

ACUERDO No. 015 DE 2023
(30 JUN 2023)

POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA 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.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



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 TRABAJAMOS 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.

915



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 6° 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 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".

J.P.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



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 deroga resolución 141 de 2023.

Dado en Tunja a los, 30 JUN 2023



JENNIFER MILENA LASPRIELLA BECERRA
PRESIDENTE JUNTA



GERMAN FRANCISCO PERTUZ GONZALEZ
SECRETARIO

REVISÓ:

Mónica María Londoño Forero / Asesora Desarrollo de Servicios
Olga Natalie Abril Manrique / Subgerente administrativa y financiera
Diana Lizbeth Vargas González / Asesora Oficina de Control Interno
Claudia Sáenz / Profesional Universitario de Control Interno
María Pilar Patiño Bello / Profesional de Planeación
Nelson Andrés Montero Ramírez / Asesor Jurídico Externo

PROYECTÓ:

Lina Maria Patarroyo Parra / Coordinadora de gestión de riesgos integral

**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, mitigar, compartir, aceptar, controlar, minimizar y/o evitar 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 se articula con los parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG-, la guía de administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión No.6 de 2022) del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y con la circular externa de la superintendencia nacional de salud 20211700000004-5 DE 2021. el cual contempla:

Tipos de riesgos

- ✓ Riesgos de gestión.
- ✓ Riesgo de seguridad de la información.
- ✓ Riesgos de calidad programa madre canguro (PMC), seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente (QHSE).
- ✓ Riesgos asistenciales.
- ✓ Riesgos clínicos.
- ✓ 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.

Categorías del riesgo

- Riesgo de salud
- Riesgo operacional
- Riesgo actuarial
- Riesgo de crédito
- Riesgo de liquidez
- Riesgo de mercado
- 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 reducir, mitigar y/o transferir 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 para 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:

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. | Cuatrimstral para los de corrupción, opacidad y fraude. Semestral para los de gestión. |
| Comité de gestión y desempeño | Realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales y proponer mejoras a su estructura. | Cuatrimstral |
| 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. | Cuando se requiera |

905

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

8-7405030

www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

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



SC-CER906254 SA-CER1400114 OS-CER45001527

2. Primera línea de defensa

| PRIMERA LÍNEA | | |
|--|--|--------------|
| Líderes de proceso | | Periodicidad |
| Responsable | Responsabilidad frente a la gestión del riesgo | |
| Líderes de proceso /subproceso /servicio 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) | |
| Líderes de proceso /subproceso /servicio | Elaborar y/o actualizar mapa de riesgos, incluidos los riesgos contemplados en la metodología acorde a su aplicabilidad. | Continuo |
| | Definir e implementar las estrategias para reducir, mitigar y/o transferir el riesgo. (4) | |
| | Aplicar los controles operativos correspondientes a la actividad del proceso que este a su cargo | Trimestral |
| | Realizar autocontrol de los riesgos identificados. (5) | |

3. Segunda línea de defensa

| SEGUNDA LÍNEA | | |
|--|--|-----------------------------------|
| Responsable | | Periodicidad |
| Responsable | Responsabilidad frente a la gestión del riesgo | |
| 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 | | |
| 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 - Referente de la gestión de riesgos integral - Oficial de cumplimiento o persona encargada SICOF y SARLAF | Revisar, actualizar y presentar a comité de control interno y junta directiva política y manual de gestión de riesgos para su aprobación. | Anual (Como mínimo) |
| | Socializar política y metodología de gestión de riesgos integral, y capacitar a los líderes involucrados y desplegar a todo nivel. | De acuerdo con el plan de trabajo |
| | Acompañar a la primera línea de defensa en la gestión del riesgo. | |
| | Consolidar el mapa de riesgos institucional y publicar. | |
| | Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, políticas, manuales, procedimientos y demás metodologías definidas | |

| | | |
|--|---|--|
| | relacionadas con la gestión del riesgo integral. Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la entidad. Presentar mapa de riesgos en comité de gestión y desempeño y/o seguridad del paciente según el caso. | |
| Oficina asesora Desarrollo de Servicios | Asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente. | |
| - Coordinación de riesgos integral | Supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo. | |
| - Referente de la gestión de riesgos integral | Evaluar y efectuar seguimiento a los controles aplicados por la 1ª línea de defensa. | |
| - Líder de Planeación | Monitorear y revisar los riesgos identificados. (5) | |
| - Coordinación de gestión clínica | Consolidar los seguimientos a los mapas de riesgo. | |
| - Líder encargado del sistema QHSE | Hacer seguimiento a los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos. | |
| - Líder de Seguridad Digital | Realizar evaluación permanente de las actividades llevadas a cabo por la 1ª línea de defensa. | |
| - Líder de Seguridad del Paciente | | |
| - Oficial de cumplimiento de SICO y SARLAF | Realizar informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual. | |

4. Tercera línea de defensa

| TERCERA LÍNEA | | Periodicidad |
|--|--|-------------------------------------|
| Oficina de Control Interno | | |
| 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 | Continuo |

| | | |
|--|--|----------------|
| | riesgos. (6) | |
| | 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: Se implementan acciones que mitiguen el nivel de riesgo. |
| ALTO | NO TOLERABLE | Reducir: Se implementan acciones que mitiguen el nivel de riesgo. |
| MODERADO | TOLERABLE | Evitar: Riesgos para los cuales se requiere fortalecer los controles existentes. |
| BAJO | TOLERABLE | Aceptar: 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 y se realiza seguimiento una vez al año. |

- Ningún riesgo de corrupción, opacidad y fraude podrá ser aceptado.
- Para el caso de la zona de riesgo moderado, se puede definir plan de acción siempre y cuando se requiera.

ARTÍCULO SEPTIMO: NIVELES PARA CALIFICAR LA PROBABILIDAD Y EL IMPACTO: Se adoptan los criterios de definición del nivel de impacto y probabilidad para la valoración de los riesgos según su clasificación de la guía metodológica de la función pública (Versión No.6 de 2022) para los riesgos de gestión



Probabilidad para los riesgos de gestión, asistenciales, SICOF y SARLAF/PADM

| Probabilidad | | Descripción | Frecuencia | | |
|--------------|------|--|---|---|--|
| | | | Gestión y SICOF | 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:

| 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 |



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906754 SA-CER140014 OS-CER4500127

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 y fraude:

| 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 daño que puede sufrir una organización, sea directa o indirecta, una acción o experiencia de una persona natural o jurídica, vínculos 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 | Contagio | Reputacional | Operacional | Legal | |
|---------|--------------|----------|---|--|--|---|
| 1 | LEVE | 20% | <ul style="list-style-type: none"> * Afectación leve a la institución por acción de desconocimiento de algún colaborador de la institución que involucra a personas o instituciones. * Requerimientos y/o certificaciones de la implementación de SARLAFT-PPADM al interior de la institución, por parte de aliados estratégicos | <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 | Menor | 40% | <ul style="list-style-type: none"> * Afectación mínima a la institución por acción generada por un cliente que involucra a la institución de manera directa o indirectamente con otra entidad que está en listas de control LAFT | <ul style="list-style-type: none"> * Es de conocimiento a nivel de dirección, no hay pérdida de clientes, continua la buena imagen de la institución. * Afectación menor de la reputación antes de control * El hecho afecta la confianza y credibilidad en los grupos interés 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, continua 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 sin 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 delictivos, * Inclusión del Hospital en listas de apertura de investigaciones y sanciones de entes reguladores por posibles incumplimientos en la gestión de riesgos de LAFT/PPADM. | <ul style="list-style-type: none"> * Incremento de quejas de los clientes * Puede afectar las relaciones comerciales * Se va afectando la buena imagen institucional a nivel local y regionales (gremios grupos clientes). | <ul style="list-style-type: none"> * Reproceso involucra más de un proceso crítico * Afectación de las operaciones internas y atención a usuarios, con afectación moderada durante 24 horas. | <ul style="list-style-type: none"> * requerimiento informal por algun 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 materiales. |
| 4 | Mayor | 80% | <ul style="list-style-type: none"> * Contagio por parte de al 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 delictivos. | <ul style="list-style-type: none"> * Exposición negativa del Hospital en medios masivos nacionales (prensa, television, radio) de comunicación * Afecta las relaciones comerciales * Pérdida de clientes/ usuarios o no renovación de contratos por parte de clientes * se va 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 carga contaminada * Afectación a la institución por acción generada de un máximo órgano normativo y de dirección de la institución que tiene vínculos delictivos relacionados con LAFT/PPADM 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 interés 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 afecta 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 asociada a LA/FT por organismos reguladores. |

| Impacto | Calificación del riesgo | |
|--------------|-------------------------|--------------------------------------|
| Leve | 20% | Calificación del riesgo entre 1-4 |
| Menor | 40% | Calificación del riesgo entre 5-8 |
| Moderado | 60% | Calificación del riesgo entre 9 -12 |
| Mayor | 80% | Calificación del riesgo entre 13 -14 |
| Catastrófico | 100% | Calificación del riesgo entre 14-20 |

Para los riesgos 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 del sistema de QHSE

Impacto



| TABLA VALORACION | IMPACTO | DESCRIPCION |
|------------------|---------|--|
| | 5 | Impacto crítico de efectos muy graves por la sensibilidad del medio receptor, y/o las características de peligrosidad que pueden estar asociadas, y/o el tipo de incumplimiento normativo. Efectos irreparables en los resultados de la organización y en el rendimiento del sistema. |
| | 4 | Impacto severo de efectos graves por la sensibilidad del medio receptor, y/o las características de peligrosidad que pueden estar asociadas, y/o el tipo de incumplimiento normativo. Efectos que comprometen gravemente los resultados de la organización y el rendimiento del sistema. |
| | 3 | Moderado impacto por la sensibilidad del medio receptor, y/o las características de peligrosidad que pueden estar asociadas, y/o el tipo de incumplimiento normativo. Efectos que podrían comprometer los resultados de la organización y el rendimiento del sistema. |
| | 2 | Bajo impacto. No afectaría de manera significativa a los resultados de la organización ni al rendimiento del sistema, pero puede requerir medidas de seguimiento y observación. |
| | 1 | Mínimo impacto. No cabe esperar que se origine un efecto real sobre los resultados y el rendimiento del sistema. |

Probabilidad de ocurrencia

| TABLA VALORACION | PROBABILIDAD | DESCRIPCION |
|------------------|--------------|--|
| | 5 | Semanal (de rutina, una o más veces todas las semanas) |
| | 4 | Mensual (alguna vez al mes todos los meses) |
| | 3 | Varias veces al año (trimestral, semestral) |
| | 2 | Anual (alguna vez en los últimos 3 años) |
| | 1 | Remota (alguna vez en la experiencia de la organización) |

Impacto de la oportunidad

| TABLA VALORACION | IMPACTO | DESCRIPCION |
|------------------|---------|--|
| | 3 | Impacto muy relevante para la estrategia de la organización, y resultados previstos en los sistemas SST, SGA y SGC |
| | 2 | Impacto moderado para la estrategia de la organización, y resultados previstos en los sistemas SST, SGA y SGC |
| | 1 | Impacto bajo para la estrategia de la organización, y resultados previstos en los sistemas SST, SGA y SGC |

Factibilidad de la oportunidad

| TABLA VALORACION | FACTIBILIDAD | DESCRIPCION |
|------------------|--------------|---|
| | 3 | La intervención es altamente factible por su pertinencia, disponibilidad de recursos y aceptabilidad. |
| | 2 | La intervención es factible, si bien presenta algunas dificultades por la disponibilidad de recursos y/o aceptabilidad. |
| | 1 | La intervención es poco factible con dificultades para llevarla a cabo. |

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 de corrupción podrá ser aceptado) |
| EVITAR EL RIESGO | Se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo, es decir, no iniciar o no continuar con la actividad que lo provoca. |
| REDUCIR (COMPARTIR) EL RIESGO | Se reduce la probabilidad o el impacto del riesgo transfiriendo o compartiendo una parte de este. Los riesgos de corrupción se pueden compartir, pero no se puede transferir su responsabilidad. |
| REDUCIR (MITIGAR) EL RIESGO | Se adoptan medidas para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos; por lo general conlleva a la implementación de controles. |

Fuente. Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas

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.



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



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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



SC-CER906254 SA-CER560814 OS-CER559527