

ACUERDO No. 007 DE 2024

(12 ABR 2024)

POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLITICA DE GESTION DE RIESGOS INTEGRAL DE LA EMPRESA SOCIAL DE ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, EN USO DE SUS ATRIBUCIONES CONSTITUCIONALES, LEGALES REGLAMENTARIAS Y,

CONSIDERANDO:

Que el Decreto 1876 del 3 de enero de 1994, señala en su artículo No 1 que "La Empresa Social del Estado, constituye una categoría especial de entidad pública descentralizada, del orden Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio e independencia, autonomía administrativa y financiera, y presta servicios de salud de baja complejidad a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud".

Que a través del Decreto Ordenanza 1243 de 1992 y el Decreto 001528 de 1995, la Gobernación de Boyacá, creó y reestructuró, respectivamente, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, constituyendo una categoría especial de entidad pública descentralizada, del orden Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio e independencia, autonomía administrativa y financiera, adscrita a la Secretaría de Salud de Boyacá e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sometida al régimen jurídico previsto por la Ley 100 de 1993, Decreto 1876 de 1994 y en especial a la Ley 1474 de 2014, artículo 95, relativa a la obligatoriedad de observar los principios de la función administrativa.

Que la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, es una Entidad Pública, descentralizada del orden Departamental dotada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, según lo establecido en el Decreto Ordenanza de creación No. 050 de Enero 17 de 1996, cuyo objeto principal es la prestación de servicios de salud dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud conforme a las disposiciones contenidas en los artículos 174 y 175 de la Ley 100 de 1993 y demás normas que lo modifican y/o lo complementan.

Que la Ordenanza 044 del 6 de Diciembre del 2019 "Por medio de la cual se modifica la denominación de la Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y se dictan otras disposiciones"; en su artículo primero define su nueva denominación "Para todos los efectos legales y constitucionales la Empresa social del estado se denominara EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA", esta denominación no implica la constitución de una nueva persona jurídica o transformación de la

naturaleza jurídica de la misma, definiendo la importancia del contexto universitario que determina el trabajo investigativo de la institución.

Que el Decreto 780 de 2016 por medio del cual compila las normas del sector Salud y en la Sección 4. Define las normas de las Empresas Sociales del Estado Subsección 1. Disposiciones generales sobre Empresas Sociales del Estado.

Que el Artículo 2.5.3.8.4.2.1 del decreto 780 del 2016; Organización. Sin perjuicio de la autonomía otorgada por la Constitución Política y la ley a las Corporaciones Administrativas para crear o establecer las Empresas Sociales del Estado, estas se organizarán a partir de una estructura básica que incluya tres áreas, así:

a) Dirección. Conformada por la Junta Directiva y el Gerente, tiene a su cargo mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales; identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir la estrategia del servicio, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional, sin perjuicio de las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la entidad;

El artículo 36 de la Ley 1122 de 2007 establece el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud. Dentro de la función de inspección, según el artículo 35 de la misma Ley, se encuentran las acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del precitado sistema, que implican la solicitud, confirmación y análisis puntual de la información financiera, técnica-científica, administrativa y económica que se requiera de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, entre las que se encuentran, según el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos.

Que mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 018 de 02 de octubre de 2021 se modifica el Acuerdo 07 de julio 08 de 2020 mediante el cual se determinó en su **ARTICULO PRIMERO: Aprobar y adoptar el PLAN DE GESTIÓN, PLAN DE DESARROLLO denominado "EN EL SAN RAFA TRAJAMOS CON EL ALMA", presentado por el Gerente de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja para el periodo 2020-2024.**

Que el artículo 209 de la Constitución Política establece que la Administración Pública, en todos sus órdenes tendrá un Control Interno que se ejercerá en los términos que señale la Ley.

Que el artículo 6 de la Ley 87 de 1993, dispuso que "el establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del Control Interno, también será responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos".

918

Que el literal f del Artículo 2 de la Ley 87 de 1993 establece como uno de los objetivos del Sistema de Control Interno "definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos".

Que el artículo 4 del Decreto 1537 de 2001 define la Administración Riesgos como parte integral del fortalecimiento de los Sistemas de Control Interno en las entidades públicas, para lo cual se establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo.

Que el Decreto 1011 de 2006 en su artículo 6º establece como uno de los objetivos principales del Sistema Único de Habilitación, del Sistema Obligatorio de la Calidad para la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la protección a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud.

Que el decreto del 1698 de 2007, por el cual se modifica el decreto 574 de 2007 define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas, específicamente en el artículo 7, el cual sustituye el Artículo 12 del Decreto 574 de 2007, Sistema de Administración de Riesgos. El sistema de administración de riesgos estará constituido por lo menos por los subsistemas de identificación, medición, evaluación, cuantificación y control de aquellos riesgos particulares a la actividad de aseguramiento en salud, que les permita a las entidades realizar una adecuada gestión de riesgos y garantizar su solvencia.

Que el Departamento Administrativo de la Función Pública implanta la norma técnica de la calidad en la gestión pública (Decreto 4485 de 2009) que incluye la administración de riesgos desde un enfoque de procesos.

Que la ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción, artículo 73, solicita que cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano.

Que el Decreto 2641 de 2012, en su artículo 1º señala como metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano contenida en el documento "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".

Que la Superintendencia Nacional de Salud expidió el 21 de abril de 2016, la Circular No 009 de 2016, por la cual se imparten instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo y financiación de proliferación de armas destrucción masiva (SARLAFT -FPADM).

La circular Externa 20211700000004-5 por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de

riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgo, en el capítulo II se definen los lineamientos del sistema de gestión de riesgos y sus subsistemas y definen las categorías de riesgos a supervisar por la Superintendencia.

La Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 expresa "que El artículo 36 de la Ley 1122 de 2007 establece el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud.

Que el decreto 943 de 2014 del departamento de la función pública, derogado por el Decreto 1083 de 2015. Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), establece que las entidades deben generar políticas de administración del riesgo, identificar, analizar y valorar el riesgo.

Que mediante la resolución 2082 de 2014, establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para acreditar sus servicios e implementar el componente de acreditación, siendo la gestión del riesgo un eje transversal para dicho sistema.

Que el Decreto 124 de 2016, sustituyó el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".

Que la Guía Para la Administración del Riesgo y Diseño de controles en entidades públicas versión 6 de 2022 del departamento administrativo de la Función Pública plantea la metodología para la administración del riesgo.

Que el Acuerdo No 15 de 2016, por medio del cual se establecen las políticas para prevenir el riesgo de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo y se aprueba el manual SARLAFT en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Que el Decreto 648 de 2017 modificó y adicionó el Decreto 1083 de 2015, Reglamentaria Único del Sector de la Función Pública.

Que el Decreto 1499 de 2017 modificó el decreto 1083 de 2015, decreto único reglamentario del sector de la función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la ley 1753 de 2015.

Que el Decreto 612 de 2018 definió directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al plan de acción por parte de las entidades del estado.

Que la Resolución 030 de 2018 Actualizo el Comité de Coordinación de Control Interno y Gestión de Calidad E.S.E Hospital San Rafael Tunja.

Que la resolución 5095 de 2018, establece el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1 establecimiento la gestión del riesgo como eje trazador del sistema único de acreditación.

Que la norma técnica Colombiana NTC 31000, la cual brinda los principios y las directrices genéricos sobre la gestión del riesgo, que se complementa con la GTC 137 (vocabulario traducido de la norma ISO guide 73:2009)

Que el Decreto 1081 de 2015, Único del sector de Presidencia de la República, Arts .2.1.4.1 y siguientes, Señala como metodología para elaborar la estrategia de lucha contra la corrupción la contenida en el documento "Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano", el cual contempla entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en las instituciones y las medidas concretas para mitigar esos riesgos.

Que la Resolución 262 de 2022 por medio de la cual se deroga la Resolución No. 051 de 2022 definió el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Que la resolución 3100 de 2019, por medio del cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud; enmarca todas las acciones a la mitigación del riesgo durante la prestación de servicio de salud a través del establecimiento de la obligatoriedad de contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, establecimiento seguro de procesos seguros a través de definición, monitoreo y análisis de los indicadores de seguimiento a riesgos en cada uno de los servicios ofertados.

Que el Acuerdo No 020 de 2022, por medio de la cual se adoptan de manera integral los manuales del sistema de administración de riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva y reporte de información SARLAFT/PADM, y del subsistema de Administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICOF, y se adoptan los oficiales de cumplimiento de estos.

Que de acuerdo con lo anterior y tomando como referencia el Modelo de Seguridad y privacidad de la información (MSPI) establecido por el Ministerio De Tecnologías y Comunicaciones MINTIC, la gestión de riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y las buenas prácticas de las Normas Técnicas Colombianas ISO/IEC 31000, ISO/IEC 27005.

En virtud de lo anterior;

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar la política de gestión de riesgos integral de la empresa social de estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja, el cual es anexo al presente en

ARTÍCULO SEGUNDO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición y deroga el acuerdo 015 del 30 de junio de 2023

Dado en Tunja a los,


SARA LORENA VEGA FLOREZ
PRESIDENTE JUNTA


GERMAN FRANCISCO PERTUZ GONZALEZ
SECRETARIO

REVISÓ:

MCF
Mónica María Londoño Forero / Asesora Desarrollo de Servicios

Oscar Argelio Cely Avila / Subgerente administrativa y financiera

Diana Lizbeth Vargas González / Asesora Oficina de Control Interno

Nelson Andrés Montero Ramírez / Asesor Jurídico Externo

PROYECTÓ:

Lina María Patarroyo Parra / Coordinadora de gestión de riesgos integral



Carrera 11 No. 27-27
Tunja - Boyacá - Colombia



87408014



www.hospitaluniversitariosanrafael.gov.co
gerencia@hospitaluniversitariosanrafael.gov.co

Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS INTEGRAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

ARTICULO PRIMERO. COMPROMISO. La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja se compromete a gestionar los riesgos de manera integral por medio de estrategias que permitan evitar, reducir, aceptar y/o compartir la ocurrencia de eventos no deseados que puedan afectar positiva o negativamente el logro de los objetivos Institucionales.

ARTICULO SEGUNDO. OBJETIVO. Establecer los parámetros de manera sistémica y sistemática que permitan administrar los riesgos de forma integral de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, que formen parte integral de la gestión y de la toma de decisiones de la institución.

ARTICULO TERCERO. ALCANCE. Aplica a todos los procesos, subprocesos, servicios y personal de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa.

ARTICULO CUARTO. METODOLOGIA. Actualizar y dar continuidad a la implementación del manual de gestión de riesgos integral (OADS-M-02), el cual es adaptado de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas de acuerdo con las necesidades de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, la complejidad del proceso de atención, incluyendo de esta forma la gestión de riesgos asistenciales y clínicos siendo parte fundamental de la gestión institucional, por lo tanto no es una adopción textual de la guía del DAFT y contempla las instrucciones impartidas de la circular externa de la superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 de 2021, 20211700000005-5 de 2021 y 2022151000000053-5 de 2022. el cual contempla:

Tipos de riesgos

- ✓ Riesgos de gestión.
- ✓ Riesgos del sistema gestión de seguridad de la Información.
- ✓ Riesgos asistenciales.
- ✓ Riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo / Financiamiento a la proliferación de armas de destrucción masiva. (SARLFT/PADM).
- ✓ Riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno.
- ✓ Riesgo fiscal.
- ✓ Riesgos de índole contable.
- ✓ Riesgos contractuales.
- ✓ Riesgos clínicos.

Categorías del riesgo

- Riesgo de salud.
- Riesgo operacional.
- Riesgo actuarial.
- Riesgo de crédito.

- o Riesgo de liquidez.
- o Riesgo de mercado.
- o Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo.

NOTA: Importante aclarar que previo a la implementación de las etapas descritas a continuación se llevara a cabo la socialización de las metodologías contempladas para su gestión.

Etapas estratégicas de la política. La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja establece como etapas de acción para la implementación y despliegue de la política de gestión de riesgo integral las siguientes estrategias:

1. Realizar análisis de contexto interno y externo de la institución.
2. Identificar los riesgos a todo nivel.
3. Analizar y evaluar los riesgos de acuerdo con la metodología definida.
4. Definir las estrategias para evitar, reducir, aceptar y/o compartir el riesgo.
5. Monitorear y revisar los riesgos institucionales desde cada una de las líneas de defensa.
6. Realizar seguimiento a la materialización de los riesgos.
7. Integrar y capacitar a los líderes involucrados en la gestión del riesgo y desplegar a todo nivel (contratistas, empleados, proveedores, terceros vinculados con la Institución).

ARTICULO QUINTO. RESPONSABLES. El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión 7 de MIPG de "Control Interno", que se desarrolla con el MECI a través de un esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere, cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, de la siguiente manera:

9112

1. Línea estratégica

LÍNEA ESTRATÉGICA DE DEFENSA		
Alta dirección en el marco del comité de control interno.		Periodicidad
Responsable	Responsabilidad frente a la gestión del riesgo	
Comité institucional de Coordinación de sistema de Control Interno	Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo.	Anual (Como mínimo)
	Revisar y aprobar política de gestión del riesgo previo a presentación a junta directiva.	
	Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles.	Cuatrimestral para los de corrupción, opacidad y fraude, soborno Semestral para los de gestión y fiscales, sistema de gestión de seguridad de información Anual para los riesgos de índole contable.
Comité de gestión de riesgos integral	Realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea el caso	Trimestral
Junta directiva	Aprobar ajustes o modificaciones que se efectúen a las políticas, manuales, procedimientos y demás metodologías definidas relacionadas con la gestión del riesgo integral que se requiera por lineamientos externos.	Cuando se requiera

2. Primera línea de defensa

PRIMERA LÍNEA		
Líderes de proceso		Periodicidad
Responsable	Responsabilidad frente a la gestión del riesgo	
Líderes de proceso /subproceso /servicio/programas y funcionarios.	Realizar análisis de contexto interno y externo de la Institución. (1)	Anual
	Identificar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales. (2)	
	Analizar y evaluar los riesgos de acuerdo con la metodología definida para cada tipo según su aplicabilidad. (3)	

Ofic

Líderes de proceso /subproceso /servicio/programas	Elaborar y/o actualizar mapa de riesgos, incluidos los riesgos contemplados en la metodología acorde a su aplicabilidad.	
	Definir las estrategias para evitar, reducir, aceptar y/o compartir el riesgo. (4)	
	Aplicar los controles operativos correspondientes a la actividad del proceso que este a su cargo	Continuo
	Realizar autocontrol de los riesgos identificados. (5)	Trimestral

3. Segunda línea de defensa

SEGUNDA LÍNEA		
Oficina asesora Desarrollo de Servicios, en acompañamiento con la oficina de planeación, coordinación y referente de la gestión de riesgos integral, coordinación de gestión clínica, líderes de los Sistemas de Gestión Ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Seguridad Digital y Seguridad del Paciente		Periodicidad
Responsable	Responsabilidad frente a la gestión del riesgo	
Oficina asesora Desarrollo de Servicios	Establecer un líder de la gestión de riesgos para coordinar las actividades en esta materia	Cuando se requiera
Oficina asesora Desarrollo de Servicios - Coordinación de riesgos integral - Profesional especializado de apoyo de gestión de riesgos - Oficial de cumplimiento o persona encargada SICOFS y SARLAFT/PADM	Elaborar, revisar, actualizar y presentar a comité de gestión de riesgos integral política, manual y demás metodologías definidas relacionadas con la gestión del riesgo integral y a junta directiva política y demás metodologías que se requieran por lineamientos externos.	Cuando se requiera
	Socializar política y metodologías de gestión de riesgos integral, capacitar a los líderes involucrados y desplegar a todo nivel.	De acuerdo con el plan de trabajo anual.
	Acompañar a la primera línea de defensa en la gestión del riesgo.	
	Sugerir las acciones de mejora a que haya lugar posterior al análisis, valoración, evaluación o tratamiento del riesgo.	
	Consolidar el mapa de riesgos institucional y publicar.	
	Realizar reportes internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad, el Fraude y soborno del hospital cuando aplique.	
Oficina asesora Desarrollo de Servicios - Coordinación de riesgos Integral - Profesional	Presentar mapas de riesgos en comité de gestión de riesgos Integral y/o seguridad del paciente según el caso.	
	Revisar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente.	
	Supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo.	

especializado de apoyo de gestión de riesgos - Coordinación de gestión clínica - Líder TIC - Líder de Seguridad del Paciente - Oficial de cumplimiento de SICOFS y SARLAF	Evaluar y efectuar seguimiento a los riesgos identificados y controles definidos por la 1ª línea de defensa.	
	Monitorear y revisar los riesgos identificados. (5)	
	Consolidar los seguimientos a los mapas de riesgo.	
	Hacer seguimiento a los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos.	
	Realizar evaluación permanente de las actividades llevadas a cabo por la 1ª línea de defensa.	
	Realizar informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual.	

4. Tercera línea de defensa

TERCERA LINEA		
Oficina de Control Interno		Periodicidad
Responsable	Responsabilidad frente a la gestión del riesgo	
Asesora Oficina de Control Interno Profesional Universitario de Control Interno	Evaluar de manera independiente y objetiva los controles de 2ª línea de defensa para asegurar su efectividad.	Semestral Cuatrimestral Anual
	Evaluar los controles de 1ª línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la 2ª línea de defensa.	
	Revisar la efectividad de los controles, planes de mejora y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos de la institución para evitar la materialización de estos.	
	Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna.	Semestral
	Realizar seguimiento a la materialización de los riesgos. (6)	Continuo
	Comunicar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, detectados en las auditorías internas.	Bimensual
	Alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas.	Cuando aplique
	Realizar informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual.	Trimestral
	Elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos	Continuo

ARTÍCULO SEXTO: NIVELES DE ACEPTACIÓN AL RIESGO La política de gestión del riesgo integral establece las opciones para tratar y manejar los riesgos basada en la valoración de estos, para lo cual deberá tener en cuenta las siguientes opciones de manejo:

NIVEL RIESGO RESIDUAL	DECISIÓN	CRITERIO
EXTREMO	NO TOLERABLE	Reducir: Fortalecer el seguimiento a los controles y trabajar en la disminución de la probabilidad de ocurrencia.
ALTO	NO TOLERABLE	Reducir o evitar: Fortalecer el seguimiento a los controles y trabajar en la disminución de la probabilidad de ocurrencia, y/o la disminución de la frecuencia en la que se realiza la actividad que conlleva el riesgo.
MODERADO	TOLERABLE	Evitar: Riesgos para los cuales se requiere fortalecer los controles existentes
BAJO	TOLERABLE	Se acepta: Riesgos para los cuales se determina que el nivel de exposición es adecuado y por lo tanto se asume. Se administrará por medio de las actividades propias del proceso.

- Los riesgos de gestión y seguridad digital que se encuentren en zona de riesgo baja, pueden ser aceptados y no se requiere la documentación de planes de acción.
- Ningún riesgo fiscal, de corrupción, opacidad, fraude y/o soborno podrá ser aceptado.
- No siempre se requiere definir acciones a los riesgos en nivel extremo y alto, sin embargo, es importante fortalecer el seguimiento a los controles con el fin de garantizar que las condiciones no hayan cambiado.
- De acuerdo con los riesgos residuales analizados, se define realizar seguimiento, asignar tratamiento acorde a lo evaluado de todos los riesgos sin importar la zona de riesgo residual en la que se encuentre.

9/10

ARTÍCULO SEPTIMO: NIVELES PARA CALIFICAR LA PROBABILIDAD Y EL IMPACTO: Se tiene en cuenta lo definido en el manual de gestión de riesgos integral OADS-M-02

Probabilidad para los riesgos de gestión, fiscales, de índole contable, asistenciales, SICOFS y SARLAF/PADM

Probabilidad	Descripción	Frecuencia		
		Gestión, de índole contables y SICOFS	Asistencial	SARLAF/PADM
Muy baja	20% El riesgo puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año.	No se ha presentado en el último año	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mayor a 12 meses.
Baja	40% El riesgo puede ocurrir en algún momento	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año.	Al menos una vez en el último año	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 7 a 12 meses.
Media	60% El riesgo podría ocurrir en algún momento	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año.	Al menos una vez en los últimos 6 meses	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 4 a 6 meses.
Alta	80% El riesgo probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año.	Al menos una vez en el último bimestre	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 2 a 3 meses.
Muy alta	100% Se espera que el riesgo ocurra en la mayoría de las circunstancias	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año.	Al menos una vez al mes	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta cada

Impacto para los riesgos de gestión, fiscales y de índole contable:

Impacto		Afectación económica	Reputacional
Leve	20%	Afectación menor a 10 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización
Menor	40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores
Moderado	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos
Mayor	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal
Catastrófico	100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenibles a nivel país

9.15

Impacto para los riesgos asistenciales:

Impacto		Seguridad del paciente
Leve	20%	El resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento.
Menor	40%	El resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración, y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima (por ejemplo, observar más estrechamente, solicitar pruebas, llevar a cabo un examen o administrar un tratamiento de poca entidad).
Moderado	60%	El resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir (por ejemplo, intervención quirúrgica menor o un tratamiento suplementario) o prolongar la estancia o tratamiento, o causa un daño o una pérdida funcional de larga duración.
Mayor	80%	El resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente.
Catastrófico	100%	Sopesando las probabilidades, el evento causó la muerte del usuario o la propició a corto plazo.

Impacto para los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno:

Impacto		Calificación del riesgo
Leve	20%	Calificación del riesgo en 0
Menor	40%	Calificación del riesgo en 0
Moderado	60%	Calificación del riesgo 1 a 5
Mayor	80%	Calificación del riesgo entre 6-11
Catastrófico	100%	Calificación del riesgo entre 12-20

	Pregunta	Riesgo	
		SI	NO
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?		
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?		
3	¿Afectar el cumplimiento de misión de la Entidad?		
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la Entidad?		
5	¿Generar pérdida de confianza de la Entidad, afectando su reputación?		
6	¿Generar pérdida de recursos económicos?		
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?		
8	¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien o servicios o los recursos públicos?		
9	¿Generar pérdida de información de la Entidad?		
10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la Fiscalía, u otro ente?		
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?		
12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?		
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?		
14	¿Dar lugar a procesos Penales?		
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?		
16	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas?		
17	¿Afectar la imagen regional?		
18	¿Afectar la imagen nacional?		
19	¿Genera Daño Ambiental?		
20	Existe riesgo de contagio (considerando que es la posibilidad de que una acción o experiencia de una persona natural o jurídica vinculos con la organización y puede ejercer influencia sobre ella que se encuentra con situaciones comprometidas por delitos de lavado de activos, financiamiento del terrorismo, corrupción, opacidad y fraude).		

Nivel de Impacto MAYOR

Impacto para los riesgos de SARLAFT/PADM se tiene en cuenta las siguientes tablas:

Impacto	Descripción	Contingencia	Reputacional	Operacional	Legal	
1	Leve	20%	<ul style="list-style-type: none"> * Solo es de conocimiento a nivel interno. * Afectación de imagen ante uno o varios clientes. 	<ul style="list-style-type: none"> * No hay interrupciones en las operaciones, pero se presenta fallas leves en la caída del sistema * Reproceso menor * Un leve retraso 	<ul style="list-style-type: none"> * Puede implicar la interposición de un derecho de petición de interés particular / queja ante el Hospital / Tutela. 	
2			<ul style="list-style-type: none"> * Es de conocimiento a nivel de dirección, no hay pérdida de clientes, continúa la buena imagen de la institución. * Afectación menor de la reputación ante entes de control * El hecho afecta la confianza y credibilidad en los grupos internos o el hecho tiene despliegue por medios masivos de comunicación locales. 	<ul style="list-style-type: none"> * Reproceso involucra más de un proceso no crítico. * Es de conocimiento en la organización, no hay pérdida de clientes, continúa la buena imagen de la institución. * Afectación de las operaciones internas, la prestación de productos, servicios asistenciales y atención a usuarios, con afectación menor durante 12 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Puede implicar requerimiento de una entidad administrativa al inicio de investigación o con plazo para cumplimiento de acciones sin sanción económica o amonestación / Reclamación de perjuicios sin vocación a prosperar. 	
3	Moderado	60%	<ul style="list-style-type: none"> * Afectación a la institución por acción generada por un colaborador, empleado contratante que involucra a la institución de manera directa o indirectamente con otra entidad que tiene vínculos de hecho, * Inclusión del Hospital en listas de apertura de investigaciones y sanciones de entes reguladores por posibles incumplimientos en la gestión de riesgos de SARLAFT/PADM. 	<ul style="list-style-type: none"> * Incremento de quejas de los clientes * Puede afectar las relaciones comerciales. * Se ve afectando la buena imagen institucional a nivel local y regionales (grupos de clientes). 	<ul style="list-style-type: none"> * Reproceso involucra más de un proceso crítico. * Afectación de las operaciones internas, la prestación de productos, servicios asistenciales y atención a usuarios, con afectación moderada durante 24 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> * requerimiento informal por algún organismo regulador, litigios menores. * Requerimiento de una entidad administrativa con inicio de investigación o formulación de cargos y/o interposición de demanda contra el Hospital con remota posibilidad de fallo en contra con la interposición de multas o pagos de indemnizaciones con valores no muy altos.
4	Mayor	80%	<ul style="list-style-type: none"> * Contagio por parte de alta gerencia * Contagio por parte de clientes * Afectación a la institución por acción generada por miembro directivo que involucra de manera directa o indirectamente con otra entidad que tenga vínculos de hecho. 	<ul style="list-style-type: none"> * Exposición negativa del Hospital en medios masivos nacionales (prensa, televisión, radio) de comunicación * Afecta las relaciones comerciales * Pérdida de clientes/ usuarios o no renovación de contratos por parte de clientes * se ve afectando la buena imagen institucional 	<ul style="list-style-type: none"> * Afectación de las operaciones internas, la prestación de productos, servicios asistenciales y atención a usuarios con afectación mayor durante 48 horas, genera reprocesos de la operación. 	<ul style="list-style-type: none"> * Procedimiento administrativo o demanda contra el Hospital que puede generar cierre temporal de servicios, remoción de administradores, multas o pago de indemnizaciones con un valor material significativo. * Indemnización por incumplimientos normativos
5	Catastrófico	100%	<ul style="list-style-type: none"> * Contagio por parte de accionistas cargo de tenencia * Afectación a la institución por acción generada de un máximo órgano normativo y de dirección de la institución que tiene vínculos de hechos relacionados con SARLAFT/PADM directos o indirectamente con otra entidad, puede producir efectos de contagio a la institución por imagen corporativa 	<ul style="list-style-type: none"> * El hecho afecta la confianza y credibilidad en todos los grupos internos de la organización y en otros públicos afectados. El hecho tiene despliegue por medios masivos de comunicación locales, regionales, nacionales e internacionales. * Imposibilidad de conseguir asociados. * Se afectan los valores institucionales en forma negativa * Pérdida de credibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> * Afectación de las operaciones internas, la prestación de productos, servicios asistenciales y atención a usuarios, con afectación grave superior a 48 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Procedimiento administrativo o demanda contra el Hospital que puede generar cierre total de servicios, responsabilidad penal o administrativa de los administradores, multa o pago de indemnizaciones con un valor material alto. * Sanciones pactada a LA/PT por organismos reguladores.

Impacto	Calificación del riesgo
Leve	20%
Menor	40%
Moderado	60%
Mayor	80%
Catastrófico	100%

9/10

Para los riesgos del sistema de gestión de seguridad de la información se tiene en cuenta las siguientes tablas:

Probabilidad

PROBABILIDAD		
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

Impacto

IMPACTO		
NIVEL	AFECTACIÓN ECONÓMICA	REPUTACIONAL
Leve	Afectación menor a 10 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores
Moderado	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país.

Para los riesgos contractuales:

Probabilidad	Descripción	Impacto	Calificación cualitativa	Calificación monetaria
Raro	El riesgo puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales	Insignificante	1	Obstruye la ejecución del contrato de manera intrascendente. Los sobrecostos no representan más del uno por ciento (1%) del valor del contrato.
Menor	El riesgo puede ocurrir ocasionalmente	Menor	2	Dificulta la ejecución del contrato de manera baja, aplicando medidas mínimas se puede lograr el objeto contractual. Los sobrecostos no representan más del cinco por ciento (5%) del valor del contrato.
Moderado	El riesgo podría ocurrir en algún momento futuro	Moderado	3	Afecta la ejecución del contrato sin atentar el beneficio para las partes. Generará un impacto sobre el valor del contrato entre cinco (5%) y el quince por ciento (15%).
Probable	El riesgo probablemente ocurrirá	Mayor	4	Obstruye la ejecución del contrato sustancialmente pero aun así, permite la consecución del objeto contractual. Incrementa el valor del contrato entre quince (15%) y el treinta por ciento (30%).
Casi cierto	Se espera que el riesgo ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Catastrófico	5	Perfora la ejecución del contrato de manera grave imposibilitando la consecución del objeto contractual. Impacto sobre el valor del contrato en más de treinta por ciento (30%).

DID

ARTÍCULO OCTAVO: TRATAMIENTO DE RIESGOS: Los criterios para el tratamiento de los riesgos son:

TRATAMIENTO DEL RIESGO	
ACEPTAR EL RIESGO	No se adopta ninguna medida que afecte la probabilidad o el impacto del riesgo. (Ningún riesgo fiscal, de corrupción, opacidad, fraude y/o soborno podrá ser aceptado)
EVITAR EL RIESGO	Se fortalece la implementación de los controles y se trabaja en la disminución de la frecuencia con la que se realiza la actividad que conlleva el riesgo.
REDUCIR (TRANSFERIR) EL RIESGO	Se reduce la probabilidad o el impacto del riesgo transfiriendo una parte de este. Los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y/o soborno no se puede transferir su responsabilidad.
REDUCIR (MITIGAR) EL RIESGO	Se adoptan medidas para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos; en ciertos casos conlleva a la implementación de planes de acción.
COMPARTIR EL RIESGO	Se reduce la probabilidad o el impacto del riesgo compartiendo los controles de este.

ARTICULO NOVENO: COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN La política debe ser socializada a todos los funcionarios del hospital, a la vez será publicada en la página web de la institución cada vez que se actualice.

9/15

