

RESOLUCIÓN No. 41 DE 2023

( 27 MAR 2023 )

*"Por medio de la cual se deroga la Resolución 261 de 2022 y se ajusta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA"*

El 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 Constitucional 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 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 decreto 1295 de 1994 por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Señala en su artículo 1 que el Sistema General de Riesgos Profesionales es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

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 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 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 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 si, 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 el Departamento Administrativo de la función Pública publicó la Guía Para la Administración del Riesgo y Diseño de controles en entidades públicas versión 5 de 2020.

Que la Guía Para la Administración del Riesgo y Diseño de controles en entidades públicas versión 5 de 2020 del departamento administrativo de la Función Pública plantea la metodología por seguir para dar cumplimiento a lo establecido en dicho modelo.

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 la resolución No 392 de 2022, por medio de la cual se hace la designación del Oficial de Cumplimiento y el Oficial de Cumplimiento Suplente de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.

Que el Acuerdo No 020 de 2022, por medio de la cual se adopta el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE 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. 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, eliminar, controlar, compartir, 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 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 administración de riesgos institucional (OADS-M-02), el cual se ajusta a 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.5 de 2020) del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP el cual contempla:

### Tipos de riesgos

- ✓ Riesgos por procesos.
- ✓ Riesgo de seguridad de la información.
- ✓ Riesgos para el sistema de Gestión Ambiental.
- ✓ Riesgos para el sistema de seguridad y salud en el trabajo.
- ✓ Riesgos asistenciales.
- ✓ Riesgos clínicos.
- ✓ Riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva.
- ✓ Riesgos de corrupción, opacidad y fraude.



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	
<b>Comité de Coordinación del sistema de Control Interno</b>	Emitir, revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de control interno y gestión del riesgo.	Anual (Como mínimo)
	Revisar y aprobar política de gestión del riesgo.	
	Realizar seguimiento a la gestión y auditoría interna para toda la institución.	Cuatrimestral para los de corrupción.
	Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles.	
	Definir lineamientos claros frente a la estructura de control.	
Generar espacios para el análisis y seguimiento de los temas relacionados con el Talento Humano, la Integridad y la Planeación Estratégica, claves para que se cuente con ambiente propicio o favorable al control.	Semestral para los de gestión.	
<b>Comité de gestión y desempeño</b>	Realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales y proponer mejoras a su estructura	Trimestral

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.	Trimestral
	Definir e implementar las estrategias para reducir, mitigar y/o transferir el riesgo. (4)	
	Monitorear y revisar los riesgos identificados (Autocontrol). (5)	De acuerdo con el tipo de riesgo. Anual o cuando se requiera.
	Realizar seguimiento a la materialización de los riesgos. (6)	
	Presentar mapa de riesgos en comité de gestión y desempeño y/o seguridad del paciente según el caso.	

3. Segunda línea de defensa

SEGUNDA LÍNEA		
Responsable		Periodicidad
Responsable	Responsabilidad frente a la gestión del riesgo	
<b>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</b>		
<b>Oficina asesora Desarrollo de Servicios</b>	Establecer un líder de la gestión de riesgos para coordinar las actividades en esta materia	Cuando se requiera
<b>Oficina asesora Desarrollo de Servicios</b> - Planeación - Coordinación de riesgos integral - Referente de la gestión de riesgos integral	Revisar, actualizar y presentar a comité de control interno 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 gestión de riesgos institucional y publicar.	
<b>Oficina asesora Desarrollo de Servicios</b>	Asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados	

- Planeación	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.	
	Consolidar los seguimientos a los mapas de riesgo.	
- Coordinación de gestión clínica	Hacer seguimiento a los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos.	
- Líder del Sistema de Gestión Ambiental	Realizar autoevaluación permanente de las actividades llevadas a cabo por la 1ª línea de defensa.	
- Líder Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo		
- Líder de Seguridad Digital	Realizar informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual.	
- Líder de Seguridad del Paciente		
- Oficial de cumplimiento de SICOF y SARLAF		

4. Tercera línea de defensa

TERCERA LÍNEA		
Oficina de Control Interno		Periodicidad
Responsable	Responsabilidad frente a la gestión del riesgo	
<b>Asesora Oficina de Control Interno Profesional Universitario de Control Interno</b>	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
	Comunicar al Comité del Sistema 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	Cuando aplique

	corrupción en las áreas auditadas.	
	Realizar informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual.	Trimestral

**ARTÍCULO SEXTO: NIVELES DE ACEPTACIÓN AL RIESGO** La política de gestión del 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:

<b>Zona de Riesgo Baja</b>	Asumir: 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.
<b>Zona de Riesgo Moderado</b>	Reducir: Riesgos para los cuales se requiere fortalecer los controles existentes y se realiza seguimiento una vez al año.
<b>Zona de Riesgo Alta</b>	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.
<b>Zona de Riesgo Extrema</b>	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.

**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 5.0 para los riesgos de gestión.

### Probabilidad

	Frecuencia de la Actividad	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

	Afectación Económica	Reputacional
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de algún 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 publicitario sostenido a nivel país.

Miembro de la

Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES

www.hospitalesportasaludambiental.net

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

8-7405030

www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



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

**Probabilidad**

Nivel	Descriptor	Descripción	Frecuencia
1	Raro	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales	No se ha presentado en los últimos 5 años
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos una vez en los últimos 5 años
3	Posible	El evento probablemente podría ocurrir en algún momento	Al menos una vez en los últimos 2 años
4	Probable	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	Al menos 1 vez en el último año
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de una vez al año

**Impacto**

Nivel	Descriptor	Descripción	Frecuencia
1	Raro	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales	No se ha presentado en los últimos 5 años
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos una vez en los últimos 5 años
3	Posible	El evento probablemente podría ocurrir en algún momento	Al menos una vez en los últimos 2 años
4	Probable	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	Al menos 1 vez en el último año
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de una vez al año

Para los riesgos de Corrupción:

**Probabilidad**

	Frecuencia de la Actividad	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**

Nº	PREGUNTA SI EL RIESGO DE CORRUPCION SE MATERIALIZA PODRIA...	RESPUESTA	
		SI	NO
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?	x	
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?	x	
3	¿Afectar el cumplimiento de misión de la entidad ?	x	
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la entidad ?		x
5	¿Generar pérdida de confianza de la entidad, afectando su reputación?	x	
6	¿Generar pérdida de recursos económicos?	x	
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?	x	
8	¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicios o recursos públicos?		x
9	¿Generar pérdida de información de la entidad ?		x
10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la Fiscalía u otro ente?	x	
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?	x	
12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?	x	
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?	x	
14	¿Dar lugar a procesos penales?		x
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?		x
16	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas?		x
17	¿Afectar la imagen regional?		x
18	¿Afectar la imagen nacional?		x
19	¿Generar daño ambiental?		x
	Responder afirmativamente de UNA a CINCO pregunta(s) genera un impacto moderado. Responder afirmativamente de SEIS a ONCE pregunta(s) genera un impacto mayor. Responder afirmativamente de DOCE a DIECINUEVE pregunta(s) genera un impacto catastrófico.	10	
<b>MODERADO</b>	Genera medianas consecuencias sobre la entidad		
<b>MAYOR</b>	Genera altas consecuencias sobre la entidad		
<b>CATASTROFICO</b>	Genera consecuencias desastrosas sobre la entidad		

Fuente: Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República

### Para los riesgos asistenciales

#### Probabilidad

PROBABILIDAD	
CALIFICACION	DESCRIPCION
1	Remota: Es casi imposible que ocurra. Puede ocurrir en circunstancias excepcionales.
2	Baja: Baja probabilidad de ocurrencia. Es poco probable que ocurra pero es posible (ej. semestral)
3	Moderada: Mediana probabilidad de ocurrencia. Es probable que ocurra algunas veces (ej. Mensual)
4	Alta: Significativa probabilidad de ocurrencia. Es probable que ocurra varias veces (ej. Semanal)
5	Muy Alta: Muy alta probabilidad de ocurrencia (ej. Diario)

#### Impacto

IMPACTO	
CALIFICACION	DESCRIPCION
1	INSIGNIFICANTE: Sin daño al paciente
2	MENOR: Daño temporal al paciente; necesite un ahospitalizacion o un prolongacion en la hospitalizacion
3	MODERADO: Daño que requiera una intervencion medica o quirurgica para prevenir un daño permanente de una estructura o funcion corporal, incapacidad permanente parcial
4	MAYOR: Daño de una funcion o estructura corporal
5	CATASTROFICO: Daño permanente o muerte

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

TRATAMIENTO DEL RIESGO	
<b>ACEPTAR EL RIESGO</b>	No se adopta ninguna medida que afecte la probabilidad o el impacto del riesgo. (Ningún riesgo de corrupción podrá ser aceptado)
<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	Se adoptan medidas para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos; por lo general conlleva a la implementación de controles.
<b>EVITAR EL RIESGO</b>	Se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo, es decir, no iniciar o no continuar con la actividad que lo provoca.
<b>COMPARTIR EL RIESGO</b>	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.

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

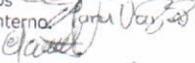
**ARTICULO NOVENO:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición y deroga la Resolución 261 de 2022.

**COMUNIQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Tunja, a los **27 MAR 2023**



**GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLES**  
GERENTE

Revisó: Mónica María Londoño Forero / Asesora Desarrollo de Servicios   
Revisó: Diana Lizbeth Vargas González / Asesora Oficina de Control Interno   
Revisó: Claudia Sáenz / Profesional Universitario de Control Interno -   
Revisó: María Pilar Patiño Bello / Profesional de Planeación   
Proyectó: Lina María Patarroyo Parra / Coordinadora de gestión de riesgos integral 