

POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO



HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 2 de 21

TABLA DE CONTENIDO

1. POLÍTICA.....	3
2. MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO.....	3
2.1. MARCO CONCEPTUAL.....	3
2.2. MARCO NORMATIVO.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	7
4. OBJETIVO GENERAL.....	8
4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
5. ALCANCE.....	8
6. TIPIFICACIÓN DEL RIESGO DE PROCESOS.....	9
7. METODOLOGÍA.....	10
A. LINEAMIENTOS.....	11
B. ESTRATEGIAS.....	11
C. RESPONSABLES.....	12
D. INDICADORES.....	13
8. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.....	17
9. INSTANCIA DE SEGUIMIENTO.....	18
10. BIBLIOGRAFÍA.....	18
11. CONTROL DE CAMBIO DEL DOCUMENTO.....	19
12. CONTROL DE REVISIÓN DEL DOCUMENTO.....	19
9. ANEXO TÉCNICO.....	21

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 3 de 21

1. POLÍTICA

La E.S.E. Hospital San José del Guaviare como entidad líder en la prestación de servicios de salud en el departamento y en el marco de relaciones de cooperación y beneficio mutuo, se compromete a la identificación, análisis, valoración y administración de los riesgos identificados, comprometiéndose a implementar las acciones necesarias para prevenir o minimizar el impacto negativo durante la prestación de los servicios en salud y las actividades inherentes al ejercicio para el cual fue creada.

Así como también se compromete a la cooperación para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones entre los diferentes actores de la prestación del servicio de la atención en salud, basándose en los siguientes principios:

- Moralidad
- Celeridad
- Economía
- Imparcialidad
- Eficacia
- Eficiencia
- Participación
- Publicidad
- Responsabilidad
- Transparencia

2. MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO

2.1. MARCO CONCEPTUAL

Administrador: De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 222 de 1995, “son administradores el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones”. El administrador debe obrar de buena fe, con lealtad y con diligencia. Sus actuaciones se cumplirán en interés de la sociedad, teniendo en cuenta los intereses de sus asociados, y en el cumplimiento de su función, deben realizar como mínimo las expresadas en el artículo 23 de la mencionada Ley.

Administración de riesgos: Conjunto de elementos de control que al interrelacionarse, permiten a la entidad pública evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función. Se constituye en el componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 4 de 21

permite a la entidad pública autocontrolar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos.

Autoevaluación del control: Elemento de control que, basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación, determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas. Se basa en una revisión periódica y sistemática de los procesos de la entidad para asegurar que los controles establecidos son aún eficaces y apropiados.

Causa: todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo

Consecuencia: los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.

Control: Medida que modifica al riesgo (Procesos, políticas, dispositivos, prácticas u otras acciones)

Control correctivo: Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

Control preventivo: Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

Evaluación del riesgo: Proceso usado para determinar las prioridades de gestión del riesgo mediante la comparación de los Resultados de la calificación y el Grado de exposición al Riesgo.

Evento: Incidente o situación que ocurre en un lugar determinado durante un periodo de tiempo determinado. Este puede ser cierto o incierto y su ocurrencia puede ser única o ser parte de una serie.

Frecuencia: Medida del coeficiente de ocurrencia de un evento expresado como la cantidad de veces que ha ocurrido un evento en un tiempo dado.

Gestión del Riesgo: un proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos.

Identificación del Riesgo: elemento de control, que posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no bajo el control de la entidad pública, que ponen en riesgo el logro de su misión, estableciendo los agentes generadores, las causas y los efectos de su

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 5 de 21

ocurrencia. se puede entender como el proceso que permite determinar qué podría suceder, por qué sucedería y de qué manera se llevaría a cabo.

Impacto: se entienden las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Mapa de Riesgos: documento con la información resultante de la gestión del riesgo.

Monitorear: Comprobar, Supervisar, observar, o registrar la forma en que se lleva a cabo una actividad con el fin de identificar sus posibles cambios.

Pérdida: Consecuencia negativa que trae consigo un evento.

Probabilidad: grado en el cual es probable que ocurra de un evento, este se debe medir a través de la relación entre los hechos ocurridos realmente y la cantidad de eventos que pudieron ocurrir.

Riesgo: posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la Institución Hospitalaria y le impidan el logro de su misión Institucional.

Riesgo de Corrupción: Es la posibilidad de pérdida o daño que puede tener la institución por acciones u omisiones en la gestión de los recursos, el uso de poder, el manejo de la información, la obtención de un beneficio particular o para un tercero.

Riesgo Inherente: es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.

Riesgo de Opacidad: Es la posibilidad de pérdida o daño que puede tener una organización, por falta de claridad o transparencia en su gestión, en especial en los procesos contractuales.

Riesgo de Fraude: Es la posibilidad de pérdida o daño que puede tener una organización por Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.

Riesgo de Soborno: Es la posibilidad de pérdida o daño que puede tener una organización por el ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control.

Riesgo Residual: nivel de riesgo que permanece luego de tomar medidas de tratamiento de riesgo.

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 6 de 21

2.2. MARCO NORMATIVO

LEY 100 DE 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones LEY 87 DE 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones, artículo 2 literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Artículo 2 literal f). 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 los objetivos.

LEY 489 DE 1998. Estatuto básico de organización y funcionamiento de la administración pública.

DIRECTIVA PRESIDENCIAL 09 DE 1999 Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.

DECRETO 1537 DE 2001 Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado. Cuarto párrafo. Son objetivos del sistema de control interno (...) definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones... Artículo 3. El rol que deben desempeñar las oficinas de control interno (...) se enmarca en cinco tópicos (...) valoración de riesgos. Artículo 4. Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas

LEY 1474 DE 2011 – ESTATUTO ANTICORRUPCIÓN: por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública

NTC ISO 31000, Gestión del Riesgo dentro del proceso de Auditoría Interna

NTC ISO 31010, Gestión de Riesgos. Técnicas de valoración del riesgo.

LEY 1581 DE 2012 – LEY PROTECCIÓN DE INFORMACIÓN DE DATOS: Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

CIRCULAR EXTERNA 018, Supersalud, 23 de septiembre de 2015, Grupo de clasificación de instituciones. En el marco del modelo de Inspección, Vigilancia y control que se encuentra implementado la Superintendencia Nacional de Salud, resulta necesario establecer criterios que permitan clasificar a las Instituciones Prestadoras de Salud – IPS privadas y públicas de acuerdo con su importancia y carácter estratégico, en la garantía de la prestación en el servicio en salud a la población afiliada al Sistema de Seguridad social en Salud – SGSSS, en condiciones de eficiencia, oportunidad y calidad.

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 7 de 21

CIRCULAR EXTERNA 000009 del 21 de abril de 2016, Por la cual se imparten instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT).

CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5, Supersalud, 15 de septiembre de 2021: Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos.

CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 – Supersalud, 17 de septiembre de 2021, Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

Nota: y todas aquellas que sustituyan, modifiquen o complementen las anteriormente enunciadas.

3. JUSTIFICACIÓN

Las acciones administrativas y asistenciales hacen parte de un enfoque estructurado, cuya finalidad es el manejo de la incertidumbre relativa a una amenaza (como la frecuencia y severidad) de un evento o de los eventos que se puedan presentar, a través de una secuencia de actividades que incluye evaluación de riesgo y el desarrollo de estrategias para identificarlos, manejarlos y mitigarlos. Las amenazas pueden estar causadas por los diferentes tipos de medio ambiente, de actividad laboral, de tecnología, de comportamientos humanos, de la epidemiología poblacional y de los factores biológicos de las personas, entre otros. En el riesgo en salud, el evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución negativa o complicaciones y las causas son los diferentes factores que se asocian con la ocurrencia de esa enfermedad, su evolución negativa o su complicación (PDSP 2012-2021).

Se hace necesario construir puntos de referencia comunes que permitan la cooperación técnica, la transferencia de lecciones aprendidas, el desarrollo de metodologías, modelos e instrumentos para consolidar la gestión de riesgos en la E.S.E. Hospital San José del Guaviare, generando herramientas metodológicas que permitan evaluar y modificar riesgos para la salud, derivados de políticas de otros sistemas administrativos y sectores, evaluar y modificar riesgos para la salud.

En la ESE Hospital San José del Guaviare, en el marco del cumplimiento normativo y legal aplicado a su naturaleza se actualiza y desarrolla la presente política de gestión del riesgo, la cual hace parte integral a la plataforma estratégica formulada por la Entidad para preservar la integridad de los recursos, incrementar la ventaja competitiva y garantizar la prestación del servicio en salud frente a los diferentes riesgos a los cuales se encuentra expuesta la Entidad.

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 8 de 21

4. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar el Sistema Integrado de Administración de Riesgos a través de la integración de los subsistemas de riesgo, de manera tal, que permitan a la entidad identificar, evaluar, medir, controlar y monitorear eficazmente como mínimo los riesgos prioritarios a los que está expuesta la entidad, en el desarrollo de sus operaciones, para mejorar los resultados en salud de la población, la satisfacción de los usuarios, la estabilidad financiera del sistema, fortalecer la confianza de la población en los componentes de salud del SGSSS y prevenir posibles impactos negativos.

4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estructurar el Sistema Integrado de Administración del Riesgo con los respectivos Subsistemas.
2. Establecer la metodología para el ciclo de la gestión de riesgos de cada uno de los riesgos identificados acorde a su subsistema.
3. Implementar el desarrollo de la metodología que permita mitigar la ocurrencia y materialización del riesgo en los procesos administrativos, financieros, clínicos y operacionales.
4. Promover una cultura institucional hacia la evaluación, seguimiento, monitoreo y administración basada en riesgos que desarrolle habilidades evaluativas.
5. Sensibilizar referente a la responsabilidad de la junta directiva en los procesos de riesgos.
6. Promover la toma de decisiones basado en los resultados de la administración de riesgos.

5. ALCANCE

La política de administración del riesgo tiene como propósito principal prevenir y mitigar la ocurrencia y materialización de eventos adversos que afecten la integralidad de los procesos institucionales de la salud de los funcionarios y de nuestros usuarios, por tal razón esta política integra 9 subsistemas, como son:

1. Riesgo en Salud
2. Riesgo Operacional
3. Riesgo Actuarial
4. Riesgo de Crédito (SARC)
5. Riesgo de Liquidez
6. Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT / FPADM)
7. Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

Toda vez que obedecen al establecer la norma Circular Externa 20211700000004-5 del 15 de septiembre de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), los lineamientos que imparten el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y las normas que la modifiquen.

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 9 de 21

6. TIPIFICACIÓN DEL RIESGO DE PROCESOS

RIESGOS ESTRATÉGICOS: Son asociados a la forma de administración de la entidad. Se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

RIESGOS GERENCIALES: Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los procesos gerenciales y/o la alta dirección.

RIESGOS IMAGEN: Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de los usuarios, clientes, entes externos y ciudadanía hacia la entidad, la posibilidad de pérdida de desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, cierta o no, respecto de la institución y sus prácticas de negocios, que cause pérdida de clientes, disminución de ingresos o procesos judiciales.

RIESGOS DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO (Gestión Integral del Riesgo Clínico): Es el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.

RIESGOS OPERATIVOS: Comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los servicios prestados por la entidad y aquellos que se requieren para el cumplimiento del objeto para el cual fue creada, de la definición de los procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias.

RIESGOS FINANCIEROS: Se relacionan con el manejo de los recursos para la operación de la entidad que incluye: la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo de los bienes.

RIESGOS DE CUMPLIMIENTO: Se asocia con la capacidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general aquellos que hacen relación al funcionamiento y actividades de propias de la entidad

RIESGOS DE TECNOLOGÍA: Están relacionados con la capacidad tecnológica de la entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras en el cumplimiento de la planeación estratégica formulada.

RIESGOS DE CORRUPCIÓN: Cuando por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y, en consecuencia, del Estado, para la obtención de un beneficio particular.

RIESGOS DE INFORMACIÓN: Se asocia a la calidad, seguridad, oportunidad, pertinencia y confiabilidad de la información agregada y desagregada.

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 10 de 21

RIESGOS DE CALIDAD: Relacionados con las políticas de aseguramiento y control de calidad.

RIESGOS DE COMUNICACIÓN: Relacionado con los canales, medios y oportunidades para informar durante las diferentes etapas de un proyecto.

RIESGOS DE INTEGRACIÓN: Se refiere a la integración de sistemas, áreas, entidades, etapas y elementos que se requieran coordinar para el desarrollo de un proyecto.

RIESGOS CONTRACTUAL: Relacionado con los atrasos o incumplimientos de las etapas contractuales en cada vigencia

RIESGOS RECURSO HUMANO: Se asocia a la cualificación, competencia y disponibilidad de personal requerido para realizar un proyecto, función o tarea para dar cumplimiento al objeto de la Entidad.

RIESGOS ASOCIADOS AL LA/FT: Son los riesgos a través de los cuales se materializa el riesgo de LA/FT. Estos son: reputaciones, legal, operativo y de contagio

RIESGO LEGAL: Es la posibilidad de pérdida en que incurre una entidad al ser sancionada u obligada a indemnizar daños como resultado del incumplimiento de normas o regulaciones y obligaciones contractuales. Surge también como consecuencia de fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.

RIESGO DE CONTAGIO: Es la posibilidad de pérdida que una entidad puede sufrir, directa o indirectamente, por una acción o experiencia de un vinculado. El vinculado es el relacionado o asociado e incluye personas naturales o jurídicas que tienen posibilidad de ejercer influencia sobre la entidad.

RIESGO DE GESTIÓN: posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

RIESGO FINANCIERO: Es la posibilidad de que el resultado de una operación financiera sea diferente al esperado, el riesgo financiero debe ser calculado antes de realizar una inversión. A mayor riesgo financiero, mayores pérdidas financieras.

7. METODOLOGÍA

La E.S.E. Hospital San José del Guaviare ha implementado la metodología para el Sistema Integrado de Gestión de Riesgo y los subsistemas que lo componen a través de los lineamientos y directrices por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 5, y la metodología (AMFE), del Ministerio de Salud y Protección Social.

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 11 de 21

Ciclo General de la Gestión de Riesgos

Se determinan las diferentes etapas que se deben abordar para la caracterización de los riesgos priorizados.

- ✓ Definir el proceso
- ✓ Descripción y análisis del riesgo
- ✓ Valoración del riesgo
- ✓ Número prioritario de riesgo (NPR)
- ✓ Departamento administrativo de la función pública (DAFP)
- ✓ Establecer controles y responsables
- ✓ Cronograma de implementación y monitoreo
- ✓ Seguimiento y evaluación

Tener en cuenta la función de las dos metodologías para dar caracterización de los riesgos (AMFE-DAFP-SUPERSALUD)

A. LINEAMIENTOS

De acuerdo a los parámetros establecidos en los numerales anteriores se deben cumplir las etapas establecidas de identificación y formulación del riesgo, su análisis, tratamiento, control y seguimiento de acuerdo a los resultados obtenidos.

B. ESTRATEGIAS

La política de gestión del riesgo es presentada al personal que interviene en la ejecución de actividades, procesos y eventos que llevan al cumplimiento del objeto de la Entidad para el cual fue creada, la cual contará con las siguientes actividades para su adecuada implementación y desarrollo:

1. Disponer de la política de administración de riesgo actualizada, adoptada y socializada a los diferentes niveles de implementación.
2. Contar con la documentación pertinente para instruir la integración e implementación de los subsistemas de administración de riesgos
3. Garantizar la estructura tecnológica para la implementación del ciclo de la administración de riesgos.
4. Implementación de los nueve subsistemas conforme a las directrices de la norma y la política.
5. Presentar a la Junta directiva un informe anual con los resultados de la implementación de los subsistemas de administración de riesgo para la toma de decisiones referente a este proceso.
6. Impulsar las mejores prácticas de Gobierno Organizacional e incorporar e interiorizar el Código de Conducta y Buen Gobierno en todas las instancias de las organizaciones que hacen parte del sector de la salud.
7. Establecer el seguimiento y evaluación a través de grupos auditores y áreas de control.

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 12 de 21

8. Presentar un informe semestral de los resultados obtenidos de la implementación de la administración de riesgos al comité de Gestión y Desempeño Institucional para la toma de decisiones directivas en integración de la plataforma estratégica.

C. RESPONSABLES

Línea Estratégica: esta línea analiza los riesgos y amenazas institucionales al cumplimiento de los planes estratégicos, tendrán la responsabilidad de definir el marco general para el Sistema Integrado de la Gestión del Riesgo.

Responsables de la línea estratégica: a cargo de la Junta Directiva, la Alta Dirección, y el Comité de Coordinación de Control Interno.

Primera Línea de Defensa

A cargo de los líderes de programas, procesos y proyectos y sus equipos (en general servidores públicos en todos los niveles de la entidad).

- ✓ Identificar, valorar, controlar, y mitigar los riesgos de acuerdo con cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- ✓ Formular los controles, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día.
- ✓ Cumplimiento de los límites y del nivel de exposición de los diferentes riesgos establecidos por la entidad, particularmente los prioritarios.
- ✓ Utilizar la infraestructura tecnológica y los sistemas (**software, plataformas, etc.**) dispuestos por la entidad para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno, acorde con sus acciones, operaciones, y riesgos asociados a los Subsistemas de Administración de Riesgos¹.

Segunda Línea de Defensa

A cargo de los líderes de temas transversales estratégicos de gestión tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos entre otros.

- ✓ Asesorar en la identificación de riesgos institucionales.
- ✓ Acompañar y orientar a los procesos sobre la metodología para identificación, análisis, calificación y valoración del riesgo.

¹Adoptado de la Circular Externa, Superintendencia Nacional de Salud, del 15 de septiembre de 2021

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 13 de 21

- ✓ asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea sean apropiados y funcionen correctamente, supervisar la implementación de prácticas de gestión de riesgos eficaces.
- ✓ Consolidan y analizan información sobre temas clave para la entidad, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos.
- ✓ Divulgación y capacitación sobre cada uno de los subsistemas de administración de riesgos, deben hacer parte de los procesos de inducción de los nuevos empleados.
- ✓ Diseñar un sistema efectivo, veraz, eficiente y oportuno de manejo de la información capaz de generar reportes, tanto internos como externos, que garantice el funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, teniendo en cuenta los procesos y procedimientos establecidos para cada uno.

Tercera Línea de Defensa

A cargo de los jefes de control interno o quienes hacen sus veces

- ✓ Ejercer la función de la auditoría interna a través de un enfoque basado en el riesgo, proporcionar aseguramiento objetivo e independiente sobre la eficacia de gobierno, gestión de riesgos y control interno a la alta dirección de la entidad, incluidas las maneras en que funciona la primera y segunda línea de defensa.
- ✓ Analizar el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos.
- ✓ Realizar seguimiento a los riesgos consolidados en cada uno de los subsistemas, que operan en la entidad, según la periodicidad definida para cada riesgo.
- ✓ verificar las acciones y registro de avance junto con la evidencia para los riesgos por cada uno de los subsistemas que se han implementado en la entidad, a través de la herramienta tecnológica dispuesta para ello.
- ✓ calificar las acciones de control para los riesgos conforme a cada uno los subsistemas desarrollados por la institución.

D. INDICADORES

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 14 de 21

TABLA N°1

INDICADORES DE MEDICION DE LA POLITICA ADMINISTRACION DE RIESGO

%	OBJETIVO GENERAL	N°	%	OBJETIVOS ESPECIFICOS	%	ESTRATEGIAS	INDICADOR	FORMULA	RESPONSABLE	DOCUMENTO EVIDENCIA
100%	Determinar el Sistema Integrado de Administración de Riesgos a través de la integración de los subsistemas de riesgo, de manera tal, que permitan a la entidad identificar, evaluar, medir, controlar y monitorear eficazmente como mínimo los riesgos prioritarios a los que está expuesta la entidad, en el desarrollo de sus operaciones, para mejorar los resultados en salud de la población, la satisfacción de los usuarios, la estabilidad financiera del sistema, fortalecer la confianza de	1	16,6%	Estructurar el Sistema Integrado de Administración del Riesgo con los respectivos Subsistemas.	16,6%	Disponer de la política de administración de riesgo actualizada, adoptada y socializada a los diferentes niveles de implementación .	Actualización y socialización de la Política de Administración de Riesgo	*Califique con el 30% Si cuenta con la política actualizada mínimo una vez por vigencia. *Califique con el 70% Si la política cuenta con su actualización y adoptada mínimo una vez por vigencia. *Califique con el 100% Si la política cuenta con su actualización, adoptada y socializada a los diferentes niveles de jerarquía mínimo una vez por vigencia.	Planeación y Calidad	Resolución de la adopción de la política de Administración del riesgo y reporte de la socialización
		2	16,60%	Establecer la metodología para el ciclo de la gestión de riesgos de cada uno de los riesgos identificados acorde a su subsistema.	16,60%	Contar con la documentación pertinente para instruir la integración e implementación de los subsistemas de administración de riesgos	Actualización y socialización del Manual para la implementación de la administración del Riesgo	*Califique con el 30% Si cuenta con el Manual actualizado mínimo una vez por vigencia. *Califique con el 70% Si cuenta con el Manual actualizado y adoptada mínimo una vez por vigencia. *Califique con el 100% Si el manual esta implementado en el desarrollo de los nueve subsistemas	Planeación y Calidad	Un Manual actualizado e implementado de Administración del Riesgo.
		3	16,60%	Implementar el desarrollo de la metodología que permita mitigar la ocurrencia y materialización del riesgo en los procesos administrativos,	8,30%	Garantizar la estructura tecnológica para la implementación del ciclo de la administración de riesgos.	Estructura Tecnología disponible	Califique con el 0% Si No cuenta con un software para la implementación del ciclo. Califique con el 100% Si cuenta con un software para la implementación del ciclo.	Planeación y Calidad	Un certificado de la disponibilidad del servicio del software

	OFICINA DE PLANEACIÓN		Código: E-PL-OT-01
			Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO		Versión: 2.0
			Página: 15 de 21

la población en los componentes de salud del SGSSS y prevenir posibles impactos negativos.			financieros, clínicos y operacionales.	8,30%	Implementación de los nueve subsistemas conforme a las directrices de la norma y la política	Resultados de la implementación de los subsistemas	*Califique con el 0% Si No cuenta con subsistemas implementados. *Califique con el 30% Si cuenta con 1 – 4 subsistemas implementados. *Califique con el 70% Si cuenta con 5 – 7 subsistemas implementados. *Califique con el 100% Si cuenta con 8 – 9 subsistemas implementados.	Primera Línea de defensa	Un reporte del nivel de implementación de los subsistemas.
	4	16,60%	Promover una cultura institucional hacia la evaluación, seguimiento, monitoreo y administración basada en riesgos que desarrolle habilidades evaluativas.	8,3%	Impulsar las mejores prácticas de Gobierno Organizacional e incorporar e interiorizar el Código de Conducta y Buen Gobierno en todas las instancias de las organizaciones que hacen parte del sector de la salud.	Promoción de las mejores prácticas de Gobierno Organizacional y Código de Conducta y Buen Gobierno	*Califique con el 0% Si No promociono en ninguna instancia las mejores prácticas. *Califique con el 100% Si promociono en una instancia las mejores prácticas.	Primera Línea de defensa	Un reporte de la promoción de las mejores prácticas en las instancias presentadas.



POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

Página: 16 de 21

[illegible]

	OFICINA DE PLANEACIÓN		Código: E-PL-OT-01
			Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO		Versión: 2.0
			Página: 17 de 21

		6	16,60%	Promover la toma de decisiones basado en los resultados de la administración de riesgos.	16,60%	Presentar un informe semestral de los resultados obtenidos de la implementación de la administración de riesgos al comité de Gestión y Desempeño Institucional para la toma de decisiones directivas en integración de la plataforma estratégica.	Gestión de la toma de decisiones en comité directivo	*Califique con el 0% Si No presento los informes semestrales de los resultados de la implementación de la Administración del Riesgo. *Califique con el 50% Si presento un informe de los resultados de la implementación de la Administración del Riesgo. *Califique con el 100% Si presento dos informes de los resultados de la implementación de la Administración del Riesgo.	Planeación	Actas de Comité de Gestión y Desempeño Institucional de la presentación de informe y toma de decisiones.
--	--	---	--------	--	--------	---	--	--	------------	--

8. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Con el fin de realizar el respectivo seguimiento y monitoreo permanente y continuo de la evolución de los perfiles de riesgo y la exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de cada uno de los riesgos identificados, la entidad debe desarrollar un sistema de alertas tempranas que facilite la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización.

Las mediciones de riesgos esperadas, los riesgos derivados y sus controles deben ser contrastados regularmente con la realidad observada, de forma tal que permita establecer si los Subsistemas de Administración de Riesgos han logrado su mitigación y la corrección oportuna y efectiva de eventuales deficiencias. De esta manera la ESE. Hospital San José del Guaviare, deberá contar con indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos residuales y netos, y que estos a su vez se encuentren y se mantengan en los niveles de aceptación previamente establecidos por la entidad.

De llegarse a presentar desviaciones o que se superen los límites previamente establecidos, se deben establecer planes de contingencia para intervenir y tratar los diferentes riesgos, teniendo en cuenta la variabilidad de los riesgos identificados, con el propósito de ajustar las desviaciones lo más pronto posible.

Todas las acciones y actividades incluidas en estos planes deben contener la definición de los estándares de seguimiento y monitoreo, además de contar con un responsable, plazos, periodicidad, reportes de avance y de evaluaciones periódicas sobre las estrategias seleccionadas que incluyan el monitoreo de los indicadores propuestos para el seguimiento de las acciones de gestión del riesgo planteadas, los cuales deben ser definidos mediante un cronograma y ser objeto de un proceso de seguimiento, verificación y calidad de la información.

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 18 de 21

Se deben implementar mecanismos de retroalimentación, donde se promueva la comunicación dinámica y continua, la entrega de reportes gerenciales y de monitoreo donde se evalúen los resultados obtenidos, su evolución y la ejecución de los controles y estrategias implementadas para mejorar el desempeño en la mitigación de los factores de riesgo en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo.

El seguimiento y monitoreo inicia con el líder de cada proceso, el riesgo identificado y su correlación con el Subsistema de Administración de Riesgo, la probabilidad y frecuencia de un evento se determina con base en la metodología aplicada para la caracterización del riesgo.

9. INSTANCIA DE SEGUIMIENTO

Para realizar seguimiento a la implementación de los subsistemas y la toma decisiones relacionadas con la administración del riesgo de la Entidad se realizará a través del Comité Gestión y Desempeño Institucional.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Puerto Jiménez, Devi Nereida (2011), la Gestión del Riesgo en Salud en Colombia, Bogotá, Colombia
- Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia, Monitor estratégico, Superintendencia Nacional de Salud, junio 2014.
- ICONTEC Internacional. (2011). NORMA TÉCNICA COLOMBIANA GTC 137. GESTIÓN DEL RIESGO. VOCABULARIO. Bogotá D.C.: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC).
- ICONTEC Internacional. (2011). NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 31000. GESTIÓN DEL RIESGO. PRINCIPIOS Y DIRECTRICES. Bogotá D.C.: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC).
- ICONTEC Internacional. (2013). NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC-IEC/ISO 31010.
- GESTIÓN DE RIESGOS. TÉCNICAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO. Bogotá D.C.: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC).
- Circular Externa 000009 del 16 de abril de 2016
- Instituto de Auditores Internos de Colombia. (2017). MARCO INTERNACIONAL PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LA AUDITORÍA INTERNA. Bogotá D.C.
- Función Pública. (octubre de 2018). Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital. *Versión 4 - Dirección de gestión y desempeño institucional*. Bogotá, Colombia.
- Circula Externa 20211700000004-5, Supersalud, 15 de septiembre de 2021.
- Marco General del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, versión 5, marzo de 2023.

	OFICINA DE PLANEACIÓN		Código: E-PL-OT-01
			Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO		Versión: 2.0
			Página: 19 de 21

11. CONTROL DE CAMBIO DEL DOCUMENTO

ELABORÓ	REVISO	APROBO
Jairo H. Torres Profesional de apoyo Oficina Planeación – contratista Mauro Bernal Profesional de apoyo Oficina Calidad – contratista	Viviana Andrea Mejía Jefe oficina de Planeación Claudia Yineth Vanegas Jefe oficina de Calidad	Oveida Parra Novoa Gerente

12. CONTROL DE REVISIÓN DEL DOCUMENTO

VERSIÓN	FECHA DE REVISIÓN O ACTUALIZACIÓN	ELABORÓ / ACTUALIZÓ	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CAMBIO REALIZADO
1.0	21/11/2018	Maria Paz Sánchez Garrido Profesional área de planeación, mercadeo y sistemas de información	Se crea la política.

	OFICINA DE PLANEACIÓN		Código: E-PL-OT-01
			Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO		Versión: 2.0
			Página: 20 de 21

2.0	26/02/2024	Jairo H. Torres Profesional de apoyo Oficina Planeación – contratista Mauro Bernal Profesional de apoyo Oficina Calidad – contratista	Se actualiza la política según lo que se socializó y aprobó en Comité de Gestión y Desempeño Institucional a través Acta N°12 del 11 de octubre de 2023, se ajusta el marco conceptual y normativo, se ajusta el objetivo general, objetivos específicos, el alcance, las etapas de la metodología, estrategias, responsables, el seguimiento y evaluación.
-----	------------	---	--

	OFICINA DE PLANEACIÓN	Código: E-PL-OT-01
		Fecha de aprobación: 26/02/2024
	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	Versión: 2.0
		Página: 21 de 21

9. ANEXO TÉCNICO

- ❖ Se anexa **TABLA N°1 INDICADORES DE MEDICION DE LA POLITICA ADMINISTRACION DE RIESGO**. Ficha técnica de los indicadores conforme a las estrategias, los objetivos específicos y objetivo general, Archivo en Excel.