

 E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	Código: PO.DE.PLA-01
		Versión: 02
		Página 1 de 12

Contenido

1. Objetivo.....	2
2. Marco normativo.....	2
3. Descripción de la política.....	3
4. Alcance.....	3
4.1 Roles, responsabilidades y autoridades.....	4
4.2 Niveles de aceptación al riesgo.....	6
4.3 Niveles para calificar el impacto.....	7
4.4 Tratamiento de riesgos.....	8
4.5 Monitoreo y revisión de los riesgos.....	9
5. Implementación y evaluación.....	10
5.1 Divulgación.....	10
5.2 Implementación.....	10
5.3 Evaluación y seguimiento.....	11
6. Control de cambios.....	12

 <p>E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia</p>	<p>POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS</p>	<p>Código: PO.DE.PLA-01</p>
		<p>Versión: 02</p>
		<p>Página 2 de 12</p>

1. Objetivo.

Definir los lineamientos para la administración de los diferentes tipos de riesgos aplicables a la ESE, que podrían afectar el logro de los objetivos estratégicos y de los procesos de la entidad, mediante la aplicación de la metodología definida por Función Pública, para mantener un Sistema de Control Interno eficiente en términos de resultados y acorde con los lineamientos en gestión de riesgos para el sector salud dados por la Superintendencia Nacional de Salud.

2. Marco normativo.

- Decreto 1499 / 2017 que establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG
- Lineamientos señalados en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas”, versión 5 de diciembre de 2020, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública,
- Lineamientos señalados por la Superintendencia Nacional de Salud en:
 - Circular 2021170000004-5 de 2021, imparte instrucciones sobre el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de gestión de riesgos.
 - Circular 2021170000005-5 de 2021 ajusta lineamientos sobre Código de Conducta y Buen Gobierno, Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva SARLAFT- FPADM y exige la implementación del Sistema de administración de riesgos de corrupción, Opacidad y Fraude SICOF.

	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	Código: PO.DE.PLA-01
		Versión: 02
		Página 3 de 12

3. Descripción de la política.

La ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL de CALDAS se compromete a gestionar los riesgos operativos, de corrupción, opacidad y fraude, de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de proliferación de armas de destrucción masiva, de seguridad y salud en el trabajo y de seguridad de la información entre otros establecidos normativamente, desarrollando y poniendo en operación mecanismos efectivos que contemplan la identificación, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo de los riesgos, orientando la toma de decisiones oportuna, con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales, reducir el impacto negativo y aprovechar el positivo y prevenir el ingreso de recursos o activos ilegales que afecten su reputación y operación.

4. Alcance.

El ámbito de aplicación de la Política de Gestión de Riesgos es sobre toda la organización, a sus objetivos estratégicos, sistemas, modelos, planes, programas, proyectos y procesos y aplica en ambas sedes.

Aplica a todas las acciones ejecutadas por los servidores en cumplimiento de sus funciones y por terceros vinculados a través de un proceso contractual. Hace parte del trabajo del día a día a través de la ejecución de los procesos y procedimientos, en todas las dependencias, tanto asistenciales como administrativas.

En cuanto a los procesos, se tienen en cuenta, la identificación de puntos de control que se generan en la cadena de valor, las áreas de impacto y los factores de riesgos como procesos, talento humano, tecnología, infraestructura y eventos externos. Para los procedimientos asociados a los procesos, el aseguramiento de la operación bajo condiciones controladas se hará mediante el establecimiento de puntos de control, en aquellas actividades donde se establezca que hay riesgos para el cumplimiento de las mismas, los cuales no todos hacen parte del mapa de riesgos institucional.

Acorde con los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud en las circulares emitidas en la vigencia 2021, esta política incluye también, los subsistemas de gestión de riesgos que *progresivamente* la ESE debe implementar,

	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	Código: PO.DE.PLA-01
		Versión: 02
		Página 4 de 12

como son el de riesgo en salud, operacional, actuarial, de crédito, liquidez, mercado de capitales, grupo y lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación proliferación de armas de destrucción masiva y adicionalmente el SICOF

En la contratación de la entidad, los riesgos asociados serán gestionados con base en el manual de contratación vigente en la entidad, así mismo los riesgos de seguridad y salud en el trabajo y seguridad de la información, se trabajarán acorde con lo que establezca la normativa definida para tal fin, haciendo parte del mapa de riesgos institucional, en los aspectos generales que afecten los procesos, mas no así en los riesgos específicos para cada uno de estos sistemas que aplicarán las metodologías definidas para tal fin.

Los riesgos de Corrupción, se desarrollarán acorde con lo contemplado en el capítulo 4. “Lineamientos sobre los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción “de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 5 de diciembre de 2020 de la Función Pública.

Los riesgos de Seguridad de la Información, se gestionarán acorde con lo establecido en capítulo 5 “Lineamientos riesgos de seguridad de la información” de la guía y el anexo 4, Modelo Nacional de Gestión de Riesgo de Seguridad de la Información en Entidades Públicas, de manera tal que los responsables analicen y establezcan, en el marco de sus procesos, los activos de información asociados y se identifiquen los riesgos correspondientes.

4.1 Roles, responsabilidades y autoridades

La responsabilidad de la gestión del riesgo y control está distribuida en diversos servidores de la entidad como sigue:

LÍNEA ESTRATÉGICA (Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno): Define el marco general para la gestión del riesgo (política de administración del riesgo), analiza los riesgos y amenazas institucionales al cumplimiento de los planes estratégicos y garantiza el cumplimiento de estos.

Alta Dirección (Junta Directiva): Aprueba la política y hace seguimiento a la Gestión del Riesgo

	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	Código: PO.DE.PLA-01
		Versión: 02
		Página 5 de 12

Gerencia Dispone los recursos para la implementación de controles y orienta los planes de manejo de riesgos.

Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Analiza los eventos y riesgos críticos y hace seguimiento al cumplimiento en la gestión de riesgos.

Comité Institucional de Gestión y Desempeño analiza la gestión de riesgos en la entidad y aplicar las mejoras requeridas

1ª. LÍNEA DE DEFENSA (Líderes de Proceso y equipos de trabajo): Desarrolla e implementa procesos de control y gestión de riesgos a través de su identificación, análisis, valoración, monitoreo y acciones de mejora.

Rol principal: Diseñar, implementar y monitorear los controles y gestionar de manera directa en el día a día los riesgos de la entidad. Así mismo, orientar el desarrollo e implementación de políticas y procedimientos internos y asegurar que sean compatibles con las metas y objetivos de la entidad y emprender las acciones de mejoramiento para su logro.

Directivos - Líderes de Proceso:

- Facilitan los espacios de análisis, valoración e implementación de acciones, proporciona los recursos y analiza los riesgos de las actividades a su cargo. Periodicidad: trimestral
- Identifican y analizan los riesgos, diseñan y evalúan los controles, proponen los planes de manejo y registran la información. Periodicidad: trimestral

Todos los servidores: aplican controles, ejecutan las acciones y proponen el mejoramiento a nivel operativo. Periodicidad: diaria

2ª. LÍNEA DE DEFENSA (Jefe Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces, coordinadores de equipos de trabajo, supervisores de contratos, responsables de sistemas de gestión de la entidad, comité de compras y contratación, entre otros, áreas financieras, de TIC, entre otros que generen información para el aseguramiento de la operación). Asegura que los controles y los procesos de gestión de riesgos implementados por la primera línea de defensa,

	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	Código: PO.DE.PLA-01
		Versión: 02
		Página 6 de 12

estén diseñados apropiadamente y funcionen como se pretende, generando las alertas cuando a ello haya lugar.

Rol principal: Monitorear la gestión de riesgo y control ejecutada por la primera línea de defensa, complementando su trabajo, a través del acompañamiento.

Oficina Asesora de Planeación: coordina la definición, estructuración e implementación de la política, se asegura de la aplicación y acompaña a los procesos en la evaluación de riesgos y valoración de controles.

3ª. LÍNEA DE DEFENSA (Oficina de Auditoría Interna): Proporciona información sobre la efectividad del Sistema de Control Interno SCI, a través de un enfoque basado en riesgos, incluida la operación de la primera y segunda línea de defensa.

Rol principal: Proporcionar un aseguramiento basado en el más alto nivel de independencia y objetividad sobre la efectividad del SCI. El alcance de este aseguramiento, se hace a través de la auditoría interna y cubre todos los componentes del SCI desarrollando una visión propositiva bajo recomendaciones.

Oficina de Auditoría Interna: realiza la evaluación a la política, los controles, al SARLAFT- FPADM, al SICOF y realiza seguimiento a los riesgos de corrupción; también realiza seguimiento a los planes de mejoramiento producto de las evaluaciones

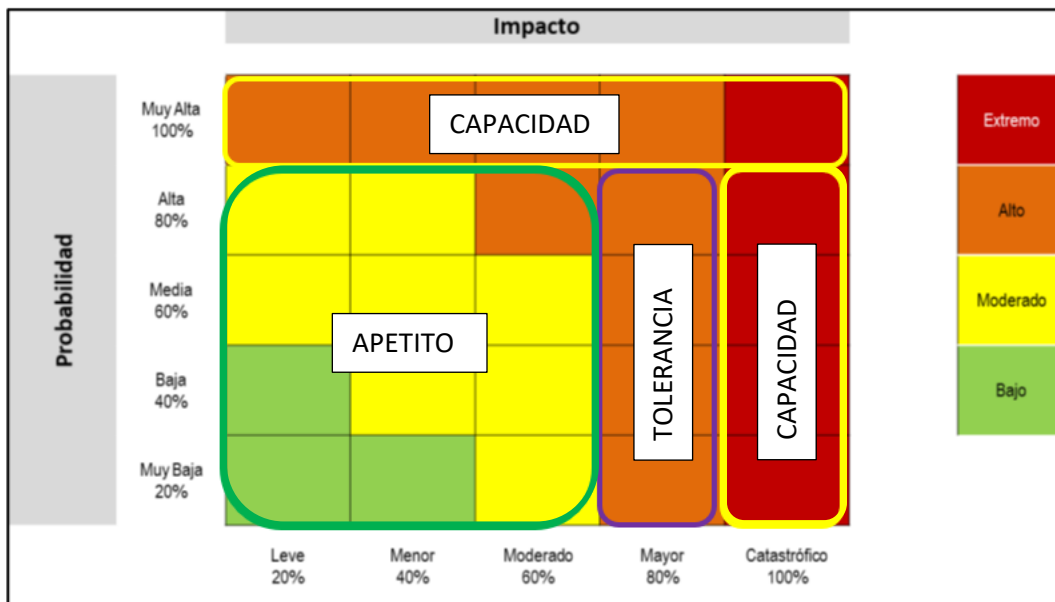
4.2 Niveles de aceptación al riesgo

El apetito de riesgo o nivel de riesgos que la entidad puede aceptar, estará cuando el análisis preliminar del riesgo inherente se determine entre la zona de riesgo bajo, con probabilidad muy baja 20% e impacto leve 20%, y la zona de riesgo alta, con probabilidad alta 80% e impacto moderado 60%. Recuadro verde

Cuando el análisis del riesgo Inherente este en el mínimo valor posible, no se tendrá que definir controles y cuándo el análisis del riesgo residual, quede en la zona de riesgo bajo el tratamiento será el de aceptar el riesgo; excepto para los riesgos de corrupción que es inaceptable. Para las demás zonas se requieren acciones de tratamiento en el mediano y largo plazo.

La tolerancia del riesgo o el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del apetito de riesgo determinado por la entidad, será en el nivel alto, con probabilidad mayor 80% e impacto mayor 80% y se requieren acciones de tratamiento en el corto plazo. Recuadro morado

La capacidad de riesgo o el máximo valor del nivel de riesgo que la entidad puede soportar y a partir del cual la alta dirección considera se afectan el logro de los objetivos de la entidad, estará dada en un nivel de riesgo extremo, con probabilidad muy alta del 100% e impacto catastrófico del 100% y requiere acciones de intervención de alta prioridad. Recuadro amarillo.



4.3 Niveles para calificar el impacto

Los niveles para calificar el impacto de los riesgos de gestión y de seguridad de la información son los establecidos en el documento “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” vigente, de la Función Pública, en la tabla de criterios para definir el nivel de impacto teniendo en cuenta la afectación económica o reputacional, que me genere el riesgo a evaluar y la dinámica de la Institución

Para los riesgos de corrupción, el impacto se califica con las preguntas establecidas en la “Tabla Criterios para calificar el impacto - riesgos de corrupción”, de la Guía para la Administración de riesgos vigente del DAFP.

	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	Código: PO.DE.PLA-01
		Versión: 02
		Página 8 de 12

4.4 Tratamiento de riesgos

Es la decisión que se toma frente a un determinado nivel de riesgo, la cual puede ser aceptar, reducir o evitar. Se analiza frente al riesgo residual para procesos en funcionamiento, para los nuevos sobre el riesgo inherente. Puede ser:

Reducir el riesgo: Después de realizar un análisis y considerar que el nivel de riesgo es alto, se determina tratarlo mediante transferencia o mitigación del mismo:

Si la decisión es transferir, es porque se va a tercerizar el proceso o trasladar el riesgo a través de seguros o pólizas. La responsabilidad económica recae sobre un tercero, pero no se transfiere la responsabilidad sobre el tema reputacional.

Si la decisión es mitigar, es porque se van a implementar acciones que mitiguen el nivel de riesgos, no necesariamente es un control adicional y requiere la definición de un plan de acción que especifique: i) responsable, ii) fecha de implementación, y iii) fecha de seguimiento. Este plan de acción es diferente al plan de contingencia que obedece a un control correctivo.

Aceptar el riesgo: Después de realizar un análisis y considerar los niveles de riesgo bajo se determina asumir el mismo conociendo los efectos de su posible materialización. Ningún riesgo de corrupción podrá ser aceptado.

Evitar el riesgo: Después de realizar un análisis y considerar que el nivel de riesgo es demasiado alto, se determina NO asumir la actividad que genera este riesgo.

El tratamiento de los riesgos de corrupción, es la respuesta establecida por la primera línea de defensa para la mitigación de estos, se enmarca en las siguientes categorías:

Evitar el Riesgo: Cuando los escenarios de riesgo identificado se consideran demasiado extremos se puede tomar una decisión para evitar el riesgo, mediante la cancelación de una actividad o un conjunto de actividades.

 <p>E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia</p>	<p>POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS</p>	<p>Código: PO.DE.PLA-01</p>
		<p>Versión: 02</p>
		<p>Página 9 de 12</p>

Desde el punto de vista de los responsables de la toma de decisiones, este tratamiento es simple, la menos arriesgada y menos costosa, pero es un obstáculo para el desarrollo de las actividades de la entidad y, por lo tanto, hay situaciones donde no es una opción.

Compartir el Riesgo: Cuando es muy difícil para la entidad reducir el riesgo a un nivel aceptable o se carece de conocimientos necesarios para gestionarlo, este puede ser compartido con otra parte interesada que pueda gestionarlo con más eficacia. Cabe señalar que normalmente no es posible transferir la responsabilidad del riesgo.

Reducir el Riesgo: El nivel de riesgo debería ser administrado mediante el establecimiento de controles, de modo que el riesgo residual se pueda reevaluar como algo aceptable para la entidad. Estos controles disminuyen normalmente la probabilidad y/o el impacto del riesgo.

Deberían seleccionarse controles apropiados y con una adecuada segregación de funciones, de manera que el tratamiento al riesgo adoptado logre la reducción prevista sobre este.

4.5 Monitoreo y revisión de los riesgos

Se realizará actualización periódica de los riesgos por parte de la primera línea de defensa y sus equipos de trabajo, quienes deberán registrar en la matriz el análisis de los riesgos de cada proceso y los cambios que sobre este se presenten en cada vigencia, así como hacer seguimiento a la aplicación de cada uno de los controles definidos y de las acciones que según la metodología se hayan establecido para reducir el riesgo. Para la administración de la matriz de riesgos, la Oficina Asesora de Planeación brindará el acompañamiento respectivo.

Adicionalmente para los riesgos de corrupción, el jefe de Oficina de Auditoría Interna, deberá adelantar seguimiento y en este sentido, es necesario que en sus procesos de auditoría interna analicen las causas, los riesgos de corrupción y la efectividad de los controles incorporados en el mapa de riesgos de corrupción.

El monitoreo a los riesgos establecidos en los procesos contractuales estará a cargo del supervisor del contrato durante su ejecución, quien dejará evidencia de ello en

	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	Código: PO.DE.PLA-01
		Versión: 02
		Página 10 de 12

los informes de supervisión; la Oficina Asesora Jurídica, también hará seguimiento a la materialización de riesgos en todas las fases de la contratación, de lo cual presentará informe ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. De igual manera, los riesgos inherentes al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo deberán ser monitoreados por el Líder de este Sistema a cargo de la Dirección de Gestión Humana, quien presentará el informe respectivo en igual sentido ante esta instancia.

5. Implementación y evaluación.

5.1 Divulgación

Esta Política Institucional se divulgará y desplegará a todos los líderes de procesos, quienes deberán divulgar la política con sus equipos de trabajo, para lo cual deberán dejar constancia mediante listas de asistencia, las cuales se deberán allegar a la Oficina Asesora de Planeación. Ese despliegue se deberá realizar una vez se adopte la política en un período de tres meses y posteriormente forma anual.

Además de lo anterior, esta política estará disponible en los diferentes medios institucionales y será incluida en los ejercicios de inducción y reinducción institucional.

5.2 Implementación

La política de gestión de riesgos se desarrollará con base en los lineamientos y metodología definidos por el Departamento Administrativo de Función Pública (Guía Administración de Riesgos vigente DAFP, los lineamientos de la Supersalud para la supervisión basada en riesgos.

Comprende las etapas de identificación, análisis, valoración, tratamiento y seguimiento a los riesgos y controles, a cargo de los responsables de los elementos organizacionales descritos en el alcance de la política.

Se utiliza como instrumento principal la matriz de riesgos que permita medir los niveles de riesgos inherente y residual, además la efectividad de los controles, las acciones de tratamiento que de allí se deriven y demás instrumentos que la ESE

 E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	Código: PO.DE.PLA-01
		Versión: 02
		Página 11 de 12

desarrolle de forma progresiva en el mejoramiento de la gestión de riesgos, lo cual incluye la Implementación del SARLAFT – FPADM con todos sus componentes, entre esta debida diligencia, reportes internos y externos y la implementación del SICOF articulado con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

5.3 Evaluación y seguimiento

La evaluación de la política se lleva a cabo a través del seguimiento al cumplimiento de las Etapas de la gestión del riesgo en la Matriz de Riesgos y acciones definidas a partir del del análisis de los riesgos institucionales.

Adicionalmente a través del seguimiento a los controles por parte de los líderes de los procesos como primera línea de defensa, quienes debe reportarlo a la Oficina Asesora de Planeación de forma semestral.

La Oficina de Auditoría Interna realizará evaluación a la implementación de la política y a través de la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno, se pronunciará sobre la efectividad de los controles, la adecuación del ambiente de control, las actividades de monitoreo, la evaluación de riesgos y la comunicación e información en la entidad.

 E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	Código: PO.DE.PLA-01
		Versión: 02
		Página 12 de 12

6. Control de cambios

Versión	Descripción del cambio	Razón del cambio	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por	Fecha
01	Creación de la Política		Yohana Palacio Espinosa – JOA Planeación		Comité Institucional de Coordinación de Control Interno – Agosto de 2021	Agosto 2021
02	Se actualiza la política de gestión de riesgos	Cambios Normativos de la Supersalud en gestión de riesgos	Jefe Oficina Asesora Planeación	Comité de Coordinación de Control Interno	Junta Directiva	17/08/2022