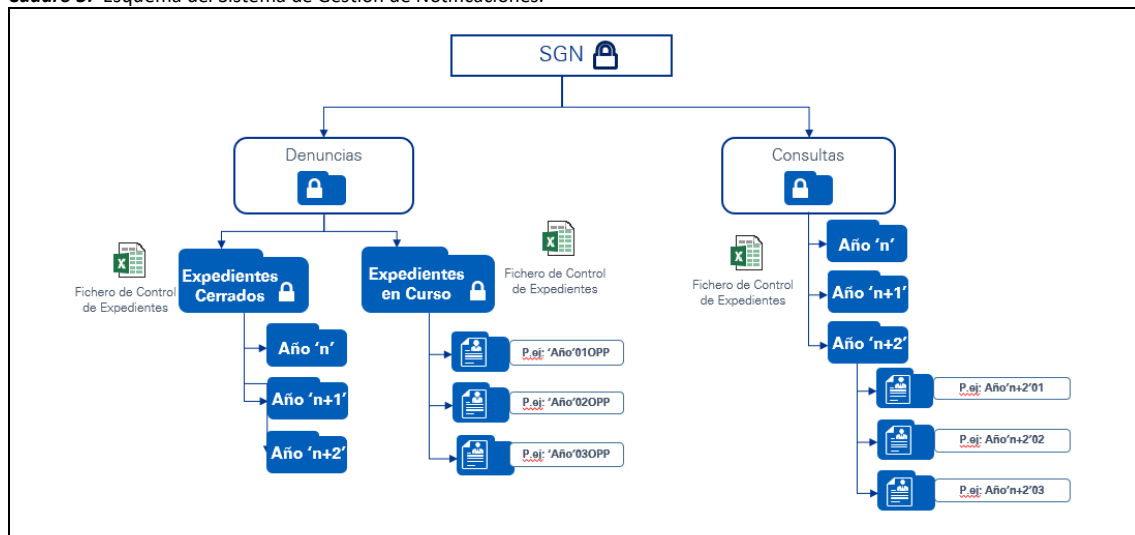
Cuando se reciba una denuncia o consulta, el Secretario del OPP asignará un número de Expediente y creará una Carpeta de Expediente en curso en el SGN, la cual incluirá la documentación generada en relación con cada notificación⁴. Se considerarán registros vivos aquellos que contengan datos relativos a notificaciones en proceso de Investigación o en espera de resolución.

Periódicamente, cada tres meses, los expedientes que se hayan resuelto o cerrado serán transferidos a la carpeta “Expedientes Cerrados” (solo el Presidente y el Secretario del OPP tendrán acceso a dicha carpeta).

Las denuncias que el OPP decida investigar, quedarán registradas en la carpeta “Expedientes en Curso”, Para cada expediente abierto, figurará para cada notificación: (i) la información generada con anterioridad al inicio de la instrucción; y (ii) Información generada en el proceso de instrucción y resolución de la denuncia.

Transcurrido un plazo máximo de tres (3) meses desde la introducción en el SGN de los datos relativos a la denuncia, los datos del expediente abierto serán volcados desde la carpeta de información generada con anterioridad al inicio de la instrucción a la carpeta de información generada en el proceso de instrucción y resolución de la denuncia.

Cuadro 3: Esquema del Sistema de Gestión de Notificaciones.



El SGN permite a los miembros del OPP realizar búsquedas en la información contenida en las distintas carpetas (denuncias penales, expedientes cerrados y en curso, y consultas)⁵. De forma adicional, habilita a los miembros del OPP a importar, desde estas carpetas de red, archivos o documentos en formato digital⁶, incluyendo notas de entrevistas, copias escaneadas de documentación relevante, e informes internos o realizados por expertos independientes.

⁴ En particular, el Secretario del OPP deberá incluir en la carpeta la notificación recibida, copia de las comunicaciones intercambiadas entre el OPP y el denunciante, denunciado y terceros relacionados con la Investigación, Informe y copia de toda la documentación generada por el Instructor durante el proceso de investigación, documentación acreditativa de las resoluciones y acuerdos adoptados por el OPP en relación con la notificación y toda aquella otra documentación relacionada con el caso de referencia.

⁵ Estas búsquedas podrán ser realizadas sobre archivos ofimáticos (p.ej. correos electrónicos y documentos *word, excel, pdf* y *power point*).

⁶ Para aquellos casos en los que se reciban documentos o notificaciones por correo postal, el Secretario del OPP debe escanear la comunicación y crear una carpeta de Expediente en el SGN, asignándole el número de expediente correspondiente. Cuando el Secretario del OPP haya registrado correctamente la comunicación en el SGN, la notificación en papel deberá ser eliminada (destruida). No obstante, el Secretario y el Presidente decidirán qué documentación de la investigación es relevante conservar en formato físico. Dicha documentación deberá archivar en un lugar seguro y solo tendrán acceso a dicha información el Presidente y el Secretario.

El SGN tendrá como Administrador al Secretario del OPP. Los registros del SGN no podrán ser modificados una vez hayan sido grabados. La eliminación de los registros puede ser llevada a cabo únicamente por el Administrador del Sistema, previa autorización del Presidente del OPP.

A efectos estadísticos, de seguimiento y cumplimiento de plazos, el Secretario del OPP mantendrá un Fichero de Control de Expedientes (p.ej. número de expediente, fecha, estatus de la notificación, ámbito al que se refiere la notificación, otros datos de interés). El Secretario confirmará que dicho Fichero no incluye datos de carácter personal. El contenido o campos a considerar en el Fichero de Control es detallado en el **Anexo II**, y será empleado a los efectos de elaborar los informes periódicos previstos en la Sección 8 'Reportes e informes periódicos'.

Asimismo, el SGN debe contemplar los plazos de conservación de la información en cumplimiento con la normativa aplicable española (ver Apartado 5.2.2), por ello, debe contar con un sistema de alertas / notificaciones del vencimiento de los plazos de actuación. En caso de que no sea posible disponer de un sistema de alertas automatizado, el control del vencimiento de los plazos se efectuará de forma manual.

3.2 Permisos de acceso al SGN

Los miembros del OPP dispondrán de los siguientes permisos de acceso al SGN:

Cuadro 4: Niveles de acceso al Sistema de Gestión de Notificaciones

Usuario	Permisos						
	Leer	Importar	Imprimir	Escribir	Modificar	Bloquear	Eliminar
▪ Administrador (Secretario del OPP)	X	X	X	X	X	X	X
▪ Presidente del OPP	X	X	X	X	X	X	
▪ Vocales del OPP	X						

Los permisos concedidos a cada uno de los miembros del OPP serán efectivos en función de las facultades concedidas. Por tanto, si un miembro del OPP pierde sus facultades en consecuencia perderá también los accesos al SGN.

El acceso a la información contenida en el SGN debe quedar limitada, exclusivamente, a los miembros del OPP.

En situaciones excepcionales y siempre que quede trazabilidad documental, el Secretario podrá delegar sus permisos de acceso al SGN en el Presidente, y viceversa. El Secretario del OPP habrá de asegurarse de que el acceso a las carpetas de red habilitadas para gestionar notificaciones permanece restringido a los miembros del OPP. Parea ello, el Secretario del OPP solicitará a la Dirección de Sistemas una confirmación anual en relación con la adecuación a lo definido en este *Procedimiento* de los accesos registrados al SGN (ver Apartado 3.2).

4 Recepción de notificaciones

4.1 Actuaciones del Observatorio Coordinador de Prevención Penal

El Observatorio clasificará las notificaciones en función de su categoría (eventuales incumplimientos del Código Ético, eventuales incumplimientos de la Política de *Compliance* Penal -conductas con trascendencia penal corporativa- o consultas sobre el cumplimiento del Código Ético o la Política de *Compliance* Penal).

El *Canal de Denuncias* requiere con carácter general que el denunciante se identifique antes de realizar la notificación. No obstante, en caso de que el Observatorio tenga conocimiento de denuncias/notificaciones efectuadas de forma anónima por otras vías (p.ej. correo postal), estas deberán ser investigadas siempre que presenten una apariencia inicial de verosimilitud.

El Observatorio será el responsable de (i) clasificar las notificaciones recibidas a través del *Canal de Denuncias* (Código Ético o Responsabilidad Penal Corporativa); y (ii) remitir las notificaciones al Órgano que corresponda (en el caso de la Responsabilidad Penal Corporativa, al OPP del Área Ejecutiva correspondiente).

En caso de recibir notificaciones que afecten a los miembros del OPP de FUNDACIÓN ONCE, el Observatorio podrá (i) realizar el análisis preliminar de la denuncia, decidir si se debe o no investigar y, en su caso, nombrar un Instructor; y (ii) trasladar el contenido de la notificación y/o la toma de decisión al [Órgano por definir]. En caso de recibir notificaciones que afecten a los miembros del Observatorio, el/los miembro/s del Observatorio afectados por la notificación deberán inhibirse de efectuar las funciones de clasificación y remisión al Órgano correspondiente. Estas funciones deberán ser llevadas a cabo por otros miembros del Observatorio no afectados por la notificación.

En el caso de que la notificación afecte a todos los miembros del Observatorio, estos deberán inhibirse y derivar la notificación al [Órgano por definir].

Acuse de recibo

A la recepción de una notificación recibida a través del *Canal de Denuncias*, el mismo sistema generará una respuesta automática como “acuse de recibo”. En este sentido, el sistema debe tener en cuenta que los campos de obligado requerimiento han sido correctamente cumplimentados y que no ha habido omisiones en el proceso, como es el caso de envío de archivos adjuntos.

El modelo de comunicado de recepción de la denuncia se encuentra recogido en el **Anexo IV apartado A**.

4.2 Actuaciones del Órgano de Prevención Penal

Tras la clasificación de la notificación realizada por el Observatorio, el OPP se encargará del análisis preliminar de la notificación.

Cuando, conforme al contenido de la notificación, el Presidente y el Secretario del OPP consideren que existe la posibilidad de clasificarla como consulta o como denuncia, la notificación será considerada siempre una denuncia.

Consultas

En caso de recibir notificaciones referidas a consultas relativas a la Política de Compliance Penal o situaciones que pudieran conllevar trascendencia penal corporativa, el Presidente y el Secretario del OPP elaborarán⁷ una respuesta y la remitirán al persona que efectúe la notificación.

Con carácter general, el plazo de respuesta será de diez (10) días hábiles desde la recepción de la consulta.

Para elaborar la respuesta, el Presidente y el Secretario del OPP podrán solicitar asesoramiento interno o externo.

En caso de que el Presidente y el Secretario del OPP consideren que el contenido de una consulta pudiera ser trascendente para todos los miembros de la Organización, podrá emitir o actualizar notas internas informativas que incorporen o aclaren el contenido que corresponda.

El Secretario del OPP mantendrá un registro histórico de las consultas recibidas y su resolución en el SGN.

Denuncias

El OPP realizará el análisis preliminar de la denuncia con objeto de tomar una decisión sobre el curso de acción. Para ello, podrá requerir a uno de sus miembros (Vocal)⁸ para que realice el informe preliminar de la denuncia (ver Apartado 5.1). Como resultado de este análisis preliminar, se pueden presentar dos escenarios:

- Investigar: siempre debe prevalecer el criterio de prudencia, esto es, si al menos un miembro del OPP considera que es necesario iniciar una investigación, esta debe llevarse a cabo. El encargado de llevar a cabo la investigación será un Instructor asignado por el Presidente y el Secretario del OPP (ver Sección 6).
- No investigar: se cierra el expediente una vez hayan quedado debidamente documentados los argumentos considerados en la toma de decisión (ver Apartado 5.2).

Con carácter general, no se investigarán las notificaciones recibidas que:

- Den cuenta de hechos o actos manifiestamente incongruentes, ambiguos o vagos.
- No faciliten datos objetivos o verificables a los que se pudiera llegar mediante una investigación.
- Incluyan datos inequívocamente falsos o inexactos.

Los datos relativos a denuncias que no hayan sido admitidas a trámite serán mantenidos únicamente en una carpeta con permisos de acceso restringidos. Fundación ONCE trabajará para establecer en un futuro un sistema que permita anonimizar dichos datos.

⁷ Salvo que, por la naturaleza de la consulta, estimen oportuno convocar al resto de miembros del OPP.

⁸ A tal efecto, el Vocal podrá solicitar la colaboración de algún empleado de la organización y/o de un asesor externo.

4.3 Protección de datos

En lo que respecta a la conservación de los datos contenidos en las denuncias, el SGN respetará el principio de calidad de los datos establecido por la LOPD⁹; es decir, únicamente podrán ser mantenidos mientras resulten pertinentes para la finalidad para los que fueron recabados.

A tales efectos, el OPP velará, junto con el Responsable de Cumplimiento en materia de protección de datos, para que se aplique la normativa española de protección de datos en el *Canal de Denuncias*.

En este sentido, a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en la LOPD, se debería proceder al bloqueo de los datos una vez que finalice la investigación correspondiente y, en su caso, se apliquen las medidas que FUNDACIÓN ONCE considere oportunas. El bloqueo de los datos consistirá, en un primer momento, en la eliminación de los permisos de acceso a las carpetas de los expedientes que contienen dichos datos (sólo el Secretario y el Presidente del OPP tendrán acceso a los mismos)¹⁰.

El bloqueo de los datos no será de aplicación cuando su tratamiento sea necesario. Esto implica que, de acuerdo con el artículo 32 de la LOPD *“el responsable del tratamiento estará obligado a bloquear los datos cuando proceda a su rectificación o supresión”*. El bloqueo mencionado consistiría en la implementación de un control en el SGN, con el fin de impedir el tratamiento de los mismos, pudiendo accederse a los datos en caso de que así lo solicitaran las Administraciones Públicas y Tribunales para la atención de las posibles responsabilidades originadas en el tratamiento, y únicamente durante el plazo de prescripción de dichas responsabilidades¹¹. En lo que respecta a la legislación laboral, se entiende que los plazos de prescripción de infracciones y faltas establecidos en el artículo 60 del Estatuto de los Trabajadores comenzarán a contar desde el momento en el que la sociedad tiene conocimiento de la comisión de los hechos, lo que debe ser interpretado no como el momento en el que una mera notificación llega a la sociedad, sino cuando el análisis e investigación de los hechos derivado de dicha notificación ha concluido y, tras ello, la sociedad ha obtenido un conocimiento puntual, exacto y razonable de los mismos que le permita, en su caso, contar con todos los elementos de juicio para ejercitar su facultad disciplinaria, si así procediera. De este modo, el cómputo de los plazos de prescripción se iniciaría desde el momento en que el necesario proceso de investigación para el esclarecimiento de los hechos ha concluido.

Los denunciantes deberán consentir de forma expresa el uso, tratamiento y comunicación de los datos facilitados para los fines antes señalados, siempre que no se trate de denuncias anónimas.

Los intervinientes, cuyos datos obren en el procedimiento, podrán ejercer sus derechos ARCO¹² mediante escrito con la ref. “Protección de Datos” y fotocopia del DNI, dirigido a [Dirección postal de FUNDACIÓN ONCE y/o correo electrónico].

5 Análisis y evaluación de las denuncias

⁹ Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales.

¹⁰ Fundación ONCE trabajará para implementar un sistema mejorado de bloqueo de datos en el futuro.

¹¹ El artículo 32 de la LOPD 3/2018 define el concepto de boqueo en los siguientes términos: *“El bloqueo de los datos consiste en la identificación y reserva de los mismos, adoptando medidas técnicas y organizativas, para impedir su tratamiento, incluyendo su visualización, excepto para la puesta a disposición de los datos a los jueces y tribunales, el Ministerio Fiscal o las Administraciones Públicas competentes, en particular de las autoridades de protección de datos, para la exigencia de posibles responsabilidades derivadas del tratamiento y solo por el plazo de prescripción de las mismas. Transcurrido ese plazo deberá procederse a la destrucción de los datos.”*

¹² Los denominados derechos ARCO son el conjunto de acciones a través de las cuales una persona física puede ejercer el control sobre sus datos personales. Estos derechos se regulan en el Capítulo II “Ejercicio de Derechos” de la LOPD 3/2018.

5.1 Análisis de las denuncias

El Presidente y el Secretario del OPP determinarán si la denuncia (i) es procedente; o si (ii) se encuentra fuera de ámbito¹³.

Con criterio general se investigarán las denuncias referidas a hechos o actos producidos y a aquellos otros que aun no habiéndose producido, bajo cierto criterio de racionalidad, se puede esperar que se conviertan en ciertos en un futuro.

Con carácter general, no se investigarán las denuncias que:

- Den cuenta de hechos o actos manifiestamente incongruentes, ambiguos o vagos.
- No faciliten datos objetivos o verificables que puedan ser contrastados mediante una investigación.
- Incluyan datos inequívocamente falsos o inexactos.

Con carácter general, las denuncias anónimas no serán admitidas. No obstante, en caso de que algún miembro del OPP reciba una denuncia anónima por otra vías distintas al *Canal de Denuncias*, esta será investigada siempre que presente una apariencia inicial de verosimilitud. El Presidente y Secretario del OPP podrán acordar el análisis de una denuncia anónima atendiendo a los siguientes aspectos:

- La gravedad del asunto reportado.
- La credibilidad de la denuncia.
- Las posibilidades de confirmar la alegación mediante fuentes de información creíbles y consistentes.

En función de la gravedad de la denuncia, el Presidente y el Secretario del OPP podrán acordar un análisis preventivo o de mitigación de riesgos conforme a lo establecido en el Apartado 5.2.

Si la denuncia recibida incorpora aspectos que a juicio del Presidente y el Secretario del OPP resulten complejos o inciertos, podrán solicitar a un Vocal, que lleve a cabo una Evaluación Preliminar de la denuncia en consideración de los aspectos incorporados en la Apartado 5.3.¹⁴

¹³ En la medida en que no verse sobre incumplimientos del Código Ético u otra normativa aplicable a FUNDACIÓN ONCE, o no esté relacionada con potenciales ilícitos o conductas de trascendencia penal.

¹⁴ A tal efecto, el Vocal podrá solicitar la colaboración de algún empleado de la organización y/o de un asesor externo.

Si en el momento de evaluar la procedencia de la denuncia, el Presidente y el Secretario del OPP no coinciden en sus apreciaciones (procedente o fuera de ámbito / investigar o no investigar), someterán a la consideración del resto de miembros del OPP la decisión definitiva. Si no se alcanzase un acuerdo unánime, la denuncia será clasificada como procedente y se procederá a su investigación.

Cuando una denuncia sea clasificada como “fuera de ámbito” o se decida no investigar, el Secretario cumplimentará una ‘Ficha de No Instrucción’ que incorporará una explicación detallada de los motivos que han llevado al OPP a desestimar la denuncia.

La Ficha de No Instrucción será registrada por el Secretario en el SGN. El modelo de ‘Ficha de No Instrucción’ se encuentra recogido en el **Anexo III**.

En caso de que el OPP concluya que una denuncia no tiene trascendencia penal pero considere que esta debe ser tratada por otro Órgano (p.ej. *Subcomité de Ética*), el OPP deberá remitir la denuncia a dicho Órgano junto con la justificación correspondiente.

5.1.1 Registro del Expediente

El Secretario del OPP creará una Carpeta de Expediente en el SGN y asignará un número de Expediente a cada denuncia.

La clasificación de las denuncias será registrada por el Secretario del OPP en el SGN a efectos de seguimiento y comprobación de notificaciones posteriores.

El Secretario del OPP realizará búsquedas en las Carpetas de Expediente del SGN relativas a otros Expedientes en curso; con objeto de identificar si existen notificaciones relacionadas con la denuncia en curso.

Si la notificación estuviese relacionada con otras anteriores, se procederá a comprobar si ya están siendo investigadas, en cuyo caso se adjuntará al procedimiento la información recopilada previamente y el Secretario registrará la acción en una Carpeta de Expediente.

5.1.2 Plazos

Con carácter general, el Presidente y el Secretario del OPP examinarán y clasificarán las denuncias en un plazo de diez (10) días hábiles desde la recepción de la notificación.¹⁵

La normativa española en materia de protección de datos prevé un plazo de tres (3) meses para el tratamiento de datos en el sistema de información de denuncias internas –SGN-. Este plazo dará comienzo en el momento de introducción de los datos en el SGN¹⁶.

¹⁵ El resto de miembros del OPP solamente intervendrán en este proceso si el Presidente y el Secretario del OPP no coinciden en sus apreciaciones (ver Apartado 5.1).

¹⁶ El artículo 24 de la LOPD 3/2018 establece que “*transcurridos tres meses desde la introducción de los datos, deberá procederse a su supresión del sistema de denuncias, salvo que la finalidad de la conservación sea dejar evidencia del funcionamiento del modelo de prevención de la comisión de delitos por la persona jurídica. Las denuncias a las que no se haya dado curso solamente podrán constar de forma anonimizada, sin que sea de aplicación la obligación de bloqueo prevista en el artículo 32 de esta ley orgánica. Transcurrido el plazo mencionado en el párrafo anterior, los datos podrán seguir siendo tratados, por el órgano al que corresponda, conforme al apartado 2 de este artículo, la investigación de los hechos denunciados, no conservándose en el propio sistema de información de denuncias internas.*”

Transcurrido el plazo máximo de tres (3) meses desde la introducción en el SGN de los datos relativos a la denuncia, estos datos serán volcados desde la carpeta de información generada con anterioridad al inicio de la investigación, a la carpeta de información generada con posterioridad a la decisión de investigación (ver Apartado 3.1).

5.1.3 Comunicaciones

En el caso de que se haya decidido investigar la denuncia, se dará inicio a la Instrucción de la investigación.

Si la denuncia es considerada fuera de ámbito o su investigación ha sido descartada atendiendo a los criterios definidos con anterioridad, el Secretario del OPP enviará a través de correo electrónico al denunciante la comunicación propuesta en el **Anexo IV apartado B**¹⁷.

5.2 Análisis preventivo o de mitigación de riesgos

En función de la gravedad de la denuncia, el Presidente y el Secretario podrán acordar un análisis preventivo o de mitigación de riesgos. En tal caso, el Secretario del OPP llevará a cabo un análisis destinado a identificar aspectos que, por el riesgo que pudieran representar para FUNDACIÓN ONCE, requieran de acciones inmediatas.

Para llevar a cabo dicho análisis, el Secretario tendrá en cuenta lo que sigue:

- Potenciales aspectos que pudieran suponer pérdidas adicionales para la Organización, en cuyo caso propondrá medidas para detener o mitigar dichas pérdidas.
- Posibilidad de recuperar activos, para en caso afirmativo proponer las medidas que inicien el proceso de recuperación de los mismos.
- Posibilidad de que se produzca la destrucción de pruebas relevantes para la investigación, en cuyo caso adoptará las medidas que resulten necesarias para preservarlas.
- Necesidad de comunicar potenciales ilícitos a las autoridades competentes.
- En cualquier caso, el Secretario llevará a cabo un análisis destinado a evaluar si cualquiera de los aspectos anteriores pudiera dificultar la investigación y obtención de pruebas.

¹⁷ Sin perjuicio de lo anterior, en el caso de que FUNDACIÓN ONCE considere que, en atención al contenido de la denuncia (i) es conveniente dar traslado a la Autoridad Pública competente o, bien que (ii) la comunicación versa sobre quejas, reclamaciones o sugerencias comerciales relativas a un departamento o actividad concreta que pueden resultar de interés para el buen funcionamiento de los servicios de FUNDACIÓN ONCE; se procederá a enviar al denunciante la comunicación incluida en el Anexo IV apartado B-bis, con el fin de informarle del destino de su comunicación.

5.3 Evaluación preliminar de las denuncias

En los casos en los que el Presidente y Secretario del OPP consideren que una denuncia contiene un contenido complejo o incierto, podrán acordar, de mutuo acuerdo, con el resto de miembros del OPP, que un Vocal del OPP lleve a cabo una evaluación preliminar de la denuncia cuyos resultados deberán ser documentados en un Informe de evaluación preliminar de la denuncia.

El Presidente y el Secretario del OPP designarán al Vocal del OPP responsable de llevar a cabo la evaluación preliminar, atendiendo a la temática y la naturaleza de los hechos descritos en la denuncia.

Para llevar a cabo dicha evaluación preliminar, el Vocal realizará las siguientes acciones.

5.3.1 Estudio de la información aportada

El Vocal recabará la información incorporada en la denuncia. Para recabar dicha información el Vocal podrá recurrir a terceros, previa autorización del OPP.

El Vocal tendrá en cuenta los siguientes cuatro aspectos para llevar a cabo el análisis preliminar de la denuncia:

i) Discriminación de la información recibida

El Vocal discriminará los datos objetivos de los subjetivos atendiendo al siguiente criterio:

- Datos objetivos son aquellos elementos concretos que aporta el denunciante (hechos, fechas, nombres, importes, matrículas, lugares, vehículos, teléfonos, etc.).
- Datos subjetivos son aquellas ideas, hipótesis, opiniones, valoraciones, rumores, etc., que el denunciante aporta en la exposición de hechos de la denuncia.

ii) Análisis de la fuente de información y de la notificación

La información contenida en la comunicación y, en su caso, la consistencia y credibilidad de la fuente de información (denunciante), serán analizadas por el Vocal desde las siguientes perspectivas:

- Credibilidad de la fuente de información, entendida como la garantía que ofrece la fuente de información (denunciante) atendiendo a su capacidad para obtener los datos que aporta en la denuncia (p.ej. puesto de trabajo) así como a otras notificaciones recibidas, relacionadas con el denunciado y el denunciante.
- Exactitud de la información contenida en la denuncia, atendiendo al grado de concreción de los datos aportados.

Una vez tenidos en cuenta los parámetros anteriores, el Vocal categorizará la fuente de información conforme a lo siguiente:

- Creíble.
- Posiblemente creíble.
- Posiblemente no creíble.
- Sin datos para valorar.
- No creíble.

El Vocal del OPP analizará la exactitud y verosimilitud de la información aportada en la denuncia en consideración de (i) su contenido; (ii) la coherencia en relación con los datos conocidos por el departamento o área donde se produzcan los hechos notificados; y (iii) las circunstancias que hubieran podido producirse en el contexto temporal de los hechos denunciados.

Una vez analizados los datos aportados en la denuncia, el Vocal clasificará la información aportada de la siguiente forma:

- Muy probable que la información sea exacta.
- Relativamente probable que la información sea exacta.
- Poco probable que la información sea exacta.
- No existen datos objetivos para apreciar la exactitud de la denuncia.

iii) Análisis de la información

El Vocal estudiará la información aportada en la denuncia atendiendo a los siguientes aspectos:

- Contextualización de los datos aportados en la denuncia.
- Análisis de la información conocida en la Organización que pueda soportar o ser comparada con los datos aportados en la denuncia.
- Asimismo, el Secretario deberá considerar aquella información que pueda enriquecer los datos facilitados en la denuncia o aportar nuevos puntos de vista sobre ellos.

iv) Integración

El Vocal establecerá, como resultado de la información adquirida y del análisis realizado en las fases anteriores, la hipótesis que considere más probable y aquellas que, aunque sean poco probables, representen mayores riesgos para FUNDACIÓN ONCE, además de otras posibles hipótesis que puedan dar coherencia a la información conocida hasta el momento.

5.3.2 Informe preliminar sobre la denuncia

Contenido del Informe de Evaluación Preliminar

Una vez realizado el análisis descrito en los puntos anteriores, el Vocal elaborará un '**Informe Preliminar sobre la Denuncia**' que incorporará la siguiente estructura y contenido:

- Información descriptiva de la denuncia que incluirá un Número Único de Denuncia, la fecha de recepción de la denuncia, y la identificación del Vocal encargado de llevar a cabo y documentar el análisis.
- Datos aportados en la denuncia, detallando la discriminación realizada entre datos objetivos y datos subjetivos.
- Análisis de la admisibilidad de la denuncia de acuerdo con su contenido, credibilidad y consistencia de la fuente de información.
- Análisis de la información y exposición de la hipótesis que el Vocal considere más probable y aquellas de mayor riesgo para la organización, pudiendo el Vocal añadir todas aquellas otras hipótesis que considere conveniente evaluar.
- Medidas propuestas o ya implementadas resultantes del análisis preventivo, en el caso de que las haya considerado necesarias o convenientes.

- Propuesta de actuación.

Toma de decisiones

El Vocal someterá el **Informe Preliminar sobre la Denuncia** a la consideración del Presidente y Secretario del OPP, quienes decidirán si iniciar la investigación o archivar el procedimiento.

En función de la decisión adoptada, se deberán realizar las siguientes acciones:

- En caso de archivar el procedimiento, el Secretario del OPP deberá informar al denunciante, cumplimentar la Ficha de No Instrucción y, asimismo, dará instrucciones para que todos los datos relacionados con la denuncia contenidos en la Carpeta del Expediente en el sistema de correo electrónico sean eliminados o bloqueados¹⁸.
- En caso de iniciar la Investigación, el Secretario del OPP deberá informar al Observatorio.
- El Secretario del OPP registrará el Análisis Preliminar, así como la resolución adoptada por el Presidente y Secretario del OPP [archivar / investigar] en el SGN y en el Fichero de Control de Expedientes.

El modelo de 'Fichero de Control de Expedientes' se encuentra recogido en el **Anexo II**.

¹⁸ El bloqueo de datos consistirá, en un primer momento, en la eliminación de los permisos de acceso a las carpetas de los expedientes que contienen dichos datos (sólo el Secretario y el Presidente del OPP tendrán acceso a los mismos). Fundación ONCE trabajará para implementar un sistema mejorado de bloqueo de datos en el futuro.

6 Instrucción

6.1 Nombramiento del Instructor

Si el Presidente y el Secretario del OPP deciden que la denuncia es procedente y debe ser investigada, nombrarán al Instructor en función de la temática y la naturaleza de los hechos descritos en la denuncia.

Con carácter general, el Instructor será un miembro del OPP, y en su defecto – y con la aprobación del Presidente – podrán ser Instructores otros empleados de FUNDACIÓN ONCE o terceros externos especializados en investigaciones internas.

Los Instructores que no pertenezcan al OPP, ya sean empleados o externos¹⁹, habrán de suscribir un Acuerdo de Confidencialidad y podrán asistir como invitados a las sesiones del OPP para facilitar las explicaciones que resulten oportunas cuando así se requiera.

El Secretario informará al Instructor de su nombramiento por correo electrónico, de acuerdo con lo establecido en el **Anexo IV apartado C**.

Una vez designado el Instructor, el Secretario registrará esta decisión en el SGN, incluyendo los Acuerdos de Confidencialidad que correspondan debidamente firmados.

El Instructor reportará al Presidente y al Secretario del OPP.

El Instructor será el responsable de llevar a cabo la investigación conforme a lo establecido en este *Procedimiento*. Para ello contará con el apoyo del OPP.

Cabe señalar que el presente *Procedimiento* no resulta de aplicación en situaciones en las que exista un procedimiento legal en curso. Ante estas situaciones, la Organización debe contemplar la actuación de asesores legales especializados en la materia, ya sean internos o externos.

Plazos

Con carácter general, el Presidente y Secretario del OPP nombrarán al Instructor coincidiendo con el momento de clasificación y examen de las denuncias; es decir dentro los diez (10) días hábiles transcurridos desde la recepción de la denuncia.

En situaciones excepcionales (p.ej. denuncias para las que proceda llevar a cabo un análisis preliminar), o cuando las circunstancias así lo requieran, el nombramiento del Instructor podrá demorarse diez (10) días hábiles desde el momento de clasificación de la denuncia. Esta eventualidad será documentada y registrada por el Secretario del OPP en el SGN.

¹⁹ En el caso de que fuera requerida la colaboración de terceros especializados en investigaciones internas deberá tenerse en cuenta que, en el acuerdo de prestación de servicios con dicha persona / compañía, deberá figurar una cláusula de tratamiento de datos por cuenta de terceros.

6.2 Comunicaciones iniciales

En consideración de la naturaleza de los hechos denunciados, si lo entiende adecuado, el Instructor podrá informar del contenido y alcance de la denuncia a la Dirección de Recursos Humanos – previa autorización del OPP -, a fin de que se adopten las medidas que correspondan para prevenir y evitar posibles represalias contra el denunciante.

El Instructor podrá proponer las medidas cautelares necesarias al Presidente y el Secretario del OPP (p.ej. suspensión del empleado) para el adecuado desarrollo de la Investigación. En caso de que lo considere necesario, el Instructor podrá realizar consultas a Asesoría Jurídica.

Comunicaciones con el denunciante

El Instructor llevará a cabo las comunicaciones con el denunciante y terceros cuya colaboración se entienda necesaria para llevar a cabo la Investigación. Para ello tendrá en cuenta lo que sigue:

- Cuando la denuncia sea procedente y la información o documentación facilitada sea suficiente para iniciar el procedimiento, entonces se procederá a remitir una comunicación al denunciante redactada de acuerdo con lo establecido en el **Anexo IV apartado D**.
- Cuando la denuncia sea procedente pero insuficiente, incompleta o no proporcione el detalle necesario para que se pueda iniciar el procedimiento, entonces se remitirá una comunicación conforme al modelo del Anexo IV apartado F, esta comunicación podrá ser también verbal siempre que se le informe al denunciante en los mismos términos y se deje constancia del hecho. En caso de recibir la información suficiente para llevar a cabo la clasificación y evaluación de la denuncia, el Instructor remitirá una comunicación redactada, por correo electrónico o por correo ordinario, de acuerdo con lo establecido en el **Anexo IV apartado D**.
- En el caso de que el denunciante haya proporcionado datos de un tercero que no sea el denunciado²⁰ (p.e. testigos, responsables a los que el denunciante informó también de los hechos), se procederá a informar a dicho tercero del tratamiento de sus datos y de la procedencia de los mismos, solicitando su consentimiento para el tratamiento. Para ello se enviará al tercero una comunicación de acuerdo con el **Anexo IV apartado F** dentro de los tres meses siguientes a la recepción de la denuncia²¹.

²⁰ El presente Procedimiento se referirá siempre al denunciado, sin perjuicio de que las denuncias pueden estar referidas a una o varias personas.

²¹ Por razones prácticas, FUNDACIÓN ONCE debería valorar caso por caso la conveniencia o no de remitir la comunicación propuesta en el Anexo IV apartado G en aquellos casos en los que la colaboración y/o participación del tercero no sea requerida para la investigación de los hechos contenidos en la notificación, y éste no tenga conocimiento ni constancia de la notificación formulada, ni vaya a realizarse tratamiento alguno de sus datos. Cabe precisar que una vez realizada dicha comunicación, el tercero en cuestión no estaría obligado a colaborar por lo que podría rechazar la solicitud e incluso requerir a FUNDACIÓN ONCE para que bloquee sus datos.

Comunicaciones con el denunciado

En consideración de la información disponible y de las necesidades de la Investigación, el Instructor podrá valorar comunicar al denunciado que está siendo investigado. Para adoptar esta determinación el Instructor solicitará autorización al Presidente y al Secretario del OPP. En todo caso, existe la obligación legal en materia de protección de datos de comunicar a la persona investigada que sus datos de carácter personal están siendo tratados en el marco de una investigación en un plazo máximo de un (1) mes desde la obtención de sus datos personales²²²³. No obstante, este plazo de un (1) mes podrá ser ampliado siempre que esté justificado y las razones de su ampliación queden documentadas.

6.3 Calendario de Instrucción

El Instructor llevará a cabo la investigación atendiendo a los plazos legales y a los plazos establecidos por el OPP. El Instructor informará al Secretario del OPP del plazo previsto para llevar a cabo la investigación, y notificará puntualmente cualquier desviación sobre el mismo.

Es necesario tener en cuenta que, si la investigación se prolonga más allá de determinados plazos²⁴ desde el registro del expediente, existe la obligación legal en materia de protección de datos de comunicar a la persona investigada que sus datos de carácter personal están siendo tratados en el marco de la investigación conforme con lo establecido en el **Anexo IV apartado G**.

En consideración de determinadas notificaciones complejas o que puedan suponer un uso intensivo de recursos, el Instructor podrá solicitar un presupuesto específico para llevar a cabo la investigación. El presupuesto será aprobado por el Presidente y el Secretario del OPP.

El Secretario del OPP llevará a cabo un control de los Expedientes abiertos, destinado a identificar Instrucciones que estén próximas a sobrepasar los plazos establecidos en el calendario.

En este sentido, el SGN podrá disponer de un sistema de alertas que facilita a los miembros del OPP encargados del control de los Expedientes el cumplimiento de los plazos previstos. En caso de que no sea posible disponer de un sistema de alertas automatizado, el control del vencimiento de los plazos se efectuará de forma manual.

En caso de que no sea posible concluir la instrucción en los plazos establecidos en el calendario, el Secretario del OPP solicitará al Instructor una explicación de los factores que han motivado tal circunstancia. El Secretario se asegurará de que: (i) dichos motivos quedan correctamente documentados en el SGN; (ii) la persona denunciada es informada de que sus datos están siendo tratados en el contexto de una investigación.

²² En consideración del Artículo 14 Apartado 3) A del RGPD que entró en vigor el 25 de mayo de 2018, “el responsable del tratamiento facilitará la información indicada en los apartados 1 y 2 dentro de un plazo razonable, una vez obtenidos los datos personales, y a más tardar dentro de un mes, habida cuenta de las circunstancias específicas en las que se traten dichos datos”.

²³ No obstante, existen excepciones a esta obligación como la prevista en el artículo 32.2 de la Ley 10/2010, de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo, el cual señala que “no se requerirá el consentimiento del interesado para el tratamiento de datos que resulte necesario para el cumplimiento de las obligaciones de información (...)” [en referencia a hechos u operaciones que pudieran estar relacionados con el blanqueo de capitales o la financiación de terrorismo].

²⁴ Artículo 24 de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de datos de Carácter Personal determina que “transcurridos tres meses desde la introducción de los datos, deberá procederse a su supresión del sistema de denuncias, salvo que la finalidad de la conservación sea dejar evidencia del funcionamiento del modelo de prevención de la comisión de delitos por la persona jurídica. Las denuncias a las que no se haya dado curso solamente podrán constar de forma anonimizada, sin que sea de aplicación la obligación de bloqueo prevista en el artículo 32 de esta ley orgánica.

Transcurrido el plazo mencionado en el párrafo anterior, los datos podrán seguir siendo tratados, por el órgano al que corresponda, conforme al apartado 2 de este artículo, la investigación de los hechos denunciados, no conservándose en el propio sistema de información de denuncias internas”.

Por otro lado, si en el plazo de treinta (30) días el denunciante no aporta al Instructor información adicional necesaria, solicitada e imprescindible para llevar a cabo la investigación, el OPP procederá a archivar la denuncia y cancelará todos los datos relativos a la misma, incluyendo los datos personales que el denunciante haya podido aportar. Dicha circunstancia quedará acreditada documentalmente y será registrada por el Secretario del OPP en el SGN.

6.4 Plan de investigación

El Instructor deberá realizar un Plan detallado de la investigación, el cual deberá recoger, al menos, los siguientes detalles:

- El perímetro de la investigación: nombres y puestos de trabajo de todas las personas que van a intervenir o tener conocimientos sobre todos o parte de los procedimientos de la investigación. Todas las personas incluidas en el perímetro de la investigación que no pertenezcan al OPP deberán firmar un acuerdo específico de confidencialidad.
- Los procedimientos específicos que se van a llevar a cabo durante la investigación:
 - Procedimientos de análisis de evidencia digital: número y especificidades técnicas de los ordenadores y/o servidores que van a ser copiados y analizados.
 - Personas que van a ser entrevistadas por su conocimiento y/o potencial involucración en los hechos investigados, distinguiendo entre testigos y potenciales implicados.
 - Revisiones analíticas y otros procedimientos de análisis económico-financiero.
 - Cualquier otro procedimiento que vaya a ser llevado a cabo durante la investigación.

El Plan de Investigación deberá ser aprobado por el Presidente y el Secretario del OPP con anterioridad al comienzo de la investigación.

En caso de que se produzcan modificaciones sustanciales, el Instructor deberá (i) actualizar el Plan de Investigación; y (ii) obtener una nueva aprobación del Presidente y Secretario del OPP.

6.5 Investigación

El Instructor será el investigador principal y podrá apoyarse en terceros para llevar a cabo la Investigación.

Para determinar la composición del Equipo de Investigación, así como para el desarrollo de la investigación el Instructor tendrá en cuenta los aspectos enumerados en el Apartado 6.4.4 'Técnicas de Investigación'.

Si en algún momento del proceso, y para el buen fin de la investigación, el Instructor considera conveniente o necesario desvelar la identidad del denunciante (p.ej. en las entrevistas mantenidas por el Instructor con el objeto de recopilar información sobre la denuncia), habrá de contar con el permiso expreso del mismo. A tal fin será necesario recabar un documento firmado por el denunciante, conforme a lo previsto en el **Anexo V**.

En caso de que el denunciante se niegue a que el Instructor pueda desvelar su identidad y ello suponga un obstáculo insalvable para completar la investigación, el OPP podrá valorar archivar la denuncia y cancelar todos los datos relativos a la misma, incluyendo los datos personales que el denunciante haya podido aportar. Dicha circunstancia quedará acreditada documentalmente y será registrada por el Secretario del OPP en el SGN.

6.5.1 Objetivos de la Investigación

Los objetivos de la investigación serán establecidos por el Instructor. El objetivo fundamental de la Investigación será disponer de elementos suficientes que permitan una resolución posterior de la denuncia; es decir, la Investigación habrá de proporcionar respuestas concretas a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué incumplimientos han tenido lugar?
- ¿Durante qué periodo temporal se han producido los incumplimientos?
- ¿Qué personas de la Organización y/o terceros están involucradas en los incumplimientos?
- ¿Cómo se llevaron a cabo los incumplimientos?
- ¿Qué impacto económico / de reputación representa los incumplimientos, tanto para FUNDACIÓN ONCE como para terceros ajenos a la organización?
- ¿Cuáles fueron las circunstancias que motivaron los incumplimientos (p.ej. insuficiencia de controles, situación específica de un empleado, etc.)?
- Es importante considerar que la investigación ha de ser:
- Reproducible: cualquier otro Investigador debe estar en disposición de alcanzar las mismas conclusiones observando los mismos hechos.
- Contrastable: capaz de soportar una refutación. Solo entonces la conclusión podrá ser aceptada.
- Cuantificable: el perjuicio económico ocasionado o potencial debe ser medido y acreditado documentalmente.

6.5.2 Metodología para llevar a cabo una investigación

La investigación debe seguir un procedimiento pautado con objeto de resolver las potenciales irregularidades denunciadas. Para ello, los trabajos de investigación deben realizarse siguiendo un orden lineal, avanzando de lo general a lo específico y centrándose gradualmente en el denunciado mediante el análisis de las evidencias identificadas.

Las investigaciones conllevan esfuerzos significativos para resolver las potenciales irregularidades denunciadas, sobre todo cuando los hechos completos son desconocidos o poco claros. Por tanto, las investigaciones buscan obtener hechos y evidencias que aclaren lo sucedido, identifiquen a los responsables y proporcionen recomendaciones para la mejora de los mecanismos de control interno cuando sea aplicable.

Asumir que la investigación puede dar paso a una causa judicial

Las pruebas deben ser obtenidas de acuerdo a las leyes y las normas internas de la Organización (p.ej. existencia de políticas de uso de medios informáticos y procedimientos de investigación). Por este motivo, es necesario preservar la cadena de custodia y documentar las acciones adoptadas.

Actuar solamente si existen indicios suficientes

La investigación solo se debe iniciar cuando existe una base lógica y racional. No deben llevarse a cabo investigaciones prospectivas. Por tanto, es necesario demostrar la existencia de indicios suficientes; en caso de duda este aspecto se verá reforzado por la realización de una Evaluación Preliminar conforme a lo Previsto en la Sección 5, Apartado 3.

Moverse de lo general a lo específico

El Equipo de Investigación debe partir de la información general que es conocida y después profundizar en los detalles.

A modo de ejemplo, para programar entrevistas debemos aplicar el siguiente orden: (i) testigos o partes neutrales; (ii) colaboradores estrechos del sujeto objeto de análisis; (iii) sujeto objeto de análisis.

Fraud Theory Approach

El *Fraud Theory Approach* es una herramienta diseñada para ayudar a los investigadores a organizar y conducir los procedimientos de investigación.

Según este enfoque, el investigador debe establecer hipótesis y teorías sobre lo que potencialmente ha ocurrido. Estas hipótesis deben ser contrastadas.

Las hipótesis deben considerar en todo caso el “peor escenario posible”.

El *Fraud Theory Approach* contempla cuatro fases:

- Analizar la información disponible.
- Plantear hipótesis.
- Contrastar las hipótesis.
- Desarrollar y/o enmendar las hipótesis.

6.5.3 Planificación de la investigación

Equipo de Investigación

El Instructor liderará la Investigación. En caso de entenderlo necesario, el Instructor podrá solicitar apoyo y conformar un equipo de colaboradores internos o externos (**‘Equipo de Investigación’**)

Para determinar la composición del Equipo de Investigación, el Instructor tendrá en cuenta lo siguiente:

- La elección del equipo investigador deberá garantizar la independencia de la investigación, en fondo y forma.
- La posición que la persona denunciada ocupa en FUNDACIÓN ONCE, con objeto de evitar posibles conflictos de interés y garantizar un adecuado acceso a la información relevante para la investigación
- Si para realizar la investigación fuese necesario disponer de un conocimiento específico de procesos o áreas concretas, el Instructor podrá incluir en el Equipo de Investigación a personal especializado.
- El Instructor determinará si el equipo encargado de realizar la investigación debe estar formado exclusivamente por personal de FUNDACIÓN ONCE, por profesionales externos, o por una combinación de ambos.

Todos los empleados de la Organización tienen el deber de cooperar con el Instructor / Equipo de investigación durante una investigación interna.

Estructura de la investigación para preservar la confidencialidad

Las investigaciones deben ser estructuradas de manera que se preserve la confidencialidad. La ausencia de una adecuada confidencialidad desde el momento inicial podría (i) comprometer y poner en riesgo la investigación; y (ii) desincentivar a los empleados para reportar incidencias en el futuro.

Para preservar la confidencialidad en el transcurso de una investigación, el Instructor y el resto de miembros del equipo deben tomar en consideración lo siguiente:

- Evitar alertar al investigado: para ello, algunos aspectos a tener en cuenta son (i) conocer quién es el investigado, quiénes son sus colaboradores, y a qué documentación y sistemas de información disponen de acceso; (ii) limitar el número de participantes en los trabajos de investigación a los estrictamente necesarios; (iii) informar solamente a las personas necesarias; (iv) informar a las personas cuya colaboración sea requerida en la investigación de las consecuencias de no preservar la confidencialidad; (v) trabajar de forma discreta sin interrumpir las actividades habituales de la Organización, de modo que los empleados no sepan que se está llevando a cabo una investigación; y (vi) trabajar con agilidad.
- Solicitar confidencialidad al equipo de investigación: el Instructor debe recordar al equipo de investigación la importancia de no comentar ningún aspecto de la investigación con personal que no forme parte del equipo. Asimismo, se puede exigir a los miembros del equipo que firmen un acuerdo de confidencialidad que recoja el compromiso de no divulgar ninguna información relativa a la investigación.
- Archivo seguro de la documentación: para ello, algunos aspectos a tener en cuenta son (i) almacenar todos los documentos confidenciales en archivos o salas cerradas con llave, de forma que solamente sean accesibles a los miembros del equipo; (ii) no dejar documentación relativa a la investigación sin atención (p.ej. en un escritorio); y (iii) evitar hablar de la investigación en público.
- Considerar la posibilidad de investigar bajo “privilegio” o “restricción”: el Instructor puede considerar adecuado limitar los accesos a la información de la investigación con objeto de preservar la confidencialidad.

6.5.4 Técnicas de Investigación

Las técnicas de investigación a aplicar serán planteadas por el Instructor en función de la naturaleza y las especificidades de los hechos notificados. Para la aplicación y desarrollo de estas técnicas, y previa autorización del OPP, el Instructor podrá apoyarse en otros empleados y departamentos de FUNDACIÓN ONCE, así como en terceros especializados en el ámbito de la investigación de irregularidades.

Las técnicas de investigación deberán aplicarse de forma combinada y coordinada, de tal forma que se favorezcan las sinergias y sea posible obtener datos relevantes para la investigación.

Entre otras, las técnicas de investigación susceptibles de ser aplicadas en función de la naturaleza y alcance de los hechos notificados, podrán ser las siguientes:

Análisis de evidencias digitales

Esta técnica consiste en adquirir, procesar / indexar y analizar la información contenida en dispositivos electrónicos corporativos propiedad de FUNDACIÓN ONCE.

FUNDACIÓN ONCE cuenta con unas *Normas Generales de Acceso a Sistemas de Información* a través de las que se regula la utilización de los recursos informáticos corporativos que la Organización pone a disposición de sus trabajadores para el desempeño de sus funciones.

El control de la aplicación de estas normas es competencia del [Órgano por definir] de FUNDACIÓN ONCE, que actuará a través de la Dirección de Sistemas y Tecnología de FUNDACIÓN ONCE (DSYT), sin perjuicio de las funciones atribuidas a otros órganos de la Organización, como el Comité de Ciberseguridad.

FUNDACIÓN ONCE considera equipamiento informático corporativo, todo el equipamiento informático que pone a disposición de sus empleados y de otro personal autorizado para el desarrollo de su actividad laboral, así como para el almacenamiento de información, bien sea en ordenadores del puesto de trabajo, portátiles, dispositivos móviles, servidores corporativos (de ficheros, de correo, etc.) y, en definitiva, cualquier equipo informático propiedad de la Entidad, están destinados al desarrollo de la actividad laboral que cada trabajador tenga encomendada

FUNDACIÓN ONCE se reserva el derecho de poder acceder a cualquier equipo y plataforma informática corporativa, bien sean ordenadores del puesto de trabajo, portátiles, dispositivos móviles, servidores (de ficheros, de correo, etc.), en definitiva cualquier equipo informático propiedad de FUNDACIÓN ONCE, con objeto de poder consultar y recuperar información corporativa, siempre respetando las garantías personales de cada trabajador legalmente exigidas y siguiendo los procedimientos establecidos en la organización.

La política de copias de seguridad y de retención de información de FUNDACIÓN ONCE deberá tomar en consideración los siguientes aspectos:

- El sistema de copias de seguridad o Back-up de los buzones de correo electrónico²⁵ y de los archivos de red, así como la política de retención, deberán atender, al menos, a los siguientes plazos:
 - Back-up diario con un mes de retención.
 - Back-up completo realizado el primer sábado de cada mes con un año de retención.
 - Back-up completo realizado el primer sábado del año con 10 años de retención.
- Los logs de envío/recepción de correo alojados en Office365 deberán ser objeto de volcado a un soporte óptico (cd/dvd) al menos con una periodicidad igual al periodo de retención de que dispongan en el servidor, y almacenados durante un periodo de 10 años.
- Los ficheros de correo electrónico de tipología PST almacenados en las carpetas de trabajo asignadas a cada empleado, deberán atender a la misma política de copias de seguridad y plazos de retención que los buzones de correo electrónico alojados en Office365²⁶.

²⁵ Los buzones de correo electrónico están siendo migrados a la plataforma Office365 de Microsoft (cuya finalización está prevista en el primer trimestre de 2020).

²⁶ FUNDACIÓN ONCE debe reiterar entre los miembros de la Organización los riesgos que entraña mantener información relevante almacenada de forma local en los dispositivos corporativos (p.ej. PST almacenados en los dispositivos y no en el servidor).

Las *Normas Generales de Acceso a Sistemas de Información* prevén que FUNDACIÓN ONCE podrá implantar sistemas de encriptación y protección de ficheros, directorios, unidades de almacenamiento y sistemas de transmisión, que permitan el correcto tratamiento de la información clasificada como restringida o Confidencial; en particular, serán de aplicación ineludible las instrucciones sobre controles criptográficos en dispositivos USB y ordenadores portátiles que en cada momento estén vigentes.

Para los directivos y empleados especialmente expuestos a riesgos penales que causan baja en la Organización, FUNDACIÓN ONCE debe aplicar un protocolo consistente en la copia de la información de los dispositivos electrónicos y carpetas de red asignados. La información deberá ser volcada a un soporte óptico y almacenada durante un periodo mínimo de 10 años.

Para una correcta adquisición de evidencia digital²⁷, las siguientes premisas deberán ser tomadas en consideración:

- Comunicación y adhesión a la normativa interna

Las *Normas Generales de Acceso a Sistemas de Información* y todos los documentos técnicos citados en ellas (p.ej. *Procedimiento de Utilización de Equipos Informáticos que son Propiedad de Fundación ONCE*), así como otra normativa interna que resulte de aplicación, deberá ser comunicada a todos los consejeros, directivos, mandos intermedios, responsables de gestión y empleados de la Organización, los cuales deberán adherirse a ellas como muestra del compromiso con su cumplimiento²⁸. El proceso de comunicación y adhesión deberá quedar documentado.

Asimismo, FUNDACIÓN ONCE publicitará la normativa interna y, en particular, las pautas para un uso adecuado de los recursos informáticos así como el derecho de acceso al contenido de los dispositivos corporativos propiedad de FUNDACIÓN ONCE. Estas actividades de difusión podrán incluir alertas en los equipos informáticos (*pop-ups*), cartelera y cualquier otro medio, y estarán dirigidas a todos los miembros de la Organización²⁹.

La adhesión de los miembros de la Organización a la normativa supondrá un consentimiento expreso que habilitará a FUNDACIÓN ONCE para acceder, consultar y recuperar información corporativa contenida en los dispositivos corporativos propiedad de FUNDACIÓN ONCE.

²⁷ La adquisición, procesado, análisis y uso de la Evidencia Digital puede producir una injerencia en los siguientes derechos fundamentales: 'Derecho a la intimidad' y 'Derecho al secreto de las comunicaciones'.

²⁸ Estos documentos actualizados deben figurar en el "Portal del empleado de Fundación ONCE" y formar parte del "welcome pack" ofrecido a nuevos empleados.

²⁹ En este sentido, en el contexto del tratamiento de datos de carácter personal, la Organización ha comunicado a sus trabajadores que tienen derecho a la protección de su intimidad en el uso de los dispositivos digitales puestos a su disposición por parte de FUNDACIÓN ONCE; en particular "los medios digitales o dispositivos informáticos puestos a disposición de los/las trabajadores/as, tales como ordenador (portátil o sobremesa), tabletas, teléfonos móviles, memorias o soportes externos de todo tipo, lectores de tarjetas o cd, escáneres e impresoras, servidores, etc., (en adelante "medios") son medios o recursos estrictamente laborales, por lo que no se permite un uso privativo de los mismos. Por ello, la empresa está facultada a poder acceder a los contenidos de dichos medios a los solos efectos de controlar y gestionar el desempeño laboral de sus trabajadores/as y garantizar la integridad de dichos dispositivos. A estos efectos, ILUNION podrá establecer criterios o protocolos de utilización de tales dispositivos digitales respetando los estándares legales de protección de su intimidad de acuerdo con los derechos reconocidos constitucional y legalmente".

- Adquisición de evidencias digitales

FUNDACIÓN ONCE recomienda que la adquisición de evidencias digitales sea realizada en presencia de Notario, así como del empleado al que están asignados los dispositivos objeto de análisis. En su defecto, podrán estar presentes en el proceso de adquisición un representante de la Organización, así como una representación de los trabajadores y/o del Departamento de Recursos Humanos. El proceso de adquisición deberá quedar registrado en un acta firmada por los presentes.

Es necesario emplear herramientas adecuadas para llevar a cabo el proceso de adquisición. A tal efecto resulta recomendable la utilización de hardware y software específico (clonadoras) y la generación de códigos alfanuméricos (*hash*) que garanticen la integridad y exactitud de la información adquirida.

Asimismo, es necesario llevar a cabo un adecuado registro documental del proceso de adquisición, procesado, análisis y uso de la Evidencia Digital, con objeto de garantizar la Cadena de Custodia y el valor probatorio de las evidencias digitales obtenidas; permitiendo que, una tercera parte independiente que replique el análisis llevado a cabo, pueda obtener idéntico resultado. A tal efecto, resulta recomendable realizar dos copias exactas de los dispositivos adquiridos con el objeto de que una de las mismas quede depositada ante Notario.

Resulta recomendable acreditar documentalmente que los dispositivos electrónicos a analizar son propiedad de FUNDACIÓN ONCE y que efectivamente estaban asignados a los empleados objeto de investigación.

- Análisis de evidencias digitales

El análisis de evidencias digitales deberá ser realizado mediante el uso de palabras clave relacionadas con la investigación de referencia (búsquedas no intrusivas). Es decir, se trata de búsquedas selectivas y motivadas que hacen referencia a fechas concretas, nombres y detalles específicos relacionados con los incumplimientos notificados.

En el proceso de análisis de las evidencias digitales debe evitarse el acceso a carpetas y contenidos que pudieran incorporar un contenido de carácter personal.

Asimismo, este proceso debe incorporar salvaguardas para evitar la interceptación de comunicaciones; es decir, la eventual lectura de aquellas comunicaciones electrónicas que no hayan sido leídas por el destinatario.

Inteligencia Corporativa o *Corporate Intelligence*

Consiste en la recopilación, análisis y presentación gráfica de la estructura societaria y patrimonial relativa a una persona física o jurídica, así como de las diferentes vinculaciones financieras, patrimoniales y de cualquier otra índole que pudieran ser identificadas mediante la obtención de información relativa a las personas y entidades objeto de análisis e investigación.

El equipo de investigación, a partir del acceso a fuentes de información de carácter público (p. ej. registros mercantiles, registros de la propiedad, etc.), tratará de obtener información cualitativa que le permita:

- Confirmar la eventual existencia de conexiones y vinculaciones societarias, patrimoniales y de cualquier otra índole de las personas objeto de investigación.
- Confirmar los activos que detenta la persona objeto de investigación.
- Dar razonabilidad a sospechas y/o confirmar los indicios detectados mediante otras técnicas de Investigación.
- Recuperar fondos defraudados mediante la localización de activos ocultos (p. ej. que se encuentren en bienes inmuebles, sociedades offshore, etc.).

Entrevistas

Estarán orientadas a obtener información comprobable y útil para la investigación. Las entrevistas serán realizadas a empleados de la Organización que, por su función y/o conocimiento de determinadas situaciones, pudieran aportar datos relevantes para el desarrollo de la investigación.

Las entrevistas tendrán asimismo por objeto contrastar y confirmar las cuestiones que, sucesivamente, se vayan identificando en el curso de la Investigación.

Asimismo, en función de la fase en la que se encuentre la investigación, dichas entrevistas deberán ser enfocadas de distinta manera:

- Fase inicial de la Investigación: se trata de una entrevista indagatoria, de carácter más informal y distendido. Tendrá como principal objetivo recabar datos sobre los hechos acaecidos y detectar posibles líneas de Investigación. En este tipo de entrevistas, el interrogador formulará preguntas abiertas y deberá prestar especial atención al lenguaje no verbal del entrevistado.
- Fase final de la Investigación: esta entrevista de carácter más formal, tendrá como objetivo confrontar al entrevistado con los hechos identificados en el curso de la Investigación y contrastar los datos relativos a los incumplimientos identificados.

Las entrevistas pueden contener la siguiente tipología de preguntas:

- Preguntas introductorias: permiten establecer la introducción, crear un ambiente confortable y facilitar la cooperación del entrevistado. Este tipo de preguntas también permiten observar reacciones, a través de la interpretación de indicios verbales y no verbales. Se recomienda, a través de este tipo de preguntas, moverse de las preguntas menos trascendentes hacia las preguntas más sensibles, sin invadir el espacio personal.
- Preguntas informativas: tienen como objeto obtener información factual y objetiva, a través de una secuencia de preguntas (de lo general a lo particular). Pueden ser:
 - Preguntas abiertas
 - Preguntas cerradas (enfocadas en información específica con respuestas “sí” o “no”).
 - Preguntas inducidas (resumen, preguntas que contienen respuestas).

Cabe destacar, que se deben evitar preguntas con doble negativa o preguntas complejas con el propósito de impedir confusiones y obtención de información no precisa.

- Preguntas de cierre: para repasar y confirmar los hechos, así como para obtener detalles adicionales. Es importante revisar los hechos clave para obtener un claro entendimiento, además de intentar cerrar la entrevista positivamente.

- Preguntas de evaluación / calibración: buscan señales verbales y no verbales con objeto de evaluar la credibilidad del entrevistado. A través de la calibración se realiza un proceso de observación de conducta previo a realizar las preguntas críticas, además, se comparan las reacciones en preguntas no relevantes vs reacciones en preguntas críticas considerando todas las respuestas en su conjunto, tanto verbales como no verbales.
- Preguntas de admisión de hechos: diseñadas para obtener una confesión, resulta clave determinar el momento apropiado para llevarlas a cabo. En este sentido, estas preguntas deben ser realizadas cuando:
 - Hemos completado otros procedimientos de investigación.
 - Existen indicios sólidos.
 - Podemos mantener el control de la entrevista.

Asimismo, para llevar a cabo una entrevista de este tipo se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Preparación. El lugar de la entrevista (privado) tiene que ser a puerta cerrada, pero no con llave. El entrevistador no debe sentarse detrás de un escritorio y las sillas deben estar poco distantes.
- Presencia de personas externas -dos entrevistadores-.
- Algunas reglas a tener en cuenta en las entrevistas de admisión de hechos son: (i) disponer del tiempo adecuado para realizar la entrevista; (ii) no expresar disgusto, furor, o juicio moral; (iii) proyectar compasión, entendimiento y simpatía; y (iv) ofrecer una razón moral aceptable para la conducta.

Como resultado de las entrevistas de admisión de hechos, el Instructor o el miembro del Equipo de Investigación, habrán de recabar declaraciones firmadas por el entrevistado. Las declaraciones escritas deben ser breves y concisas, incluyendo los siguientes puntos:

- Voluntad de confesar
- Intencionalidad al comentar el incumplimiento.
- Fechas aproximadas, importes de las pérdidas y número de veces en que se ha cometido la conducta inadecuada.

Generalmente, no hay un requerimiento legal que indique que la declaración debe ser manuscrita por el entrevistado ni la necesidad de tener dos testigos; no obstante, ambas cuestiones resultan recomendables.

No se debe realizar más de una declaración por escrito por cada incumplimiento, pudiendo añadir lo que se considere oportuno mediante adendas al documento original. Además, se deben separar las declaraciones de incumplimientos que no estén relacionados.

Todas las entrevistas habrán de quedar correctamente documentadas mediante actas firmadas por los asistentes. Dichas actas deberán incorporar el detalle de las personas entrevistadas, las cuestiones planteadas y las respuestas facilitadas por los entrevistados. Asimismo, previa autorización del entrevistado, el equipo de investigación podrá grabar la entrevista en soportes audiovisuales para facilitar su posterior contraste y análisis.

Investigación financiera

Forensic Accounting o contabilidad forense es una metodología de investigación financiera que consiste en analizar transacciones y operaciones societarias desde un punto de vista técnico-contable (con especial atención a los documentos que se generan en los diferentes procesos), con objeto de identificar, acreditar / documentar y cuantificar el impacto de posibles irregularidades.

Esta técnica de investigación incluye procedimientos ad-hoc de revisión documental y contable que ocasionalmente se apoyarán en técnicas de auditoría. La documentación analizada en aplicación de esta técnica consistirá fundamentalmente en:

- Registros contables y de gestión.
- Documentación justificativa: contratos, facturas, documentación bancaria.

Esta técnica de investigación, en combinación con las técnicas mencionadas anteriormente permitirá al equipo de investigación demostrar, cuantificar y documentar los eventuales incumplimientos detectados.

6.5.5 Informe de Investigación

El Informe de Investigación será elaborado por el Instructor y contendrá una descripción del trabajo realizado y de los resultados obtenidos.

El Informe de Investigación (i) debe ser preciso, claro y objetivo; (ii) no debe incluir ningún tipo de opinión o juicio de valor³⁰; (iii) debe contener solamente aquella información relevante para la Investigación; y (iv) debe prestar especial atención a la secuencia temporal de los acontecimientos.

El Informe de Investigación debe incluir, al menos, los siguientes extremos:

- Introducción: objetivo y alcance del trabajo de investigación llevado a cabo.
- Descripción pormenorizada de los resultados / hallazgos obtenidos en el transcurso de la investigación.
- Descripción y soporte documental de los procedimientos y técnicas de investigación desarrolladas.
- Mención específica a las fuentes de información empleadas.
- Conclusiones alcanzadas a partir de la investigación llevada a cabo.
- Eventuales debilidades identificadas en los controles internos y, en tal caso, recomendaciones de mejora para el refuerzo del sistema de prevención.

El Informe de Investigación deberá ser acompañado de copia de (i) la documentación soporte que acredita las conclusiones alcanzadas; y (ii) copia de todas las comunicaciones intercambiadas (p.ej. testigos) con el denunciante y terceros relacionados con la investigación.

El Secretario del OPP archivará el Informe de Investigación y la documentación soporte en el SGN.

³⁰ El Informe de Investigación no debe contener ninguna opinión acerca de la culpabilidad o inocencia del investigado, ni sobre la integridad o veracidad de los testimonios de los testigos. Solamente están permitidas aquellas opiniones relativas a aspectos técnicos en los que el investigador pueda acreditar su experiencia en la materia.

7 Resolución – Acciones a llevar a cabo

7.1 Informes de resolución

El Informe de Investigación será sometido a la consideración del OPP, el cual adoptará una de las siguientes decisiones:

- Archivar el procedimiento por considerar que la investigación demuestra la inexistencia de incumplimientos de la *Política de Compliance Penal* de FUNDACIÓN ONCE, lo que conlleva el cierre del expediente en el SGN.
- En caso de que el OPP concluya, como resultado de la investigación de una denuncia, que esta no tiene trascendencia penal corporativa pero sí trascendencia de otra naturaleza que pueda afectar a la Organización (p.ej. en materia de ética), el OPP procederá a remitir el Informe de Investigación junto con toda la documentación recabada en el proceso de Instrucción de la denuncia, para que sea el Observatorio quien lo remita al órgano correspondiente para su adecuado tratamiento (p.ej. *Subcomité de Ética*).
- En caso de que el OPP concluya, como resultado de la investigación de una denuncia, que esta pudiera incorporar trascendencia penal corporativa, el OPP elevará una propuesta de resolución de la investigación al Director General de FUNDACIÓN ONCE. La propuesta de resolución incorporará el Informe de Investigación y toda la documentación generada en el proceso de Instrucción de la denuncia.

Las decisiones del OPP en relación con los Expedientes serán documentadas mediante las Actas de Sesiones elaboradas por el Secretario.

El Director General de FUNDACIÓN ONCE cumplimentará la 'Ficha de Resolución' prevista en el **Anexo VI**, donde plasmará las acciones acordadas.

El Secretario del OPP registrará en el SGN las acciones acordadas por el OPP o el Director General de FUNDACIÓN ONCE.

Una vez que se haya adoptado una resolución sobre la denuncia, el Secretario del OPP procederá a bloquear el expediente en el SGN, moviéndolo a la carpeta de contenidos de "Expedientes Cerrados". Los expedientes cerrados permanecerán bloqueados el tiempo que el Presidente y el Secretario del OPP estimen conveniente hasta su eliminación del SGN; conforme a lo previsto en las políticas y procedimientos de FUNDACIÓN ONCE³¹.

³¹ El artículo 32 de la LOPD 3/2018 define el concepto de boqueo en los siguientes términos: "El bloqueo de los datos consiste en la identificación y reserva de los mismos, adoptando medidas técnicas y organizativas, para impedir su tratamiento, incluyendo su visualización, excepto para la puesta a disposición de los datos a los jueces y tribunales, el Ministerio Fiscal o las Administraciones Públicas competentes, en particular de las autoridades de protección de datos, para la exigencia de posibles responsabilidades derivadas del tratamiento y solo por el plazo de prescripción de las mismas. Transcurrido ese plazo deberá procederse a la destrucción de los datos."

Comunicación al denunciante y bloqueo de datos

En caso de que el OPP decida archivar el procedimiento y cerrar el expediente de una denuncia, el Secretario del OPP comunicará al denunciante la finalización de la Instrucción mediante correo electrónico y/o carta formal certificada (si se dispone de la dirección postal del interesado).

En caso de que el OPP concluya, como resultado de la investigación de una denuncia, que esta tiene trascendencia penal corporativa o trascendencia de otra naturaleza que pueda afectar a la Organización, el Secretario del Órgano que corresponda será el encargado de comunicar al denunciante la finalización de la Instrucción.

Las comunicaciones enviadas mediante correo electrónico por el Secretario contendrán 'Confirmación de Entrega' y 'Confirmación de lectura'. En el caso de que el Secretario no recibiese 'Confirmación de Entrega' tratará, en la medida de lo posible, de contactar con el denunciante por otro medio.

Cuando se trate de una denuncia compleja o incierta, el OPP podrá dar contestación mediante burofax remitido con acuse de recibo y certificado de texto. Alternativamente, y si las circunstancias del caso así lo aconsejaran, el medio utilizado para remitir la comunicación al Denunciante podría ser la entrega en mano, en el propio centro de trabajo, con acuse de recibo.

Comunicación al denunciado

En caso de que el OPP decida archivar el procedimiento y cerrar el expediente de una denuncia, el Secretario del OPP comunicará las conclusiones alcanzadas al área o departamento de FUNDACIÓN ONCE que corresponda, para que este comunique a través de carta formal al denunciado, la resolución adoptada, el alcance de la investigación desarrollada y las conclusiones alcanzadas.

En caso de que el OPP concluya, como resultado de la investigación de una denuncia, que esta tiene trascendencia penal corporativa o trascendencia de otra naturaleza que pueda afectar a la Organización, el Secretario del Órgano que corresponda será el encargado de comunicar al denunciado, a través de carta formal, la resolución adoptada, el alcance de la investigación desarrollada y las conclusiones alcanzadas.

A tal efecto, se propone el envío de la carta recogida en el **Anexo IV apartado I**³²

La carta indicada en el párrafo anterior se remitirá a la atención del denunciado mediante burofax remitido a su domicilio con acuse de recibo y certificado de texto. Alternativamente, y si las circunstancias del caso así lo aconsejan, el medio utilizado para remitir la comunicación al Denunciado podría ser la entrega en mano, en el propio centro de trabajo, con acuse de recibo.

³² Por razones prácticas, FUNDACIÓN ONCE debería valorar caso por caso la conveniencia o no de remitir la carta informativa propuesta en el **Anexo IV** en aquellos casos en los que tras la investigación de los hechos contenidos en la notificación se concluya que no existe ningún tipo de responsabilidad de la persona denunciada, siempre que se haya procedido a la supresión de los datos de carácter personal recabados durante la investigación y que el afectado no tenga en ningún momento conocimiento ni constancia de la notificación formulada.

7.2 Medidas disciplinarias ante incumplimientos

De conformidad con lo establecido en el *Documento vertebrador del Sistema de Gestión de Compliance Penal*, todos los miembros de la Organización y socios de negocio, con independencia de su nivel jerárquico y ubicación geográfica o funcional, tienen la obligación de cumplir con los principios y procedimientos establecidos en dicho texto, en cuanto les sea de aplicación. Igualmente, a los efectos de velar por el correcto desarrollo del *Sistema de Gestión de Compliance Penal*, se les insta a que informen sobre comportamientos individuales, colectivos o actividades que concurren en el contexto de sus actividades en la Organización y que puedan suponer una contravención del contenido de la Política de *Compliance Penal* o del resto de documentos del Sistema de Gestión de *Compliance Penal*, con independencia de si tales comportamientos han sido ordenados o solicitados por un superior.

Cuando el OPP investigue y confirme la contravención de lo indicado por la Política de *Compliance Penal*, propondrá al [Órgano por definir] las medidas a adoptar, incluyendo las disciplinarias (en el ámbito laboral) o contractuales (en las relaciones mercantiles con terceros) que considere proporcionales al riesgo o daños ocasionados. Dichas medidas no sólo se proyectarán sobre los sujetos cuyas conductas hayan ocasionado el riesgo o daño, sino también sobre cualquier miembro de la Organización que no haya seguido los procedimientos establecidos por FUNDACIÓN ONCE para su prevención y respuesta, circunstancia que se considera en sí misma una infracción de los valores y principios éticos con los que FUNDACIÓN ONCE se ha comprometido.

Las medidas que se adopten desde una perspectiva laboral serán respetuosas con la normativa aplicable, sin que por ello pierdan contundencia o proporcionalidad con la gravedad de los hechos de los que traigan causa, informando si procede a los Representantes Legales de los Trabajadores.

En el caso que se confirme que la actuación de algún miembro de la Organización pudiera ser constitutiva de un ilícito penal por el que puede ser investigada la persona jurídica, tal circunstancia será puesta de manifiesto a las Autoridades Públicas competentes para su conocimiento y persecución, comunicación que será acompañada de todas las pruebas y/o indicios que pudieran haber sido recopilados por la Organización.

8 Reportes e informes periódicos

8.1 Reportes periódicos sobre la actividad del *Canal de Denuncias*

Con periodicidad trimestral, el Secretario del OPP elaborará un Informe que contendrá información relativa a las actividades de gestión del *Canal de Denuncias*, en particular:

- Número de notificaciones recibidas.
- Motivos que han llevado a instruir o no instruir las notificaciones.
- Estado en el que se encuentran las denuncias abiertas.
- Resoluciones alcanzadas por los instructores.
- Dudas que hayan podido surgir relativas a los informes elaborados por los instructores.
- Consultas de trabajadores de FUNDACIÓN ONCE y terceros realizadas al OPP.
- Medidas disciplinarias aplicadas.
- Sugerencias de mejora en el ámbito del control interno.

Dicho Informe será sometido a la consideración del OPP y, en su caso, del Observatorio Coordinador de Prevención Penal y permitirá mantener un correcto control de la evolución de las denuncias recibidas y evaluar si el *Canal de Denuncias* está funcionando correctamente.

El contenido del Informe se basará en los datos incorporados en el Fichero de Control de Expedientes propuesto en el **Anexo II**.

8.2 Reporte anual sobre la actividad del *Canal de Denuncias*

Con una periodicidad anual, el Secretario del OPP elaborará un Informe que incluirá la información relativa a las actividades de gestión del *Canal de Denuncias* llevadas a cabo por el OPP.

Dicho Informe será elevado al *Observatorio Coordinador de Prevención Penal* de Grupo Social ONCE y permitirá mantener un correcto entorno de control de la evolución y funcionamiento del *Canal de Denuncias* de acuerdo a su diseño, implementación y eficacia.

El Informe incluirá, entre otros:

- Número de notificaciones recibidas.
- Número de notificaciones clasificadas como procedentes y fuera de ámbito.
- Temática de las notificaciones, incluyendo % por temática.
- Estatus de los Expedientes (Nº de expedientes abiertos, cerrados, etc.)
- Resoluciones adoptadas.
- Medidas disciplinarias aplicadas a cada caso.
- Medidas de prevención propuestas y evaluación de las medidas ya implantadas.
- Sugerencias de mejora identificadas en el periodo.

El contenido del Informe se basará en los datos incorporados en el Fichero de Control de Expedientes propuesto en el **Anexo II**.

8.3 Reportes y comunicaciones urgentes

El Presidente del OPP se encargará de informar con carácter inmediato al *Observatorio Coordinador de Prevención Penal* de Grupo Social ONCE de aquellas circunstancias sobrevenidas que, por su posible impacto económico y/o reputacional, pudieran ocasionar un perjuicio de gravedad a la Organización.

Para ello, el Secretario del OPP elaborará y facilitará al Presidente un informe ad-hoc que contendrá una descripción detallada de las circunstancias que originan la comunicación, así como de su posible impacto económico y/o reputacional en la Organización.

Anexos

**Procedimiento de Gestión e
Investigación de Denuncias**

ANEXO I: Definiciones básicas

A efectos aclaratorios, se efectúan las siguientes **definiciones** que permiten contextualizar el alcance del presente *Procedimiento*:

1. **Organización:** persona o grupo de personas que tienen sus propias funciones, con responsabilidades, autoridades y relaciones para el logro de sus objetivos.
2. **Miembros de la Organización:** los integrantes del órgano de gobierno, directivos, empleados, trabajadores o empleados temporales o bajo convenio de colaboración, y voluntarios de una organización y el resto de personas bajo subordinación jerárquica de cualquiera de los anteriores.
3. **Socios de negocio:** cualquier persona jurídica o física, salvo los Miembros de la Organización, con quien la Organización mantiene o prevé establecer algún tipo de relación de negocios. A modo enunciativo, pero no limitativo, se incluyen intermediarios como agentes o comisionistas, asesores externos, *joint-ventures* o personas físicas o jurídicas contratadas por FUNDACIÓN ONCE para la entrega de bienes o prestación de servicios.
4. **Tercero:** persona física o jurídica u organismo independiente de la Organización.
5. **Observatorio Coordinador de Prevención Penal:** órgano colegiado responsable de la coordinación de las cuestiones en materia ética y de responsabilidad penal que afectan a Grupo Social ONCE.
6. **Órgano de Prevención Penal:** órgano de FUNDACIÓN ONCE dotado de poderes autónomos de iniciativa y control al que se confía la responsabilidad de supervisar el funcionamiento y observancia del Sistema de Gestión de *Compliance* Penal.
7. **Canal de Denuncias:** herramienta a través de la cual se reciben las notificaciones (consultas y denuncias) en materia de ética, cumplimiento y responsabilidad penal de la persona jurídica.
8. **Normativa aplicable a FUNDACIÓN ONCE:** conjunto de compromisos éticos y de cumplimiento voluntariamente asumidos por FUNDACIÓN ONCE (contenidos en su Código Ético de Conducta y en el resto de normativa que conforma su Sistema de Gestión de *Compliance* penal), así como la legislación en vigor que en cada momento le es aplicable a la Organización.
9. **Incumplimiento:** comportamiento, activo u omisivo que suponga la infracción de la normativa aplicable a FUNDACIÓN ONCE. Un incumplimiento, en función de su gravedad, puede abarcar desde el mero incumplimiento formal de un requisito incluido en una norma interna, hasta la comisión de hechos constitutivos de un delito potencialmente imputable a la Organización.
10. **Notificación:** declaración por la que cualquier miembro de FUNDACIÓN ONCE deja constancia de una cuestión acerca del alcance, interpretación o cumplimiento de la normativa aplicable a la Organización. En función de su contenido, una comunicación puede contener una consulta o una denuncia.
11. **Consulta:** notificación por la que cualquier miembro de FUNDACIÓN ONCE solicita una aclaración, respuesta o criterio sobre el alcance, interpretación o cumplimiento de la normativa aplicable a la Organización.
12. **Denuncia:** notificación relativa a un posible incumplimiento de la normativa aplicable a FUNDACIÓN ONCE.
13. **Denunciante:** persona física o jurídica con acceso al *Canal de Denuncias* que realiza una denuncia.
14. **Denunciado:** persona física o jurídica a la que se le imputa un presunto incumplimiento y que puede ser objeto de una investigación por parte del Órgano de Prevención Penal de FUNDACIÓN ONCE.
15. **Comunicación:** acción de informar a las partes involucradas en el procedimiento, a fin de garantizar el correcto desarrollo del mismo y el respeto a sus derechos.

16. **Documento de Evaluación de Riesgos Penales:** documento que identifica las actividades en cuyo ámbito pueden materializarse riesgos penales así como del personal que ocupa posiciones especialmente expuestas a dichos riesgos con una valoración superior a baja.
17. **Matriz de riesgos penales y controles:** relación priorizada de los riesgos penales identificados así como de las principales medidas existentes para prevenir, detectar y gestionar dichos riesgos.
18. **Política de *Compliance* Penal:** documento que refleja el compromiso de cumplimiento del Órgano de gobierno y la Alta dirección de FUNDACIÓN ONCE así como los objetivos estratégicos de la Organización en materia de *Compliance* Penal.
19. **Documento vertebrador del Sistema de Gestión de *Compliance* Penal:** documento que tiene su amparo en la Política de *Compliance* Penal y recoge las normas y documentos organizativos existentes en el seno de FUNDACIÓN ONCE en materia de *Compliance* Penal y que incluyen las medidas diseñadas para evaluar, prevenir, detectar y gestionar de manera temprana los riesgos de *Compliance* Penal.
20. **Sistema de Gestión de *Compliance* penal:** sistema de organización y gestión para la prevención de delitos, cuyo objetivo es la prevención, detección y gestión de Riesgos penales mediante su integración en los procesos de negocio, así como la medición para su mejora continua, y cuya base esencial se representa en la Política de *Compliance* penal y en el Documento vertebrador del Sistema de *Compliance* penal.
21. **Código Ético de Conducta:** documento que recoge los valores éticos que deben servir de guía para la actuación de los miembros de la Organización, junto con las orientaciones para la acción a fin de conseguir cada uno de los valores éticos. El Código Ético de FUNDACIÓN ONCE está compuesto por los siguientes documentos:
 - Código ético de conducta de los patronos.
 - Código ético de conducta de los consejeros, directivos, mandos intermedios y otros responsables de gestión.
 - Código ético y guía de conducta para la actuación de los trabajadores y trabajadoras.

ANEXO II: Campos del Fichero de Control de Expedientes

El Fichero de Control de Expedientes incluirá, al menos, los siguientes campos, y será empleado para elaborar los Informes sobre la actividad del OPP.

Número de expediente
Nombre del denunciante
Fecha de recepción de la denuncia
Empresa de la que es empleado el denunciante
Tipo de denuncia
Forma en la que se ha recibido la denuncia
Objeto de la denuncia
Observaciones
Estado del expediente
Nombre del Instructor
Próximos pasos
Fecha inicio instrucción
Fecha fin instrucción

ANEXO III: Ficha de No Instrucción

[Logo de la sociedad]	
FICHA DE NO INSTRUCCIÓN	
(*) NOTA IMPORTANTE: Esta Ficha será acompañada de una copia de la notificación recibida por la <i>Organización</i>	
DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN	
Número de Expediente	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Instructor	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha recepción notificación	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha toma de decisión	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Encargado de la notificación	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA NOTIFICACIÓN	
Motivos por los que se decide no instruir una notificación:	
(*) Se podrá marcar más de una casilla	
<input type="checkbox"/> Fuera de ámbito	<input type="checkbox"/> Datos falsos
<input type="checkbox"/> Hechos incongruentes	<input type="checkbox"/> Contenido insuficiente
<input type="checkbox"/> Hechos ambiguos o vagos	<input type="checkbox"/> Datos no son verificables
Motivos que han llevado al Comité a desestimar notificación	
En <input style="width: 100px;" type="text"/> a <input style="width: 50px;" type="text"/> de <input style="width: 100px;" type="text"/> de <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Firmas	
Presidente	Secretario

ANEXO IV: Modelo de comunicaciones a enviar a comunicantes, denunciados y terceros

A.- Comunicado de recepción de denuncia

Estimados Srs.,

Acusamos recibo del escrito de denuncia interpuesto en fecha **XX** de **XXXXXX** de **20XX** y que será puesto en conocimiento del *Órgano de Prevención Penal* en su próxima reunión.

Estamos a su disposición para cualquier aclaración o consulta adicional que pudiera tener.

Reciba un cordial saludo.

El Órgano de Prevención Penal.

Nota: Le informamos de que, a los únicos efectos de tramitar la presente respuesta, los datos de carácter personal que figuran en el expediente han sido incorporados a un registro documental temporal titularidad de Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE), cuya finalidad es la gestión de las comunicaciones recibidas relacionadas con aspectos delictivos o cualquier acto fraudulento que afecte a Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE) y que será cancelado a la resolución/archivo del expediente correspondiente. Al amparo de lo dispuesto en el RGPD de 25 de mayo de 2018, Ud. podrá ejecutar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición sobre dichos datos de carácter personal.

Asimismo, le recordamos la obligación de tratar de forma confidencial todos los aspectos contenidos en la denuncia.

B.- Modelo de comunicación a enviar al comunicante identificado cuando no se proceda a la apertura de expediente

Estimados, Sr. / Sra.

Acusamos recibo de su comunicación de fecha [día] de [mes] de [año] y, ante todo, le agradecemos que se haya puesto en contacto con nosotros. En relación a su escrito de denuncia enviado al *Órgano de Prevención Penal*, y tras la deliberación llevada a cabo por el mismo Órgano bajo el número de expediente XX/20XX, lamentamos informarle que hemos desestimado la misma ya que su contenido es [describir el contenido], sin que pueda deducirse de la misma ningún ilícito o actuación contraria a la Política de *Compliance* Penal.

[PARA EL CASO DE EMPLEADOS] No obstante, le informamos que el *Órgano de Prevención Penal* ha acordado dar traslado de su comunicación al departamento de Recursos Humanos de su área ejecutiva, con el fin de poner en conocimiento las circunstancias descritas en su comunicación y tratar así de mejorar la comunicación con los diferentes mandos.

[PARA EL CASO DE SOCIOS DE NEGOCIO o TERCEROS] No obstante, le informamos que el *Órgano de Prevención Penal* ha acordado dar traslado de su comunicación al departamento [INCLUIR EL DPTO. QUE MANTIENE LA RELACIÓN COMERCIAL CON EL SOCIO DE NEGOCIO / TERCERO], con el fin de poner en conocimiento las circunstancias descritas en su comunicación y tratar así de resolver la problemática a la que hace referencia.

Sin otro particular y agradeciendo la comunicación enviada.

Le saluda atentamente.

El *Órgano de Prevención Penal*.

Nota: Le informamos de que, a los únicos efectos de tramitar la presente respuesta, los datos de carácter personal que figuran en el expediente han sido incorporados a un registro documental temporal titularidad de Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE), cuya finalidad es la gestión de las comunicaciones recibidas relacionadas con aspectos delictivos o cualquier acto fraudulento que afecte a Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE) y que será cancelado a la resolución/archivo del expediente correspondiente. Al amparo de lo dispuesto en el RGPD de 25 de mayo de 2018, Ud. podrá ejecutar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición sobre dichos datos de carácter personal.

Asimismo, le recordamos la obligación de tratar de forma confidencial todos los aspectos contenidos en la denuncia.

B-bis.- Modelo de comunicación a enviar al comunicante identificado cuando su denuncia sea fuera de ámbito, pero el Instructor del Órgano de Prevención Penal considere necesario comunicar a la autoridad competente o de interés para la organización

a) Contestación a remitir en caso de que se traslade a un departamento o autoridad pública

Estimados, Sr. / Sra.

Acusamos recibo de su comunicación de fecha [día] de [mes] de [año] y, ante todo, le agradecemos que se haya puesto en contacto con nosotros. En relación a su escrito de denuncia enviado al *Órgano de Prevención Penal*, y tras la deliberación llevada a cabo por el *Órgano de Prevención Penal* bajo el número de expediente XX/20XX, lamentamos informarle que hemos desestimado la misma ya que su contenido es [describir el contenido], sin que pueda deducirse de la misma ningún ilícito o actuación contraria a la Política de *Compliance Penal*.

Sin embargo, y teniendo en cuenta el contenido de su comunicación, hemos procedido a realizar las oportunas gestiones con el fin de facilitarle los datos de la comunicación recibida a la autoridad competente en la materia [...], que es el organismo ante quien debe tramitar los asuntos que nos ha comunicado.

Sin otro particular y agradeciendo la comunicación enviada.

Le saluda atentamente.

El *Órgano de Prevención Penal*.

Nota: Le informamos de que, a los únicos efectos de tramitar la presente respuesta, los datos de carácter personal que figuran en el expediente han sido incorporados a un registro documental temporal titularidad de Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE), cuya finalidad es la gestión de las comunicaciones recibidas relacionadas con aspectos delictivos o cualquier acto fraudulento que afecte a Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE) y que será cancelado a la resolución/archivo del expediente correspondiente. Al amparo de lo dispuesto en el RGPD de 25 de mayo de 2018, Ud. podrá ejecutar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición sobre dichos datos de carácter personal.

Asimismo, le recordamos la obligación de tratar de forma confidencial todos los aspectos contenidos en la denuncia.

b) Contestación a remitir en caso de que se remita al comunicante directamente al departamento correspondiente.

Estimados, Sr. / Sra.

Acusamos recibo de su comunicación de fecha [día] de [mes] de [año] y, ante todo, le agradecemos que se haya puesto en contacto con nosotros. En relación a su escrito de denuncia enviado al *Órgano de Prevención Penal*, y tras la deliberación llevada a cabo por el *Órgano de Prevención Penal* bajo el número de expediente XX/20XX, lamentamos informarle que hemos desestimado la misma ya que su contenido es [describir el contenido], sin que pueda deducirse de la misma ningún ilícito o actuación contraria a la Política de *Compliance Penal*.

En relación con el contenido de su comunicación, puede Usted contactar con [...] (*INDICAR PERSONA DE CONTACTO*) en la dirección [...], y/o el teléfono [...], dado que, por política de privacidad, no hemos comunicado los datos personales que Usted nos ha facilitado.

Sin otro particular y agradeciendo la comunicación enviada.

Le saluda atentamente.

El *Órgano de Prevención Penal*.

Nota: Le informamos de que, a los únicos efectos de tramitar la presente respuesta, los datos de carácter personal que figuran en el expediente han sido incorporados a un registro documental temporal titularidad de Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE), cuya finalidad es la gestión de las comunicaciones recibidas relacionadas con aspectos delictivos o cualquier acto fraudulento que afecte a Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE) y que será cancelado a la resolución/archivo del expediente correspondiente. Al amparo de lo dispuesto en el RGPD de 25 de mayo de 2018, Ud. podrá ejecutar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición sobre dichos datos de carácter personal. Asimismo, le recordamos la obligación de tratar de forma confidencial todos los aspectos contenidos en la denuncia.

C.- Comunicación con el Instructor encargado de la investigación

Estimados, Sr. / Sra.

Le informamos que el *Órgano de Prevención Penal de Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE)* ha acordado la apertura de un expediente de investigación n° **XX/20XX** como consecuencia de la comunicación recibida de un **trabajador/a o proveedor** de la Organización. En este sentido, le informamos que, dado el carácter de la denuncia informada, se ha acordado la activación de la Respuesta ante Incumplimientos ante situaciones de **[determinar tipología de la denuncia]**, por lo que le rogamos priorice los contactos e Instrucción del expediente.

En este sentido, el *Órgano de Prevención Penal* acordó su designación como Instructor del Expediente de referencia, y sobre el cual se le reenvía la comunicación recibida y documentación adjunta.

Sobre la Instrucción que se le encomienda le recordamos que su función será de:

“El instructor será responsable de investigar los hechos comunicados, así como de requerir la información pertinente y, en su caso, tomar declaración a todo aquel que pueda estar implicado en los mismos.

A la vista de las actuaciones indicadas, el instructor procederá a preparar un Informe de investigación que contenga las decisiones y recomendaciones que se deban adoptar de observarse una conducta incumplidora de la Política de *Compliance* Penal, y/o la sanción o medidas correctoras propuestas, en su caso.”

Cualquier aclaración o consulta en relación con las funciones a desarrollar, por favor, no dude en ponerse en contacto con el *Órgano de Prevención Penal*.

Un cordial saludo.

El *Órgano de Prevención Penal*.

D.- Modelo de comunicación a enviar al comunicante identificado cuando su denuncia sea procedente para el inicio de la Investigación

Estimados, Sr. / Sra.

Acusamos recibo de su comunicación de fecha [día] de [mes] de [año] y, ante todo, le agradecemos que se haya puesto en contacto con nosotros. Una vez analizado su escrito por parte del *Órgano de Prevención Penal*, queremos informarle que hemos determinado tramitar su denuncia y hemos incoado Expediente de Investigación número XX/20XX.

A tal efecto, la instrucción se llevará a cabo por:

D. XXXXXXXXXXXX
Sociedad->XXXX

El Instructor será responsable de Investigar los hechos comunicados, así como de requerir la información pertinente y, en su caso, tomar declaración a todo aquel que pueda estar implicado en los mismos.

Dada la naturaleza de los hechos denunciados, [le comunicamos que la Organización ha activado la Respuesta ante Incumplimientos de situaciones de XX para asegurar una rápida resolución].

Una vez realizado el estudio de la denuncia y a la vista de las actuaciones indicadas, el Instructor procederá a proponer las medidas correctoras, que deberán ser aprobadas por parte del *Órgano de Prevención Penal*, en su caso.

Finalmente, informarle que el *Órgano de Prevención Penal* garantiza en todo momento su confidencialidad, así como la de todas las comunicaciones recibidas y la instrucción que será llevada a cabo.

Quedamos a su disposición para cualquier duda o aclaración que le pueda surgir al respecto.

Atentamente,

El *Órgano de Prevención Penal*.

Nota: Le informamos de que, a los únicos efectos de tramitar la presente respuesta, los datos de carácter personal que figuran en el expediente han sido incorporados a un registro documental temporal titularidad de Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE), cuya finalidad es la gestión de las comunicaciones recibidas relacionadas con aspectos delictivos o cualquier acto fraudulento que afecte a Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE) y que será cancelado a la resolución/archivo del expediente correspondiente. Al amparo de lo dispuesto en el RGPD de 25 de mayo de 2018, Ud. podrá ejecutar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición sobre dichos datos de carácter personal.

Asimismo, le recordamos la obligación de tratar de forma confidencial todos los aspectos contenidos en la denuncia.

E- Modelo de comunicación a enviar al comunicante identificado cuando su denuncia sea procedente pero insuficiente, incompleta o no proporcione el detalle necesario para iniciar la Investigación

Estimados, Sr. / Sra.

Acusamos recibo de su comunicación de fecha [día] de [mes] de [año] y, ante todo, le agradecemos que se haya puesto en contacto con nosotros. Le informamos de que, para que podamos analizar su comunicación, es necesario que nos facilite una mayor información sobre el contenido de la misma, aportándonos aquellos datos o detalles adicionales que nos sirvan para investigar de forma precisa los hechos que menciona.

[En concreto, sería necesario que nos informara en detalle de las siguientes cuestiones (...)]³³

En caso de que en un plazo de treinta días no recibamos ninguna nueva comunicación por su parte aportándonos los datos adicionales solicitados, nos veremos obligados a archivar su denuncia y cancelar todos los datos, incluyendo los datos personales, que Usted nos ha aportado.

Atentamente,

El Órgano de Prevención Penal.

Nota: Le informamos de que, a los únicos efectos de tramitar la presente respuesta, los datos de carácter personal que figuran en el expediente han sido incorporados a un registro documental temporal titularidad de Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE), cuya finalidad es la gestión de las comunicaciones recibidas relacionadas con aspectos delictivos o cualquier acto fraudulento que afecte a Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE) y que será cancelado a la resolución/archivo del expediente correspondiente. Al amparo de lo dispuesto en el RGPD de 25 de mayo de 2018, Ud. podrá ejecutar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición sobre dichos datos de carácter personal. Asimismo, le recordamos la obligación de tratar de forma confidencial todos los aspectos contenidos en la denuncia.

³³ Se podrá completar este párrafo cuando a la vista de los hechos denunciados se desee solicitar algún tipo de información o documentación en concreto.

F.- Modelo de comunicación a remitir a un tercero mencionado en una comunicación informándole de la inclusión de sus datos personales dentro de las Carpetas de Expedientes

Estimado Sr / Sra.

Nos ponemos en contacto con Usted a fin de informarle de que en fecha [día] de [mes] de [año] se ha recibido por parte del *Órgano de Prevención Penal* de Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE), una comunicación en la que Usted aparece como [testigo/conocedor de los hechos].

En este sentido, solicitamos su colaboración en la posible investigación que, en su caso, decida realizar Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE). Le recordamos que su colaboración en este asunto es muy relevante para garantizar un tratamiento y seguimiento adecuado de las notificaciones recibidas a través del *Canal de Denuncias*.

En cumplimiento de la legislación vigente, le informamos asimismo de que sus datos personales que a continuación se detallan han sido incluidos en un fichero automatizado de datos: [Nombre, apellidos, DNI, etc.]. El referido fichero titularidad de Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE) es mantenido bajo su responsabilidad, y su finalidad es la gestión del Procedimiento establecido por Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE) a los únicos efectos de Investigar los hechos objeto de la denuncia.

Usted podrá en cualquier momento ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de sus datos personales mediante comunicación escrita dirigida a la sede social de Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE) a la atención del *Órgano de Prevención Penal* sita en la [Dirección].

Salvo que Usted nos manifieste expresamente lo contrario en un plazo de treinta días desde la recepción de la presente carta, bien enviándonos una carta a la dirección antes indicada, bien mediante el envío de un mensaje de correo electrónico a la siguiente dirección [Correo electrónico], entenderemos que Usted consiente de forma expresa e inequívoca el tratamiento de sus datos en los términos anteriormente expuestos.

Nos encontramos a su disposición para resolver cualquier duda o cuestión que tenga al respecto, agradeciéndole de antemano su colaboración.

Atentamente,

El *Órgano de Prevención Penal*.

Nota: Le informamos de que, a los únicos efectos de tramitar la presente respuesta, los datos de carácter personal que figuran en el expediente han sido incorporados a un registro documental temporal titularidad de Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE), cuya finalidad es la gestión de las comunicaciones recibidas relacionadas con aspectos delictivos o cualquier acto fraudulento que afecte a Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE) y que será cancelado a la resolución/archivo del expediente correspondiente. Al amparo de lo dispuesto en el RGPD de 25 de mayo de 2018, Ud. podrá ejecutar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición sobre dichos datos de carácter personal. Asimismo, le recordamos la obligación de tratar de forma confidencial todos los aspectos contenidos en la denuncia.

G.- Modelo de comunicación a remitir al denunciado informándole de la inclusión de sus datos personales dentro del fichero [incluir nombre del fichero] titularidad de FUNDACIÓN ONCE

Estimados Sr. / Sra.

Le informamos que con fecha [] *Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE)* ha recibido una comunicación interna en la que aparece como persona denunciada. Por este motivo, los datos personales que a continuación se detallan están siendo manejados por *Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE)* en el contexto del análisis de los hechos que, supuestamente y según la citada comunicación, habrían tenido lugar:

- Nombre: []
- Cargo: []
- DNI: []
- Teléfono fijo: []
- Teléfono móvil: []
- Correo electrónico: []

Los datos anteriormente mencionados están siendo manejados bajo la responsabilidad de la Organización, y su finalidad es la gestión de las comunicaciones recibidas a través de los procedimientos de denuncias de *Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE)* a los únicos efectos de analizar los hechos objeto de la comunicación los cuales, de forma más concreta, versan sobre [] comunicado por un [empleado/tercero] de [*Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE)* / TERCERO].

En particular, los hechos comunicados se refieren, fundamentalmente, a los siguientes extremos:

- [EXPLICAR MOTIVOS]

Respecto a estos hechos, la documentación aportada se corresponde, en su mayor parte, [].

Le confirmo que los datos de carácter personal que están siendo manejados por *Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE)* para el análisis de la comunicación interna, serán tratados en todo momento con la máxima confidencialidad y reserva. Le informamos asimismo que, conforme a los procedimientos establecidos en la *Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE)*, los Departamentos de la Organización involucrados en la resolución de la comunicación interna son [].

Podrá en cualquier momento ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de sus datos personales mediante comunicación escrita dirigida a la sede social de *Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE)*, sita en [Dirección]. Estamos a su disposición para resolver cualquier duda o cuestión que tenga al respecto.

El Órgano de Prevención Penal.

Nota: Le informamos de que, a los únicos efectos de tramitar la presente respuesta, los datos de carácter personal que figuran en el expediente han sido incorporados a un registro documental temporal titularidad de *Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE)*, cuya finalidad es la gestión de las comunicaciones recibidas relacionadas con aspectos delictivos o cualquier acto fraudulento que afecte a *Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (FUNDACIÓN ONCE)* y que será cancelado a la resolución/archivo del expediente correspondiente. Al amparo de lo dispuesto en el RGPD de 25 de mayo de 2018, Ud. podrá ejecutar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición sobre dichos datos de carácter personal. Asimismo, le recordamos la obligación de tratar de forma confidencial todos los aspectos contenidos en la denuncia.

ANEXO V: Consentimiento del denunciante para informar de su identidad en el transcurso de la investigación

DON/DOÑA con documento de identidad número....., como denunciante de la notificación cuyo número de Expediente es..... y previamente informado de modo expreso, preciso e inequívoco,

AUTORIZA:

La comunicación de sus datos de carácter personal que figuran en el Expediente a terceras personas [NOMBRE Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS] con el objeto de que el Instructor pueda llevar a cabo la investigación de los hechos comunicados, así como de recabar información suficiente y necesaria para acreditar los hechos denunciados.

Fecha

Firmado

ANEXO VI: Ficha de Resolución

[Logo de la sociedad]	
FICHA DE RESOLUCIÓN	
(*) NOTA IMPORTANTE: Esta Ficha será acompañada del Informe de Investigación	
DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN	
Número de Expediente	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Instructor	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha Recepción Notificación	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha Resolución	<input style="width: 100%;" type="text"/>
RESOLUCIÓN ADOPTADA	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Descripción de la resolución adoptada y documentación soporte</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Medidas disciplinarias aplicadas</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Posibles sugerencias de mejora adoptadas</p> </div>	
En <input style="width: 150px;" type="text"/> a <input style="width: 50px;" type="text"/> de <input style="width: 150px;" type="text"/> de <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Firmas	
Presidente	Secretario

8.7 ANEXO 7. Sistema de gestión de Compliance Penal





**Documento vertebrador del
Sistema de gestión de
Compliance penal**

Julio de 2018

Documento vertebrador del Sistema de gestión de *Compliance* penal

BORRADOR SUJETO A CAMBIOS

Información importante sobre este documento	
Identificación del documento	Documento vertebrador del Sistema de gestión de <i>Compliance</i> penal
<i>Ámbito de aplicación territorial del Sistema de gestión de Compliance penal</i>	Global
Apartado del <i>Código Ético de la Fundación ONCE</i> que desarrolla	Apartado B del <i>Código Ético de la Fundación ONCE</i>
Apartado de otras Normas que desarrolla	Ninguno
Normas que sustituye	Ninguna
Normas que deroga	Ninguna
Normas relacionadas	Resto de documentos que conforman el <i>Sistema de gestión de Compliance penal</i> de la <i>Fundación ONCE</i>
Unidad de negocio o función a la que afecta	La <i>Fundación ONCE</i> y su <i>Perímetro de control penal</i> .
Personal al que afecta	Todos los <i>Miembros</i> de la <i>Fundación ONCE</i> y de las <i>entidades de su Perímetro de control penal</i> y <i>Socios de negocio</i> según corresponda.
Responsable principal de su vigilancia	<i>Órgano de Prevención Penal</i>
Fecha de aprobación	[Fecha de aprobación]
Fecha de aplicación	[Fecha de aplicación]

Documento vertebrador del Sistema de gestión de *Compliance* penal

Índice

1.	Definiciones	4
2.	Objeto y ámbito de aplicación	7
2.1.	Objeto	7
2.2.	Ámbito de aplicación	7
3.	Contexto de la <i>Organización</i>	9
3.1.	Evaluación de <i>Riesgos penales</i>	9
4.	Función de <i>Compliance</i> penal de la <i>Organización</i>	14
4.1.	El <i>Órgano de Prevención Penal</i> de Fundación ONCE	14
4.2.	Los Delegados de <i>Compliance</i> penal	16
5.	Funciones sinérgicas	17
5.1.	Sistemas de Información / IT	17
5.2.	Recursos Humanos	18
5.3.	Auditoría interna	19
6.	Recursos	20
6.1.	Gestión de recursos	20
6.2.	Formación, concienciación y comunicación	20
7.	Comunicaciones de <i>Compliance</i> penal	22
7.1.	Comunicación de dudas y denuncias al <i>Órgano de Prevención Penal</i>	22
7.2.	Informes al <i>Patronato</i>	23
8.	Diligencia debida	26
8.1.	Diligencia debida interna	26
8.2.	Diligencia debida externa	27
9.	Monitorización y auditoría del <i>Sistema de gestión de Compliance</i> penal	29
9.1.	Monitorización	29
9.2.	Auditoría	29
10.	Mejora del <i>Sistema de gestión de Compliance</i> penal	31
10.1.	<i>No conformidades</i> y acciones correctivas	31
10.2.	Mejora continua	31
Anexos 32		

1. Definiciones

Se relacionan a continuación las definiciones de aquellos conceptos que se utilizarán de manera frecuente en el presente documento (citados en *cursiva*):

- **Fundación ONCE:** Fundación ONCE para la cooperación e inclusión Social de personas con discapacidad y Entidades Dependientes.
- **Perímetro de control penal:** incluye a Fundación ONCE y a las entidades que se adhieran a la *Política de Compliance penal* y al resto del *Sistema de gestión de Compliance penal* de Fundación ONCE, por decisión de su órgano de administración social y que se relacionan en el **Anexo I** de la *Política de Compliance penal*.
- **Organización:** a efectos del *Sistema de gestión de Compliance penal*, incluye a las entidades que conforman el *Perímetro de control penal*.
- **Patronato:** Órgano máximo de gobierno y representación de la Fundación ONCE, del que dependen jerárquicamente los órganos de gestión.
- **Observatorio Coordinador de Prevención Penal:** órgano colegiado de coordinación en materia de prevención penal del Consejo General de ONCE y su Fundación.
- **Alta Dirección:** es la Dirección General de la *Fundación ONCE* en la medida que asume la dirección, gestión y administración ordinaria de la Fundación, en todas las materias en las que se desarrolla actividad de la Fundación.
- **Órgano de Prevención Penal:** órgano interno de la *Fundación ONCE*, dotado de poderes autónomos de iniciativa y control, al que se le confía, entre otros cometidos, la responsabilidad de supervisar el funcionamiento y observancia del *Sistema de gestión de Compliance penal* de la *Organización*. La existencia del *Órgano de Compliance penal* responde a las exigencias establecidas en la normativa penal española (artículo 31 bis del Código penal español) en cuanto a la supervisión del *Sistema de gestión de Compliance penal*.
- **Miembros de la Organización:** los integrantes del Patronato, directivos, empleados, trabajadores o empleados temporales o bajo convenio de

colaboración, y voluntarios de una organización y el resto de personas bajo subordinación jerárquica de cualquiera de los anteriores.

- **Socios de negocio:** cualquier persona jurídica o física, salvo los *Miembros de la Organización*, con quien la *Organización* mantiene o prevé establecer algún tipo de relación de negocios. A modo enunciativo, pero no limitativo, se incluyen intermediarios como agentes o comisionistas, asesores externos, *joint-ventures* o personas físicas o jurídicas contratadas por Fundación ONCE para la entrega de bienes o prestación de servicios.
- **Sujetos afectados por este documento:** todos los *Miembros de la Organización* así como los *Socios de negocio* que se determinen, cuando resulte aconsejable o necesario trasladar la totalidad o parte de sus contenidos de este documento.
- **Tercero:** persona física o jurídica u organismo independiente de la *Organización*.
- **Partes interesadas:** las personas físicas o jurídicas que, no siendo *Socios de negocio* ni *Miembros de la Organización*, pueden verse afectadas o percibirse como afectadas por una decisión o actividad de la *Organización*.
- **Personal que ocupa posiciones especialmente expuestas:** *Miembro de la Organización* cuyo cargo supone un riesgo penal mayor que bajo de conformidad con la evaluación de *Riesgos penales*.
- **Política de Compliance penal:** documento que refleja el compromiso de cumplimiento del *Patronato* y de la *Alta Dirección* de Fundación ONCE así como los objetivos estratégicos de la *Organización* de dicha materia, incluyendo su determinación de no tolerar en su seno ninguna conducta que pueda ser constitutiva de delito.
- **Catálogo de conductas prohibidas y parámetros de comportamiento esperados:** documento que refleja el listado de delitos aplicables a las personas jurídicas en los términos previstos por la legislación penal española, así como una breve descripción (no literal) de cada uno de ellos y las conductas que se esperan de sus destinatarios para su prevención, detección o gestión temprana.

- **Documento vertebrador del Sistema de gestión de *Compliance penal*:** conjunto de disposiciones contenidas en este documento, en adelante, también mencionado como el “**Documento**”.
- **Sistema de gestión de *Compliance penal*:** sistema de organización y gestión para la prevención de delitos, cuyo objetivo es la prevención, detección y gestión de *Riesgos penales* mediante su integración en los procesos de negocio, así como la medición para su mejora continua, y cuya base esencial se representa en la *Política de Compliance penal* y en el *Documento vertebrador del Sistema de Compliance penal*. En adelante, también mencionado como el “**Sistema**”.
- **Riesgo penal:** riesgo relacionado con el desarrollo de conductas que pudieran ser constitutivas de delito por el que Fundación ONCE o a cualquiera de las entidades del *Perímetro de control penal* podrían ser investigadas, según el régimen de responsabilidad penal de las personas jurídicas establecido en el Código penal español.
- **Requisito:** exigencia prevista y obligatoria. Los *requisitos* pueden provenir de las leyes penales y normativa complementaria o estar fijados por Fundación ONCE a través de la *Política de Compliance penal* o cualquiera de los documentos del *Sistema de gestión de Compliance penal* que le dan soporte.
- **Matriz de riesgos y controles penales:** documento que relaciona los elementos establecidos por la *Organización* para la prevención, detección y gestión de *Riesgos penales*.
- **No conformidad:** incumplimiento de un *requisito*.

2. Objeto y ámbito de aplicación

2.1. Objeto

El presente *Documento* tiene su amparo en la *Política de Compliance penal*, describiendo de manera estructurada los elementos que Fundación ONCE ha dispuesto en materia de prevención, detección y gestión de *Riesgos penales*, para dar cumplimiento a lo establecido en la normativa penal española y alcanzar los objetivos estratégicos y operativos de *Compliance* penal de la *Organización*.

A tal respecto, tiene como finalidad principal la de estructurar un entorno de prevención, detección y gestión temprana de *Riesgos penales*, así como a reducir sus efectos indeseados en el caso de que se materialicen, contribuyendo a generar una cultura ética y de respeto a la Ley entre todos los *Sujetos afectados por este documento* en aquello que les sea aplicable, de modo que todos ellos puedan reflejarla en sus conductas diarias.

El presente *Documento* establece tanto la composición y estructura del *Órgano de Prevención penal* como sus funciones respecto de la supervisión del *Sistema de gestión de Compliance penal* en los términos previstos en la normativa española.

2.2. Ámbito de aplicación

2.2.1. Ámbito objetivo

Los requisitos establecidos en este *Documento* se proyectan, en general, sobre aquellas actividades o procesos de la *Organización* que entrañan una exposición al *Riesgo penal* y, principalmente, sobre aquellos *Riesgos penales* que, conforme se deriva de su evaluación, son superiores a bajo.

2.2.2. Ámbito subjetivo

El contenido de este *Documento* es de aplicación a todos los *Miembros de la Organización*, independientemente del cargo que ocupen y del territorio en el que se encuentren, en tanto en cuanto es obligación de todos ellos contribuir al correcto desarrollo del *Sistema de gestión de Compliance penal* de la *Organización*.

No obstante, pueden existir en la actualidad o en el futuro otras personas jurídicas con las cuales Fundación ONCE tenga vínculos accionariales, definidas en el apartado 1

anterior como las entidades que conforman el *Perímetro de control penal* y que, en tanto que procedan a su adhesión a lo dispuesto en el presente *Documento*, se identificarán en el **Anexo I** de la *Política de Compliance penal* y les será de aplicación a este *Documento*.

El *Órgano de Prevención penal* se ocupará de mantener el **Catálogo de conductas prohibidas y parámetros de comportamiento esperados** actualizado.

Adicionalmente, este *Documento* también será de aplicación, en la medida que sea posible por la relación existente, a los *Socios de negocio* de la *Organización*.

3. Contexto de la *Organización*

3.1. Evaluación de *Riesgos penales*

Este *Documento* busca poder responder a tiempo ante aquellas situaciones de *Riesgo penal* a las que pueda enfrentarse la *Organización* en el ejercicio de su actividad ordinaria.

Para ello, Fundación ONCE ha dimensionado y adecuado el *Sistema de gestión de Compliance penal* a sus circunstancias, como expresión de un enfoque basado en riesgo y siguiendo criterios de proporcionalidad, permitiéndole proyectar correctamente el *Sistema de Gestión de Compliance penal* a los *Riesgos penales* que la amenazan.

El *Sistema* se integra dentro de los procesos de negocio existentes de la *Organización*. Por ello, este *Documento*, junto con el resto de elementos que integran el *Sistema*, permiten a la *Organización* planificar, implantar y controlar los procesos necesarios para dar soporte a los objetivos asumidos por la *Organización* y reflejados en la *Política de Compliance penal* y en el **Anexo I** de este *Documento*.

Los principales procesos y procedimientos que dan soporte al *Sistema*, y que se identifican en el **Anexo II**, se almacenarán como información documentada por el *Órgano de Prevención penal*.

Con el fin de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los objetivos de *Compliance* penal, es necesario poner de relieve los siguientes aspectos:

- El contenido del presente *Documento* debe adaptarse a las circunstancias internas y externas de la *Organización*, incluyendo especialmente las variaciones legales, jurisprudenciales o doctrinales que se produzcan.
- Existe siempre un componente de incertidumbre y riesgo relacionado con el futuro.
- Existen limitaciones derivadas de juicios erróneos de las personas en la toma de decisiones.

Los aspectos anteriores determinan la imposibilidad de que el *Sistema* resulte infalible en la prevención, detección y gestión de *Riesgos penales*, aunque contribuya a reducir la probabilidad de que se produzcan. Adicionalmente, algunos controles pueden ser eludidos por el acuerdo o connivencia de varias personas. Esta connivencia se puede

dar entre personas pertenecientes a la *Organización*, o bien entre éstos y sus *Socios de negocio* o cualesquiera *Terceros*. Nunca existirá, por tanto, la certeza o seguridad absoluta de que no se pueda materializar un *Riesgo penal* en el seno de la *Organización*.

3.1.1. Evaluación y mapa de *Riesgos penales*

A fin de conocer cuáles son los *Riesgos penales* que amenazan a la *Organización*, Fundación ONCE lleva a cabo un ejercicio documentado para su identificación, análisis y valoración, en los términos que derivan del Código penal español.

Para realizar dicho ejercicio de evaluación, se identifican personas clave de la *Organización* con una ocupación, posición jerárquica y antigüedad que les permita conocer los procesos de negocio y antecedentes de la *Organización*, para poder así anticipar su nivel de exposición a los distintos *Riesgos penales*.

Para la identificación de los *Riesgos penales* a los que se enfrenta la *Organización*, se analizan los diferentes delitos por los cuales una persona jurídica puede ser investigada en España.

La valoración de *Riesgos penales* de la *Organización* contempla de forma expresa la probabilidad de comisión de los *Riesgos penales* identificados así como el posible impacto (reputacional y económico) que puede conllevar para la *Organización* la materialización de los *Riesgos penales* identificados.

De modo más concreto, para determinar el grado de probabilidad de comisión se tiene en consideración el número de *Miembros de la Organización* en disposición de cometer el ilícito, así como la eventual ocurrencia histórica y la estimación de su eventual ocurrencia en el futuro. Adicionalmente, se analiza si tales situaciones se han dado o podrían darse en el seno de la *Organización* o, por el contrario, se trataría de circunstancias que sólo podrían existir ante la mala praxis de un *Socio de negocio*.

El grado de probabilidad se valora de 1 a 5, de acuerdo con los siguientes criterios de categorización:

- **Baja (1):** Delitos de muy difícil comisión en la *Organización* por ser de muy improbable aplicación a sus actividades ordinarias o por no darse circunstancias en su entorno que propicien su comisión.

- **Baja/Media (2):** Delitos cuya comisión es poco probable, por tratarse de un riesgo teóricamente posible en la *Organización* pero de ocurrencia muy inhabitual.
- **Media (3):** Delitos sobre las que se tiene conocimiento de antecedentes (o de conductas próximas) o sobre las que, aun disponiendo de controles, se opina que podrían llegar a producirse ocasionalmente.
- **Media/ Alta (4):** Delitos no encuadrables en las categorías anteriores que, con motivo de la recurrencia de las conductas potencialmente expuestas a riesgo, ausencia de controles o por la limitación de los mismos, expondrían a la *Organización* a riesgo de comisión.
- **Alta (5):** Delitos sobre las que se conocen antecedentes y/o sobre los que existiendo un riesgo inherente se opina que no existen controles suficientes para reducir su riesgo de comisión a futuro.

A los efectos de valorar el grado de su eventual impacto en caso de materializarse el *Riesgo penal*, se tiene en consideración su gravedad, el daño reputacional que ocasionaría a la *Organización* y su potencial reiteración.

Respecto del impacto, se valora de 1 a 5, siguiendo criterios análogos a los expuestos en cuanto a la probabilidad.

- **Bajo (1):** Delitos que por su práctica inaplicabilidad o por sus circunstancias concretas provocarían, a juicio de los *Miembros de la Organización*, un impacto económico y/o reputacional escaso o prácticamente nulo.
- **Bajo/Medio (2):** Delitos que podrían ocasionar cierto daño económico y/o reputacional a la *Organización*, pudiendo llegar a ser percibidos negativamente por las *Partes interesadas*.
- **Medio (3):** Delitos que supondrían un impacto económico o reputacional a tener en cuenta por la *Organización*, con capacidad de afectar a las *Partes interesadas*.
- **Medio/ Alto (4):** Delitos que, con un nivel elevado de certeza, causarían daños económicos y/o reputacionales relevantes para la *Organización*, llegando a igualmente a afectar a las *Partes interesadas*.
- **Alto (5):** Delitos que supondrían daños económicos y/o reputacionales significativos para la *Organización*, hasta el punto de comprometer la continuidad de sus actividades. Afectarían de manera muy relevante a las *Partes interesadas*.

En la valoración del grado de probabilidad e impacto en caso de comisión se distingue entre la probabilidad e impacto desde una perspectiva general (riesgo inherente o bruto) como atendiendo a las circunstancias específicas de la Organización (riesgo residual o neto) tomando en consideración las políticas, procedimientos y controles existentes que permitirían mitigar la eventual materialización del Riesgo penal analizado.

Igualmente, se refleja de forma expresa cuáles son las actividades afectadas por los *Riesgos penales* y el *Personal que ocupa posiciones especialmente expuestas*, con una valoración superior a baja.

Para llevar a cabo este proceso así como la implementación del *Sistema de gestión de Compliance penal*, Fundación ONCE tiene en consideración diferentes factores externos e internos relevantes, y que le permiten apreciar correctamente sus necesidades en materia de *Compliance* penal (entre otros, su estructura, ubicación geográfica, actividad comercial, número de empleados, etc.).

Fundación ONCE tiene en consideración la naturaleza, escala y complejidad de las actividades y operaciones de la *Organización* a la hora de evaluar el *Riesgo penal*, determinando a partir de ahí los objetivos de *Compliance* penal.

Fundación ONCE rechaza en el seno de la *Organización* cualquier conducta que pueda ser constitutiva de delito, manteniendo una postura prudente en su relación con los *Socios de negocio*, evitando vincularse con aquellos que no ofrezcan garantías de alineamiento con los valores y principios de la *Organización*.

Tras la evaluación de los *Riesgos penales*, Fundación ONCE elabora un **mapa de Riesgos penales** a los efectos de priorizar dichos *Riesgos penales* y poder desarrollar una gestión responsable de recursos para su prevención detección y gestión temprana.

La evaluación de los *Riesgos penales* y el mapa de *Riesgos penales* son ejercicios que se desarrollarán de manera periódica, a efectos de adecuar el *Sistema* a las circunstancias tanto internas como externas de la *Organización*. Adicionalmente, cuando sobrevengan circunstancias excepcionales que pueden entrañar cambios en el nivel de riesgo en una actividad o área geográfica en la que la *Organización* opera (incluyendo cambios en la actividad o estructura de Fundación ONCE o de cualquiera de las entidades de su *Perímetro de control penal* o modificaciones legislativas o jurisprudenciales) se procederá a la revaluación de los *Riesgos penales* en Fundación

ONCE y/o, en su caso, en la entidad del *Perímetro de control penal* que se haya visto afectada.

3.1.2. *Matriz de Riesgos penales y controles*

Junto a la evaluación de los *Riesgos penales* y tras su ordenación en un mapa de *Riesgos penales* priorizado, Fundación ONCE identifica los controles existentes para su prevención, detección o para mitigar los efectos derivados de su comisión.

Se distingue entre controles de alto nivel –que se proyectan sobre un amplio espectro de *Riesgos penales*- y controles específicos, cuyo alcance se reduce a algunos de ellos en particular.

La relación entre dichos controles y los *Riesgos penales* sobre los que se proyectan se plasman en una *Matriz de Riesgos penales y controles*, que recoge una serie de datos que ayudan a inventariar y tomar conciencia del entorno de control penal en la *Organización*.

4. Función de **Compliance** penal de la **Organización**

La *Función de Compliance penal* de la *Organización* está integrada por el *Órgano de Prevención Penal* de Fundación ONCE.

4.1. El *Órgano de Prevención Penal* de Fundación ONCE

4.1.1. Composición y dependencia

La *Organización*, en virtud de lo dispuesto en el Acuerdo 1/2017-1.4, de 30 de marzo, del Pleno del Consejo General, ha designado al *Órgano de Prevención Penal* de Fundación ONCE, cuya composición es la que figura a continuación:

- Director Asesoría Jurídica
- Director Económico-Financiero
- Director de Recursos Humanos
- Directora de Auditoría Interna
- Abogado Asesoría Jurídica

Depende jerárquica y funcionalmente del *Patronato* de Fundación ONCE, a quien reporta directamente de sus actividades. Por consiguiente, el *Órgano de Prevención Penal* es un órgano colegiado con acceso directo al *Patronato* de Fundación ONCE.

No obstante, el *Órgano de Prevención Penal* se comunica con el Observatorio Coordinador de Prevención Penal a efectos de que dicho órgano pueda llevar a cabo sus funciones de coordinación de acuerdo con lo establecido en el “Documento descriptivo de la interrelación entre el Observatorio Coordinador de Prevención Penal y los Órganos de Prevención Penal de las Áreas Ejecutivas”.

4.1.2. Régimen de actuación y cometidos

El *Órgano de Prevención Penal* tiene encomendadas las funciones de operar el *Sistema*, establecer indicadores para valorar su desempeño e informar de los resultados al *Patronato* y a la *Alta dirección* de Fundación ONCE.

La *Política de Compliance penal* establece las principales competencias del *Órgano de Prevención Penal*, incluyéndose como **Anexo III** a este *Documento* el “*Estatuto del*

Órgano de *Prevención Penal*” donde se especifican sus cometidos en materia de prevención penal.

Aunque Fundación ONCE haya designado un *Órgano de Prevención Penal* para la *Organización*, es responsabilidad de todos los *Sujetos afectados por este Documento* -en la extensión que les sea aplicable-, velar por el cumplimiento de las obligaciones de *Compliance* penal, así como evitar aquellas conductas que puedan conllevar *Riesgo penal* para la *Organización*.

En particular, aquellos *Miembros de la Organización* que tengan a su cargo empleados o equipos de trabajo, se ocuparán de velar por la prevención de comportamientos asociados a *Riesgos penales* y de utilizar los medios previstos en este *Documento* tan pronto los detecten.

4.1.3. Autonomía e independencia del *Órgano de Prevención Penal*

La *Organización* ha designado al *Órgano de Prevención Penal*, dotándole de poderes autónomos de iniciativa y control así como de la máxima independencia posible para desarrollar sus cometidos, de forma que esté libre de cualquier condicionante de negocio que pudiera perjudicar el desempeño de sus cometidos.

4.1.3.1 Autonomía

En los términos previstos en la *Política de Compliance penal*, el *Órgano de Prevención Penal* goza del pleno apoyo del *Patronato* de Fundación ONCE, al que tiene acceso directo.

El *Órgano de Prevención Penal* es un órgano dotado de poderes autónomos de iniciativa y control, al que se le confía la responsabilidad de supervisar el funcionamiento y observancia del *Sistema de gestión de Compliance penal*. En este sentido, está facultado para acceder libremente tanto a los documentos de la *Organización* como a los *Miembros de la Organización* que precise para el desarrollo de sus cometidos. Los *Miembros de la Organización* tienen la obligación de facilitarle de manera inmediata los documentos e informaciones que solicite y de forma directa o a través de sus delegados de *Compliance* penal, en su caso.

El *Órgano de Prevención Penal* desempeña sus cometidos de manera autónoma, sin precisar mandatos específicos para ello, al amparo de lo dispuesto en la *Política de Compliance penal* y de lo establecido en el presente *Documento*. El *Patronato* pone a

su disposición recursos materiales, humanos y acceso al asesoramiento externo, de acuerdo con el presupuesto anual cuyo formato se detalla en el **Anexo IV**.

4.1.3.2 Independencia

La independencia del *Órgano de Prevención Penal* garantiza la neutralidad de sus miembros en la toma de decisiones. Esta independencia estará respaldada por su relación funcional y acceso directo al *Patronato* y, por lo tanto, al distanciamiento respecto del equipo directivo y mandos intermedios a cargo de la gestión operativa. Adicionalmente, la evaluación del desempeño de los integrantes de la *Órgano de Prevención Penal* corresponde en última instancia al *Patronato*.

4.2. Los Delegados de *Compliance* penal

En las entidades que se adhieran al *Sistema de gestión de Compliance penal* de Fundación ONCE y que aparecerían reflejadas en el **Anexo I** de la *Política de Compliance penal*, podrá existir, bien un órgano colegiado para cometidos relacionados con *Compliance penal*, o un Órgano de *Compliance penal* de carácter unipersonal -a través de la figura del **Delegado de Compliance penal**-.

Dicha elección deberá basarse en atención a lo que aconsejen sus concretas circunstancias, así como en base a criterios de proporcionalidad (por ejemplo, su estructura, actividades de riesgo que se hayan detectado, volumen de negocio o número de trabajadores).

En cualquier caso, a los efectos de poder prevenir, detectar y gestionar de forma temprana los *Riesgos penales* a los que puede enfrentarse Fundación ONCE, se establecerán cauces de comunicación entre el *Órgano de Prevención Penal* de Fundación ONCE y los Delegados de *Compliance penal* de las entidades del *Perímetro de control penal* reflejadas en el **Anexo I** de la *Política de Compliance penal* (en su caso), estableciéndose en cada caso concreto el alcance de su colaboración y asistencia mutua.



Los Delegados de *Compliance* penal deberán contar igualmente con los conocimientos técnicos y la experiencia adecuada, así como con autoridad suficiente en la entidad en la que han sido designados, y referencias en materia de *Compliance* penal.

Los cometidos de estos Delegados de *Compliance* penal son los que se detallan en el “Estatuto del Delegado de *Compliance* penal”, como **Anexo V** a este Documento.

5. Funciones sinérgicas

El desempeño del *Sistema de gestión de Compliance penal* requiere de la adecuada integración de los cometidos atribuidos al *Órgano de Prevención Penal* en el conjunto de funciones, estructuras y procesos de la *Organización* que desarrollan actividades sinérgicas con los objetivos de *Compliance*, en términos generales, y con la prevención penal, en particular.

En este sentido, y a fin de no replicar estructuras o procesos que puedan devenir inefectivos, el *Órgano de Prevención Penal*, en el ejercicio de sus funciones, interactúa con las siguientes áreas de Fundación ONCE, promoviendo con ellas flujos estables de comunicación o espacios de colaboración, a los efectos de prevenir, detectar y gestionar de manera temprana los *Riesgos penales*.

5.1. Sistemas de Información / IT

El área de Sistemas de Información colabora con el *Órgano de Prevención Penal* en aspectos relativos a la custodia y tratamiento adecuado de los datos de carácter personal de los *Miembros de la Organización* en el transcurso de actividades de investigación u otras actividades relacionadas con la prevención, detección y gestión del *Riesgo penal*.

Colabora también prestando el necesario soporte al *Órgano de Prevención Penal* en la difusión interna de los documentos relevantes del *Sistema de gestión de Compliance penal* (en especial, la *Política de Compliance penal*) a través de la *Intranet* y de la página web corporativa o portal de proveedores -cuando corresponda- de forma que los documentos del *Sistema* sean accesibles a los *Miembros de la Organización*, a los *Socios de negocio* e incluso a otros *Terceros*, cuando proceda. La colaboración del área de Sistemas de Información permite reflejar trazabilidad sobre a qué documentos se accede, quién accede a los documentos, cuándo se ha accedido, qué variaciones se han introducido y, sobre todo, quién los ha aceptado cuando ha sido requerido para ello.

5.2. Recursos Humanos

El área de Recursos Humanos mantiene una interacción constante con el *Órgano de Prevención Penal* a los efectos de facilitarle la información relativa a los mecanismos de incentivos o correctivos de los *Miembros de la Organización*, así como en la integración de procesos de *diligencia debida interna* (véase apartado 8.1. del presente Documento).

Entre las principales funciones del área de Recursos Humanos en relación con el *Sistema* se encuentran las siguientes:

- Facilitar asesoramiento y soporte en aspectos jurídico-laborales, y especialmente, en la eventual aplicación de medidas disciplinarias a los *Miembros de la Organización*.
- Asegurarse de que los *Miembros de la Organización* que sean indicados por el *Órgano de Prevención Penal* no sufren ningún tipo de consecuencia socio-laboral derivada de su conducta de cumplimiento o por haber notificado indicios de comportamientos delictivos a través de cualquiera de los canales establecidos por la *Organización* a tales efectos.
- En cuanto a la selección y promoción de *Miembros de la Organización* que vayan a desarrollar actividades expuestas a un *Riesgo penal* superior a bajo, evaluarlos, junto al *Órgano de Prevención Penal* previa su contratación o promoción laboral, a los efectos de comprobar la adecuación de su perfil a las obligaciones de *Compliance* penal implícitas en su labor.

- Asegurarse de que todos los *Miembros de la Organización* tienen acceso a la *Política de Compliance penal* y a los documentos del *Sistema* que, por su actividad, sean relevantes para el cumplimiento de sus obligaciones de *Compliance* penal.
- Asegurarse de que los *Miembros de la Organización* que realicen actividades con un *Riesgo penal* superior a bajo, suscriben periódicamente la declaración de conformidad con la *Política de Compliance penal* y otros documentos del *Sistema de gestión de Compliance penal* que puedan ser relevantes a su posición en la *Organización*.
- Asegurarse de que los *Miembros de la Organización* que realicen actividades con un *Riesgo penal* superior a bajo, no estén sujetos a esquemas retributivos que incentiven la asunción imprudente de riesgos ni conculquen lo establecido en la *Política de Compliance penal* y el *Sistema* que le da soporte.
- En materia de formación, colaborar con el *Órgano de Prevención Penal* en el diseño de la formación específica en materia de *Compliance* penal que requieran los *Miembros de la Organización* en función de los *Riesgos penales* asociados a su rol y sus necesidades.

5.3. Auditoría interna

El área de Auditoría Interna asegura que los procesos y procedimientos de *Compliance* penal, incluyendo los establecidos en este *Documento*, operan de manera correcta para la consecución de los objetivos de *Compliance* fijados por la *Organización*.

En particular, el área de Auditoría Interna es la responsable de la supervisión independiente del *Sistema*, a los efectos de verificar que, desde un punto de vista de diseño y/o efectividad, es adecuado para la prevención, detección y gestión temprana de *Riesgos penales*.

A tal respecto, sus responsabilidades principales son las siguientes:

- Revisar el nivel de implantación del *Sistema*.
- Analizar el cumplimiento de los elementos que componen el *Sistema*, incluyendo la realización de pruebas sobre los controles establecidos en él. En este sentido,

el área de Auditoría Interna se ocupará de revisar que las políticas, procesos y procedimientos relacionados con el *Sistema* y su ejecución se estén llevando a la práctica de manera efectiva y sean adecuados para alcanzar los objetivos pretendidos por la *Organización*.

El área de Auditoría Interna también deberá comprobar que se haya realizado una asignación presupuestaria razonable al *Órgano de Prevención Penal* y acorde a los objetivos operativos de la *Organización* y que ésta se está aplicando a las finalidades previstas.

6. Recursos

6.1. Gestión de recursos

El *Órgano de Prevención Penal* debe contar con recursos necesarios para operar correctamente el *Sistema de gestión de Compliance penal* y cumplir con los objetivos estratégicos y operativos fijados anualmente.

A tal respecto, la asignación presupuestaria anual contempla de forma expresa los objetivos operativos de la *Organización*, de modo que puedan asignarse partidas a cada uno de ellos con la finalidad de alcanzarlos de forma razonable.

El *Patronato* de Fundación ONCE acordará la dotación anual de recursos (humanos y materiales, incluyendo los financieros y el acceso a asesoramiento externo) al *Órgano de Prevención Penal*, necesarios para el desarrollo razonable de sus cometidos y la consecución de los objetivos fijados por Fundación ONCE, siendo obligación de la *Alta dirección* de Fundación ONCE dispensar tales recursos cuando sean solicitados por el *Órgano de Prevención Penal*.

Adicionalmente, la *Alta dirección* de Fundación ONCE asignará recursos económicos al *Órgano de Prevención Penal* en cualquier momento del ejercicio para cubrir las necesidades imprevistas, urgentes y relevantes no contempladas o totalmente cubiertas por la dotación anual presupuestaria.

El *Órgano de Prevención Penal* aplicará dicha asignación al desarrollo de los cometidos especificados en ella.

6.2. Formación, concienciación y comunicación

6.2.1. Formación

La formación en materia de *Compliance* penal es un factor clave para generar y mantener una cultura ética y de respeto a la Ley que permeabilice en la *Organización*.

El *Órgano de Prevención Penal*, en colaboración con las áreas con competencias en la materia, se ocupa de impulsar ciclos de formación programada sobre *Compliance* penal dirigida a los *Miembros de la Organización*, cuidándose de que aquellas personas que, por su cargo o por desarrollar en la *Organización* una actividad expuesta a *Riesgos penales* con una valoración superior a baja, reciben una formación adecuada que les ayude a prevenirlos, detectarlos y gestionarlos adecuadamente.

En este sentido, y dado que las necesidades formativas pueden variar dependiendo de las ocupaciones y categorías profesionales de los *Miembros de la Organización*, se definen contenidos diferenciados para aquellos que están sujetos a obligaciones de *Compliance* penal especiales, dejando constancia documental (i) del material utilizado, (ii) de las personas que han realizado los cursos, (iii) las calificaciones obtenidas, (iv) los certificados de asistencia y/o aprovechamiento facilitados a cada asistente / participante en la formación y (v) las actas firmadas por los responsables de impartir la formación (para las formaciones de carácter presencial).

Se acompaña como **Anexo VI** al presente *Documento* el formato de matriz de formación sobre *Compliance* penal en la que se refleja la estructura de la formación común para todos los *Miembros de la Organización* así como la asignación de módulos específicos al *Personal que ocupa posiciones especialmente expuestas*. El *Órgano de Prevención Penal* se encargará, junto al área de Recursos Humanos, de mantener actualizada esta matriz, atendiendo a las evaluaciones de *Riesgos penales* periódicas, el *Personal que ocupa posiciones especialmente expuestas* y los objetivos de *Compliance* penal de la *Organización*.

Sin perjuicio de la formación de carácter programado, Fundación ONCE ofrecerá los cursos *ad hoc* a los *Miembros de la Organización* que se vean afectados por eventuales cambios internos (p.e. promoción laboral o cambio de departamento, incorporación de nuevas líneas de negocio u otros cambios operacionales / estructurales) o externos (p.e. modificaciones en la legislación), o ante eventuales incumplimientos del *Sistema de gestión de Compliance penal* que desencadenen la necesidad de las acciones formativas adicionales.

6.2.2. **Concienciación y comunicación**

Junto a los ciclos de formación en materia de *Compliance* penal, el *Órgano de Prevención Penal* impulsará actividades destinadas a concienciar a los *Miembros de la Organización* en materia de *Compliance* penal, así como, en la medida en que sea posible por la naturaleza de la relación mercantil, a los *Socios de negocio*.

Igualmente, el *Órgano de Prevención Penal* se ocupará de impulsar actividades de comunicación para dar a conocer, de manera general o selectiva, aspectos relacionados con *Compliance* penal (nuevas obligaciones, variaciones en procedimientos, nombramientos, etc.). Estas comunicaciones podrán ser tanto internas como externas y, en cualquier caso, emplearan el canal de comunicación, el lenguaje y el idioma idóneos para que sus receptores comprendan plenamente sus mensajes.

7. **Comunicaciones de *Compliance* penal**

7.1. **Comunicación de dudas y denuncias al *Órgano de Prevención Penal***

Cualquier *Sujeto afectado por este Documento* deberá trasladar de manera inmediata al *Órgano de Prevención Penal* la información o documentación de la que sea conocedor que guarde relación con irregularidades o incumplimientos respecto de lo establecido en la *Política de Compliance penal* o en este *Documento*.

Para garantizar la máxima flexibilidad y potenciar la eficacia del *Órgano de Prevención Penal* las denuncias u observaciones de los *Sujetos afectados por este Documento* en materia penal podrán cursarse a través de los diferentes canales de los que dispone la *Organización*, que van desde el simple reporte al superior jerárquico a la comunicación verbal o escrita (por mail, por ejemplo) dirigida a cualquiera de los miembros del *Órgano de Prevención Penal*. Concretamente, para ponerse en contacto con el *Órgano de Prevención Penal* de Fundación ONCE se pueden usar, entre otros, el siguiente medio:

[Incluir acceso al canal de denuncias]

Sin perjuicio de la existencia de distintas vías para la comunicación de observaciones o denuncias relativas a *Riesgos penales*, todas ellas **deben terminar siendo gestionadas por el *Órgano de Prevención Penal*** en los términos descritos en el

presente *Documento*, en la *Política de Compliance penal* y en el procedimiento que regula las investigaciones internas establecido por la *Organización* a tal efecto.

Para el desempeño específico de las diferentes funciones que tiene atribuidas el *Órgano de Prevención Penal*, éste podrá asistirse -recabando el auxilio o la ayuda concreta para una o varias funciones- de terceras personas vinculadas a los departamentos de los miembros que confluyen el *Órgano de Prevención Penal* o de otros departamentos que, atendiendo a las concretas circunstancias del caso, así lo aconsejen como necesario, garantizando en cualquier caso la confidencialidad del denunciante de buena fe.

El *Órgano de Prevención Penal* se encargará de gestionar las comunicaciones recibidas de manera **confidencial**, -cumpliendo en todo caso la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal- dando trámite inmediato a las que, tras las verificaciones oportunas, existan indicios racionales de que impliquen un *Riesgo penal* en el seno de la *Organización*.

Las denuncias recibidas a través del Canal de Denuncias se armonizan con el Observatorio Coordinador de Prevención Penal de acuerdo con lo establecido en el “Documento descriptivo de la interrelación entre el Observatorio Coordinador de Prevención Penal y los Órganos de Prevención Penal de las Áreas Ejecutivas”.

7.2. Informes al Patronato

7.2.1. Reportes operativos

El *Órgano de Prevención Penal* se encarga de elaborar informes de *Compliance* penal periódicos y facilitar al *Patronato*, a la *Alta dirección* y a otras funciones o áreas de la *Organización* si procede, para permitir que se adopten acciones preventivas, detectivas, correctivas y remediadoras.

Estos reportes incluyen, entre otros aspectos, los resultados de las investigaciones realizadas por el *Órgano de Prevención Penal* y el estado de las denuncias recibidas así como las *no conformidades* del *Sistema* que se hayan puesto de manifiesto desde el último reporte efectuado. Igualmente, se detallan planes de acción para solucionar deficiencias en materia de prevención, detección y gestión de *Riesgos penales*. En cualquier caso, el contenido de estos reportes guardará consistencia con los objetivos de *Compliance*, adecuados para disminuir el nivel de exposición al *Riesgo penal* de la *Organización*.

En los reportes operativos elaborados por el *Órgano de Prevención Penal* se incluirán indicadores que permitan medir el grado de desarrollo de las diferentes actividades de *Compliance* penal que se han llevado a cabo en el periodo objeto de reporte, compararlos con los resultados de reportes anteriores, y valorar hasta qué punto estas actividades están permitiendo alcanzar los objetivos de *Compliance* penal fijados por la *Organización*.

Los indicadores utilizados así como los resultados obtenidos tras su aplicación en el *Sistema* son monitorizados por el *Órgano de Prevención Penal* de modo que la *Organización* puede verificar que el diseño general del *Sistema* continúa siendo adecuado e idóneo a las circunstancias y a los *Riesgos penales* presentes en la *Organización* (revisión del diseño del *Sistema*), o contrastar si los procesos y procedimientos que está llevando a cabo la *Organización* relacionados con *Compliance* penal se están ejecutando de manera adecuada.

Incluirán también el resultado de las evaluaciones o revisiones del *Sistema de gestión de Compliance penal*, incluyendo eventuales recomendaciones y los planes de acción en relación con las mismas.

En los reportes operativos se pondrán de manifiesto aquellos aspectos en los que se precise que el *Patronato* o la *Alta dirección* adopten decisiones, o corroboren decisiones adoptadas interinamente por el *Órgano de Prevención Penal*.

La estructura de estos reportes es la que se refleja en el **Anexo VII**.

Sin perjuicio de estos reportes de carácter programado, el *Órgano de Prevención Penal* informará inmediatamente al *Patronato* y a la *Alta dirección* de Fundación ONCE de las irregularidades o incumplimientos relevantes detectados en la *Organización* que puedan comprometer a Fundación ONCE.

Con independencia de lo anterior, el *Órgano de Prevención Penal* se comunica con el Observatorio Coordinador de Prevención Penal a efectos de que dicho órgano pueda llevar a cabo sus funciones de coordinación de acuerdo con lo establecido en el “Documento descriptivo de la interrelación entre el Observatorio Coordinador de Prevención Penal y los Órganos de Prevención Penal de las Áreas Ejecutivas”.

7.2.2. Memoria anual de *Compliance* penal

El *Órgano de Prevención Penal* es responsable de consolidar en una memoria anual la información más relevante recogida en los reportes operativos de *Compliance* penal,

que será facilitada al *Patronato*, a la *Alta dirección* de Fundación ONCE, y al Observatorio Coordinador de Prevención Penal.

En la *Memoria anual de Compliance penal* en la que quedarán reflejadas las acciones que se han desarrollado durante el ejercicio social en ejecución del *Sistema de gestión de Compliance penal*, así como las eventuales revisiones o cambios sobre el mismo para mejorar su eficacia o diseño.

El *Órgano de Prevención Penal* presentará al *Patronato* de Fundación ONCE la Memoria Anual antes de finalizar el plazo de formulación de las Cuentas Anuales de Fundación ONCE.

7.2.3. Revisión por parte del *Patronato* y de la *Alta dirección* de Fundación ONCE.

Junto al plan de seguimiento ordinario que lleva a cabo el *Órgano de Prevención Penal* y en aras de garantizar la mejora continua del *Sistema de gestión de Compliance penal*, Fundación ONCE ha dispuesto procesos para la revisión del *Sistema* por parte de su *Patronato* y su *Alta dirección*.

La finalidad del proceso de revisión es valorar que el *Sistema* está siendo correctamente implementado, operado y que es adecuado para prevenir, detectar y gestionar eficazmente los *Riesgos penales*, así como identificar las acciones adecuadas a tomar en caso de que existan incidencias que puedan afectar al diseño o a la eficacia del *Sistema*.

Como continuación del proceso de revisión iniciado por el *Órgano de Prevención Penal*, encargado de la evaluación recurrente del *Sistema* a través del análisis y valoración de la información que gestiona, la *Alta dirección* se encarga de revisar, de forma recurrente, el correcto desempeño del *Sistema*, analizando la información contenida en los reportes operativos, memorias anuales o informes *ad hoc* que le remite el *Órgano de Prevención Penal*.

Cuando la *Alta dirección* recibe esta información, contrasta la evolución de las acciones que acordó en sus revisiones previas así como las que hayan podido surgir de revisiones o auditorías realizadas en el periodo de reporte, considerando asimismo las informaciones sobre el nivel de actividad y eficacia de los indicadores acordados.

De forma paralela, el *Patronato*, al que también se le remitirán los reportes operativos, las memorias anuales y, cuando corresponda, los informes *ad hoc* de *Compliance*

penal, examinará la información facilitada así como cualquier otro documento que soporte el *Sistema de gestión de Compliance penal*.

Las decisiones de la *Alta dirección*, así como los resultados de las revisiones realizadas por el *Patronato* se almacenan en el sistema de documentación de *Compliance* penal que gestiona el *Órgano de Prevención Penal* de Fundación ONCE.

8. Diligencia debida

La diligencia debida en Fundación ONCE guarda relación con una gestión empresarial responsable, que atraviesa, entre otros aspectos, por una cuidada selección y control tanto de los *Miembros de la Organización* (diligencia debida interna) como de los *Socios de negocio* (diligencia debida externa). A tal respecto, se llevarán a cabo procedimientos de diligencia reforzados sobre los *Sujetos afectados por este Documento* que, fruto del análisis de *Riesgos penales* efectuado, presenten un riesgo superior a bajo. Todos ellos deberán suscribir la recepción y aceptación del contenido del *Código Ético*, la *Política de Compliance penal* y otras normas que les puedan ser de aplicación por el ejercicio de sus funciones.

8.1. Diligencia debida interna

El proceso de selección y contratación de *Miembros de la Organización* es gestionado por el área de Recursos Humanos, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de diligencia debida de proyección interna de la *Organización* creado a tal efecto.

Este tipo de diligencia deberá ir alineada con el perfil de riesgo del candidato, por lo que se debe distinguir entre dos colectivos: (i) todos los *Miembros de la Organización* en general y (ii) el *Personal que ocupa posiciones especialmente expuestas*.

- **Todos los *Miembros de la Organización*:**

Por un lado, el proceso aplicable a los *Miembros de la Organización* en general consiste en (i) la entrega y puesta a disposición de la *Política de Compliance penal*, exigiendo su cumplimiento y (ii) la adopción de medidas frente a los *Miembros de la Organización* que incumplan lo establecido en la *Política de Compliance penal*, no represaliando a aquellos que hayan obrado de buena fe.

A las futuras incorporaciones, antes de formalizar la relación laboral, se les hace entrega de un “welcome pack” o paquete de bienvenida que incluye documentación

relevante acerca de la *Organización*. Su contenido debe estar calibrado para trasladar los mensajes relevantes desde la perspectiva de *Compliance* penal, incluyendo la propia *Política de Compliance penal*.

El listado mínimo de los documentos que integran dicho *Pack* se recoge en el **Anexo VIII** del presente *Documento*.

- ***Personal que ocupa posiciones especialmente expuestas:***

Para el *Personal que ocupa posiciones especialmente expuestas*, se llevan a cabo una serie de cautelas de diligencia debida adicionales. En primer lugar, previa su contratación o promoción, el departamento de Recursos Humanos se asegurará que su perfil es adecuado para comprender y cumplir los requisitos derivados de la *Política de Compliance penal* y del resto del *Sistema de gestión de Compliance penal*.

En segundo lugar, el departamento de Recursos Humanos se asegurará de que formalicen una declaración de cumplimiento de la *Política de Compliance penal*, a intervalos planificados.

Por último, el departamento de Recursos Humanos revisa periódicamente sus objetivos de rendimiento, las primas por rendimiento y otros elementos de remuneración para asegurar que existen salvaguardas razonables para evitar que incentiven la asunción de *Riesgos penales* o promuevan conductas inapropiadas en relación con el *Compliance penal*.

8.2. Diligencia debida externa

En los términos previstos en el Código penal español y en la *Política de Compliance penal* de Fundación ONCE, la conducta de los *Terceros* con los que la *Organización* se relaciona y, especialmente, sobre los que puede ejercer cierto control, puede conllevar la responsabilidad penal de Fundación ONCE o alguna de las entidades de su *Perímetro de control penal*.

La selección de *Terceros* (especialmente, los *Socios de negocio*) con los que se relaciona la *Organización* se convierte en un proceso clave, donde las áreas implicadas en la selección y homologación de los *Socios de negocio* de la *Organización* adquiere una importancia capital. Por ello, dichas áreas deberán seguir el procedimiento de diligencia debida de proyección externa elaborado por la *Organización* a tal efecto.

En la selección *Socios de negocio* que supongan un riesgo superior a bajo, la *Organización* debe atender no sólo a sus capacidades técnicas sino también a sus eventuales antecedentes y perfil en materia de *Compliance* penal, debiéndose documentar la adecuación del *Tercero* seleccionado a los criterios de *Compliance* penal de la *Organización*. El [definir departamento de Fundación ONCE] de Fundación ONCE, es responsable de elaborar un documento de análisis donde figure la información pública que haya podido obtener sobre ellos, facilitándola al *Órgano de Prevención Penal* para su análisis y sugerir si procede o no contratar con el *Tercero* analizado, archivando en cualquier caso la documentación producida.

En el caso de que sea procedente la contratación pero suponga un *Riesgo penal* superior a bajo, el [definir departamento de Fundación ONCE] de Fundación ONCE o su homólogo en cada entidad del *Perímetro de control penal* utilizará una fórmula contractual que incorpore la declaración formal de conformidad con los valores del *Código Ético* y demás documentación en materia de *Compliance* penal (p.ej. la *Política de Compliance penal*) que sea procedente.

No se podrá contratar con ningún *Tercero* (incluidos *Socios de negocio*) si no se ha cumplido el procedimiento anterior.

La diligencia debida no se extiende únicamente al proceso de selección y homologación de *Terceros* con los que se relaciona o prevé relacionarse la *Organización*, sino que es necesario realizar un seguimiento de sus actuaciones a fin de detectar cambios que puedan afectar a sus relaciones de negocio.

Por ello, y de manera periódica, el [definir departamento de Fundación ONCE] de Fundación ONCE, con la colaboración de su homólogo en cada entidad del *Perímetro de control penal*, revisa la información pública sobre aquellos *Socios de negocio* con los que se relaciona la *Organización* que lleven a cabo una actividad con un *Riesgo penal* superior a bajo a fin de valorar la aparición de factores que modifiquen el *Riesgo penal*.

9. Monitorización y auditoría del *Sistema de gestión de Compliance* penal

9.1. Monitorización

Fundación ONCE realiza un seguimiento continuo del desempeño del *Sistema de gestión de Compliance* penal, a fin de asegurar que se cumplen sus objetivos estratégicos y operativos de *Compliance* penal. Este seguimiento lo impulsa el *Órgano de Prevención Penal*, asegurándose de que:

- De manera periódica, revisa de manera crítica el *Sistema de gestión de Compliance* penal, para satisfacerse de que sigue siendo adecuado a las circunstancias internas y externas de la *Organización*.
- Por causas sobrevenidas, cuando se produce una variación significativa en la estructura o las actividades de la *Organización*.

Estas actividades se pueden desarrollar de manera interna, con ayuda externa o de forma mixta. En cualquier caso, las actividades de monitorización del *Sistema* en su conjunto darán lugar a las sugerencias y acciones de mejora que, en su caso, sean procedentes.

Los resultados de esta monitorización son remitidos por parte del *Órgano de Prevención Penal* al *Patronato* y a la *Alta dirección* de Fundación ONCE - a fin de que ambas instancias puedan revisar y examinar, respectivamente, el correcto desempeño del *Sistema de gestión de Compliance* penal de la *Organización* y su idoneidad respecto de los objetivos de *Compliance* penal determinados por Fundación ONCE. Estos resultados pueden formar parte de los Reportes operativos de *Compliance* penal.

Cuando proceda, el *Órgano de Prevención Penal* facilitará información relativa a la monitorización al Observatorio Coordinador de Prevención Penal a efectos de que dicho órgano pueda llevar a cabo sus funciones de coordinación de acuerdo con lo establecido en el “Documento descriptivo de la interrelación entre el Observatorio Coordinador de Prevención Penal y los Órganos de Prevención Penal de las Áreas Ejecutivas”.

9.2. Auditoría

A fin de constatar su adecuación al cumplimiento de los requisitos en materia de *Compliance* penal fijados por la *Organización* a través del *Sistema de Gestión de Compliance penal*, Fundación ONCE dispone de un programa de auditoría, a través del cual el *Sistema* es sometido a un proceso sistemático, independiente y documentado a intervalos planificados.

Las auditorías pueden ser internas, externas o mixtas. Estas auditorías tienen por objeto verificar que el *Sistema de gestión de Compliance penal* es conforme a los requisitos de la Norma UNE 19601, así como adecuado y eficaz para la consecución de sus objetivos.

Los resultados de las auditorías se trasladan al *Patronato*, a la *Alta dirección* de Fundación ONCE y a las áreas que éstos estiman oportuno a través de los reportes de *Compliance* penal o mediante comunicaciones *ad-hoc*.

Cuando proceda, el *Órgano de Prevención Penal* facilitará información relativa a las auditorías al Observatorio Coordinador de Prevención Penal a efectos de que dicho órgano pueda llevar a cabo sus funciones de coordinación de acuerdo con lo establecido en el “Documento descriptivo de la interrelación entre el Observatorio Coordinador de Prevención Penal y los Órganos de Prevención Penal de las Áreas Ejecutivas”.

10. Mejora del *Sistema de gestión de Compliance* penal

La mejora del *Sistema de gestión de Compliance* de la *Organización* guarda relación con su evolución constante para no sólo ceñirse a las circunstancias internas y externas de la *Organización*, sino también incrementar paulatinamente su umbral de exigencia.

10.1. *No conformidades* y acciones correctivas

A los efectos de promover la mejora continua del *Sistema de gestión de Compliance* penal, todos los *Miembros de la Organización* deben comunicar al *Órgano de Prevención Penal* las irregularidades o *no conformidades* detectadas en la operación o puesta en práctica del *Sistema* de las que sean conocedores, a los efectos de que el *Órgano de Prevención Penal* pueda valorarlas y actuar en consecuencia.

En caso de encontrarse ante una *no conformidad* respecto con lo establecido en el *Sistema*, Fundación ONCE reaccionará de forma rápida y transparente, analizando los motivos que la han propiciado (causa raíz), adoptando las acciones oportunas para tomar el control de la situación y tratar de revertirla. Igualmente, gestionará las consecuencias y realizará un seguimiento de las acciones adoptadas para remediar sus consecuencias y, especialmente, para eliminar su causa raíz y evitar así que la *no conformidad* se reproduzca.

En el caso de que la materialización o la amenaza de una *no conformidad* provoque la necesidad de modificar alguna política o procedimiento del *Sistema de gestión de Compliance* penal o algún proceso de negocio, el *Órgano de Prevención Penal*, junto al área afectada, impulsará a su modificación, informando de los cambios realizados al *Patronato* y a la *Alta dirección*.

10.2. Mejora continua

Sin perjuicio de las revisiones sobrevenidas como consecuencia de una eventual *no conformidad*, Fundación ONCE mejora de forma continua la sostenibilidad, adecuación y eficacia del *Sistema*, realizando el seguimiento de las acciones adoptadas y perfeccionando la *Política de Compliance* penal y el resto de políticas, procesos y procedimientos que conforman el *Sistema de gestión de Compliance* penal a intervalos planificados.

Anexos

Anexo I

Objetivos estratégicos y operativos de *Compliance* penal de la *Organización*

Fundación ONCE	
DOCUMENTO VERTEBRADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE COMPLIANCE PENAL	
Identificación del documento	Objetivos estratégicos y operativos de <i>Compliance</i> penal de la <i>Organización (Anexo I)</i>
Apartado de procedencia	Apartado 3. Contexto de la Organización
Instrucciones	Completar el documento con los objetivos de <i>Compliance</i> de la <i>Organización</i> .

Periodo:

Responsable: Órgano de Prevención Penal

Objetivos estratégicos:

(Vinculados con la evaluación de *Riesgos penales*)

- [...]
- [...]
- [...]
- [...]

Objetivos operativos:

Objetivos operativos	Periodo de ejecución	Responsable de su ejecución
[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]

Anexo II

Evidencias documentales de las normas y procedimientos que dan soporte al *Sistema de gestión de Compliance penal*

Fundación ONCE	
DOCUMENTO VERTEBRADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE COMPLIANCE PENAL	
Identificación del documento	Evidencias documentales de las normas y procedimientos que dan soporte al Sistema (Anexo II)
Apartado de procedencia	Apartado 3. Contexto de la Organización
Instrucciones	Mantener actualizado el listado de las principales normas y procedimientos que dan soporte al <i>Sistema</i> así como una descripción de los mencionados documentos.

Fundación ONCE	
Principales normas y procedimientos que dan soporte al <i>Sistema</i>	
Código Ético de la Fundación ONCE	El objetivo es plasmar los valores éticos de Fundación ONCE y las pautas para actuar conforme a dichos valores.
Política de <i>Compliance</i> penal	Documento que refleja el compromiso de cumplimiento del <i>Patronato</i> y de la <i>Alta dirección</i> de Fundación ONCE así como los principales objetivos estratégicos de la <i>Organización</i> en dicha materia, incluyendo su determinación de no tolerar en su seno ninguna conducta que pueda ser constitutiva de delito.
Catálogo de conductas prohibidas y parámetros de comportamiento esperados	Documento que refleja el listado de delitos aplicables a las personas jurídicas en los términos previstos por la legislación penal española, así como una breve descripción de cada uno de ellos y las conductas que se esperan de sus destinatarios para su prevención, detección o gestión temprana.
[...]	[...]

Anexo III

Estatuto del Órgano de Prevención Penal

Fundación ONCE	
DOCUMENTO VERTEBRADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE COMPLIANCE PENAL	
Identificación del documento	Estatuto del <i>Órgano de Prevención Penal</i> (Anexo III)
Apartado de procedencia	Apartado 4. Función de <i>Compliance</i> Penal de la <i>Organización</i>
Instrucciones	Describir las funciones principales del <i>Órgano de Prevención Penal</i>

El *Órgano de Prevención Penal* es la responsable de velar por el cumplimiento del *Sistema de gestión de Compliance penal* de la *Organización* y, por ello, asume las principales competencias en materia de *Compliance* penal. Se detallan a continuación sus principales cometidos, por materias:

1. Actualización y difusión de las obligaciones de *Compliance* penal

- Identificar las obligaciones de *Compliance* penal, manteniéndolas actualizadas y difundiéndolas entre los *Miembros de la Organización*.
- Crear y difundir un documento donde figuren los objetivos de *Compliance* penal acordados por la *Organización*, la involucración de todos sus *Miembros* en su consecución, y las estructuras de prevención penal dispuestas para auxiliar en esa labor.
- Impulsar y supervisar la implementación del *Sistema de gestión de Compliance penal* de Fundación ONCE, velando por el acceso de todos los *Miembros de la Organización* y, cuando corresponda, a los *Socios de negocio*, a las normas existentes en la *Organización* que ayudan a la detección, prevención y gestión de delitos.
- Operar con autonomía el *Sistema de gestión Compliance penal*, salvaguardando su independencia y velando por el trato confidencial que precisen las informaciones o documentos a los que tenga o pueda tener acceso.

2. Integración de las obligaciones y objetivos de *Compliance* penal

- Velar porque las obligaciones de *Compliance* penal se integren dentro de los procesos de negocio de la *Organización*.

- Velar porque las políticas, procedimientos y controles ya existentes en la *Organización* incluyan los contenidos apropiados para dar cumplimiento a las obligaciones de *Compliance* penal.
- Velar porque el nivel de alineación de los *Miembros de la Organización* con sus objetivos de *Compliance* penal sea un factor para la valoración de su desempeño profesional, sus capacidades de promoción y retribución, dentro del marco legal aplicable.

3. Prevención, identificación y gestión de los *Riesgos penales*

- Identificar, analizar y evaluar los *Riesgos penales* a los efectos de priorizar las acciones y asignación de recursos para su prevención, detección y gestión temprana.
- Proponer la incorporación de nuevas políticas, procedimientos y controles, o la modificación de las existentes para mejorar las labores de prevención, detección y gestión de los *Riesgos penales*.

4. Comunicaciones de prevención penal

- Gestionar la eficacia del *Canal de denuncias* o medios de reporte como herramienta para captar información sobre conductas ilícitas, de acuerdo con lo establecido en el “Documento descriptivo de la interrelación entre el Observatorio de Prevención Penal y los Órganos de Prevención Penal de las Áreas Ejecutivas”.

5. Formación y concienciación

- Velar porque las normas o documentos que contienen obligaciones de *Compliance* penal (especialmente la *Política de Compliance penal*) sean adecuadamente comprendidos por los *Sujetos afectados por este documento*, utilizando un lenguaje sencillo en sus comunicaciones y ofreciendo asesoramiento a sus destinatarios en caso de duda.
- Impulsar ciclos de sensibilización y formación que permitan a los *Sujetos afectados por este documento*, disponer del conocimiento y competencias necesarias para asumir sus responsabilidades en cuanto a la prevención, detección y gestión de *Riesgos penales*.
- Identificar en el seno de la *Organización*, los *Sujetos afectados por este documento*, para adecuar los contenidos formativos y su recurrencia a sus necesidades específicas.

6. Interacción con las funciones sinérgicas

- Interactuar con los departamentos de Fundación ONCE que, por el tipo de actividades que desarrollan, tienen asignadas responsabilidades complementarias a las asignadas al *Órgano de Prevención Penal*.
- Colaborar con el departamento de Informática de Fundación ONCE en aspectos relativos a la custodia y tratamiento adecuado de los datos de carácter personal de los *Miembros de la Organización* en el transcurso de actividades de investigación u otras actividades del *Órgano de Prevención Penal*.
- Interactuar de manera constante con el departamento de Recursos Humanos a los efectos de estar actualizado sobre los mecanismos de incentivos o correctivos de los *Miembros de la Organización*, así como en la integración de procesos de diligencia debida interna.

7. Informes de *Compliance* penal

- Elaborar Informes de *Compliance* penal con carácter trimestral y reportarlo al *Patronato*, a la *Alta dirección* y a las funciones o departamentos de Fundación ONCE apropiados, a fin de permitir que se adopten acciones preventivas, correctivas y remediadoras.
- Informar inmediatamente al *Patronato* y a la *Alta dirección* de Fundación ONCE en caso de incumplimientos relevantes detectados en la *Organización* así como de las *no conformidades* graves o de evolución rápida.
- Consolidar en una memoria anual la información más relevante recogida en los reportes operativos de *Compliance* penal, que será reportada al *Patronato* y a la *Alta dirección* de Fundación ONCE.

8. Mejora del Sistema de gestión de *Compliance* penal y documentación

- Impulsar las modificaciones que requiera el *Sistema de gestión de Compliance penal*, tras detectar una *no conformidad* o incumplimiento, proponiendo las mejoras a adoptar al *Patronato* y a la *Alta dirección* de Fundación ONCE.
- Medir el desempeño del *Sistema de gestión de Compliance penal* de la *Organización* a través de indicadores, vigilando que todos sus elementos operan de manera correcta, promoviendo además su revisión y mejora continua, incluyendo dichos indicadores en los Informes de *Compliance* penal.
- Custodiar la información documentada derivada de la implantación y ejecución del *Sistema de gestión de Compliance penal*.

Anexo IV

Presupuesto anual del *Órgano de Prevención Penal*

Fundación ONCE	
DOCUMENTO VERTEBRADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE COMPLIANCE PENAL	
Identificación del documento	Presupuesto anual del <i>Órgano de Prevención Penal</i> (Anexo IV)
Apartado de procedencia	Apartado 6. Recursos
Instrucciones	Describir el presupuesto asignado al <i>Órgano de Prevención Penal</i>

Periodo:

Responsable: Órgano de Prevención Penal

Objetivos tácticos	Presupuesto asignado a su cumplimiento
[...]	[...]
[...]	[...]
[...]	[...]
[...]	[...]
[...]	[...]

Necesidades imprevistas	Presupuesto necesario para abordarlas
[...]	[...]
[...]	[...]
[...]	[...]
[...]	[...]
[...]	[...]

Anexo V

Estatuto de los Delegados de *Compliance* penal

Fundación ONCE	
DOCUMENTO VERTEBRADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE COMPLIANCE PENAL	
Identificación del documento	Estatuto del órgano delegado de <i>Compliance</i> penal (Anexo V)
Apartado de procedencia	Apartado 4. Función de <i>Compliance</i> Penal de la <i>Organización</i>
Instrucciones	Describir las funciones principales de los delegados de <i>Compliance</i> penal.

En caso de que existan en un futuro, órganos delegados de *Compliance* penal formarán parte de la *Función de Compliance penal* de la *Organización* y, junto al *Órgano de Prevención Penal* de Fundación ONCE, velarán por el cumplimiento del *Sistema de gestión de Compliance penal* de la *Organización*. En este contexto, estos órganos tendrán delegadas las materias previstas a continuación:

1. Actualización y difusión de las obligaciones de *Compliance* penal

- En coordinación con el *Órgano de Prevención Penal* de Fundación ONCE, y contando con su soporte en todo momento, el órgano delegado de prevención penal velará por que los Miembros de la entidad del *Perímetro de control penal* en la que ha sido designado dispongan de un conocimiento actualizado de sus obligaciones de *Compliance* penal en todo momento.
- El órgano delegado de *Compliance* penal debe difundir entre los Miembros de la entidad del *Perímetro de control penal* en la que ha sido designado y, cuando corresponda, entre sus *Socios de negocio*, una cultura de cumplimiento alineada con los principios y valores de Fundación ONCE.
- Se cuidará, con el soporte y coordinación del *Órgano de Prevención Penal* cuando sea preciso, de que las normas o documentos de los que se deriven obligaciones de *Compliance* penal sean accesibles a los Miembros de la entidad del *Perímetro*

de *control penal* en la que ha sido designado y a los *Socios de negocio* que precisen consultar sus contenidos.

2. Integración de las obligaciones de **Compliance** penal

- Dentro de su marco de actuación y en colaboración con el *Órgano de Prevención Penal*, el órgano delegado de *Compliance* penal velará porque los controles ya existentes en la entidad del *Perímetro de control penal* en la que opera, recoja los aspectos necesarios para dar cumplimiento de las obligaciones de *Compliance* penal, impulsando la implantación de controles que contemplen, en caso de que no existan.

3. Prevención, identificación y gestión de los **Riesgos penales**

- El órgano delegado de *Compliance* penal debe delimitar qué áreas locales gestionan materias que pueden entrañar *Riesgos penales* y comunicárselas al *Órgano de Prevención Penal*.
- Identificar, analizar y evaluar los *Riesgos penales* a los efectos de priorizar las acciones y asignación de recursos para su prevención, detección y gestión temprana.
- El órgano delegado de *Compliance* penal debe impulsar en la entidad en la que ha sido designado la implementación de las medidas organizativas y de procesos orientados a prevenir, detectar y gestionar los *Riesgos penales*, de conformidad con las directrices del *Órgano de Prevención Penal*.

4. Comunicaciones de prevención penal

- En las entidades del *Perímetro de control penal* que dispongan de canal de denuncias propio, el órgano delegado de *Compliance* penal gestiona las comunicaciones recibidas, dando trámite a aquellas que, tras las verificaciones oportunas, puedan conllevar la materialización de un *Riesgo penal*.
- En cualquier caso, el órgano delegado de *Compliance* penal deberá establecer canales de comunicación y reporte con el *Órgano de Prevención Penal* de Fundación ONCE a los efectos de informarle de los *Riesgos penales* o

incumplimientos detectados que puedan afectar al *Sistema de gestión de Compliance penal de la Organización* y, especialmente, a los objetivos de *Compliance* penal previstos por la *Organización*.

5. Formación y concienciación

- El órgano delegado de *Compliance* penal, en colaboración con las áreas con competencias en la materia, se ocupa de impulsar ciclos de formación programada sobre prevención penal dirigida a los Miembros de la entidad en la que ha sido designado.
- Igualmente, respecto del *Personal que ocupa posiciones especialmente expuestas*, esto es, por su cargo o por desarrollar en la entidad una actividad expuesta a *Riesgos penales* con una valoración superior a bajo, el órgano delegado de *Compliance* penal velará porque reciban una formación adecuada a sus obligaciones de *Compliance*, y formalicen una declaración de cumplimiento de la *Política de Compliance penal*, a intervalos planificados.

6. Interacción con las funciones sinérgicas

- El órgano delegado de *Compliance* penal de cada entidad del *Perímetro de control penal* debe establecer los flujos de comunicación y colaboración oportunos con las áreas que, en el ámbito que haya sido designado, puedan tener funciones sinérgicas a las que el órgano desarrolla como responsable local de *Compliance* penal.

7. Reportes en materia de prevención penal

- El órgano delegado de *Compliance* penal depende jerárquicamente del órgano de gobierno de la entidad del *Perímetro de control penal* en la que ha sido designado, y, funcionalmente, del *Órgano de Prevención Penal*, a quien reportará directamente sus actividades.
- El órgano delegado de *Compliance* penal presentará al *Órgano de Prevención Penal* de Fundación ONCE, con una periodicidad mínima trimestral, una memoria de las actividades consistentes en la implementación de las políticas, procedimientos y prácticas que velen por el cumplimiento con la normativa interna y externa para la prevención de *Riesgos penales*.

8. Documentación

El órgano delegado de *Compliance* penal deberá gestionar y archivar diligentemente la documentación que sea generada como consecuencia del ejercicio de todas las funciones anteriores, por materias y cronológicamente.

Anexo VI

Matriz de formación en materia de *Compliance* penal

Fundación ONCE	
DOCUMENTO VERTEBRADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE COMPLIANCE PENAL	
Identificación del documento	Matriz de formación en materia de <i>Compliance</i> penal (Anexo VI)
Apartado de procedencia	Apartado 6. Recursos
Instrucciones	Mantener actualizada la Matriz de formación atendiendo a las evaluaciones de <i>Riesgos penales</i> periódicas y los objetivos operativos de <i>Compliance</i> penal de Fundación ONCE.

Documento vertebrador del Sistema de gestión de **Compliance** penal

BORRADOR SUJETO A CAMBIOS

Módulos formativos	Destinatarios										
	Colectivo [n]	Colectivo [n]	Colectivo [n]	Colectivo [n]	Colectivo [n]	Colectivo [n]	Colectivo [n]	Colectivo [n]	Colectivo [n]	Colectivo [n]	Colectivo [n]
Valores de la Organización y principios de conducta											
Política de Compliance penal, Catálogo de riesgos penales y parámetros de conducta esperados.											
Materia 1											
Materia [n]											
Materia [n]											
Materia [n]											
Materia [n]											
Materia [n]											
Materia [n]											

Anexo VII

Estructura de reportes operativos de *Compliance* penal

Fundación ONCE	
DOCUMENTO VERTEBRADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE COMPLIANCE PENAL	
Identificación del documento	Estructura de los Reportes operativos de <i>Compliance</i> penal (Anexo VII)
Apartado de procedencia	Apartado 9.2.1. Reportes operativos
Instrucciones	Completar las áreas con la descripción del incumplimiento o riesgo de incumplimiento detectado, y el resto de información requerida a los efectos de establecer los reportes operativos y planes de acción oportunos.

Periodo del reporte:
Responsable del reporte: Órgano de Prevención Penal
Reporte dirigido a: <i>Patronato</i>

1. Factores internos y externos

[Indicar las variaciones en las circunstancias internas y externas que afectan a la Organización, y las consecuencias que se derivan o pueden derivarse para el Sistema de gestión de Compliance penal, p.e. los cambios en la normativa o su interpretación. Si procede adoptar algún tipo de medidas, se pueden adjuntar los planes de acción correspondientes a modo de anexo].

2. Indicadores de actividades planificadas

[Reflejar los datos e informaciones que permitan contrastar el grado de desarrollo de las actividades planificadas, p.e. formación. Si procede adoptar algún tipo de medidas para ayudar a su correcta evolución, se pueden adjuntar los planes de acción correspondientes a modo de anexo].

3. Indicadores de eficacia del Sistema

[Reflejar los datos e informaciones que faciliten valorar el nivel de consecución de los objetivos estratégicos de Compliance penal, como el número y tipología de incidencias, por ejemplo. Si procede adoptar algún tipo de medidas, se pueden adjuntar los planes de acción correspondientes a modo de anexo].

4. No conformidades

[Desglosar las no conformidades, pudiendo distinguirse entre las que guardan relación con los requisitos del Sistema de gestión de Compliance penal, y las que entrañan un Riesgo penal. En cualquier caso, analizar las causas raíz que las han provocado, fijando planes de acción para evitar que se reproduzcan y que pueden anexarse al propio reporte].

5. Relaciones con las Administraciones

[Puesto que las capacidades de inspección y comprobación de algunas autoridades pueden desembocar en procedimientos de naturaleza penal, es positivo informar de

cualquier actuación frente a las administraciones públicas, p.e. inspecciones y otros expedientes ante las autoridades fiscales, en materia de medio ambiente, etc].

6. Procedimientos judiciales

[En el caso de que existan procedimientos judiciales vinculados con Riesgos penales, actuales o inminentes, se describirán, y se explicará la situación procesal y las consecuencias estimadas para la Organización y sus Miembros].

7. Resultados de evaluación

[Incluir los resultados de las evaluaciones del Sistema de gestión de Compliance penal realizadas por el Órgano de Prevención Penal y/o por un Tercero, así como las recomendaciones pertinentes y el plan de acción para abordarlas].

8. Canal de denuncias

[Incluir el número de comunicaciones recibidas, las tramitadas y dentro de éstas, las diferentes categorías de materias que abordan. De cada comunicación, exponer el estadio de los expedientes, las conclusiones alcanzadas, y en su caso, las medidas que procede adoptar. Asimismo, informar acerca de las medidas informadas en reportes anteriores hasta su conclusión].

9. Variaciones en el Sistema de gestión de Compliance penal

[Incluir, en su caso, la creación o alteración de políticas, procedimientos y controles, informando sobre sus consecuencias].

10. Conclusiones y aspectos a decidir

[Incluir una valoración general sobre el desempeño del Sistema de gestión de Compliance penal.

Elevar la propuesta de adopción de medidas en relación con el Sistema.

Asimismo, describir las actuaciones realizadas con urgencia por parte del Órgano de Prevención Penal para que sean ratificadas por el Patronato].

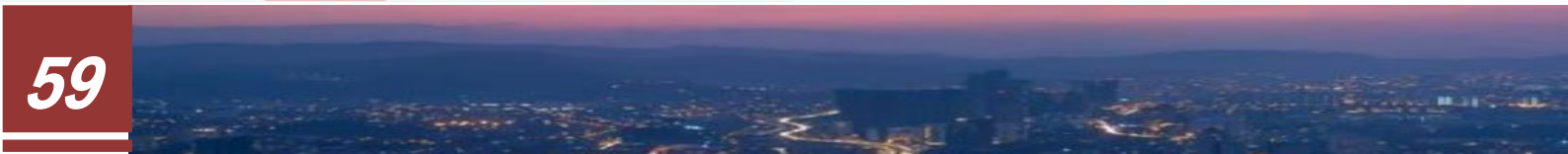
Anexo VIII

Documento que integran el *Welcome Pack* o Pack de Bienvenida

Fundación ONCE	
DOCUMENTO VERTEBRADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE COMPLIANCE PENAL	
Identificación del documento	Documentos que integran el <i>Welcome Pack</i> o el Pack de Bienvenida (Anexo VIII)
Apartado de procedencia	Apartado 8. Diligencia debida
Instrucciones	Introducir el responsable de entregar y de informar sobre la actualización y/o modificación de los documentos que integran el <i>Welcome Pack</i> que se entrega a todos los <i>Miembros de la Organización</i> en el momento de su contratación.

Fundación ONCE		
Documentos que integran el <i>Welcome Pack</i>		
Documento	Responsable de su entrega	Responsable de informar sobre su actualización y/o modificación
Código Ético de la Fundación ONCE	[Ejemplo: Recursos Humanos]	[Ejemplo: Órgano de Prevención Penal]
Política de <i>Compliance</i> penal	[Ejemplo: Recursos Humanos]	[Ejemplo: Órgano de Prevención Penal]
Catálogo de conductas prohibidas y parámetros de comportamiento esperados	[Ejemplo: Recursos Humanos]	[Ejemplo: Órgano de Prevención Penal]
[...]		

8.8 ANEXO 8. Procedimiento de Debida Diligencia Interna



Fundación ONCE

Procedimiento de Debida Diligencia Interna

Análisis de contrataciones y evaluaciones de empleados en materia de reputación e integridad

Febrero 2021

Contenido

1. Propósito y contenido del <i>Procedimiento</i>	3
1.1 Introducción y objeto	3
1.2 Ámbito de aplicación	4
1.3 Protección de datos personales	4
2. Selección de candidatos	5
2.1 Criterios de evaluación	5
2.1.1 Riesgo Bajo	6
2.1.2 Riesgo Medio	7
2.1.3 Riesgo Alto	7
2.1.4 Otras medidas específicas	8
2.2 Procedimientos específicos a observar en determinadas situaciones	8
2.2.1 Procedimiento de sustitución/cobertura de vacantes	8
3. Contratación de candidatos	9
3.1 <i>Plan de Acogida</i>	10
4. Criterios de evaluación del desempeño (<i>Risk Metrics</i>)	10
Anexo I	13
Anexo II	14
Anexo III	15

1. Propósito y contenido del *Procedimiento*

1.1 Introducción y objeto

El presente *Procedimiento* ha sido aprobado por el *Órgano de Prevención Penal* ('**OPP**') de la Fundación ONCE ('**FONCE**' o '**la Organización**') con fecha [] de [] de [], y tiene por objeto establecer los procesos de debida diligencia interna de FONCE en la contratación de candidatos y en la evaluación del desempeño de los miembros de la Organización¹².

Como punto de partida de los procedimientos de debida diligencia interna, FONCE ha realizado un análisis de aquellas actividades en cuyo ámbito puedan materializarse riesgos penales y se ha dotado de una *Matriz de Riesgos Penales y Controles* en la que se detallan los riesgos penales identificados y las actuaciones que debe llevar a cabo la Organización para mitigarlos.

Sobre esta base, FONCE ha delimitado aquellas posiciones especialmente expuestas a riesgos penales a fin de evaluar los riesgos de integridad y reputación que presentan (i) los candidatos a ocupar estas posiciones; y (ii) los miembros de la Organización que ocupan estas posiciones.

Los procedimientos de debida diligencia interna de FONCE están orientados a evaluar con mayor profundidad la naturaleza y el alcance de los riesgos penales a que están expuestas las posiciones de responsabilidad y aquellas otras posiciones en las que se haya determinado que existe un riesgo superior a bajo.

Estos procedimientos pueden actuar como controles preventivos y de monitorización continua de posibles riesgos penales, aportando información útil a FONCE para la toma de decisiones.

La naturaleza, tipo y alcance de los procedimientos de debida diligencia interna dependerán de factores tales como la capacidad para obtener la información necesaria por parte de FONCE, el coste de obtención de dicha información y el nivel de riesgo penal asociado a cada actividad desarrollada por FONCE.

El presente *Procedimiento* desarrolla un sistema pautado de mecanismos de debida diligencia interna, los cuales permiten a FONCE detectar, controlar y mitigar los riesgos de comisión de un delito por parte de los miembros de la Organización desde una perspectiva racional y proporcionada, esto es, centrando los esfuerzos en analizar los aspectos más relevantes.

¹ Los miembros de la Organización son "los integrantes del órgano de gobierno, directivos, empleados, trabajadores o empleados temporales o bajo convenio de colaboración, y voluntarios de una organización y el resto de personas bajo subordinación jerárquica de cualquiera de los anteriores" (Fuente: UNE 19601).

² El OPP de FONCE podrá dar traslado del presente Procedimiento al Consejo General de FONCE para su conocimiento.

1.2 Ámbito de aplicación

El presente *Procedimiento* es de aplicación a todos los miembros de la Organización, independientemente de la posición y función que desempeñen, en la medida en que es obligación de todos ellos contribuir al correcto desarrollo del *Sistema de Gestión de Compliance penal* de la Organización.

El alcance del presente *Procedimiento* está referido a la debida diligencia interna de FONCE en (i) la selección y contratación de candidatos a puestos de trabajo; y (ii) la evaluación del desempeño de los miembros de la Organización.

Los procesos de debida diligencia interna descritos en este *Procedimiento* están asociados al nivel de riesgo penal identificado por FONCE en las distintas posiciones de la Organización, esto es la mayor o menor profundidad de los procesos dependerá del mayor o menor nivel de riesgo penal identificado.

Los procedimientos de debida diligencia interna están orientados a evaluar, entre otros, los siguientes riesgos:

- Riesgo de integridad: aspectos relativos a corrupción, blanqueo de capitales, financiación del terrorismo y fraude fiscal, financiación ilegal de partidos políticos, así como cuestiones relativas al ejercicio de los derechos fundamentales y libertades públicas y cualquier otro asunto relativo a la ética y el buen gobierno de la Organización.
- Riesgo de reputación: incluye cualquier cuestión o controversia asociada a un miembro de la Organización que pueda afectar negativamente a la imagen pública y a la reputación de FONCE. Engloba aspectos del ámbito de la responsabilidad corporativa (sociales, ambientales y de buen gobierno), así como financieros, operacionales o estratégicos de la entidad, y otras situaciones que pueden dañar gravemente la reputación de las organizaciones (p.ej. fraude, conflictos de interés, etc.).

1.3 Protección de datos personales

En la ejecución de los procesos que se regulan en este *Procedimiento* y la documentación derivada de ellos, es posible que FONCE trate datos de carácter personal. En este sentido, el contenido y ejecución de lo establecido en este documento no deberá vulnerar lo establecido por la normativa aplicable en materia de protección de datos personales ni en las normas internas de FONCE que hagan referencia a esta materia.

A tales efectos, el Director de Recursos Humanos y otros responsables que participen en los procedimientos de debida diligencia interna, velarán por coordinar sus cometidos con el Delegado de Protección de Datos (DPD) de FONCE.

En particular, en todos los procesos de debida diligencia interna se deberán realizar las siguientes actuaciones:

- Entregar a los candidatos un texto informativo sobre protección de datos, en el que se incluya el tratamiento que FONCE dará a sus datos personales en virtud de su normativa interna en la materia.
- Asegurar el almacenamiento de los datos personales de los candidatos en una base de datos segura, con acceso restringido.

NOTA: El almacenamiento de los datos es necesario para que, en su caso, FONCE pueda evidenciar ante terceros los procedimientos de debida diligencia interna realizados.

2. Selección de candidatos

El OPP de FONCE es el encargado de (i) definir el perfil de riesgo penal de los puestos de trabajo tomando en consideración las funciones a desarrollar; y (ii) establecer los criterios para la evaluación de los candidatos atendiendo al riesgo penal.

La *Dirección de Recursos Humanos* es el área responsable de incorporar a los procesos de selección y contratación de personal, la evaluación de los candidatos desde la perspectiva del riesgo penal, atendiendo a las instrucciones facilitadas por el OPP.

Los procedimientos de debida diligencia interna de FONCE para la selección de candidatos varían en función del riesgo que el OPP haya asignado a cada posición de la Organización, distinguiendo entre: riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto (ver apartado 2.1 siguiente y Anexo I '*Matriz de posiciones por perfil de riesgo*').

A su vez, en el proceso de selección de candidatos, distinguimos entre dos situaciones, (i) casuísticas generales a las cuales será de aplicación los criterios de evaluación genéricos descritos en el apartado 2.1; y (ii) casuísticas específicas, relacionadas con ausencias temporales, vacantes y agentes vendedores, a los cuales será de aplicación los criterios de evaluación específicos descritos en el apartado 2.2.

2.1 Criterios de evaluación

En atención a la exposición a riesgos penales asociada a las funciones a desarrollar en cada posición, el OPP de FONCE ha llevado a cabo una categorización de posiciones de la Organización en tres niveles de riesgo: bajo, medio y alto.

- Riesgo bajo: aquellas posiciones no expuestas a riesgos penales, en la medida en que, entre otros, (i) no correspondan a cargos de responsabilidad en la Organización (p.ej. alta dirección); (ii) no estén relacionadas con funciones estratégicas y/o departamentos involucrados en la toma de decisiones clave; y (iii) no presenten otras particularidades desde el punto de vista de los riesgos penales (p.ej. trabajo con menores de edad).
- Riesgo medio: aquellas posiciones con una exposición leve o moderada a riesgos penales, en la medida en que, entre otros, (i) conlleven un cierto poder de decisión o aprobación en asuntos sensibles; y/o (ii) sus actividades guarden relación con aspectos que pudieran suponer un riesgo penal para la Organización.
- Riesgo alto: aquellas posiciones con mayor exposición a riesgos penales, en la medida en que, entre otros, (i) conlleven el otorgamiento de poderes para actuar en nombre y representación de la Organización ante terceros; (ii) impliquen la involucración en la toma de decisiones clave para la Organización; (iii) sus funciones estén relacionadas con actividades sensibles para la Organización desde el punto de vista del riesgo penal.

El Anexo I '*Matriz de posiciones por perfil de riesgo*' incorpora una clasificación detallada de las posiciones de la Organización en función del nivel riesgo definido: bajo, medio y alto.

La *Dirección Ejecutiva* de la que dependa el perfil profesional evaluado será la responsable del proceso de selección de los candidatos a una posición vacante en la Organización, esto es, de evaluar su idoneidad para ocupar una determinada posición. Este análisis deberá tomar en consideración los criterios de evaluación de candidatos desde el punto de riesgo penal.

La *Dirección de Recursos Humanos* documentará adecuadamente y guardará registro de los procedimientos llevados a cabo durante el proceso de selección de los candidatos, información que deberá ser incluida en expedientes individuales.

En caso de que durante el proceso de evaluación de un candidato se identifiquen incidencias o cuestiones que arrojen dudas en materia de riesgo penal, las mismas deberán ser notificadas al OPP por la *Dirección Ejecutiva* de la que dependa el perfil profesional y/o por la *Dirección de Recursos Humanos*, para que sea este órgano quien evalúe la situación y tome las decisiones que considere oportunas.

En el supuesto de posiciones de alto riesgo o en aquellos otros casos en que, como resultado de las sucesivas evaluaciones no se obtenga un resultado determinante, el OPP podrá valorar la posibilidad de solicitar a un experto independiente un análisis de reputación e integridad del candidato (*Integrity Due Diligence* o *Background Check*), con objeto de disponer de información adicional para su toma de decisión.

Los procedimientos de debida diligencia interna a realizar por FONCE en función del nivel de riesgo asociado a cada posición de la Organización serán los descritos a continuación.

2.1.1 Riesgo Bajo

En el caso de posiciones consideradas de riesgo bajo, FONCE llevará a cabo los siguientes procedimientos:

- Solicitud de documentación identificativa en vigor del candidato (Documento Nacional de Identidad, Pasaporte o Número de Identidad de Extranjero).
- Solicitud de *Currículum Vitae*.
- Solicitud del título o acreditación profesional que corresponda atendiendo a las actividades a realizar en el puesto de trabajo.
- Siempre que sea posible, comprobar si el candidato ha sido empleado de FONCE o de alguna otra entidad perteneciente al Grupo Social ONCE con anterioridad. En caso afirmativo, obtener referencias de su nivel de desempeño en la Organización.
- Evaluación de las aptitudes del candidato mediante la realización de una entrevista presencial. En caso de que se requiera más de una entrevista, estas podrán ser realizadas por videoconferencia, siempre que al menos alguna de las entrevistas se realice de forma presencial.
- Preguntar al candidato si mantiene alguna vinculación familiar o de otra naturaleza (societarias, patrimoniales, etc.) con miembros de la Organización y/o con *socios de negocio*³, tanto de FONCE como de otras entidades pertenecientes al Grupo Social ONCE.
- Informar al candidato sobre el alcance y contenido de (i) el *Código Ético de conducta* que resulte de aplicación en función de la posición; y (ii) la *Política de Compliance Penal* de FONCE, y confirmar que la entiende y valora su importancia.

³ Los Socios de negocio “*incluyen, pero no están limitados a, clientes, joint ventures, socios de joint ventures, socios de consorcios, contratistas, comisionistas, consultores, subcontratistas, proveedores, vendedores, asesores, agentes, distribuidores, representantes, intermediarios e inversores*”. (Fuente: UNE 19601).

2.1.2 Riesgo Medio

En el caso de posiciones consideradas de riesgo medio, FONCE llevará a cabo los siguientes procedimientos:

- Procedimientos relativos a la categoría de Riesgo Bajo (ver 2.1.1).
- Solicitar al candidato referencias voluntarias relativas a la actividad profesional / empresarial desarrollada por el candidato en puestos de trabajo anteriores
- Solicitar al candidato una declaración firmada sobre:
 - La existencia o inexistencia de vinculaciones familiares o de otra naturaleza (societarias, patrimoniales, etc.) con miembros de la Organización y/o con Socios de negocio, tanto de FONCE como de otras entidades pertenecientes al Grupo Social ONCE.
 - Los cargos directivos o en órganos de administración, poderes y/o acciones/participaciones representativas de control, que pudiera ostentar en entidades ajenas a la Organización.

En caso afirmativo, las declaraciones deberán incluir un desglose suficiente de información que permita a FONCE evaluar si los aspectos declarados por el candidato pueden constituir un potencial conflicto de interés.

- Solicitar al candidato una declaración voluntaria sobre la existencia o inexistencia de antecedentes penales.

2.1.3 Riesgo Alto

En el caso de posiciones consideradas de riesgo alto, FONCE deberá aplicar medidas adicionales destinadas a evaluar en mayor profundidad los antecedentes del candidato en materia de reputación e integridad.

Para ello, deberá llevar a cabo los siguientes procedimientos:

- Procedimientos relativos a la categoría de Riesgo Bajo (ver 2.1.1).
- Procedimientos relativos a la categoría de Riesgo Medio (ver 2.1.2).
- Contrastar, con fuentes de información pública⁴, la veracidad de la información manifestada por el candidato mediante las declaraciones firmadas sobre:
 - La existencia o inexistencia de vinculaciones (p.ej. societarias, patrimoniales, etc.) con miembros de la Organización y/o con Socios de negocio, tanto de FONCE como de otras entidades pertenecientes al Grupo Social ONCE.
 - Los cargos directivos o en órganos de administración, poderes y/o acciones/participaciones representativas de control, que pudiera ostentar en entidades ajenas a la Organización.
- Comprobar si el candidato es una persona sancionada financieramente o inhabilitada mediante el cotejo de sus datos con listados de sanciones, morosos y litigios (p.ej.: Dow Jones).
- Comprobar si el candidato es una Persona con Responsabilidad Pública⁵ o mantiene una vinculación familiar de primer grado con una Persona con Responsabilidad Pública.

⁴ Por ejemplo: Registro Mercantil, Registro de la Propiedad, Registro Civil, etc.

⁵ Conforme a la definición incluida en el artículo 14 de la Ley 10/2010, de 28 de abril, de prevención de blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo.

- Realizar comprobaciones a fin de identificar potenciales controversias públicas / mediáticas que afecten al candidato (p.ej. contraste en bases de datos de prensa o motores de búsqueda de internet).
- En aquellas posiciones con una exposición a riesgos penales particularmente elevada y/o en el caso de candidatos cuyas búsquedas/indagaciones preliminares arrojen dudas en materia de riesgo penal, solicitar a un experto independiente un análisis de reputación e integridad del candidato (*Integrity Due Diligence* o *Background Check*).

2.1.4 Otras medidas específicas

De forma adicional a los procedimientos de debida diligencia descritos con anterioridad e independientemente del nivel de riesgo asociado a cada posición de la Organización, FONCE solicitará un certificado de Delitos de Naturaleza Sexual⁶ a aquellos candidatos que vayan a estar en contacto frecuente con menores de edad, o personas con discapacidad intelectual.

2.2 Procedimientos específicos a observar en determinadas situaciones

2.2.1 Procedimiento de sustitución/cobertura de vacantes

FONCE tiene definido un '*Procedimiento para la cobertura de Ausencias temporales y de vacantes de personal no vendedor en el ámbito de FONCE*' ('**Procedimiento de cobertura de vacantes**'), el cual diferencia entre:

- Sustituciones por ausencias de duración inferior a cuatro meses; y
- Cobertura de vacantes o sustituciones temporales de duración superior a cuatro meses.

El *Procedimiento de cobertura de vacantes* prevé diferentes posibilidades para cubrir una posición vacante o con una ausencia temporal, entre las que se encuentran las siguientes:

- Valorar la posibilidad de reorganizar las tareas en el propio centro, o entre trabajadores que ocupan el mismo puesto o que pertenezcan al mismo grupo profesional.
- Promoción interna a través de la publicación de la posición disponible en *la intranet de Fundación ONCE*. El perfil del puesto será elaborado por el *Centro directivo*, validado por la *Dirección General Adjunta* o *Dirección Ejecutiva* correspondiente, y, finalmente, remitido a la *Dirección de Recursos Humanos*.
- Publicación de la posición, por orden de preferencia, en las bolsas de empleo de afiliados (BOLEMP); Inserta Empleo, ONCE, ILUNION, Asociaciones y Entidades vinculadas al Grupo Social ONCE; y portales externos de búsqueda de empleo.

En los casos de promoción interna y cobertura externa de posiciones, la *Dirección General* será la encargada de comprobar que todas las candidaturas inscritas cumplen con los requisitos de la oferta, y los candidatos deberán realizar una serie de pruebas y entrevistas (competencias, conocimientos, ofimática, etc.) definidas por la *Dirección Ejecutiva* correspondiente y que dependerán del perfil profesional del candidato.

En función del perfil de riesgo de la posición vacante, el Centro o la Dirección Ejecutiva correspondiente deben tomar consideración de los criterios de evaluación incluidos en el apartado 2.1.

⁶ La Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, modificada por la Ley 26/2015 y la Ley 45/2015, de voluntariado establece la obligación de que se aporten certificados negativos del Registro Central de Delincuentes Sexuales para todos los profesionales y voluntarios que trabajan en contacto habitual con menores.

Tras la finalización de cada proceso de selección, el *Centro* y la *Dirección Ejecutiva* correspondiente decidirán quién es el candidato más adecuado para ocupar la posición vacante. Para ello, deberán llevar a cabo con anterioridad los siguientes procesos:

- Comprobar los requisitos de la oferta.
- Evaluar las pruebas realizadas.
- Tomar en consideración los criterios de evaluación descritos en el Apartado 2.1.

3. Contratación de candidatos

Las contrataciones deberán ser aprobadas por el Comité Directivo de FONCE.

En el caso de que en el proceso de selección se ponga de manifiesto incidencias o cuestiones que susciten dudas en materia de riesgo penal, con independencia del riesgo inicial asociado a la posición, los formularios de evaluación serán remitidos al OPP.

En estos casos, el OPP emitirá un informe consultivo sobre la idoneidad de contratación del candidato, que deberá ser tenido en cuenta por el Comité Directivo de FONCE en el proceso de toma de decisión.

En el caso de que el informe consultivo emitido por el OPP sobre la idoneidad de contratación del candidato no sea positivo, y el Comité Directivo de FONCE decida seguir adelante con la contratación del candidato, deberán redactar un informe justificativo sobre su decisión, que incluya las medidas incluidas que sirvan para mitigar/minimizar los riesgos identificados por el OPP.

El departamento de Coordinación de cada centro deberá solicitar a los candidatos, con anterioridad a formalizar su incorporación como miembros de la Organización, la siguiente documentación:

- Documentación identificativa en vigor del candidato (Documento Nacional de Identidad, Pasaporte o Número de Identidad de Extranjero).
- Domicilio actual.
- Número de afiliación a la Seguridad Social.
- Informe Vida Laboral.
- Número de cuenta corriente incluyendo el IBAN.
- Certificado de discapacidad, en caso de aplicar.

Los candidatos deberán aceptar expresamente mediante firma los documentos facilitados en el *Plan de Acogida* en materia de *compliance*, entre los que se encuentran el Código Ético, la Política de Compliance Penal y las Normas de uso de medios informáticos⁷ (ver Apartado 3.1). La Organización no contratará a candidatos que se nieguen a aceptar estos documentos.

De forma adicional, en caso de posiciones con una exposición a riesgos penales clasificada como media o alta, la Organización solicitará a los candidatos que firmen la siguiente documentación:

- Declaración firmada de la inexistencia de compromisos de exclusividad o confidencialidad con terceros.

⁷ Las normas de uso de medios informáticos solamente deberán ser aceptadas en el caso de que el puesto de trabajo requiera la utilización de equipamiento informático corporativo (dispositivos y medios).

- Declaración firmada de su compromiso de no utilizar información secreta a la que haya podido acceder con carácter previo a su incorporación como miembro de la Organización.
- Declaración firmada de conformidad sobre el uso responsable y la no filtración de información de carácter personal a la que pueda tener acceso en la ejecución de su trabajo.

3.1 *Plan de Acogida*

El Departamento de Coordinación de cada centro facilitará a los miembros de la Organización en el momento de su incorporación a FONCE, una serie de documentos que forman parte del denominado *Plan de Acogida*

El *Plan de Acogida* incluirá, entre otros documentos importantes para el desarrollo de la actividad profesional del empleado, los siguientes documentos:

- *Código ético de conducta de los consejeros, directivos, mandos intermedios y otros responsables de gestión o Código ético y guía de conducta para la actuación de los trabajadores y trabajadoras, según corresponda.*
- *Política de Compliance Penal.*
- *Catálogo de riesgos penales y parámetros de conducta esperados.*
- *Normas sobre la utilización de los recursos informáticos corporativos.*

El listado completo de documentos relativos a cuestiones de *compliance* que integran el *Plan de Acogida* figura en el **Anexo II** del presente *Procedimiento*.

Los documentos en materia de *compliance* que integran el *Plan de Acogida* serán formalmente aceptados y firmados por el empleado en el momento de su incorporación. Los Departamentos de Coordinación de cada centro mantendrán un archivo y registro de dichos documentos.

De forma adicional, los Departamentos de Coordinación informará a los empleados que se incorporen a la Organización sobre la localización en la Intranet o en la página web de FONCE de la *Política de Compliance Penal*, el *Código Ético* y, en su caso, otra documentación básica del *Sistema de Gestión de Compliance Penal*, para que estos puedan consultarla cuando lo precisen.

4. **Criterios de evaluación del desempeño** **(Risk Metrics)**

Atendiendo a las instrucciones facilitadas por el OPP, la *Dirección de Recursos Humanos* es el área responsable de incorporar criterios en materia de riesgo penal a los procesos de evaluación del desempeño de los miembros de la Organización (*Risk Metrics*).

Los *Risk Metrics* son el mecanismo para medir el grado de cumplimiento de los *miembros de la Organización* respecto de los principios y valores en materia de ética e integridad definidos por FONCE.

Los *Risk Metrics* toman en consideración, entre otros, los siguientes aspectos:

- Grado de conocimiento y cumplimiento del Código Ético.
- Cumplimiento de las normas y regulaciones que resultan de aplicación a la Organización.

- Cumplimiento de los procesos internos clave de la Organización en tiempo y forma.
- Promoción de una cultura de integridad en la Organización.
- Comportamiento justo y honesto en el desarrollo de las actividades diarias.
- Realización y finalización satisfactoria de la formación impartida por la Organización.

Los *Risk Metrics* podrán incluir, entre otras, las siguientes cuestiones:

- Declaración de cumplimiento de los procedimientos y políticas internas en materia de *compliance* emitidas por la Organización.
- Realización en tiempo y forma de los cursos de formación en materia de *compliance* y acreditación de su aprovechamiento.
- Incorporación de aspectos relacionados con el cumplimiento de las normas de la Organización a los procedimientos de evaluación inversa o transversal.
- Grado de cumplimiento de las políticas, procedimientos y controles de la Organización.
- Ausencia de incumplimientos relevantes de políticas, procedimientos y controles que afecten a las funciones del miembro de la Organización.

La *Dirección de Recursos Humanos* tendrá en consideración los *Risk Metrics* definidos por el OPP en la evaluación del desempeño de los miembros de la Organización.

Los *procedimientos de debida diligencia interna* de FONCE para la evaluación del desempeño de los miembros de la Organización, varían en función del riesgo que el OPP haya asignado a cada posición, distinguiendo entre: riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto (ver apartado 2.1 y Anexo I 'Matriz de posiciones por perfil de riesgo').

Sobre la base de la categorización de posiciones por perfil de riesgo, la Organización aplicará:

- Un porcentaje de peso relativo mayor a los *Risk Metrics* cuanto mayor sea el nivel de riesgo de la posición (en relación a la evaluación del desempeño global).
- Procedimientos específicos en aquellas posiciones que presenten un riesgo alto, entre otros:
 - La *Dirección de Recursos Humanos* revisará periódicamente los criterios utilizados para el cálculo de *bonus*, primas de rendimiento y otros objetivos de remuneración, con objeto de evitar que estos promuevan la asunción de riesgos en materia penal
 - Los resultados anuales de las evaluaciones serán revisados y aprobados por el OPP.

El mecanismo de *Risk Metrics* servirá como justificación y acreditación de eventuales decisiones en materia de incentivos, ascensos, aplicación de sanciones conforme al convenio colectivo o medidas disciplinarias relacionadas con el cumplimiento, medibles y establecidas con antelación (p.ej. asistencia y aprovechamiento de la formación ética impartida por FONCE).

FONCE no promocionará a aquellos *miembros de la Organización* que tengan un grado de incumplimiento de los objetivos definidos en los *Risk Metrics* superior al 25%.

En aquellos casos en los que se haya probado que los *miembros de la Organización* han llevado a cabo actuaciones que pueden comprometer a la Organización, FONCE deberá aplicar las sanciones que correspondan y guardar registro documental en relación con las decisiones adoptadas (p.ej. comportamiento sancionado, perjuicio causado a la Organización, sanción aplicada, etc.).

Anexo I

El OPP de FONCE ha definido la siguiente Matriz de posiciones por perfil de riesgo:

Matriz de posiciones por perfil de riesgo		
Riesgo	Posición	Categoría
ALTO	Miembros del Órgano rector	<i>Poder para representar a la Organización ante terceros y/o para la toma de decisiones/aprobaciones clave.</i>
	Presidente	
	Vicepresidentes	
	Director General	
	Secretario General	
	Miembros de Comités	
	Miembros de Comisiones	
	Responsable de Auditoría Interna	
	Responsable del Área de Alianzas y Relaciones Sociales e Internacionales	
	Responsable de la Dirección de Accesibilidad e Innovación	
	Responsable de la Dirección de Formación y Empleo, Operaciones y Transformación	
	Responsable de la Dirección de Programas con Universidades y Promoción del Talento Joven	
	Responsable de la Dirección de Personas, Talento y cultura Corporativa	
Responsable de la Dirección Adjunta de Formación y Empleo y Transformación		
MEDIO	Responsables de Unidades y Unidades Técnicas	<i>Poder para la toma de decisiones/aprobaciones de nivel medio</i>
	Responsables de áreas comerciales	
	Otras mandos intermedios.	
	Empleados que en el desempeño de sus funciones mantienen relaciones con funcionarios públicos (obtención de subvenciones)	<i>Actividades que pueden suponer un riesgo penal para la Organización</i>
	Empleados de los departamentos de RRHH	
	Personal encargado de gestionar las compras.	
	Personal con capacidad de contratar con terceros.	
	Personal encargado de dar de alta a proveedores	
	Personal del departamento de contabilidad, administración y recursos humanos encargados del pago a empleados y terceros.	
	Personal que trate datos de carácter personal (Documento de identidad, cuadros médicos, datos fiscales, etc.)	
Personal externo que lleva a cabo actividades para la Organización en sus instalaciones a medio y largo plazo		
BAJO	Resto de personal no incluido en la clasificación de riesgos anteriores	

NOTA: Esta categorización profesional no esta directamente relacionada con el grupo profesional y el nivel de cada puesto de trabajo

Anexo II

Los documentos que integran el *Plan de Acogida* son los siguientes:

Documento	Responsable de su entrega	Responsable de informar sobre su actualización y/o modificación
<i>Código Ético de conducta de los consejeros, directivos, mandos intermedios y otros responsables de gestión</i> <i>Código ético y guía de conducta para la actuación de los trabajadores y trabajadoras</i>	<i>Dirección de Recursos Humanos</i>	<i>Comité de Ética, Recursos Humanos y Cultura Institucional</i>
<i>Política de Compliance Penal</i>	<i>Dirección de Recursos Humanos</i>	<i>Órgano de Prevención Penal</i>
<i>Catálogo de conductas prohibidas y parámetros de comportamiento esperados</i>	<i>Dirección de Recursos Humanos</i>	<i>Órgano de Prevención Penal</i>
<i>Políticas de Integridad</i>	<i>Dirección de Recursos Humanos</i>	<i>Órgano de Prevención Penal</i>
<i>Normas sobre la utilización de los recursos informáticos corporativos (Circular Núm. 5/2018, de 15 de marzo, de la Dirección General Adjunta de Coordinación y Recursos Humanos y Generales).</i>	<i>Dirección de Recursos Humanos</i>	<i>Dirección Técnica de Sistemas y Tecnologías de la Información (DTSTI)</i>
<i>Protocolo sobre Medidas para la Mejora de la Empleabilidad de las Personas Afiliadas Demandantes de Empleo</i>	<i>Dirección de Recursos Humanos</i>	<i>Dirección de Recursos Humanos</i>

Anexo III

1. Responsable de la elaboración de la Ficha de Evaluación de Candidatos
2. Información del Candidato
3. Ficha de evaluación de Candidatos
4. Aspectos de riesgo adicionales

1. Responsable de la elaboración de la Ficha de Evaluación de Candidatos

Documento preparado por:	
Nombre y Apellidos:	
Departamento/Puesto	
Fecha:	
Firma:	

2. Información del Candidato

Documento preparado por:	
Nombre y Apellidos:	
Vacante a cubrir	
Riesgo asociado a la posición vacante (Riesgo alto, medio o bajo)	

3. Ficha de evaluación de Candidatos

1	Criterios de selección del candidato	Si	No	Observación
1.1.	¿Se ha seleccionado al candidato siguiendo el cauce/los procedimientos internos establecidos por FONCE para tal fin?			
1.2.	¿Se ha seleccionado al candidato sin considerar un mínimo de tres candidatos?			
1.3.	¿La selección del candidato se ha sugerido o recomendado por un tercero (público o privado)?			
2	Características del candidato	Si	No	Observación
2.1.	¿Eres conocedor de que el candidato es/ ha sido/ esta especialmente relacionado con autoridades públicas?			
2.2.	¿Eres conocedor de que el candidato tiene vínculos familiares o empresariales con funcionarios públicos?			
2.3.	¿Eres conocedor de que el candidato tiene vínculos personales con algún empleado de FONCE ?			
3	Procedimientos de DDI realizados	Si	No	Observación
3.1	¿Se han realizado los procedimientos de evaluación del candidato descritos en el presente procedimiento en función del riesgo asociado a la posición vacante?			
3.2	¿Se ha informado al candidato sobre el tratamiento de sus datos personales que va a realizar FONCE en virtud de su normativa de protección de datos?			

4	Formalización de la relación	Si	No	Observación
4.1.	¿tendrá el candidato la capacidad para actuar en nombre o representación de FONCE ? (especificar qué limitaciones tienen los poderes conferidos)			
4.2.	¿Estará el candidato involucrado en una actividad comercial o relacionada con conseguir negocio?			

4. Aspectos de riesgo adicionales

1	Otros aspectos de riesgo	Si	No	Observación
1.1.	En el caso de que el candidato vaya a relacionarse con personas menores de edad o con discapacidad intelectual ¿Se ha obtenido el Certificado de Delitos de Naturaleza Sexual?			
1.2.	¿El candidato se ha adherido a los documentos incluidos en el Plan de Acogida” de FONCE ”?			
1.3	¿El candidato ha leído y aceptado el tratamiento de sus datos personales por parte de FONCE ?			

A rellenar por el responsable de la elaboración de la Ficha de Evaluación de Candidatos: En base a todas las respuestas incluidas en este cuestionario, así como en cualquier otra información que haya obtenido, ¿cree que es conveniente para **FONCE** contratar al candidato evaluado?

SI NO

Justificación de la respuesta:

.....

.....

.....

.....

.....

8.9 ANEXO 9. GUIA COMISION EUROPEA EGESIF_14-0021-00





Fondos Estructurales y de Inversión Europeos

Orientaciones para los Estados miembros y las autoridades responsables de los programas

Evaluación del riesgo de fraude y medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude

Junio de 2014

CLÁUSULA DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD:

«Este es un documento de trabajo elaborado por los servicios de la Comisión. Sobre la base del Derecho aplicable de la UE, facilita a las autoridades públicas, los profesionales, los beneficiarios o beneficiarios potenciales, así como a los demás organismos que intervienen en el seguimiento, el control o la aplicación de los Fondos Estructurales y de Inversión Europeos, información técnica sobre la interpretación y la aplicación de la normativa de la UE en dicho ámbito. El objetivo del presente documento es aportar explicaciones e interpretaciones de los servicios de la Comisión sobre dichas normas, a fin de facilitar la ejecución de los programas y fomentar las buenas prácticas. Sin embargo, la presente nota orientativa habrá de entenderse sin perjuicio de las interpretaciones del Tribunal de Justicia y el Tribunal General, así como de las decisiones de la Comisión».

Índice

LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. Antecedentes.....	6
1.2. Un planteamiento proactivo, estructurado y específico para la gestión del riesgo de fraude	8
2. DEFINICIONES	8
2.1. Definición del término «irregularidad»	8
2.2. Definición de fraude en el Tratado.....	9
2.3. Definición del término «corrupción»	9
3. AUTOEVALUACIÓN DEL RIESGO DE FRAUDE	9
3.1. La herramienta.....	9
3.2. Composición del equipo de autoevaluación.....	11
3.3. Frecuencia de la autoevaluación.....	11
4. ORIENTACIONES SOBRE LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE LAS MEDIDAS EFECTIVAS Y PROPORCIONADAS CONTRA EL FRAUDE.....	12
4.1. Política de lucha contra el fraude	12
4.2. Prevención	12
4.2.1. Cultura ética.....	13
4.2.2. Reparto de responsabilidades	14
4.2.3. Formación y concienciación.....	14
4.2.4. Sistemas de control interno	15
4.2.5. Análisis de datos y la herramienta ARACHNE	15
4.3. Detección y notificación.....	16
4.3.1. Desarrollo de una mentalidad adecuada	16
4.3.2. Indicadores de fraude (indicadores de alerta).....	17
4.4. Investigación, corrección y actuación judicial	18
4.4.1. Recuperación de los importes percibidos y acción penal.....	18
4.4.2. Seguimiento.....	18
5. AUDITORÍA DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE FRAUDE Y DE LAS MEDIDAS CONTRA EL FRAUDE DE LA AUTORIDAD DE GESTIÓN POR PARTE DE LA AUTORIDAD DE AUDITORÍA	19
5.1. Lista de comprobación para las autoridades de auditoría.....	19
5.2. Frecuencia de la verificación por parte de las autoridades de auditoría.....	19

- Anexo 1** Herramienta de evaluación del riesgo de fraude e instrucciones de utilización
- Anexo 2** Controles atenuantes recomendados
- Anexo 3** Plantilla para la política de lucha contra el fraude
- Anexo 4** Lista de comprobación para las autoridades de auditoría

LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

AA: Autoridad de auditoría

CA: Autoridad de certificación

RDC: Reglamento de disposiciones comunes (Reglamento (UE) n ° 1303/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 17 de diciembre de 2013 , por el que se establecen disposiciones comunes relativas al Fondo Europeo de Desarrollo Regional, al Fondo Social Europeo, al Fondo de Cohesión, al Fondo Europeo Agrícola de Desarrollo Rural y al Fondo Europeo Marítimo y de la Pesca, y por el que se establecen disposiciones generales relativas al Fondo Europeo de Desarrollo Regional, al Fondo Social Europeo, al Fondo de Cohesión y al Fondo Europeo Marítimo y de la Pesca, y se deroga el Reglamento (CE) n ° 1083/2006 del Consejo).

FEDER: Fondo Europeo de Desarrollo Regional

FSE: Fondo Social Europeo

El término «Reglamento Financiero» se refiere al Reglamento (CE, Euratom) n° 1605/2002 del Consejo, de 25 de junio de 2002, por el que se aprueba el Reglamento Financiero aplicable al presupuesto general de las Comunidades Europeas.

El término «los Fondos» alude, en este documento, a: el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, el Fondo Social Europeo, el Fondo de Cohesión y el Fondo Europeo Marítimo y de la Pesca.

OI: Organismo intermedio

AG: Autoridad de gestión

OLAF: Oficina Europea de Lucha contra el Fraude

RESUMEN

Esta nota orientativa pretende ofrecer una serie de directrices y recomendaciones, dirigidas a las autoridades de gestión, relativas a la aplicación del artículo 125, apartado 4, letra c) del Reglamento (UE) n ° 1303/2013, según el cual las AG deben poner en marcha medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude, teniendo en cuenta los riesgos que se hayan detectado. Asimismo, con este documento la Comisión pretende ofrecer orientación a la AA sobre la verificación del cumplimiento de este artículo por parte de la AG.

La Comisión recomienda que las autoridades de gestión adopten un **planteamiento proactivo, estructurado y específico para gestionar el riesgo de fraude**. El objetivo para los Fondos es adoptar medidas proactivas y proporcionadas contra el fraude que ofrezcan una relación satisfactoria entre coste y eficacia. Todas las autoridades de los programas deben comprometerse con la tolerancia cero al fraude, comenzando con la adopción de **una actitud adecuada desde los puestos de mayor responsabilidad**. Una evaluación del riesgo de fraude correctamente orientada, junto con un compromiso firme de lucha contra el fraude comunicado con toda claridad, puede constituir un mensaje inequívoco para los posibles defraudadores. Unos sistemas de control sólidos y eficaces pueden reducir considerablemente el riesgo de fraude; sin embargo, tales sistemas no pueden eliminar completamente el riesgo de que el fraude se produzca o de que no se detecte. Por este motivo, los sistemas deben garantizar además la existencia de procedimientos de detección del fraude y la adopción de las medidas adecuadas cuando se detecta la existencia de posibles casos de fraude. Estas orientaciones pretenden constituir una guía paso a paso para abordar cualquier tipo de fraude que pueda seguir existiendo después de haber puesto en marcha eficazmente otras medidas de buena gestión financiera. No obstante, el objetivo fundamental de las disposiciones reglamentarias es establecer una gestión del riesgo de fraude que tenga una relación satisfactoria entre el coste y la eficacia, y poner en marcha medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude, lo que en la práctica significa **adoptar un planteamiento específico y adaptado a cada programa y a cada situación**.

Por tanto, la herramienta de autoevaluación del riesgo de fraude que se facilita junto con esta nota orientativa (que incluye instrucciones pormenorizadas para su utilización) puede usarse para evaluar el impacto y la probabilidad de los riesgos de fraude más frecuentes. Además, las orientaciones indican los controles atenuantes recomendados que pueden contribuir a reducir los riesgos que aún persistan al no haberse abordado de forma efectiva con los controles que hay en marcha actualmente. La autoridad de gestión debe centrar su objetivo operativo en una respuesta ante el fraude proporcionada a los riesgos existentes y adaptada a las situaciones concretas que existen en la entrega de los Fondos en cada programa o región. En particular, una vez realizada la evaluación del riesgo y puestos en marcha los controles atenuantes en el nivel del sistema, se recomienda a las autoridades de gestión que aborden las situaciones concretas que pueden originarse durante la ejecución de las operaciones, desarrollando nuevos indicadores de fraude específicos (indicadores de alerta) y garantizando una colaboración y coordinación efectivas entre la autoridad de gestión, la autoridad de auditoría y los organismos de investigación. Además, la Comisión va a prestar su apoyo a los Estados miembros mediante una herramienta de clasificación del riesgo específico denominada ARACHNE, que va a contribuir a la identificación, prevención y detección de las operaciones, proyectos, beneficiarios, contratos y contratistas con mayor riesgo, sirviendo además como medio de prevención.

La autoevaluación del riesgo de fraude que propone la Comisión es sencilla, lógica y práctica, y está basada en cinco pasos metodológicos fundamentales:

1. La estimación cuantitativa del riesgo de que se produzca un tipo de fraude determinado, basada en la valoración de su probabilidad y de su impacto (riesgo bruto).
2. La valoración de la eficacia de los controles que hay actualmente en marcha para paliar el riesgo bruto.
3. La valoración del riesgo neto, tras tener en cuenta la efectividad y el efecto de los controles que pueda haber en marcha, es decir, la situación tal como es en el momento de la evaluación (riesgo residual).
4. La valoración del efecto que pueden tener los controles atenuantes que se planea establecer sobre el riesgo neto o residual.
5. Definición del riesgo objetivo, es decir, del nivel de riesgo que la autoridad de gestión considera admisible tras la puesta en marcha de controles efectivos.

Por último, si es necesario, la Comisión prestará una asistencia específicamente adaptada a las necesidades concretas de los Estados miembros, según vayan surgiendo, para aplicar el artículo 125, apartado 4, letra c) del Reglamento (UE) n ° 1303/2013 y estas orientaciones.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes

De acuerdo con el artículo 59, apartado 2, del Reglamento Financiero, los Estados miembros deben tomar todas las medidas necesarias, incluidas medidas legislativas, reglamentarias y administrativas, para proteger los intereses financieros de la UE, especialmente mediante la prevención, detección y corrección de las irregularidades y el fraude.

El RDC establece requisitos específicos con respecto a la responsabilidad de los Estados miembros en la prevención del fraude. Estas orientaciones sobre la gestión del riesgo de fraude están dirigidas a las AG y a las AA del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), del Fondo de Cohesión y el Fondo Social Europeo (FSE) y del Fondo Europeo Marítimo y de la Pesca (FEMP).

Además del artículo 72, letra h), del RDC, que establece que los sistemas de gestión y control deben disponer lo necesario para prevenir, detectar y corregir las irregularidades, incluido el fraude, y recuperar los importes pagados indebidamente, junto con los posibles intereses de demora correspondientes, el artículo 125, apartado 4, letra c), especifica que los Estados miembros deben poner en marcha **medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude, teniendo en cuenta los riesgos detectados.**

Los riesgos de fraude y corrupción deben gestionarse de forma adecuada. Las autoridades de gestión son responsables de transmitir con claridad el mensaje de que cualquier intento de fraude relacionado con el presupuesto de la UE es inaceptable y no se va a tolerar. Abordar el fraude, sus causas y sus consecuencias, constituye un reto importante en cualquier tipo de gestión, ya que el fraude está diseñado para evitar su detección. Asimismo, se recomienda a las AG que tengan en cuenta el

Índice de percepción de la corrupción de Transparencia Internacional¹ y el informe anticorrupción de la UE elaborado por la Comisión² a la hora de valorar en qué medida se percibe su entorno operativo general como potencialmente expuesto a la corrupción y al fraude.

La posibilidad de que exista el fraude no puede ignorarse y debe contemplarse como una serie de riesgos que hay que gestionar de forma adecuada, al igual que sucede con otros riesgos empresariales o acontecimientos que pueden tener efectos perjudiciales. La evaluación del riesgo de fraude puede, por tanto, llevarse a cabo utilizando los principios y herramientas de gestión de riesgo ya existentes. Unos sistemas de control sólidos, ejecutados de forma eficaz, pueden reducir el riesgo de que el fraude se produzca o de que no sea detectado, pero no pueden eliminar la posibilidad de que ocurra. El objetivo general debe ser abordar los principales riesgos de fraude de forma específica, sin olvidar (aparte de los requisitos básicos) que el beneficio de cualquier medida adicional contra el fraude debe ser mayor que su coste (el principio de proporcionalidad), teniendo siempre presente el alto coste que suponen el fraude y la corrupción para la reputación de las instituciones.

La Comisión recomienda que las AG utilicen la herramienta de evaluación del riesgo que se incluye en el **Anexo 1** para valorar el impacto y la probabilidad de cualquier riesgo de fraude que pueda perjudicar los intereses financieros de la UE. Este ejercicio debe llevarlo a cabo un equipo de autoevaluación establecido por la AG³. La lista de controles atenuantes recomendados (no vinculantes) que pueden poner en marcha las autoridades de gestión, como respuesta a cualquier riesgo residual, se incluyen en el **Anexo 2**. Estas medidas proporcionadas pueden contribuir a atenuar cualquier riesgo residual identificado en la autoevaluación que no se haya abordado de forma eficaz en los controles actuales.

Además, el **Anexo 3** incluye una plantilla de uso voluntario para las declaraciones políticas contra el fraude, destinada a aquellas autoridades de gestión que desean plasmar su programa contra el fraude en un declaración política, que transmita dentro y fuera del organismo su postura oficial con respecto al fraude y a la corrupción.

Por otro lado, la Comisión también facilita orientaciones para la verificación por parte de las autoridades de auditoría del trabajo desarrollado por las autoridades de gestión en el contexto de la evaluación del riesgo de fraude y las medidas que han puesto en marcha para paliar tales riesgos. Las listas de comprobación del **Anexo 4** pueden resultar de ayuda durante las auditorías de los sistemas que deben llevar a cabo las autoridades de auditoría en virtud del artículo 127 del RDC. Estas listas se utilizarán en las propias evaluaciones de riesgo de la Comisión, y pueden resultar de ayuda en la elaboración de los informes y de los dictámenes de los organismos auditores independientes responsables de la evaluación del sistema de gestión y control, a tenor de la designación de las autoridades de gestión a las que se refiere el artículo 125, apartado 2, del RDC.

¹ <http://cpi.transparency.org/cpi2012>

² Comunicación de la Comisión, al Parlamento Europeo, al Consejo y al Comité Económico y Social Europeo de 6 de junio de 2011 sobre la lucha contra la corrupción en la UE ((COM(2011) 308 final).

³ En el caso de la cooperación territorial europea, en la que las autoridades de gestión asumen todas las funciones, la evaluación del riesgo debe tener en cuenta los riesgos de fraude en todo el ámbito de aplicación del programa, y debe garantizar, si es necesario, que se pongan en marcha medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude.

1.2. Un planteamiento proactivo, estructurado y específico para la gestión del riesgo de fraude

La herramienta práctica que se adjunta para la autoevaluación del riesgo de fraude se centra en las situaciones en las que los procesos fundamentales de ejecución de los programas pueden ser más susceptibles de manipulación por parte de individuos u organizaciones fraudulentos (incluyendo la delincuencia organizada), en la valoración del grado de probabilidad y de gravedad de estas situaciones y en lo que las autoridades de gestión están haciendo actualmente para abordarlas. La herramienta se centra en tres procesos fundamentales, que se consideran más expuestos a riesgos de fraude específicos:

- la selección de los candidatos
- la ejecución y la verificación de las operaciones
- la certificación y los pagos.

El resultado final de la evaluación del riesgo de fraude es la identificación de aquellos riesgos específicos sobre los que, según la autoevaluación, no se están haciendo suficientes esfuerzos para reducir a niveles aceptables la probabilidad de impacto de las actividades potencialmente fraudulentas. Esta evaluación, por tanto, constituye la base de la respuesta a las deficiencias mediante la elección de medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude a partir de la lista de controles atenuantes recomendados. En algunos casos puede llegarse a la conclusión de que la mayor parte de los riesgos residuales se han abordado y que, por tanto, se requieren pocas medidas adicionales, o incluso ninguna. En todos los casos de evaluación se espera que las AG puedan justificar sus conclusiones con argumentos sólidos.

2. DEFINICIONES

La evaluación del riesgo solo aborda riesgos de fraude específicos, no irregularidades. **No obstante, la ejecución eficaz del ejercicio puede tener un impacto indirecto en la prevención y detección de las irregularidades en términos generales**, considerando estas como una categoría más amplia que el fraude.

La intención es el factor que diferencia al fraude de la irregularidad.⁴

2.1. Definición del término «irregularidad»

A efectos del Reglamento (CE, Euratom) n° 2988/95 del Consejo, de 18 de diciembre de 1995⁵, relativo a la protección de los intereses financieros de las Comunidades Europeas, el término «irregularidad» es un concepto amplio, que abarca las irregularidades cometidas por los agentes económicos, ya sean estas intencionadas o no.

El artículo 1, apartado 2, del Reglamento (CE, Euratom) n° 2988/95 define «irregularidad como:

⁴ Los motivos que subyacen al comportamiento fraudulento se abordan en la Nota informativa sobre los indicadores de fraude al FEDER, al FSE y al FC (COCOF 09/0003/00 de 18.2.2009).

⁵ DO L 312 de 23.12.1995, p. 1.

«toda infracción de una disposición del Derecho comunitario correspondiente a una acción u omisión de un agente económico que tenga o tendría por efecto perjudicar al presupuesto general de las Comunidades o a los presupuestos administrados por éstas, bien sea mediante la disminución o la supresión de ingresos procedentes de recursos propios percibidos directamente por cuenta de las Comunidades, bien mediante un gasto indebido».

2.2. Definición de fraude en el Tratado

El Convenio establecido sobre la base del artículo K.3 del Tratado de la Unión Europea, relativo a la protección de los intereses financieros de las Comunidades Europeas⁶ define «fraude» en materia de gastos como cualquier acción u omisión intencionada relativa:

- «- a la utilización o a la presentación de declaraciones o de documentos falsos , inexactos o incompletos, que tengan por efecto la percepción o la retención indebida de fondos precedentes del presupuesto general de las Comunidades Europeas o de los presupuestos administrados por las Comunidades Europeas o por su cuenta;*
- al incumplimiento de una obligación expresa de comunicar una información , que tenga el mismo efecto;*
- al desvío de esos mismos fondos con otros fines distintos de aquellos para los que fueron concedidos en un principio».*

2.3. Definición del término «corrupción»

Una descripción bastante laxa del término «corrupción» utilizada por la Comisión es el abuso de poder de un puesto público para obtener beneficios de carácter privado. Los pagos corruptos facilitan muchos otros tipos de fraude, como la facturación falsa, los gastos fantasma o el incumplimiento de las condiciones contractuales. La forma de corrupción más frecuente son los pagos corruptos o los beneficios de carácter similar: un receptor (corrupción pasiva) acepta el soborno de un donante (corrupción activa) a cambio de un favor.

3. AUTOEVALUACIÓN DEL RIESGO DE FRAUDE

3.1. La herramienta

El principal objetivo de la herramienta de evaluación del riesgo de fraude que se presenta en el **Anexo 1** es facilitar la autoevaluación por parte de las autoridades de gestión de la probabilidad y el impacto de la ocurrencia de determinados escenarios de fraude. Los riesgos de fraude específicos que deben evaluarse se han identificado a partir de los casos fraudulentos que han tenido lugar en la política de cohesión y de los sistemas de fraude recurrentes y bien conocidos. En otras palabras, la herramienta se ha prellenado previamente con una serie de riesgos específicos conocidos. Cualquier otro riesgo del que se tenga noticia en el programa o en la región que se esté evaluando debe ser incorporado por el equipo de autoevaluación (véase más adelante la sección 3.2).

⁶ DO C 316 de 27.11.1995, p. 49.

Las orientaciones en el Anexo 1 explican detalladamente cómo completar la herramienta de evaluación del riesgo de fraude.

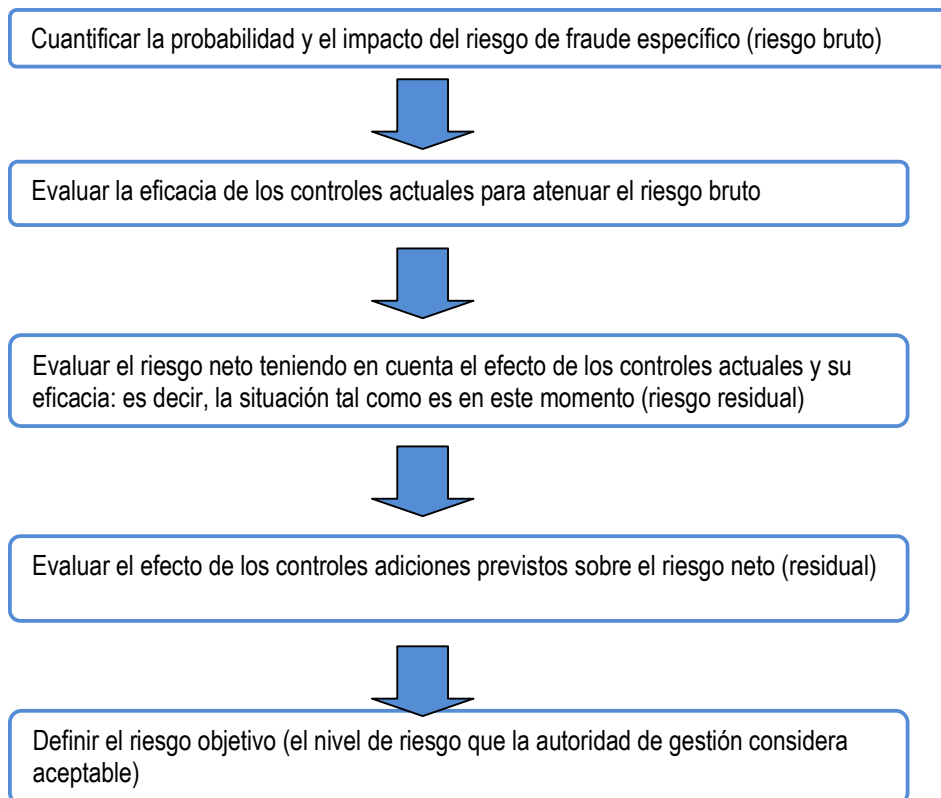
La herramienta cubre la probabilidad y el impacto de riesgos de fraude específicos, bien conocidos, que se dan sobre todo en los procesos fundamentales:

- selección de los solicitantes (hoja 1 de la hoja de cálculo)
- ejecución de los proyectos por parte de los beneficiarios, especialmente la contratación pública y los costes laborales (hoja 2)
- certificación de los costes por parte de la autoridad de gestión y pagos (hoja 3).

Cada una de las secciones está precedida por una portada en la que se enumeran los riesgos específicos más relevantes para la sección.

Además, se recomienda a la autoridad de gestión que evalúe los riesgos de fraude globales que suele haber en la adjudicación de los contratos públicos que gestiona directamente, por ejemplo en el contexto de la asistencia técnica (hoja 4). En caso de que la autoridad de gestión no emprenda procedimientos de contratación pública para los que sea necesaria una evaluación del riesgo de fraude, no es necesario rellenar la sección 4.

La metodología de esta primera evaluación consta de **cinco pasos básicos**:



El objetivo global para cada uno de los riesgos específicos es valorar el riesgo «bruto» de que se produzca un escenario de fraude en concreto, e identificar y valorar después la eficacia de los controles que ya hay en marcha para paliar estos

riesgos, ya sea con respecto a su ocurrencia o para garantizar que no pasen inadvertidos. El resultado será el riesgo actual «neto», que debe dar lugar a un plan de acción interno que hay que aplicar si el riesgo residual es importante o grave, con el fin de mejorar los controles y reducir más la exposición del Estado miembro a las consecuencias negativas (es decir, poner en práctica medidas adicionales efectivas y proporcionadas contra el fraude en la medida en que sean necesarias: véase la lista de controles atenuantes recomendados⁷ en el **Anexo 2**).

3.2. Composición del equipo de autoevaluación

Dependiendo de las dimensiones del programa y de la autoridad de gestión, puede suceder que los distintos procesos de ejecución se lleven a cabo en diferentes departamentos de la AG. Se recomienda que todos los interesados de cierta importancia tomen parte en la evaluación, para que esta sea lo más honesta y precisa posible y, por tanto, para que pueda llevarse a cabo de una forma eficaz y sin impedimentos. Por consiguiente, el equipo de evaluación puede incluir personal de distintos departamentos de la AG gestión, con diferentes responsabilidades (como la selección de las operaciones, la verificación documental y sobre el terreno y la autorización de los pagos), y representantes de la autoridad de certificación y de los organismos de ejecución. Las AG pueden considerar la implicación de los servicios de coordinación contra el fraude u otros organismos especializados, que pueden aportar al proceso de evaluación su experiencia en la lucha contra el fraude.

Considerando que la AA va a auditar todo el proceso de evaluación del riesgo, se recomienda que no asuma una función directa en la decisión del nivel de exposición al riesgo, pero puede considerarse su participación en el proceso de evaluación como asesor u observador.

Por motivos obvios, la autoevaluación no debe subcontratarse, ya que requiere un conocimiento profundo de los sistemas de gestión y control y de los beneficiarios del programa.

3.3. Frecuencia de la autoevaluación

En primer lugar, el cumplimiento de los requisitos sobre los procedimientos adecuados para poner en marcha medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude es parte de los criterios para la designación de las autoridades de gestión.

Como norma general, se recomienda utilizar esta herramienta anualmente, o cada dos años. No obstante, puede ser necesario llevar a cabo una supervisión más frecuente de los progresos realizados con los planes de acción sobre los controles adicionales que se hayan puesto en práctica, cambios en los entornos de riesgo y la adaptación continua de los resultados de la evaluación (por ejemplo, mediante reuniones de gestión). Cuando el nivel de riesgo identificado es muy bajo y no se han detectado casos de fraude durante el año precedente, la autoridad de gestión puede decidir revisar su autoevaluación únicamente cada dos años. No obstante, tanto la ocurrencia de cualquier nuevo caso de fraude como la realización de cambios significativos en los procedimientos o en el personal de la autoridad de gestión deben dar lugar inmediatamente a una revisión de los puntos débiles

⁷ Estas indicaciones son **sugerencias de aplicación no vinculantes** de controles adicionales para atenuar el riesgo residual.

detectados en el sistema y de las partes pertinentes de la autoevaluación.

4. ORIENTACIONES SOBRE LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE LAS MEDIDAS EFECTIVAS Y PROPORCIONADAS CONTRA EL FRAUDE

Esta sección ofrece orientaciones generales sobre los principios y métodos que debe emplear la autoridad de gestión en la lucha contra el fraude, y el **Anexo 2** proporciona, para cada uno de los riesgos específicos que se identifiquen en la evaluación del riesgo de fraude, los controles atenuantes recomendados (no vinculantes) que se pueden establecer para tratar de reducir los riesgos a niveles aceptables.

Los estándares mínimos que contiene este capítulo, cuyo cumplimiento se recomienda a las autoridades de gestión, se refieren al ciclo contra el fraude.

La Comisión recomienda que las autoridades de gestión adopten un planteamiento estructurado para abordar de forma eficaz el problema del fraude. Hay cuatro elementos fundamentales en el ciclo contra el fraude: la prevención, la detección, la corrección y la actuación judicial. La combinación de una minuciosa evaluación del riesgo de fraude, medidas adecuadas de prevención y detección, y una investigación coordinada en el momento adecuado por parte de organismos competentes, puede reducir considerablemente el riesgo de fraude y constituir además un importante método disuasorio.

4.1. Política de lucha contra el fraude

Muchos organismos utilizan la política de lucha contra el fraude para transmitir su determinación de abordar y combatir el fraude. Cualquier política de este tipo, que debe ser sencilla y concreta, debe contener los elementos siguientes:

- Estrategias para desarrollar una cultura contra el fraude
- Reparto de responsabilidades para abordar el fraude
- Mecanismos de notificación ante la sospecha de casos de fraude
- Cooperación entre los distintos agentes

Esta política debe ser bien visible dentro del organismo de que se trate (transmitirse a cualquier persona que se incorpore al personal, incluirse en intranet), y debe dejarse claro al personal que se va a ejecutar enérgicamente, a través de métodos tales como las actualizaciones periódicas de cualquier asunto relacionado con el fraude e informes de los resultados de las investigaciones sobre fraudes. El **Anexo 3** contiene una plantilla de uso voluntario para una declaración política de lucha contra el fraude, cuya utilización se sugiere a las autoridades de gestión que deseen ir más allá de los requisitos regulatorios inmediatos y formalizar y comunicar dentro y fuera de su organismo su posición oficial con respecto al fraude y a la corrupción.

4.2. Prevención

Si la AG demuestra asumir un compromiso firme de lucha contra el fraude y la corrupción, informa debidamente de sus controles preventivos y de detección, y muestra su determinación de hacer llegar los casos que se detecten a las autoridades competentes para llevar a cabo la investigación e imponer las sanciones correspondientes, estará enviando un mensaje contundente a cualquier posible infractor y puede dar lugar a cambios importantes en la actitud y el comportamiento frente al fraude.

Teniendo en cuenta la dificultad de probar el comportamiento fraudulento y de reparar los daños causados a la reputación de las instituciones, normalmente es preferible prevenir la actividad fraudulenta a tener que actuar cuando esta ya se ha producido. En general, los métodos de prevención consisten en reducir las posibilidades de cometer fraude mediante la implantación de potentes sistemas de control interno, junto con una evaluación del riesgo proactiva, estructurada y específica; sin embargo, las actividades de formación y concienciación y el desarrollo de una «cultura ética» también pueden resultar de ayuda para combatir cualquier posible «racionalización» del comportamiento fraudulento.

La mejor defensa preventiva contra el fraude es la puesta en marcha de un potente sistema de control interno, que debe diseñarse y ejecutarse como una respuesta proporcionada a los riesgos que se hayan identificado en la evaluación. No obstante, los organismos deben trabajar también en la creación de las estructuras y la cultura adecuadas para ejercer un efecto disuasorio en lo que respecta a los posibles comportamientos fraudulentos.



4.2.1. *Cultura ética*

Desarrollar una cultura contra el fraude es fundamental para disuadir a los defraudadores y para conseguir el máximo compromiso posible del personal de la autoridad de gestión para combatir el fraude. Esta cultura puede crearse mediante la combinación de estructuras y políticas específicas contra el

fraude, tal como se muestra en el segundo círculo del esquema que se ha mostrado anteriormente, y que se discute más adelante, pero también mediante la puesta en marcha de mecanismos y comportamientos de carácter más general:

- **Declaración de intenciones:** una manifestación clara y contundente, que llegue a todas las partes interesadas, tanto dentro como fuera del organismo de que se trate, de que la autoridad de gestión va a poner todo su empeño en conseguir los más altos estándares éticos.
- **La actitud correcta desde los puestos más altos:** un mensaje oral o escrito, proveniente de las más altas instancias de la autoridad de gestión, de que se espera un comportamiento ético tanto por parte del personal como de los beneficiarios (en este último caso, el mensaje se puede transmitir a través de las cartas de concesión de ayudas y los contratos);
- **Código de conducta:** un código ético inequívoco al que todo el personal debe declarar periódicamente su adhesión, que incluya aspectos tales como:
 - Conflicto de intereses: explicación, requisitos y procedimientos para su declaración
 - Obsequios y política de hospitalidad: explicación y responsabilidades de cumplimiento por parte del personal
 - Información confidencial: explicación y responsabilidades por parte del personal
 - Requisitos para la notificación del presunto fraude.

En resumen, el personal debe cumplir los principios básicos de integridad, objetividad, rendición de cuentas y honradez.

4.2.2. *Reparto de responsabilidades*

En la autoridad de gestión debe haber un reparto claro de responsabilidades para establecer sistemas de gestión y control que cumplan los requisitos establecidos por la UE, y para comprobar el funcionamiento correcto de estos sistemas en la prevención, detección y corrección del fraude. De este modo se garantiza que todas las partes interesadas comprendan perfectamente sus responsabilidades y obligaciones, y que se transmita el mensaje, dentro y fuera del organismo en cuestión, a todos los beneficiarios potenciales, de que este ha adoptado un planteamiento coordinado para combatir el fraude.

4.2.3. *Formación y concienciación*

Si es necesario, la estrategia de gestión del riesgo global que adopte la autoridad de gestión puede incluir actividades de formación y concienciación. Todo el personal puede recibir formación, tanto teórica como práctica, para aumentar su nivel de concienciación con respecto a la cultura contra el fraude de la autoridad de gestión, y también para ayudar a esta a identificar los casos sospechosos de fraude y, en su caso, a dar una respuesta adecuada. Estas actividades pueden incluir información pormenorizada sobre las políticas contra el fraude, la función de cada una de las partes interesadas y sus respectivas responsabilidades, y los mecanismos de notificación.

La concienciación también puede llevarse a cabo utilizando canales menos oficiales, como los boletines informativos, los carteles o intranet, o bien incluirse en el orden del día de las reuniones oficiales.

4.2.4. *Sistemas de control interno*

La mayor defensa contra los posibles casos de fraude es un sistema de control interno bien diseñado y correctamente gestionado, en el que los controles se centren en paliar con eficacia los riesgos que se hayan identificado.

La verificación de la gestión debe ser exhaustiva y los controles sobre el terreno deben centrarse en los riesgos y llevarse a cabo con la cobertura suficiente. **La probabilidad de detectar los posibles casos de fraude aumenta cuando las verificaciones de la gestión son exhaustivas.** El personal a cargo de las verificaciones documentales y sobre el terreno debe conocer las orientaciones de la Comisión y de carácter nacional sobre los indicadores de fraude (véase más adelante).

4.2.5. *Análisis de datos y la herramienta ARACHNE*

La sofisticación cada vez mayor de los procesos de obtención, almacenamiento y análisis de datos representa una importante oportunidad para la lucha contra el fraude. Teniendo siempre presentes los límites de la legislación de cada Estado miembro, y sin sobrepasar esos límites, en esta fase se puede emplear el análisis de datos para enriquecer de forma significativa el proceso de evaluación del riesgo, cruzar datos con otros organismos públicos o privados del sector (como la Administración fiscal, otros organismos de las administraciones públicas, o las autoridades responsables de la comprobación de crédito) y detectar posibles situaciones de alto riesgo incluso antes de la concesión de los fondos.

En el contexto de la lucha contra el fraude (y las irregularidades), la Comisión ofrece a las autoridades de gestión una herramienta de prospección de datos con este fin específico, denominada ARACHNE, para identificar los proyectos que pueden ser susceptibles de presentar riesgo de fraude, conflicto de intereses o irregularidades. ARACHNE es una herramienta de clasificación del riesgo que puede aumentar la eficacia de la selección de proyectos, las verificaciones de gestión y las auditorías, y así reforzar la identificación, prevención y detección del fraude. Elaborada por la Comisión, está especialmente adaptada para identificar y evaluar el riesgo de fraude en los Fondos, lo cual incluye, entre otros ámbitos, el de la contratación pública, un ámbito especialmente propenso al fraude y a las irregularidades, como la licitación colusoria.

El 17 de mayo de 2013 la Comisión remitió, a través de la Oficina de Protección de Datos, la notificación reglamentaria de verificación previa sobre el procesamiento de datos personales al Supervisor Europeo de Protección de Datos, el cual, tras un estudio exhaustivo de la base jurídica pertinente, emitió el 17 de febrero de 2014 un dictamen favorable con respecto al cumplimiento por parte de la herramienta ARACHNE de las

disposiciones del Reglamento (CE) n° 45/2001⁸. Este dictamen incluía algunas observaciones sobre el procesamiento de categorías especiales de datos con el fin de garantizar su necesidad, proporcionalidad y calidad. Además, contenía recomendaciones relativas al bucle de retroalimentación para garantizar la veracidad de los datos, a las medidas para garantizar su calidad, al análisis individualizado de la transferencia de datos a la OLAF (Oficina Europea de Lucha contra el Fraude) y al Tribunal de Cuentas Europeo, a la eliminación de datos tras un período de tiempo razonable y a la información al interesado. Todas estas observaciones y recomendaciones se están estudiando a fondo antes de su ejecución por parte de la Comisión.

La Comisión considerará el uso correcto de ARACHNE como buenas prácticas para la identificación de indicadores de alerta y para el diseño de medidas contra el fraude, y debería tenerse en cuenta a la hora de evaluar la idoneidad de los controles de prevención y detección actualmente en marcha. La herramienta se irá presentando gradualmente en 2014 a todos los Estados miembros que decidan voluntariamente aplicarla para mejorar sus controles de gestión del riesgo de fraude. Al contrario de lo que sucede con el planteamiento «adecuado para todos», tal decisión puede variar de un Estado miembro a otro, e incluso entre diferentes programas y regiones del mismo Estado miembro, ya que, según los datos que revela el último informe de la Comisión sobre la protección de los intereses financieros⁹, la situación fáctica en lo que respecta al fraude detectado y notificado a la Comisión también varía considerablemente de un Estado miembro a otro.

4.3. Detección y notificación

Las medidas de prevención no pueden proporcionar una protección absoluta contra el fraude y, por tanto, la autoridad de gestión necesita sistemas para detectar a tiempo los comportamientos fraudulentos. Estas técnicas incluyen procedimientos de análisis que puedan poner de relieve las anomalías (por ejemplo, herramientas de prospección de datos, como ARACHNE), mecanismos de notificación consistentes y evaluaciones de riesgo en curso.

Una sólida cultura ética y unos sistemas eficaces de control interno no pueden proporcionar por sí solos una protección absoluta contra los defraudadores. Por lo tanto, una buena estrategia contra el fraude debe tener presente que puede seguir habiendo casos de fraude, para los cuales es preciso diseñar y ejecutar medidas de detección del fraude.

4.3.1. Desarrollo de una mentalidad adecuada

La autoridad de gestión puede abordar el riesgo de fraude con técnicas de detección especializadas y específicas, y con personas designadas para su aplicación. Además, todas las personas involucradas en la aplicación de un ciclo de financiación estructural tienen una función que desempeñar en la detección de actividades potencialmente fraudulentas y en la actuación

⁸ Reglamento (CE) n° 45/2001 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2000, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales por las instituciones y los organismos comunitarios y a la libre circulación de estos datos.

⁹ Protección de los intereses financieros de la Unión Europea — Lucha contra el fraude Informe anual 2012. COM(2013) 548 final de 24.7.2013.

correspondiente. Para ello es necesario cultivar una mentalidad adecuada. Debe fomentarse un nivel de escepticismo saludable, junto con una concienciación constante de lo que puede constituir señales de advertencia de posible existencia de fraude.

4.3.2. Indicadores de fraude (indicadores de alerta)

Los indicadores de fraude son señales más específicas o «indicadores de alerta» de que está teniendo lugar una actividad fraudulenta, en la que se requiere una reacción inmediata para comprobar si es necesaria alguna acción.

Los indicadores también pueden ser específicos de las actividades más frecuentes en los programas estructurales de financiación, como los costes contractuales y laborales. Con este fin, la Comisión ha facilitado a los Estados miembros la información siguiente:

- *Nota informativa sobre los indicadores de fraude al FEDER, al FSE y al FC (COCOF 09/0003/00 de 18.2.2009).*
- *OLAF Compendium of Anonymised Cases – Structural Actions (Recopilación de casos anónimos: acciones estructurales)*
- *OLAF practical guide on conflict of interest (guía práctica sobre el conflicto de intereses)*
- *OLAF practical guide on forged documents (guía práctica sobre la falsificación de documentos)*

Estas publicaciones deben leerse con detenimiento y su contenido debe divulgarse a todo el personal en posición de detectar tales comportamientos. En particular, todas las personas cuya función incluya la supervisión de las actividades de los beneficiarios (por ejemplo, las que realizan verificaciones documentales y sobre el terreno u otro tipo de visitas de seguimiento) deben estar familiarizadas con estos indicadores.

4.3.3. Mecanismos de notificación

La creación y el fomento de mecanismos de notificación claros constituyen un elemento fundamental para la prevención y la detección. Cualquier mecanismo de este tipo debe facilitar la notificación tanto de las sospechas de fraude como de puntos débiles en el control que puedan aumentar la vulnerabilidad al fraude de la autoridad de gestión. La autoridad de gestión debe contar con mecanismos claros de notificación, que garanticen **una coordinación adecuada en los asuntos relacionados con la lucha contra el fraude con la autoridad de auditoría y con los organismos responsables de la investigación en el Estado miembro**, incluyendo las autoridades responsables de la lucha contra la corrupción.

Informar a la Comisión sobre los resultados de las medidas efectivas contra el fraude y sobre cualquier sospecha de la existencia de casos de fraude formará parte del informe resumido anual y del dictamen de gestión de la autoridad de gestión. El informe de control anual de la autoridad de auditoría también contendrá una sección relativa a las sospechas de fraude detectadas a lo largo del año.

La comunicación y la formación sobre estos mecanismos de notificación debe garantizar que el personal:

- comprenda en qué situaciones debe notificar sus sospechas de comportamiento fraudulento o ejercer el control
- confíe en que sus sospechas van a recibir una respuesta por parte de la autoridad de gestión
- confíe en que puede realizar sus notificaciones de forma confidencial y que la autoridad de gestión no va a tolerar ningún tipo de represalias contra el miembro del personal que comunique sus sospechas.

El organismo designado por el Estado miembro debe comunicar sus sospechas de fraude a la OLAF, de conformidad con los requisitos que establece el artículo 122 del Reglamento (UE) n ° 1303/2013. Además, los beneficiarios deben saber de qué forma pueden comunicar a la OLAF cualquier información que obre en su poder.¹⁰

4.4. Investigación, corrección y actuación judicial

Una vez planteada y notificada debidamente una sospecha de fraude, la autoridad de gestión debe transmitir el caso a la autoridad competente en el Estado miembro para llevar a cabo la investigación e imponer las sanciones correspondientes, incluyendo a las autoridades responsables de la lucha contra la corrupción, si procede, e informar a la OLAF en consecuencia.

Asimismo, la autoridad de gestión debe llevar a cabo una revisión exhaustiva, y con espíritu crítico, de cualquier sistema de control interno relacionado con el caso que pueda haberla expuesto a un fraude potencial o demostrado.

Una vez detectado un caso de presunto fraude y notificado de acuerdo con los requisitos de la UE y con los requisitos internos, el organismo competente pueda valorar si es preciso abrir una investigación y si procede emprender la recuperación de los importes indebidamente percibidos y la acción penal.

4.4.1. Recuperación de los importes percibidos y acción penal

La autoridad de gestión y las autoridades competentes exigen la recuperación de los importes indebidamente percibidos por parte de los beneficiarios, y por tanto deben garantizar que tienen procesos sólidos en marcha para hacer el seguimiento de la recuperación de los fondos de la UE que se hayan empleado de forma fraudulenta. Estos procesos deben ser claros también en los casos en los que se va a seguir un proceso civil o penal. **La aplicación de estas sanciones, y su visibilidad, son un elemento de disuasión fundamental para los defraudadores**, y por tanto la autoridad de gestión debe actuar con determinación para conseguir ese resultado.

4.4.2. Seguimiento

Una vez concluida la investigación por parte de las autoridades competentes, o transferida a las autoridades pertinentes para su seguimiento, debe llevarse a

¹⁰ La Nota informativa sobre los indicadores de fraude al FEDER, al FSE y al FC (COCOF 09/0003/00 de 18.2.2009) también contiene información sobre los procedimientos de notificación.

cabo la revisión de cualquier proceso, procedimiento o control relacionado con el fraude potencial o probado. Esta revisión debe ser objetiva y autocrítica, y debe tener como resultado unas conclusiones claras con respecto a los puntos débiles detectados y a las lecciones aprendidas, con acciones claras, responsables y plazos rigurosos. Esto debería dar lugar a la revisión de la autoevaluación, como se ha indicado anteriormente en la sección 3.3.

Debe garantizarse la absoluta cooperación con las autoridades responsables de la investigación y del cumplimiento de la ley y con las autoridades judiciales, especialmente en lo que respecta a la conservación de los archivos en un lugar seguro y a las garantías de su transferencia en caso de cambios en el personal.

5. AUDITORÍA DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE FRAUDE Y DE LAS MEDIDAS CONTRA EL FRAUDE DE LA AUTORIDAD DE GESTIÓN POR PARTE DE LA AUTORIDAD DE AUDITORÍA

5.1. Lista de comprobación para las autoridades de auditoría

El **Anexo 4** presenta una propuesta para la lista de comprobación de las auditorías que realizan las autoridades de auditoría en relación con el cumplimiento del artículo 125, apartado 4, letra c) del RDC por parte de la autoridad de gestión (y sus organismos intermediarios). Esta lista puede formar parte de las que utiliza la autoridad de auditoría en sus auditorías de sistemas.

Asimismo, puede utilizar la lista de comprobación el organismo independiente encargado de evaluar el sistema de gestión y control con fines de designación, de conformidad con el artículo 124, apartado 2 del Reglamento (UE) n ° 1303/2013.

5.2. Frecuencia de la verificación por parte de las autoridades de auditoría

En cuanto a las auditorías del funcionamiento de los sistemas de gestión y control, las autoridades de auditoría deben llevar a cabo comprobaciones de la ejecución efectiva de medidas contra el fraude por parte de la autoridad de gestión lo antes posible dentro del período de programación.¹¹ Dependiendo del resultado de estas auditorías y del entorno de riesgo de fraude que se haya detectado, pueden realizarse auditorías de seguimiento con la frecuencia que se precise. En algunos casos puede ser necesario llevar a cabo auditorías de seguimiento anuales, dependiendo de la gravedad de la sospecha de fraude en cada programa. A este respecto se recomienda de nuevo un planteamiento específico y proporcionado (dependiendo del riesgo). Las conclusiones que se obtengan deben incluirse en el informe de control anual de las autoridades de auditoría.

Por otro lado, la autoridad de auditoría debe revisar sistemáticamente la ejecución de medidas efectivas y proporcionadas contra el fraude por parte de los organismos intermediarios, como parte de sus auditorías.

¹¹ En cuanto a la cooperación territorial europea, donde no es posible llevar a cabo este proceso con una sola autoridad de auditoría, esta puede recibir la ayuda de un equipo de auditores.