RESOLUCIÓN No. 261 **DE 2022**

(30 JUN 2022)

"Por medio de la cual se deroga la Resolución 116 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 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, 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 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 051 de 2022 por medio de la cual se deroga la Resolución No. 116 de 29 de abril de 2021 definió el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Que el programa de seguridad del paciente en su introducción establece que la resolución 2003 de 2014 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, a través del EJE 2 GESTIÓN DEL RIESGO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

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 Universitario 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 Universitario 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 Universitario 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.

Así mismo, se compromete a realizar la gestión de los riesgos de acuerdo con las metodologías definidas por la institución para evitar, reducir, compartir 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.
- ✓ Definición de Controles
- ✓ Seguimiento y monitoreo a las acciones de mitigación y manejo o respuesta 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 o cuando exista un cambio significativo en el proceso o en el cumplimiento de sus objetivos, 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, deben 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 para todos los procesos incluidos los tercerizados de la Entidad se realizará de acuerdo a lo establecido en la Guía Para la Administración del Riesgo y Diseño de controles en entidades públicas versión 5 de 2020.

Parágrafo 2: El abordaje de los riesgos para el sistema de Gestión Ambiental y el sistema de seguridad y salud en el trabajo se desarrollará bajo lo establecido en los Instructivos de Zonificación del Riesgo (GA-INS-01)

Parágrafo 3: 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 desarrollará bajo los lineamientos establecidos el Manual de Gestión del Riesgo código: OADS-M-02.

Parágrafo 4: La gestión del riesgo de seguridad Digital tendrá en cuenta los lineamientos establecidos en el Manual Metodológico para la Gestión del Riesgo en Seguridad de la Información con Código (S-M-11),

el cual ha sido diseñado siguiendo los **lineamientos** de MINTIC y cuenta con las especificaciones precisas para aplicarlo una vez realizada la recolección de activos de información.

Parágrafo 5: la gestión de riesgos en seguridad del paciente se desarrollará de acuerdo a lo establecido en el Eje 2 "Gestión de Riesgo" del programa de seguridad del paciente, CÓDIGO: CA-PG-03, y teniendo en cuenta la Meta 2, que define: "Gestionar y monitorear los riesgos identificados en cada uno de los procesos involucrados en la prestación del servicio con el fin evitar lesión en el paciente durante la atención en la institución".

ARTÍCULO CUARTO: 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:

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 del proceso e 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 relacionadas con el logro de los objetivos del proceso e institucionales.
- 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, en acompañamiento con la oficina de Planeación, Líderes de los Sistemas de Gestión Ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Líder de Seguridad Digital y Líder de Seguridad del Paciente:

- 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 **mapas de riesgos de proceso**, se realizarán en tres líneas de defensa de la siguiente manera:

- Un primer seguimiento trimestral realizado por el líder de proceso.
- Un segundo seguimiento trimestral, realizado por la Oficina de Desarrollo de Servicios, para el cual la oficina de planeación emitirá informe en primer semestre.

- Un tercer seguimiento semestral, el cual será realizado por la Oficina de Control Interno, para el cual la oficina emitirá informe semestral.

Para realizar seguimiento y evaluación de los **mapas de riesgos en seguridad del paciente**, 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, el líder del programa de seguridad del paciente en acompañamiento de la Oficina de Planeación.
- Un tercer seguimiento en el cuarto trimestre del año, el cual es realizado por la Oficina de Control Interno.

Para los riesgos identificados en Seguridad de la información El Hospital Universitario San Rafael de Tunja y su equipo "evaluará el desempeño de la implementación de la metodología para el levantamiento y gestión de riesgos de los activos de información", por medio de un monitoreo que permita hacer seguimiento de las gestiones que se están llevando a cabo y evaluar la eficiencia en su puesta en marcha, adelantando comprobaciones al menos una vez al semestre o cuando la entidad lo considere necesario, evidenciando y comunicando constantemente a la alta gerencia aquellas situaciones o causas que puedan estar influyendo en la aplicación de las acciones de tratamiento.

El seguimiento a los riesgos de los sistemas de Gestión Ambiental y el sistema de seguridad y salud en el trabajo estará definido bajo lo establecido en el Instructivo de Zonificación del Riesgo (GA-INS-01)

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 5 de 2020.

ARTÍCULO SEXTO: LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO DE LOS RIESGOS MATERIALIZADOS: La materialización de los riesgos es definida como aquellas situaciones en donde el riesgo deja de ser una probabilidad y se convierte en un hecho real.

Si dentro del seguimiento realizado, bien sea por parte de la Oficina de Control Interno o por los líderes de los procesos, se establece que se ha materializado uno o más riesgos, las acciones requeridas son las siguientes:

DETECTADO POR	ACCIÓN
OFICINA DE CONTROL INTERNO	**1.** Convocar al Comité de Coordinacion de Control Interno e informar sobre los hechos detectados, desde donde se tomarán las decisiones para iniciar la investigación de los hechos. **2.** Dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), realizar la denuncia ante el ente de control respectivo. **3.** Facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos y sus controles asociados. **4.** 4. Verificar que se tomaron las acciones y se actualizo el mapa de riesgos.

LÍDER DEL PROCESO U OTRO(S) FUNCIONARIO(S) QUE PARTICIPA(N) O INTERACTÚA(N) CON EL PROCESO	1. Informar a la Alta Direccion sobre el hecho encontrado. 2. De considerarlo necesario, realizar la denuncia ante el ente de control respectivo. 3. Iniciar con las acciones correctivas necesarias. 4. Realizar el analisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora. 5. Analisis y actualizacion del mapa de riesgos.

Una vez materializado un riesgo, el líder del proceso procederá de manera inmediata a aplicar las actividades que permitan dar continuidad del servicio o el restablecimiento del mismo (si es el caso), se debe reportar en el seguimiento trimestral que realiza cada líder de proceso a través del formato OADS-F-36, para lo cual se documenta un plan de Mejora y se ajustaran y/o replantearán los riesgos y/o controles del proceso, para lo cual se debe establecer un plan de acción que permita generar acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora.

ARTÍCULO SÉPTIMO: COMUNICACIÓN Y CONSULTA: 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 líderes de proceso, 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 Auditorias basado en riesgos, y los resultados de la evaluación de la gestión del riesgo.

ARTÍCULO OCTAVO: NIVELES PARA CALIFICAR EL IMPACTO Y PROBABILIDAD: La guía metodológica de la función pública en su versión 5 establece unas tablas de criterios de definición del nivel del impacto y probabilidad para la valoración de los riesgos según su clasificación, así:

Mapas de riesgos de proceso (gestión) se tiene en cuenta las siguientes tablas:

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

Mapa de Riesgos de seguridad de la información se tiene en cuenta las siguientes tablas:

Probabilidad

Nivel	Descriptor	Descripción	Frecuencia
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de una vez al año
4	Probable	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	Al menos una vez en los últimos 2 años
3	Posible	El evento podría ocurrir en algún momento	Al menos una vez en los últimos 5 años
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos una vez en los últimos 10 años
1	Raro	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales	No se ha presentado en los últimos 10 años

Impacto

Nivel	Descriptor	Descripción	Frecuencia
5	Catastrófico	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV
4	Mayor	Entre 50 y 100 SMLMV	Entre 10 y 50 SMLMV
3	Moderado	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor a 10 SMLMV
2	Menor	Afectación parcial a algún proceso de la entidad.	No hay afectación.
1	Leve	Mínimo impacto en el proceso.	Sin afectación.

Mapas de Riesgo de Corrupción:

Probabilidad

Impacto

	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 mas de 5000 veces por año	100%

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 perdida de confianza de la entidad, afectando su reputación?	X	
6	¿Generar perdida 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 perdida del bien, servicios o recursos públicos?		X
9	¿Generar perdida 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 perdida de credibilidad del sector?		X
16	¿Ocasionar lesiones físicas o perdida 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 mode 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	
MODERADO	Genera medianas consecuencias sobre la entidad		
MAYOR	Genera altas consecuencias sobre la entidad		
CATASTROFICO	Genera consecuencias desastrosas sobre la entidad		

Nivel de Impacto MAYOR

Fuente: Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República

Mapas de Riesgo de seguridad del Paciente:

Probabilidad

PROBABILIDAD	
CALIFICACION	DESCRIPCION
1	
2	
3	
4	
5	

Impacto

IMPACTO	
CALIFICACION	DESCRIPCION
1	INSIGNIFICANTE: Sin daño al paciente
2	MENOR: Daño temporal al paciente; necesita un ano/o tratamiento o intervención en la hospitalización
3	MODERADO: Daño que requiere una intervención medica o quirurgica para prevenir un daño permanente de una estructura o función corporal, incapacidad permanente parcial
4	MAYOR: Daño de una función o estructura corporal
5	CATASTROFICO: Daño permanente o muerte

NOVENO: NIVEL DE ACEPTACION 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 Baja	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.
Zona de Riesgo Moderado	Reducir: Riesgos para los cuales se requiere fortalecer los controles existentes y se realiza seguimiento una vez al año.
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.

ARTÍCULO DÉCIMO: TRATAMIENTO: Una vez identificado el nivel de aceptación de cada riesgo, se definirá el manejo que se le dará a cada uno, en dónde el líder de cada Proceso o subproceso deberá formular un plan de acción que identifique actividades, responsables, fechas de ejecución y mecanismo de medición (indicador y/o producto).

ARTICULO DÉCIMO PRIMERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición y deroga la Resolución 116 de 2022.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Tunja, a los 10 JUN 2022

YAMIT NOE HURTADO NEIRA
GERENTE

Revisó: Mónica María Londoño Forero / Asesora Desarrollo de Servicios
Revisó: Diana Lizbeth Vargas Gonzalez / Asesora Oficina de Control Interno
Revisó: Marbiz Said Ducuara Amado / Coordinador TICS
Revisó: Javier Antonio Quito Viasus / Coordinador Unidad Mitigación y Adaptación del Riesgo
Revisó: Aida Patricia Medina Jiménez / Líder Seguridad del Paciente
Proyectó: María Pilar Patiño Bello / Profesional de Planeación