

RESOLUCIÓN No. 068 DE 2019

(29 MAR 2019)

“Por medio de la cual se deroga la Resolución 073 de 2018 y se ajusta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA”

La Gerente de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA en uso de sus facultades constitucionales y legales; en especial las conferidas por el Art. 209 de la Constitución Nacional y las leyes 1437 y 1474 de 2011, ley 100 de 1993, ley 1712 de 2014, Decreto 943 de 2014 y,

CONSIDERANDO.

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 269 de la misma Carta Política estipula que en las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno, de conformidad con lo que disponga 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.

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 2641 de 2012, en su artículo 1ro 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 el Decreto 124 de 2016, Por el cual se sustituye 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 de administración de Riesgo Riesgos del departamento administrativo de la Función Pública plantea la metodología por seguir para dar cumplimiento a lo establecido en dicho modelo.

Que el Departamento Administrativo de la función Pública publico la Guía Para la Administración del Riesgo y Diseño de controles en entidades públicas versión 4 de 2018.

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

Que el Decreto 1499 de 2017 modifiko 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 135 de 2018 definió el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja.

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.

Que en razón a lo anterior;

RESUELVE.

ARTICULO PRIMERO. OBJETIVO. Establecer los parámetros de manera sistemática para Administrar los Riesgos de la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja, con el fin de promover el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación del mismo

ARTICULO SEGUNDO. ALCANCE. La administración de Riesgos de la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja, estará fundamentada en el modelo de Gestión por Procesos, es por esta razón que esta política para la gestión del riesgo es aplicable a todos los procesos de la entidad según lo definido en los lineamientos establecidos en el Manual de Gestión del Riesgo código: OADS-M-02.

ARTICULO TERCERO. Adoptar y aprobar la política de Administración del Riesgo en la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja, la cual se compromete a identificar, medir, valorar, monitorear, administrar y tratar los riesgos que puedan afectar positiva o negativamente el logro de los objetivos institucionales.

29 MAR 2019

Así mismo, se compromete a realizar la gestión de los riesgos de acuerdo con las metodologías definidas por la institución para evitar, reducir, compartir o transferir y asumir los riesgos para el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales, por medio de lo siguiente:

- ✓ Un adecuado análisis del contexto estratégico.
- ✓ Identificación de los riesgos.
- ✓ Valoración del riesgo.
- ✓ Seguimiento y monitoreo a las acciones de mitigación definidas para los riesgos en cada uno de los procesos y revisión periódica para la identificación de nuevos riesgos.

En consecuencia, los mapas de riesgos se deben revisar y de ser necesario actualizar anualmente teniendo en cuenta los resultados de seguimiento y la efectividad los controles. De igual manera cuando se presenten cambios en el entorno incluidos los cambios de la legislación, cuando se inicien nuevos proyectos institucionales, debe revisarse los riesgos para así poder establecer los posibles cambios que se pueden generar y que impliquen mayores riesgos a tratar.

Parágrafo 1: La gestión del riesgo de seguridad del paciente se desarrollara según lo establecido en el programa de seguridad del paciente, CÓDIGO: CA-PG-03.

Parágrafo 2: El abordaje de los riesgos y oportunidades para el sistema de Gestión Ambiental y el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo se desarrollara bajo los lineamientos establecidos en sus Normas Técnicas.

ARTÍCULO CUARTO: RESPONSABLES. El monitoreo y revisión de la gestión de riesgos está alineado con la dimensión del 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:

Línea Estratégica - Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a quienes corresponde:

- Establecer objetivos institucionales alineados con el propósito fundamental, metas y estrategias de la entidad
- Establecer la Política de Administración del Riesgo.
- Hacer seguimiento a la gestión institucional, incluida la administración de los riesgos y la aplicación de controles.
- Específicamente el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, evaluar y dar lineamientos sobre la administración de los riesgos en la entidad
- Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles. Así mismo, hacer seguimiento a su gestión, gestionar los riesgos y aplicar los controles

Primera Línea – Líderes de proceso, a quienes corresponde:

- Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales
- Definen y diseñan los controles a los riesgos.
- Gestionar los riesgos con base en la política de administración del riesgo.
- Identificar y controlar los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones y el cumplimiento de sus objetivos, así como en la prestación del servicio y/o relacionados con el logro de los objetivos.
- Elaborar los mapas de riesgo, incluidos los riesgos de corrupción.
- Implementar procesos para identificar, disuadir y detectar fraudes; y revisan la exposición de la entidad al fraude con el auditor interno de la entidad (en caso de que haya).

Segunda Línea – Oficina Asesora Desarrollo de Servicios, a quien corresponde:

- Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada.
- Asegurar que las evaluaciones de riesgo y control incluyan riesgos de fraude.
- Ayudar a la primera línea con evaluaciones del impacto de los cambios en el SCI.
- Monitorear cambios en el riesgo legal, regulatorio y de cumplimiento.
- Consolidar los seguimientos a los mapas de riesgo.
- Establecer un líder de la gestión de riesgos para coordinar las actividades en esta materia
- Elaborar informes consolidados para las diversas partes interesadas.
- Hacer seguimiento a los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos
- Los supervisores e interventores de contratos deben realizar seguimiento a los riesgos de estos e Informar las alertas respectivas.

Tercera Línea – Oficina de Control Interno, a la cual corresponde:

- 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.
- Comunicar al Comité de Coordinación de Control Interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, detectados en las auditorías internas.
- Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos de la entidad.
- Alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas.

ARTICULO QUINTO. SEGUIMIENTO Y MONITOREO GESTIÓN DEL RIESGO.

El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, debe adelantar seguimiento al **Mapa de Riesgos de Corrupción**. En este sentido es necesario que adelante seguimiento a la gestión del riesgo, verificando la efectividad de los controles. El seguimiento adelantado por la Oficina de Control Interno se deberá publicar en la página web de la entidad o en un lugar de fácil acceso para el ciudadano.

Primer seguimiento: Con corte al 30 de abril. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de mayo.

Segundo seguimiento: Con corte al 31 de agosto. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de septiembre.

Tercer seguimiento: Con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de enero.

Los resultados de los seguimientos se deberán presentar en comité de coordinación de control interno y calidad tanto para riesgos de corrupción como para riesgos por proceso.

Para realizar seguimiento y evaluación de los **mapas de riesgos por proceso**, se realizarán en tres líneas de defensa de la siguiente manera:

- Un primer seguimiento en el segundo trimestre del año por el líder de proceso.
- Un segundo seguimiento en el tercer trimestre del año, realizado por la Oficina de Desarrollo de Servicios.

Para los mapas de riesgo por proceso MISIONALES, la segunda línea de defensa será realizada por el líder del programa de seguridad del paciente y se realizará en el tercer trimestre del año.

- Un tercer seguimiento en el cuarto trimestre del año, el cual será realizado por la Oficina de Control Interno.

Parágrafo 1: Todos los riesgos tipificados como "Corrupción" harán parte del Mapa de riesgo Institucional, sin importar en la zona de riesgo ubicados se establecerán acciones preventivas con periodicidad de seguimiento CUATRIMESTRAL para evitar a toda costa su materialización por parte de los procesos a cargo de los mismos apoyándose en lo establecido en la Guía Para la Administración del Riesgo y Diseño de controles en entidades públicas versión 4 de 2018.

ARTICULO SEXTO: COMUNICACIÓN Y CONSULTA. Según lo establecido en la Guía Para la Administración del Riesgo y Diseño de controles en entidades públicas versión 4 de 2018, las responsabilidades por línea de defensa para la Información, comunicación y reporte están dadas por:

Línea Estratégica:

Corresponde a los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno, establecer la Política de Gestión de Riesgos y asegurarse de su permeabilización en todos los niveles de la entidad, de tal forma que se conozcan claramente los niveles de responsabilidad y autoridad que posee cada una de las tres líneas de defensa frente a la gestión del riesgo.

Primera Línea de Defensa:

Corresponde a los jefes de área y/o grupo (primera línea de defensa) asegurarse de implementar esta metodología para mitigar los riesgos en la operación, reportando a la segunda línea sus avances y dificultades.

Segunda Línea de Defensa:

Corresponde al área encargada de la gestión del riesgo (segunda línea de defensa) la difusión y asesoría de la presente metodología, así como de los planes de tratamiento de riesgo identificados en todos los niveles de la entidad, de tal forma que se asegure su implementación.

Tercera Línea de Defensa:

Le corresponde a las Unidades de Control Interno, realizar evaluación (aseguramiento) independiente sobre la gestión del riesgo en la entidad, catalogándola como una unidad auditable más dentro de su universo de auditoría, y por lo tanto debe dar a conocer a toda la entidad el Plan Anual de Auditorías basado en riesgos, y los resultados de la evaluación de la gestión del riesgo.

ARTÍCULO SEPTIMO: NIVEL DE RIESGOS. La política de Administración de Riesgo establece las opciones para tratar y manejar los riesgos basada en la valoración de los mismos, para lo cual deberá tener en cuenta las siguientes opciones de manejo:

| | |
|---------------------------------|--|
| Zona de Riesgo Aceptable | Asumir: Riesgos para los cuales se determina que el nivel de exposición es adecuado y por lo tanto se asume. Se administrara por medio de las actividades propias del proceso. |
| Zona de Riesgo Moderado | Reducir: Riesgos para los cuales se requiere establecer acciones preventivas y fortalecer los controles existentes. |
| Zona de Riesgo Alta | Evitar: Se deberá incluir en el mapa de riesgo institucional, se establecerán las acciones de control preventivas que permitan evitar la materialización del riesgo mediante el fortalecimiento de los controles existentes. |
| Zona de Riesgo Extrema | Evitar: Se deberá incluir en el mapa de riesgo institucional, Se establecerán las acciones de control preventivas y correctivas, de manera adicional se deberán documentar al interior del proceso los planes y/o estrategias de contingencia para tratar el riesgo materializado. |

Ningún riesgo de corrupción podrá ser aceptado.

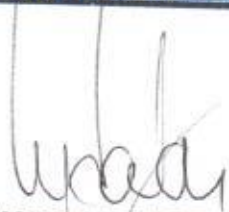
ARTICULO OCTAVO. Los lineamientos para la gestión del riesgo en seguridad digital se establecerán según lo definido en el Manual de Gestión del Riesgo código: OADS-M-02.

ARTICULO NOVENO. La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición y deroga la Resolución 073 de 2018.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Tunja, a los 29 MAR 2019


29 MAR 2019



**LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ
GERENTE**

Proyectó: Asesor Administrativo de Planeación y Calidad, Yimmy Gerardo Rodríguez Roa. 

Revisó: Coordinador TICS- Marbiz Said Ducuara Amado. 

Revisó : Asesora Oficina de Control Interno, Luz Dary Guerrero Moreno. 

Revisó : Asesor Oficina Desarrollo de Servicios, Henry Mauricio Corredor Camargo. 