




LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO 2022

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 1 de 44

**E.S.E. HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
VIGENCIA 2022**

HOLMER ENRIQUE JIMENEZ DITTA
Gerente

EQUIPO DIRECTIVO:

JAIME MAESTRE CUENTA
Subdirector Administrativo
MIGUEL JOSE SOTO RUIZ
Subdirector Científico
LEIDY GONZÁLEZ
Jefe Oficina de Control Interno


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 2 de 44

CONTENIDO

		PÁG.
	INTRODUCCION	
1	MARCO NORMATIVO	4
2	ASPECTOS INSTITUCIONALES (CONTEXTO ESTRATÉGICO)	6
2.1	Misión	7
2.2	Visión	7
2.3	Objetivos	7
2.4	Lineamientos de la Política de Administración del Riesgo	9
2.5	Institucionalidad desde el MIPG	14
3	POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	19
3.1	Objetivo de la Política para la Administración del Riesgo	19
3.2	Alcance de la Política para la Gestión del Riesgo	19
3.3	Marco conceptual para el Apetito del Riesgo	20
3.4	Determinación del apetito de riesgo	20
3.5	Tolerancia de riesgo	21
4	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN EL PROCESO	21
4.1	Identificación de los puntos de riesgo	23
4.2	Identificación de áreas de impacto:	23
4.3	Identificación de áreas de factores de riesgo	23
4.4	Descripción del riesgo	23
4.5	Clasificación del riesgo	24
5	MEDICIÓN O NIVELES DE VALORACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL RIESGO	24
5.1	Puntos de Control y Responsabilidades frente al riesgo	28
5.2	Tipología de Riesgos	34
5.3	Tipo de Actividades de Control	35
5.4	Evaluación de Riesgos	36
6	MONITOREO Y REVISIÓN	39
6.1	Seguimiento a las Acciones de control del Riesgo en cada Proceso	41
6.2	Tratamiento ante los riesgos materializados	42
6.3	Estrategias de Comunicación e Información	44
7	MAPA DE RIESGOS	44

FIGURAS

Figura 1. Esquema general del Modelo Integrado de Planeación y Gestión	14
Figura 2. Conocimiento Y Análisis de la Entidad	16
Figura 3. Operatividad Institucionalidad para la Administración del Riesgo	17
Figura 4. Cadena de valor público	22

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 3 de 44


INTRODUCCIÓN

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, es una institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad, de carácter público, de bajo nivel de complejidad con sede principal en el municipio de Valledupar con más de Veinticinco (25) años de antigüedad, creado como Unidad Intermedia mediante Acuerdo Municipal N° 020 del 6 de junio de 1996, con el objetivo de prestar servicios de salud correspondientes al I nivel de atención, con carácter de servicio público a cargo del Estado y para ejecutar programas, proyectos y actividades de educación y promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, ofreciendo a quien lo demande servicios de salud a tarifas competitivas en el mercado, satisfaciendo las necesidades de la comunidad mediante la adecuación continua de sus servicios y funcionamiento, garantizando la participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y sus reglamentos.

Posteriormente a través del acuerdo N° 048 del 14 de noviembre de 1998, se modifica el artículo 1° del acuerdo 020 del 6 de junio de 1996, cambiando la denominación institucional a Hospital Eduardo Arredondo Daza Empresa Social del Estado.

Su evolución ha sido de tal magnitud, que actualmente su área de influencia se ha extendido con la habilitación de 29 sedes ubicadas en las comunas más vulnerables de la zona urbana y rural del municipio de Valledupar, prestando servicios de bajo nivel de complejidad, permitiendo ser una Institución de salud con mayor cobertura y accesibilidad geográfica para la población del municipio de Valledupar, ocupando un destacado lugar en el orden regional.

La ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, define su política de Administración del Riesgo alineada con los objetivos estratégicos aplicable a todos los procesos, procedimientos, proyectos, planes y metas fijados para la Sede Principal, Centros Urbanos y Puestos Rurales, para prevenir mitigar y controlar los potenciales riesgos que puedan afectar la gestión y el funcionamiento de la ESE, tomando como referente los parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), según lo dispuesto en el Decreto 1499 de 2017, y en lo referente a las líneas de defensa, se enfoca al Control Interno, bajo los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo versiones 4 de 2018, 5 de 2020 y demás bibliografía dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública, (DAFP), la cual articula los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 4 de 44

De manera individual se identifican, analizan, valoran y tratan los riesgos que pueden afectar la misión y el cumplimiento de los objetivos institucionales en el marco de los procesos, mediante:

- La identificación y documentación de riesgos de gestión (financieros, contractuales, jurídicos, entre otros), corrupción y de seguridad digital en los programas, proyectos, planes, metas y en general en los procedimientos de su competencia.
- El establecimiento de acciones de control para detectar, prevenir y corregir los riesgos identificados, y.
- La actuación correctiva y oportuna para mejorar el ejercicio de identificación y valoración del riesgo ante la materialización de los mismos.


Lo anterior con el fin de proteger los bienes y recursos institucionales, alcanzar mejores resultados y mejorar la prestación de los servicios habilitados conforme a la normatividad en salud vigente, que ofrece a los usuarios en aspectos fundamentales generación de valor público, eje fundamental del quehacer en la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. En este marco se define esta metodología y se determinan las acciones para prevenir, reducir y mitigar el riesgo al igual que se establecen los planes de contingencia ante la materialización del riesgo.

1 MARCO NORMATIVO

El marco regulatorio respecto de la Planeación, ejecución y control del riesgo en vista de la necesidad de establecer estrategias y políticas que permitan la ejecución de las acciones hacia la evolución de las organizaciones de manera controlada; por tanto, es preciso indicar:


Constitución Política de Colombia. Artículo 49 en el cual establece que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”.

- **Ley 9 de 1979.** Establece el Código Sanitario Nacional.
- **Ley 100 de 1993.** Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social que incluye el Sistema de Salud, el Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Riesgos Profesionales y los servicios *sociales* complementarios.
- **Ley 152 de 1994.** Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 5 de 44

- **Decreto 1876 de 1994.** Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado.
- **Ley 388 de 1997.** Por la cual se modifica la Ley 9 de 1989, y la Ley 2 de 1991 y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 715 de 2001.** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
- **Decreto 780 de 2016.** Por medio del cual se compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único.
- **Resolución 1536 de 2015.** Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.
- **Ley 1122 de 2007.** Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 1438 de 2011.** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 1454 de 2011.** Por la cual se dictan normas orgánicas sobre: ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones.
- **Ley 1955 DE 2019.** Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2018-2022. “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.
- **Decreto 1499 de 2017.** Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
- **Resolución 3280 de 2018.** Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación y su modificación de la resolución 0276 de 2019.
- **Resolución 3100 de 2019.** Ministerio de Salud y Protección Social Inscripción de los Prestadores de Salud. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicio de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

2 ASPECTOS INSTITUCIONALES (CONTEXTO ESTRATÉGICO)

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 6 de 44

La ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA del Municipio de Valledupar, es un componente territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), responsable en el Municipio de Valledupar (Departamento del Cesar) de prestar los servicios de salud en el primer nivel de complejidad a su principal Grupo de valor; conformado por, usuarios afiliados al régimen subsidiado, contributivo, a los regímenes excepcionales o especiales y a particulares, en el contexto del esquema de aseguramiento vigente.


Constituida como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993; a los artículos 26 y 27 de la Ley 1122 de 2007 con sus decretos reglamentarios; y a los artículos 69 a 85 de la Ley 1438 de 2011 y sus decretos reglamentarios en lo pertinente. Se encuentra adscrita a la Dirección del Sistema Territorial de Seguridad Social en Salud del Departamento del Cesar y cuenta con los registros que la identifican como Prestadora de Servicios de Salud, de baja complejidad, de carácter público, ubicada en el Municipio de Valledupar, creada el 6 de junio de 1996. Su posición y área de influencia le ha permitido ser la institución, con mayor cobertura y accesibilidad geográfica para la población del Municipio de Valledupar, ocupando en el marco de la prestación de los servicios de salud un destacado lugar en el orden regional.

Creada mediante acuerdo municipal N°020 de 1996, fue elevada a la categoría que hoy ostenta como Empresa Social del Estado, según acuerdo del Concejo Municipal de Valledupar 048 del 25 de noviembre de 1998.

Su evolución ha sido de tal magnitud, que actualmente su área de influencia le ha permitido ser la institución de salud de baja complejidad con mayor cobertura y accesibilidad geográfica para la población del municipio de Valledupar, ocupando un destacado lugar en el orden regional.

La ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA tiene su domicilio en el Municipio de Valledupar (Cesar), su sede principal incluido su centro administrativo, financiero y logístico funciona en la CRA 20 No 43 - 63, teléfono: (5) 5842828 – Email: gerencia@headese.gov.co, habilitada en el Registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS) del Departamento del Cesar con el Código de habilitación No. 2000100464, a la fecha cuenta con VEINTINUEVE (29) sedes asistenciales (incluida la sede principal).

Para el desarrollo del pensamiento estratégico de quienes dirigen y responden por las áreas y unidades funcionales, la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA tiene la

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 7 de 44

siguiente Cultura Corporativa, la cual podrá ajustarse por parte de los directivos y trabajadores en la medida en que surtan las transformaciones institucionales y necesidades en cumplimiento de su gestión.

Dicho direccionamiento estratégico, en su parte general, ha sido revisado y actualizado con la participación de los líderes y colaboradores de la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA Como producto de este ejercicio se presenta el siguiente resultado:

2.1 Misión

Prestar servicios de salud con enfoque diferencial, en un modelo de atención integral basado en la Promoción de la salud y la Prevención de la enfermedad, de manera oportuna, segura, humanizada, eficiente, con responsabilidad social, apoyados en un equipo de trabajo competente, tecnología apropiada y desarrollo investigativo, propiciando espacios de apoyo y articulación en Docencia Servicio.

2.2 Visión


La E.S.E. HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, se proyecta, como Institución líder en el área de influencia del Municipio de Valledupar, en la prestación de servicios de baja complejidad, con calidad, humanidad, rentabilidad social y autosostenible, enfocada hacia el bienestar de la comunidad.

2.3 Objetivos:

Prestar servicios de salud, integrales, con atención humanizada, centrada en el usuario y su familia con énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud y mejoramiento de niveles de salud; integrando el direccionamiento estratégico a la gestión por procesos y a la gestión del talento humano, mediante el mejoramiento continuo de los atributos de calidad y el fortalecimiento de la satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas.

Gestionar el desarrollo Integral del Talento Humano, mediante el fomento de la cultura y el clima organizacional, el fortalecimiento de las competencias y el bienestar laboral.

2.3.1 Objetivo Estratégico social

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 8 de 44

Orientar el desarrollo de la E.S.E. HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, hacia el mejoramiento de la Gestión Organizacional a través de la implementación del Sistema Integral de Garantía de Calidad, encaminado hacia resultados que evidencien el progreso en la calidad en la Prestación de Servicios de Salud Seguros, con Calidez, Sistema Integral de Gestión y Control, Desarrollo Organizacional, la Sostenibilidad Financiera y la Responsabilidad Social y Ambiental.

2.3.2 Objetivos estratégicos en la Prestación de servicios y Humanización

Prestar servicios de salud, integrales, con atención humanizada, centrada en el usuario y su familia con énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud y mejoramiento de niveles de salud; integrando el direccionamiento estratégico a la gestión por procesos y a la gestión del talento humano, mediante el mejoramiento continuo de los atributos de calidad y el fortalecimiento de la satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas.

Gestionar el desarrollo Integral del Talento Humano, mediante el fomento de la cultura y el clima organizacional, el fortalecimiento de las competencias y el bienestar laboral.


2.3.3 Objetivos estratégicos Sistema Gestión de la Calidad

Además de ejecutar procesos asistenciales y de apoyo bajo un marco general del cumplimiento de las normas y de garantía de la calidad, se quiere establecer una línea clara de atención centrada en la seguridad del paciente, que permita además de mejorar su condición de salud y vida, fidelizarlo como usuario en la Institución.

2.3.4 Objetivos estratégicos Operatividad Financiera y Administrativa

Garantizar el auto sostenibilidad financiera y rentabilidad social de la E.S.E., mediante la optimización de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, y la evaluación permanente del riesgo fiscal y financiero, que faciliten el buen funcionamiento de los procesos organizacionales.

Gestionar a través de recursos propios y proyectos de inversión contar con la infraestructura hospitalaria adecuada acorde a los lineamientos y requisitos legales del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud; siempre en pro del usuario de la ESE.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 9 de 44

2.3.5 Objetivos estratégicos Sistema de información

En el mediano plazo contar con un sistema de información integral que articule en tiempo real y de manera eficiente la información generada tanto del área asistencial como del área administrativa y que a su vez de respuesta oportuna a las necesidades de nuestros clientes y actores del sistema.

2.4 Lineamientos de la Política de Administración del Riesgo:

La gestión integral de riesgos es un proceso Institucional que permite identificar y administrar los eventos potenciales que pueden afectar el logro de la estrategia, la ejecución de proyectos y los procesos en general. El ciclo de la gestión integral de riesgos comprende actividades de identificación, medición, control, monitoreo, comunicación y divulgación de los riesgos, los cuales se deben gestionar garantizando lo siguiente:


- La adopción de una metodología para la gestión de riesgos.
- La identificación de los riesgos relevantes, atendiendo a su posible incidencia sobre los objetivos estratégicos, el gobierno corporativo, la sostenibilidad y la continuidad de su gestión Institucional.

Esta política para la gestión del riesgo se encuentra alineada con los objetivos estratégicos de la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA aplicable a todos los procesos, procedimientos, proyectos, planes y metas para prevenir mitigar y controlar los riesgos.


2.4.1 Aseguramiento del Ambiente de Control del Riesgo desde el MIPG

El criterio tenido en cuenta por la Alta Gerencia al establecer los lineamientos de la Política para la Administración del Riesgo contenidos en este documento involucra a todos los servidores de la ESE, en búsqueda de identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales dirigidos al cumplimiento de la normatividad vigente. Considerando además la probabilidad de fraude y corrupción **(Acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado)** que pueda afectar el logro de los objetivos.

En cumplimiento del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, la Identificación del riesgo también se hará a partir del desarrollo de las otras dimensiones tales como Gestión del Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados, etcétera, de conformidad con los siguientes conceptos aplicables a la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 10 de 44

- **Activo:** En el contexto de seguridad digital son elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, Hardware, información física o digital, recurso humano, entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital
- **Apetito al Riesgo:** Es el nivel de riesgo que la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, puede aceptar, relacionado con sus Objetivos, el marco legal y las disposiciones de los Procesos Directivos y de Mejora. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la ESE, deba o desee gestionar.
- **Áreas de Impacto:** Consecuencia económica o reputacional a la cual se ve expuesta la ESE en caso de materializarse un riesgo. Los impactos que aplican son afectación económica (o presupuestal) y reputacional
- **Capacidad de Riesgo:** Es el máximo valor del nivel de riesgo que la ESE, puede soportar y a partir del cual se considera por los Procesos Directivos y de Mejora que no sería posible el logro de sus objetivos.
- **Causa:** Todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.
- **Causa Inmediata:** Circunstancias bajo las cuales se presenta el riesgo, pero no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo.
- **Causa Raíz:** Causa principal o básica, corresponde a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo.
- **Confidencialidad:** Propiedad de la información que la hace no disponible o sea divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados
- **Consecuencia:** Los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la Institución, sus grupos de valor y demás partes interesadas.
- **Control:** Medida que permite reducir o mitigar un riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso.
- **Disponibilidad:** Propiedad de ser accesible y utilizable a demanda por una entidad
- **Estrategia para Combatir el Riesgo (Tratamiento):** Decisión que se toma frente a un determinado nivel de riesgo. Se analiza frente al riesgo residual, esto para procesos en funcionamiento, cuando se trate de procesos nuevos, se procede a partir del riesgo inherente y puede ser:
 - **Reducir:** Después de realizar un análisis y considerar que el nivel de riesgo es alto, se determina tratarlo mediante transferencia o mitigación del mismo.
 - **Transferir:** Después de realizar un análisis, se considera que la mejor estrategia es tercerizar el proceso o trasladar el riesgo a través de seguros

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 11 de 44


o pólizas. La responsabilidad económica recae sobre el tercero, pero no se transfiere la responsabilidad sobre el tema reputacional.

- **Mitigar:** Después de realizar un análisis y considerar los niveles de riesgo se implementan controles que mitiguen el nivel de riesgo. No necesariamente es un control adicional.
 - **Aceptar:** Después de realizar un análisis y considerar los niveles de riesgo se determina asumir el mismo conociendo los efectos de su posible materialización.
 - **Evitar:** 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.
- **Evento:** Riesgo materializado. Los eventos de riesgo son aquellos incidentes que generan o podrían generar pérdidas a la ESE.
 - **Factores de Riesgo:** Son las fuentes generadoras de riesgos. Pueden ser: Procesos, Talento Humano, Recursos Científicos y Tecnológicos, Infraestructura y Eventos externos (Terceros).
 - **Indicadores Clave de Riesgo** (Un indicador de riesgos clave, también conocido como KRI de sus siglas en inglés Key Risk Indicators): Es una colección de datos históricos, por periodos de tiempo, relacionados con algún evento cuyo comportamiento puede indicar una mayor o menor exposición a determinados riesgos.
 - **Integridad:** Propiedad de exactitud y completitud.
 - **Impacto:** Las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.
 - **Gestión del Riesgo:** Proceso efectuado por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos. La gestión de riesgos no es estática, se integra en el desarrollo de la estrategia, la formulación de los objetivos de la ESE, a través de la toma de decisiones cotidiana.
 - **Mapa de Riesgos:** Documento con la información resultante de la gestión del riesgo, administrado por la segunda línea de defensa.
 - **Modelo de Tres Líneas de Defensa (3LD):** Realza el entendimiento del manejo de riesgos y controles mediante la asignación o clarificación de roles y responsabilidades en toda la Institución, incluida la línea de defensa estratégica.
 - **Línea Estratégica** Este nivel analiza los riesgos y amenazas institucionales al cumplimiento de los planes estratégicos, tendrá la responsabilidad de

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 12 de 44

definir el marco general para la gestión del riesgo (política de administración del riesgo) y garantiza el cumplimiento de los planes Institucionales.

- **1ª Línea de Defensa:** La gestión operacional se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día.
 - **2ª Línea de Defensa:** Asegura que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces.
 - **3ª Línea de Defensa:** Ejercida por la Oficina de Control interno.
- **Nivel de Riesgo:** Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos. En general la fórmula del Nivel del Riesgo es Probabilidad * Impacto, sin embargo, pueden relacionarse las variables a través de otras maneras diferentes a la multiplicación, por ejemplo, mediante una matriz de Probabilidad – Impacto.
 - **Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano:** Plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por todas las Instituciones y entidades del orden nacional, departamental y municipal.
 - **Política de Administración del Riesgo:** Declaración de la dirección y las intenciones generales respecto a la gestión del riesgo (NTC ISO31000 Numeral 2.4). La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.
 - **Política de Prevención del Daño Antijurídico:** Solución de los problemas administrativos que generan litigiosidad e implica el uso de recursos públicos para reducir los eventos generadores del daño antijurídico
 - **Probabilidad:** Se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. La probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.
 - **Puntos de Riesgo:** Son actividades dentro del flujo del proceso donde existe evidencia o se tiene indicios que pueden ocurrir eventos de riesgo operativo y deben mantenerse bajo control para asegurar que el proceso cumpla con su objetivo.
 - **Riesgo:** Efecto que se causa sobre los objetivos de las ESE, debido a eventos potenciales, que hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 13 de 44

- **Riesgo de Corrupción:** Posibilidad que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
- **Riesgo de Seguridad de la Información:** Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información. Suele considerarse como una combinación de la probabilidad de un evento y sus consecuencias. (ISO/IEC 27000).
- **Riesgo Inherente:** Nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto, nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.
- **Riesgo Residual:** Nivel de Riesgo que permanece luego de tomar medidas preventivas y/o correctivas para el tratamiento del riesgo.
- **Severidad:** Nivel de un riesgo, dado por una probabilidad y un impacto. En cada nivel se define el tratamiento y los niveles de responsabilidad.
- **TIC:** Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
- **Tolerancia del Riesgo:** Es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del apetito de riesgo determinado por la ESE.
- **Vulnerabilidad:** Representan la debilidad de un activo o de un control que puede ser explotada por una o más amenazas.

2.4.2 Lineamientos para el análisis del impacto por tipo de Riesgos


Los riesgos de gestión de procesos que pueda afectar el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

Los riesgos de posibles actos de corrupción a través de la prevención de la ocurrencia de eventos en los que se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

Los riesgos de seguridad digital que puedan afectar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de los procesos de la entidad.

En virtud de lo anterior, la presente política contiene lineamientos para la administración de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital. En cuanto a los demás riesgos aplicables a la ESE, se considerará los siguiente:

- **Los Riesgos relacionados con la seguridad y salud en el trabajo,** se intervendrán de acuerdo con lo establecido en el Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo; (Decreto 612 de 2018), para la vigencia y normatividad aplicable.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 14 de 44

- Para la gestión de los riesgos de contratación, se tendrá en cuenta el Documento Conpes 3714 de 2011 y los lineamientos de Colombia Compra Eficiente.
- Los riesgos defensa jurídica, Serán administrados bajo la metodología de prevención del daño antijurídico de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado donde el Comité de Conciliación anualmente aprobará la Política de Prevención del Daño Antijurídico, el representante legal de la ESE, expedirá el documento mediante el cual se adopte la Política de Prevención del Daño Antijurídico e impartirá las directrices para su divulgación y el Secretario Técnico del Comité de Conciliación junto con su grupo de apoyo, brindará la información y prestará la colaboración necesaria para realizar el respectivo seguimiento y evaluación.


2.5 Institucionalidad desde el MIPG

Figura 1. Esquema general del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG)



Fuente: https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2IjUBdeu/view_file/34268003

El modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar las actividades de las entidades y

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 15 de 44

organismos públicos, este modelo tiene el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos con integridad y calidad en el servicio. El MIPG opera a través de 7 dimensiones (talento humano, direccionamiento estratégico, gestión con valores para el resultado, evaluación de resultados, información y comunicación, gestión del conocimiento y la innovación y, finalmente, control interno) que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional y que, implementadas de manera articulada e interrelacionada, permitirán que el modelo funcione y opere adecuadamente, tal como se observa en la siguiente figura.

2.5.1 Cadena de valor

Es importante definir la cadena de valor en sí misma, este modelo propuesto y difundido por Michael Porter, constituye para la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA uno de los instrumentos más ricos y populares para el análisis interno. El concepto de cadena de valor se refiere a la desagregación Institucional en las actividades básicas que es preciso llevar a cabo para generar un servicio o bien, es el conjunto de actividades que se desarrollan sucesivamente para generar valor a la gestión y generar resultados que impacten en la calidad de vida de los grupos de valor, por tanto; la importancia de controlar sus riesgos, tal como se observa a continuación en la

2.5.2 Conocimiento de la entidad

El **Modelo de Operación por Procesos** es el estándar organizacional que soporta la operación de la entidad pública, integrando las competencias constitucionales y legales que la rigen con el conjunto de planes y programas necesarios para cumplimiento de su misión, visión y objetivos institucionales, Pretende determinar la mejor y más eficiente forma de **operación** de la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA.

Los aspectos a tener en cuenta en el **Modelo de Operación por Procesos** son los que a continuación se relacionan:

Figura 2. Conocimiento Y Análisis de la Entidad

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 16 de 44




Fuente: https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34298398/2020-12-16_Guia_administracion_riesgos_dise%C3%B1o_controles_final.pdf/fa179c5e-45bb-dffd-027c-043d4733c834?t=1609857497641

Tal como se observa en la Figura 2 se puede observar esta interrelación, denominada **Cadena de Valor** que, en la Institución, se convierte en la estrategia principal para el cumplimiento de su misión y el logro de su visión ya que es a través de la transformación de sus insumos en sus diferentes procesos que conforman el sistema de gestión para la prestación de los Servicios cuyos efectos o resultados logran impactar la forma de vida de sus grupos de valor.

Mapa o Red de Procesos: Es la representación gráfica de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.

Caracterización de los Procesos: Estructura que permite identificar los rasgos distintivos de los procesos, establece su objetivo, relación con los demás procesos, insumos, activos, su transformación a través de las actividades que desarrolla y las salidas del proceso, se identifican los proveedores y clientes, o grupos de valor, que pueden ser internos o externos.

Para la **Planeación Institucional**, en la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA la estrategia de la entidad, se define por parte de la alta dirección y obedece a su razón de

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 17 de 44

ser, de acuerdo con los planes que traza el sector salud (plan estratégico sectorial) y a políticas específicas que fija el gobierno nacional, departamental o municipal enmarcados dentro del plan nacional de desarrollo. por lo tanto, la administración del riesgo es inherente a su proceso de atención a la población que atiende y no puede verse de forma aislada.

Los aspectos a tener en cuenta en la **Planeación Institucional** son los que a continuación se relacionan:


La **Misión**, constituye la razón de ser de la Institución, sintetiza los principales propósitos estratégicos y los valores esenciales que deben ser conocidos, comprendidos y compartidos por todas las personas que hacen parte de la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA.

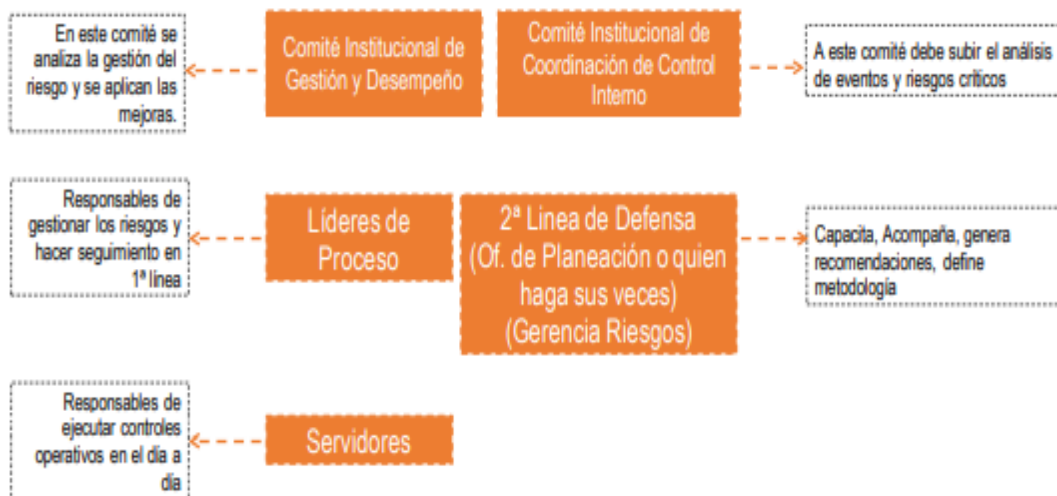
La **Visión**, es la proyección Institucional a largo plazo, que permite establecer su direccionamiento, el rumbo las metas y para lograr su desarrollo, construida de manera participativa de manera clara, amplia, positiva, coherente comunicada y compartida por todos los servidores de la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA.

Objetivos estratégicos, identifica la finalidad hacia la cual deben dirigirse los recursos y esfuerzos para dar cumplimiento al mandato legal, en la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA el cumplimiento de estos objetivos se materializa a través de la ejecución de la planeación anual de cada entidad.

Para su operación el (MIPG) se articula interinstitucionalmente, con la creación y operación de los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño, regulado por el Decreto 1499 de 2017 y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, reglamentado a través del artículo 13 de la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017, en este marco general, para una adecuada gestión del riesgo, dicha institucionalidad entra a funcionar tal como se observa en la Figura 3.

Figura 3 Operatividad Institucionalidad para la Administración del Riesgo


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA		Página: 18 de 44



Fuente: https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34298398/2020-12-16_Guia_administracion_riesgos_dise%C3%B1o_controles_final.pdf/fa179c5e-45bb-dffd-027c-043d4733c834?t=1609857497641.

En la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, la operación del (MIPG) institucionalmente, opera a través de los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño, regulado por la resolución 0804 del 29 de agosto de 2018, "Se crea y reglamenta el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA., se define el Objetivo del Comité Institucional de Gestión y Desempeño como el encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, al cual integra los Comités institucionales que tengan relación con el modelo y que no sean obligatorios por mandato legal., y se modifica, corrige y adiciona esta resolución con la resolución 0678 agosto 25 de 2021., en su Artículo 1 Modifica el Artículo 1º Objetivo de la resolución 0804 del 29 de 2018, expresando los Comités que se sustituyen por que no tienen fuerza de ley, orientando las funciones del MIPG, con otros sistemas, entre otros; el de Gestión documental, racionalización de trámites, capacitación y formación para el trabajo, incentivos, capacitación y estímulos, gobierno en línea y de contratación con EPS, y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, reglamentado a través de la resolución 949 de octubre 8 de 2019 "por el cual se crea el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA y se establece el reglamento para su funcionamiento.

3 POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 19 de 44

La metodología para la administración del riesgo requiere de un análisis inicial relacionado con el estado actual de la estructura de riesgos y su gestión, además del conocimiento de esta desde un punto de vista estratégico de la aplicación de los tres (3) pasos básicos para su desarrollo y, finalmente, de la definición e implantación de estrategias de comunicación transversales a toda la entidad para que su efectividad pueda ser evidenciada.

La estructura sugerida por el departamento administrativo de la Función Pública, completa con sus desarrollos básicos:

La ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, se compromete a prevenir los potenciales riesgos que afectan la gestión, fundamentada en la aplicación de controles enmarcados en el modelo integrado de planeación y gestión, la guía de administración del riesgo y el diseño de controles.

3.1 Objetivo de la Política para la Administración del Riesgo

Aportar al control de los procesos en el marco del cumplimiento de la misión y al logro de los objetivos institucionales, mediante la identificación de los Riesgos, la asignación de responsables de la Gestión, funcionamiento y prestación de los servicios de la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, conforme a lo establecido en la Dimensión 7 del MIPG (Líneas de Defensa) y lineamientos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos de gestión, corrupción, y seguridad digital.

3.2 Alcance de la Política para la Gestión del Riesgo

La Política Institucional para la Administración del Riesgo aplica a todos los procesos del modelo de operación por procesos, a los planes institucionales y programas, a los proyectos y acciones a cargo de los servidores públicos y contratistas de prestación de servicios directos e indirectos de la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, en el cumplimiento de sus funciones, obligaciones y actividades, tanto en la Sede Principal como en sus Centro Urbanos y Puestos Rurales.

La Política de administración del Riesgo involucra el contexto, identificación, valoración, tratamiento, monitoreo, revisión, comunicación, consulta y análisis.

3.3 Marco conceptual para el Apetito del Riesgo

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 20 de 44

Para determinar la capacidad de riesgo en la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, dentro de los lineamientos para la política de administración del riesgo se considera el apetito del riesgo, según el siguiente concepto, a fin de contar con mayores elementos de juicio para su análisis:

Para determinar la capacidad de riesgo se debe aplicar los valores de probabilidad e impacto, con la participación y aprobación de la dirección, de acuerdo con las competencias del Comité institucional de coordinación de control interno, teniendo en cuenta los siguientes valores:

- **Valor máximo** de la escala que resulta de combinar la probabilidad y el impacto.
- **Valor máximo** que, según el buen criterio de la alta dirección y bajo los requisitos del marco legal aplicable, puede ser resistido antes de perder total o parcialmente la capacidad de cumplir con sus objetivos. Este valor se denomina “capacidad de riesgo”.

De esta manera, la capacidad institucional de riesgo, para el tipo de riesgo que se esté analizando, es el máximo valor del nivel de riesgo que una entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la alta dirección que no sería posible el logro de los objetivos de la entidad.


3.4 Determinación del apetito de riesgo

Luego de determinada la capacidad de riesgo por parte de la alta dirección, estas mismas instancias deben determinar el valor máximo deseable del nivel de riesgo que podría permitir el logro de los objetivos institucionales en condiciones normales de operación del modelo integrado de planeación y gestión.

Este valor se denomina “apetito de riesgo”, dado que equivale al nivel de riesgo que la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, puede aceptar, relacionado con sus objetivos, el marco legal y las disposiciones de la alta dirección.

El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que se debe o se desea gestionar.

3.5 Tolerancia de riesgo

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 21 de 44

La tolerancia de riesgo es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del apetito de riesgo determinado.

Para determinar la tolerancia de riesgo, se debe definir un valor que es igual o superior al apetito de riesgo y menor o igual a la capacidad de riesgo.

El límite o valor de la tolerancia de riesgo es definido por la alta dirección y no puede ser superior al valor de la capacidad de riesgo.


La determinación de la tolerancia de riesgo es optativa institucionalmente, y su uso está limitado a determinar el tipo de acciones para abordar los riesgos, dado que las acciones que se desprendan a partir del análisis de riesgos deben ser proporcionadas y razonables, lo cual se puede determinar en función del valor del nivel de riesgo residual obtenido y su comparación con el apetito y tolerancia de riesgo

4 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN EL PROCESO

En la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, la identificación de riesgos tiene como objetivo establecer cuáles son los riesgos asociados a su operación, lo que permite determinar cuáles están identificados, controlados y cuáles no. Para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que se opera, objetivos estratégicos y de procesos, puntos de riesgo operativo, áreas de impacto y factores de riesgo.

El objetivo de la identificación del riesgo es conocer los sucesos que se pueden producir Institucionalmente, y las consecuencias que puedan tener sobre sus objetivos, por tanto, en cada proceso se debe reconocer el concepto de “administración del riesgo”, la política y la metodología definida, los involucrados y el entorno del proceso, tal como a continuación se establece.

- Definir el grupo de trabajo o profesionales que se encargarán de la identificación, monitoreo, reporte y socialización del riesgo asociados a sus procesos
- Reconocer la metodología, lineamientos del líder frente al riesgo y objetivo, alcance, planes y proyectos del proceso
- Participar para la identificación/validación de los riesgos del proceso.
- Registrar los pasos requeridos por la metodología para la identificación, calificación, valoración de los riesgos.
- Redactar y calificar las acciones de control para los riesgos conforme a los requerimientos de la metodología.
- Determinar los responsables de las acciones y las fechas de realización.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA		Página: 22 de 44

- Elaborar el Mapa de Riesgos por procesos con toda la información recopilada, conforme a lo establecido en este lineamiento, para su gestión y tratamiento.


Figura 4: Cadena de valor Público



Fuente: https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34298398/2020-12-16_Guia_administracion_riesgos_dise%C3%B1o_controles_final.pdf/fa179c5e-45bb-dffd-027c-043d4733c834?t=1609857497641

- Los **Insumos**, corresponden a los recursos financieros, humanos y materiales empleados para generar los Servicios habilitados en la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA.
- **Procesos** Son las actividades realizadas para transformar los Insumos en Procesos.
- **Productos:** Bienes y servicios elaborados que son demandados por la población para satisfacer las necesidades y expectativas o responder a las causas específicas de un problema.
- **Resultados o efectos** Cambios en el comportamiento o en el estado de los beneficiarios como consecuencia de recibir los productos, bienes o servicios
- **Impactos;** Cambios en las condiciones de vida en la población objetivo. Mayor valor público en términos de bienestar prosperidad general y calidad de vida de la población.

4.1 Identificación de los puntos de riesgo

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 23 de 44

Son actividades dentro del flujo del proceso donde existe evidencia o se tienen indicios de que pueden ocurrir eventos de riesgo operativo y deben mantenerse bajo control para asegurar que el proceso cumpla con su objetivo.

4.2 Identificación de áreas de impacto

El área de impacto es la consecuencia económica o reputacional a la cual se ve expuesta la organización en caso de materializarse un riesgo. Los impactos que aplican son afectación económica (o presupuestal) y reputacional.

4.3 Identificación de áreas de factores de riesgo

Son las fuentes generadoras de riesgos y pueden estar relacionadas con el Proceso, Talento humano, Tecnología, Infraestructura, Dotación, evento adverso o incidente.


4.4 Descripción del riesgo

La descripción del riesgo debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender tanto para el líder del proceso, así como para personas ajenas al proceso.

Por tanto se debe desde su redacción facilitar claramente a que se refiere el Riesgo, se recomienda iniciar con la frase POSIBILIDAD DE, de tal manera que se pueda evitar la subjetividad en la redacción y permita entender la forma como se puede manifestar el riesgo, así como sus causas inmediatas y causas principales o raíz, esta es información esencial para la definición de controles en la etapa de valoración del riesgo. Lo anterior de acuerdo con los siguientes conceptos:

- **Impacto:** Las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.
- **Causa inmediata:** Circunstancias o situaciones más evidentes sobre las cuales se presenta el riesgo, las mismas no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo.
- **Causa raíz:** Es la causa principal o básica, corresponden a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo, son la base para la definición de controles en la etapa de valoración del riesgo.

Se debe tener en cuenta que para un mismo riesgo pueden existir una o más de una causa que pueden ser analizadas

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 24 de 44

4.5 Clasificación del riesgo

La clasificación del riesgo permite agrupar los riesgos identificados, en diferentes categorías, tales como: Fraude externo, Fraude interno, fallas tecnológicas, relación laboral, usuarios, productos, y prácticas, daños a activos fijos, eventos adversos, etcétera.

5 MEDICIÓN O NIVELES DE VALORACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL RIESGO


Durante el análisis de los riesgos se establecerá la probabilidad de ocurrencia y sus consecuencias o impacto, partiendo del análisis preliminar (riesgo inherente) y se tendrá en cuenta la valoración de los controles, para establecer el movimiento en la matriz de calor y determinar el nivel de riesgo residual; elementos considerados para definir el plan de acción (opción de tratamiento) acorde con las estrategias para combatir el riesgo, para el riesgo de corrupción el nivel siempre será considerado como Inaceptable.

Para estimar el Nivel de riesgo inicial los valores determinados para la probabilidad y el impacto o consecuencia se cruzan conforme a lo establecido en la Matriz de calificación del riesgo, desarrollada en el Numeral 4 Niveles de Aceptación del Riesgo, de este documento, con el fin de determinar la zona de riesgo en el cual se ubica el riesgo identificado con la participación de los responsables de los diferentes procesos.

Acorde con los riesgos residuales aprobados por los líderes de procesos y socializados en el comité institucional de coordinación de control interno, se debe definir la periodicidad de seguimiento y estrategia de tratamiento a los riesgos residuales aceptados

A continuación, se desarrolla conceptualmente este tema, para contar con mayores elementos de juicio para su análisis en la sede y cada uno de los Centros y Puestos de salud de la ESE, iniciando con las siguientes definiciones:

- **Nivel de Riesgo:** Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la ESE y el impacto en el cumplimiento de sus objetivos.
- **Apetito de riesgo:** Es el nivel de riesgo que la ESE puede aceptar en relación con sus objetivos, el marco legal y las disposiciones de la Alta Dirección. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la ESE debe o desea gestionar.
- **Tolerancia del riesgo:** Es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del apetito de riesgo determinado por la ESE.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA		Página: 25 de 44

- **Capacidad de riesgo:** Es el máximo valor del nivel de riesgo que la ESE puede soportar y a partir del cual la alta dirección considera que no sería posible el logro de los objetivos Institucionales.

Los niveles de aceptación de los riesgos identificados, variarán según la celda en la que se ubica el riesgo residual en la matriz de calor (niveles de severidad), los valores determinados para la probabilidad y el impacto se cruzan conforme a lo establecido en la siguiente Matriz de calificación del riesgo, con el fin de determinar la zona de riesgo en el cual se ubica el riesgo.

- **Matriz de calificación del nivel de severidad del riesgo**

Criterio Probabilidad		NIVEL DE RIESGO					
		ALTERNATIVAS DE I M P A C T O					
P R O B A B I L I D A D	5	Muy Alto 100%	Alto	Alto	Alto	Alto	Extremo
	4	Alto 80%	Moderado	Moderado	Alto	Alto	Extremo
	3	Media 60%	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Extremo
	2	Bajo 40%	Bajo	Moderado	Moderado	Alto	Extremo
	1	Muy Bajo 20%	Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Extremo
Medición Impacto		Leve	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico	


Fuente: https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/34316499

- **Los Niveles de Riesgos** serán los siguientes

Extremo	Los riesgos que se ubiquen en esta zona superan los niveles de riesgo aceptado, la Alta Dirección debe establecer el tratamiento e informar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
Alto	Los riesgos que se ubiquen en esta zona superan los niveles de riesgo aceptado, el líder del proceso debe establecer el tratamiento e informar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
Moderado	Los riesgos que se ubiquen en esta zona superan los niveles de riesgo aceptado, el líder del proceso debe hacer seguimiento mediante procedimientos existentes.
Bajo	Los riesgos que se ubiquen en esta zona serán aceptados, el líder del proceso debe hacer seguimiento y llevar el registro correspondiente.

Fuente: https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/34316499

En el caso de los Riesgos de Corrupción, estos no pueden ser aceptados, en cumplimiento de la consigna “. tolerancia cero a los hechos de corrupción”. De igual manera, el análisis

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 26 de 44

de impacto se realizará teniendo en cuenta solamente los niveles “moderado”, “mayor” y “catastrófico”, dado que estos riesgos siempre serán significativos; en este orden de ideas, no aplican los niveles de impacto Bajo y Muy Bajo.

- **Los Criterios para definir los Niveles de Probabilidad del Riesgos** serán los siguientes

CRITERIOS PARA DEFINIR NIVEL DE PROBABILIDAD		
Criterios	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 5.000 veces por año.	100%


Fuente: https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/34316499

- **Los Criterios para definir el Nivel de Impacto del Riesgo** serán los siguientes

CRITERIOS PARA DEFINIR NIVEL DE MPACTO		
Criterio	AFECTACIÓN ECONÓMICA	REPUTACIONAL
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de algún área de la ESE
Menor 40%	Afectación Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la ESE internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y/o de proveedores
Moderado 60%	Afectación Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen Institucional con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Afectación 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.
Catástrfico 100%	Afectación Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la ESE a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

Fuente: https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/34316499

- **Criterios de análisis para estimar la probabilidad:**

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 27 de 44

Se analiza qué tan posible es que ocurra el riesgo, en términos de frecuencia o factibilidad, donde frecuencia implica analizar el número de eventos en un periodo determinado, se trata de hechos que se han materializado o se cuenta con un historial de situaciones o eventos asociados al riesgo; factibilidad implica analizar la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, se trata en este caso de un hecho que no se ha presentado pero es posible que suceda, a continuación se identifican los Criterios para calificar la probabilidad del riesgo.


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	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Al menos Una vez en el último año
3	Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento	Al menos Una vez en los últimos dos años
2	Improbable	El evento puede ocurrir en cualquier momento	Al menos Una vez en los últimos cinco años
1	Rara Vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (Poco común o anormales)	Más de Una vez al año

Fuente: https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/34316499

Criterios para hacer el análisis de Impacto: El impacto se debe analizar y calificar a partir de las consecuencias identificadas en la fase de descripción del riesgo

Criterios para calificar el impacto en riesgos de corrupción

No.	PREGUNTA: SI EL RIESGO DE CORRUPCIÓN SE MATERIALIZA PODRÍA:	PODRÍA	
		SÍ	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 la misión de la ESE?	X	
4	Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la ESE?		X
5	Generar pérdidas de recursos económicos?	X	
6	Generar pérdida de recursos económicos?	X	
7	Afectar la prestación del servicio?	X	
8	Dar lugar a detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicios, o recursos públicos?		X
9	Generar pérdidas de Información de la ESE?		X
10	Generar intervención de los órganos de control, de la fiscalía u otros ente?	X	
11	Dar lugar a procesos sancionatorios?	X	
12	Dar lugar a procesos disciplinarios?	X	

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA		Página: 28 de 44

13	Dar lugar a proceso fiscales?		X	
14	Dar lugar a procesos penales?			X
15	Generar pérdida de credibilidad del sector?			X
16	Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vida humana?			X
17	Afectar la imagen regional?			X
18	Afectar la imagen nacional?			X
19	Generar daño ambiental?			X
Responder afirmativamente de UNO a CINCO pregunta(s) genera un impacto moderado				
Responder afirmativamente de SEIS a ONCE pregunta(s) genera un impacto Mayor			1	
Responder afirmativamente de ONCE a DIECINUEVE pregunta(s) genera un impacto Catastrófico			0	
MODERADO	Genera Medianas consecuencias sobre la ESE			
MAYOR	Genera Altas consecuencias sobre la ESE			
CATASTRÓFICO	Genera consecuencias catastróficas sobre la ESE			


Fuente: https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2lJUBdeu/view_file/34316499

5.1 Puntos de Control y Responsabilidades frente al Riesgo


La responsabilidad está definida mediante las líneas de defensa y en la entidad se acogen según la siguiente Tabla:

– Responsabilidades de las Líneas de Defensa


Tipo de Riesgo	Zona de Riesgo	Responsabilidad frente al Riesgo
Línea Estratégica	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD), según MIPG.	<ul style="list-style-type: none"> •Asegurar la implementación y desarrollo de las políticas de gestión y directrices en materia de seguridad digital y de la información. • Definir el marco general para la gestión del riesgo y el control. • Recomendaciones de mejoras a la política de operación para la administración del riesgo.
	Comité institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI)	<ul style="list-style-type: none"> •Someter a aprobación del Gerente de la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA la política de administración del riesgo previamente estructurada, por la segunda línea de defensa de la ESE; hacer seguimiento para su posible actualización y evaluar su eficacia frente a la gestión del riesgo institucional. Se deberá hacer

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 29 de 44


		<p>especial énfasis en la prevención y detección de fraude y mala conducta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar la política de administración del riesgo por lo menos una vez al año para su actualización y validar su eficacia a la gestión del riesgo institucional. se deberá hacer especial énfasis en la prevención y detección de fraude y mala conducta. • Aprobar el marco general para la gestión del riesgo y el control. • Analizar los riesgos, vulnerabilidades, amenazas, que pongan en peligro el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes institucionales, metas, compromisos de la entidad y capacidades para prestar servicios. • Garantizar el cumplimiento de los planes de la entidad.
Primera Línea	Líderes de Procesos Servidores en general	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que al interior de su grupo de trabajo se reconozca el concepto de “administración de riesgo” la política, metodología y marco de referencia aprobado por la línea estratégica. • Identificar, valorar, evaluar y actualizar cuando se requiera, los riesgos que pueden afectar los objetivos, programas, proyectos y planes asociados a su proceso y realizar seguimiento al mapa de riesgo del proceso a cargo. • Delegar, por parte del líder del proceso, el (los) profesionales que se encargaran de la identificación, monitoreo, reporte y socialización de los riesgos. • Definir, adoptar, aplicar y hacer seguimiento a los controles para mitigar los riesgos identificados y proponer mejoras para su gestión. • Revisar el adecuado diseño y ejecución de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos y su documentación se evidencie en los procedimientos de los procesos. • Revisar de acuerdo con su competencia y alcance la documentación Institucional. • Desarrollar ejercicios de autocontrol para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles seleccionados para el tratamiento de los riesgos identificados y los planes de preparación ante posibles contingencias.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 30 de 44


		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la medición y análisis a la gestión efectiva de los riesgos. • Supervisar la ejecución de los controles aplicados por el equipo de trabajo en la gestión del día a día, detectar las deficiencias de los controles y determinar las acciones de mejora a que haya lugar. • Informar al Superior inmediato (segunda línea) sobre los riesgos materializados en los objetivos, programas, proyectos y planes de los procesos a cargo y aplicar las acciones correctivas o de mejora necesarias. • Revisar las acciones y planes de mejoramiento establecidos para cada uno de los riesgos materializados, con el fin de que se tomen medidas oportunas y eficaces. • En caso de la materialización de un riesgo no identificado, este debe ser gestionado e incluido en el mapa de riesgo institucional. <p>El líder del proceso debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar las acciones preventivas y registrar el avance junto con la evidencia de acuerdo con la periodicidad definida. • Analizar los resultados del seguimiento y establecer acciones inmediatas ante cualquier desviación. • Evaluar con el equipo de trabajo la responsabilidad y resultados de la gestión del riesgo, así como las desviaciones según el nivel de aceptación del riesgo al interior de su dependencia y las acciones a seguir. • Comunicar al equipo de trabajo los resultados de la gestión del riesgo. • Asegurar que se documenten las acciones de corrección o prevención en el plan de mejoramiento. • Revisar y actualizar el mapa de riesgos con el acompañamiento de la Segunda línea de defensa competente. <p>Los servidores en general deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar en el diseño de los controles que tienen a cargo • Ejecutar el control de la forma como está diseñado. • Proponer mejoras a los controles existentes.
--	--	--

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 31 de 44


		<ul style="list-style-type: none"> • El responsable del proyecto debe: • Realizar la identificación de los riesgos del proyecto. • Monitorear los riesgos identificados y controles definidos por la primera línea de defensa acorde con la estructura de los temas a su cargo. • Orientar a la primera línea de defensa para que identifique, valore, evalúe y gestione los riesgos y escenarios en los temas de su competencia. • Supervisar la implementación de las acciones de mejora o la adopción de buenas prácticas de gestión del riesgo asociado a su responsabilidad.
Segunda Línea	Oficina Asesora de Planeación/ o quien haga sus veces	Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, la definición de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo residual. <ul style="list-style-type: none"> • Identificar cambios en el apetito del riesgo en la ESE especialmente en aquellos riesgos ubicados en zona baja y presentarlos para aprobación del CICCI. • Capacitar al grupo de trabajo de cada dependencia en la gestión del riesgo como líder de la política de control interno. • Revisar el adecuado diseño de los controles para la mitigación de los riesgos que se han establecido por parte de la primera línea de defensa y realizar las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de estos. • Verificar que las acciones de control se diseñen conforme a los requerimientos y metodología que aplique. • Revisar el perfil de riesgo inherente y residual por cada proceso y pronunciarse sobre cualquier riesgo que este por fuera del perfil de riesgo residual aceptado por la ESE. • Hacer seguimiento al plan de acción establecido para la mitigación de los riesgos de los procesos. • Consolidar el mapa de riesgos institucional, riesgos de mayor criticidad frente al logro de los objetivos y presentarlo para análisis y seguimiento ante el (CIGD). • Presentar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno-CICCI el

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 32 de 44

		<p>resultado de la medición del nivel de eficacia de los controles para el tratamiento de los riesgos identificados en los procesos o proyectos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis, valoración y evaluación del riesgo. • Coordinar con los líderes de proceso el responsable de reporte de seguimiento a los riesgos, controles y planes de acción. • Informar a la primera línea de defensa la importancia de socializar los riesgos aprobados al interior de su proceso. • Comunicar a los líderes de proceso a través de los enlaces los resultados de la gestión del riesgo. • Consolidar el mapa de riesgos institucional a partir de la información reportada por cada uno de los procesos (mapa de riesgo del proceso). • Socializar y publicar el mapa de riesgos institucional. • Participar en los ejercicios de autoevaluación de la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles seleccionados para el tratamiento de los riesgos identificados. • Revisar las acciones y planes de mejoramiento establecidos para cada uno de los riesgos materializados, con el fin de que se tomen medidas oportunas y eficaces para evitar en lo posible que se vuelvan a materializar y lograr el cumplimiento a los objetivos. • Informar a la primera línea de defensa correspondiente (líder del proceso) la materialización de un riesgo no identificado, el cual debe ser gestionado y ser incluido en el mapa de riesgo institucional. • Supervisar en coordinación con los demás responsables de esta segunda línea de defensa, que la primera línea identifique, analice, valore, evalúe y realice el tratamiento de los riesgos, que se adopten los controles para la mitigación de los riesgos identificados y se apliquen las acciones pertinentes para reducir la probabilidad o impacto de los riesgos. • Monitorear los controles establecidos por la primera línea de defensa acorde con la
--	--	---

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 33 de 44

		<p>información suministrada por los líderes de procesos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar que la gestión de los riesgos este acorde con la presente política de la entidad y que sean gestionados por la primera línea de defensa. • Identificar cambios en el apetito del riesgo en la entidad, especialmente en aquellos riesgos ubicados en zona baja y presentarlos en el CICCI. El Profesional Responsable Coordinador de Defensa Jurídica tendrá el compromiso de identificar, analizar, valorar y evaluar los riesgos y controles asociados a su gestión con enfoque en la prevención del daño antijurídico. • Comunicar al equipo de trabajo a su cargo la responsabilidad y resultados de la gestión del riesgo. • Participar en los ejercicios de autoevaluación de la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles seleccionados para el tratamiento de los riesgos identificados.
Tercera Línea	Tercera Línea	<p>Proporcionará un aseguramiento, a través de la auditoría interna, sobre la efectividad del sistema de gestión de riesgos, validando que la línea estratégica, la primer línea y segunda línea de defensa cumplan con sus responsabilidades en la gestión de riesgos para el logro en el cumplimiento de los objetivos institucionales y de proceso, basado en el más alto nivel de independencia y objetividad sobre la efectividad del Sistema de Control Interno (SCI), para lo cual debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar los cambios en el Direccionamiento estratégico o en el entorno y cómo estos pueden generar nuevos riesgos o modificar los que ya se tienen identificados en cada uno de los procesos, con el fin de que se identifiquen y actualicen las matrices de riesgos por parte de los responsables. • Proporcionar aseguramiento objetivo sobre la eficacia de la gestión del riesgo y control, con énfasis en el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 34 de 44

		<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar aseguramiento objetivo en las áreas identificadas no cubiertas por la segunda línea de defensa. • Asesorar a la primera línea de defensa, en la identificación de los riesgos y diseño de controles. • Llevar a cabo el seguimiento a los riesgos y estrategias contenidas en los mapas de riesgos y planes de mejoramiento de conformidad con el Plan Anual de Auditoría y reportar los resultados al CICC. • Realizar seguimiento a la implementación de mejoras en la Prestación del servicio. • Recomendar mejoras a la política de operación para la administración del riesgo.
--	--	---

5.2 Tipología de riesgos

- **Riesgos estratégicos:** Riesgos estratégicos: posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los objetivos estratégicos de la organización pública y por tanto impactan toda la entidad.
- **Riesgos gerenciales:** Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los procesos gerenciales y/o la alta dirección.
- **Riesgos operativos:** Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los procesos misionales de la entidad.
- **Riesgos financieros:** Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los estados financieros y todas aquellas áreas involucradas con el proceso financiero como presupuesto, tesorería, contabilidad, cartera, central de cuentas, costos, etc.
- **Riesgos tecnológicos:** Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica (hardware, software, redes, etc.) de una entidad.
- **Riesgos de cumplimiento:** Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la situación jurídica o contractual de la organización debido a su incumplimiento o desacato a la normatividad legal y las obligaciones contractuales.
- **Riesgo de imagen o reputacional:** Posibilidad de ocurrencia de un evento que afecte la imagen, buen nombre o reputación de una organización ante sus clientes y partes interesadas
- **Riesgos de corrupción:** posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
- **Riesgos de seguridad digital:** Posibilidad de combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 35 de 44

orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.


Existe otra tipología de Riesgos asociados al objeto social de la ESE, como es:

- **Riesgo de Insatisfacción del Usuario:** Insatisfacción por no cumplir con las expectativas del Usuario, especialmente por fallas en la prestación del servicio.
- **Riesgos de Información:** Se asocia a la disponibilidad, confiabilidad e integridad de la información agregada y desagregada.
- **Riesgos de Integración:** Se refiere a la integración de sistemas, áreas, Centros, Puestos, etapas y elementos que se requieran coordinar para el desarrollo de un proyecto, o alcance de un objetivo Institucional.

5.3 Tipo de Actividades de Control

Las actividades de control, independientemente de la Tipología de riesgo a tratar, tendrán una adecuada combinación para prevenir que la situación de riesgo se origine y en caso de que la situación de riesgos se presente, esta debe ser detectada de manera oportuna. Se deben seleccionar actividades de control preventivas y detectivas que por sí solas ayuden a la mitigación de las causas que originan los riesgos. Las Actividades de Control pueden ser:

- **Actividades de Control Preventivas:** Controles que están diseñados para evitar un evento no deseado en el momento en que se produce. Este tipo de controles intenta evitar la ocurrencia de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos. Ante algunos Riesgos las actividades de control preventivas por sí solas pueden ayudar a la mitigación de las causas que originan el riesgo.
- **Actividades de Controles Detectivas:** Controles que están diseñados para identificar un evento o resultado no previsto después de que se haya producido. Buscan detectar la situación no deseada para que se corrija y se tomen las acciones correspondientes. Ante
- **Actividades de Control correctivo:** Controles que están diseñados para corregir el daño o Riesgo después de que se materializa el riesgo. Estos controles tienen costos implícitos, y su objetivo es prevenir que se vuelva a presentar el daño o Riesgo.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA		Página: 36 de 44

5.4 Evaluación de riesgos:

A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE).

- **Análisis preliminar (riesgo inherente):** se trata de determinar los niveles de severidad a través de la combinación entre la probabilidad y el impacto. Se definen 4 zonas de severidad en la matriz de calor (tal como se observa en la Tabla Matriz de calor (niveles de severidad del riesgo))
- **Matriz de calor (niveles de severidad del riesgo)**


NIVEL DE RIESGO									
Criterio			I M P A C T O				NIVELES DE RIESGO		
Probabilidad									
P R O B A B I L I D A	5	Muy Alto 100%	Alto	Alto	Alto	Alto	Extremo		
	4	Alto 80%	Moderado	Moderado	Alto	Alto	Extremo		Extremo
	3	Media 60%	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Extremo		Alto
	2	Bajo 40%	Bajo	Moderado	Moderado	Alto	Extremo		Moderado
	1	Muy Bajo 20%	Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Extremo		Bajo
		Medición Impacto	Leve	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico		

Fuente: https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/34316499

Cruzando los datos de probabilidad e impacto definidos se tiene: zona de riesgo alto y Extremo.

Para efectos de la evaluación del riesgo inherente, dependiendo de la calificación porcentual se mide lo siguiente:

- **Los Criterios para definir el nivel de impacto del Riesgos** serán los siguientes

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA		Página: 37 de 44

CRITERIOS PARA DEFINIR NIVEL DE PROBABILIDAD		
Crterios	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD	Probabilidad
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% M	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

Fuente: https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/34316499

- **Valoración de controles:** En primer lugar, conceptualmente un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Para la valoración de controles se debe tener en cuenta:
 - **La identificación de controles** se debe realizar a cada riesgo a través de las entrevistas con los líderes de procesos o servidores expertos en su quehacer. En este caso se aplica el criterio experto.
 - Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.

- **Estructura para la descripción del control:** Para una adecuada redacción del control se debe entender su tipología y atributos para su valoración. Teniendo en cuenta lo siguiente
 - El Responsable del Proceso o Actividad verifica que la información, hecho, proceso resultado o acción suministrada, ejecutada o vista corresponda con los requisitos del proceso expuesto al Riesgo.
 - A través de una lista de chequeo, o cualquier otro medio de uso común en el proceso de auditoría (Autocontrol, Supervisión, o Auditoría) que contenga el parámetro de evaluación o están los requisitos de información se cruce,

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 38 de 44

confronte o verifique contra la información física suministrada por el auditado.

Lo anterior teniendo en cuenta la Tipología de controles y los procesos (Preventivos, Detectivos y/o Correctivos contenidos en este Lineamiento, así como los atributos informativos del Control que pueden ser: Controles Documentados, sin documentar, continuo, aleatorio, con registro o sin registro y su medición dependerá del resultado de la medición de la Probabilidad e Impacto del control sobre el riesgo; Matriz de calor (niveles de severidad del riesgo).

Hay que tener en cuenta que el movimiento en la matriz de calor acorde con el tipo de control si son Preventivos y Detectivos disminuyen la Probabilidad del Riesgo y por ende el Control Correctivo.

- **Nivel de riesgo (Riesgo residual):** Es el resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente. Para la aplicación de los controles se debe tener en cuenta que los estos mitigan el riesgo de forma acumulativa, esto quiere decir que una vez se aplica la medición de uno de los controles, el siguiente control se aplicará con la medición resultante luego de la aplicación del primer control.
- **Resultados de la evaluación del diseño del control** El resultado de cada variable de diseño, a excepción de la evidencia, va a afectar la calificación del diseño del control, ya que deben cumplirse todas las variables para que un control se evalúe como bien diseñado. Resultados de la evaluación de la ejecución del control

Aunque un control esté bien diseñado, este debe ejecutarse de manera consistente, de tal forma que se pueda mitigar el riesgo. No basta solo con tener controles bien diseñados, debe asegurarse por parte de la primera línea de defensa que el control se ejecute. Al momento de determinar si el control se ejecuta, inicialmente, el responsable del proceso debe llevar a cabo una confirmación, posteriormente se confirma con las actividades de evaluación realizadas por auditoría interna o control interno.

Si el resultado de las calificaciones del control, o el promedio en el diseño de los controles, está por debajo de 96%, se debe establecer un plan de acción que permita tener un control o controles bien diseñados. Los criterios de calificación son:

- Fuerte Calificación entre 96 y 100: El control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 39 de 44

- Moderado Calificación entre 86 y 95, El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable. y
 - Débil Calificación entre 0 y 85: El control no se ejecuta por parte del responsable.
- En cuanto al análisis y evaluación de los controles para la mitigación de los riesgos y establecer su solidez, dado que la calificación de riesgos inherentes y residuales se efectúa al riesgo y no a cada causa, hay que consolidar el conjunto de los controles asociados a las causas, para evaluar si estos de manera individual y en conjunto ayudan al tratamiento de los riesgos, considerando tanto el diseño, ejecución individual y promedio de los controles.

En la evaluación del diseño y ejecución de los controles las dos variables son importantes y significativas en el tratamiento de los riesgos y sus causas, por lo que siempre la calificación de la solidez de cada control asumirá la calificación del diseño o ejecución con menor calificación entre fuerte, moderado y débil, así:

- Fuerte El promedio de la solidez individual de cada control al sumarlos y ponderarlos es igual a 100.
- Moderado El promedio de la solidez individual de cada control al sumarlos y ponderarlos está entre 50 y 99. y
- Débil El promedio de la solidez individual de cada control al sumarlos y ponderarlos es menor a 50.

6 MONITOREO Y REVISIÓN

Anualmente los líderes de proceso con sus respectivos equipos de trabajo, identifican y/o validan los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital asociados al logro de los objetivos de los procesos institucionales. Para ello, documentarán lo propio en las hojas de trabajo institucionales y podrán contar con el acompañamiento Institucional. Los riesgos que se identifiquen serán abordados conforme a lo dispuesto en este Lineamiento institucional, y en la medida en que sean controlados irán desapareciendo del Mapa de Riesgos.

Como medio para propiciar el logro de los objetivos, las actividades de control se orientan a prevenir y detectar la materialización de los riesgos. Por consiguiente, su efectividad depende, de qué tanto se están logrando los objetivos estratégicos y de proceso de la entidad. Le corresponde a la primera línea de defensa el establecimiento de actividades de control.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 40 de 44

El Gerente y los Subdirectores Administrativo y científico, respectivamente, en conjunto con sus equipos, deben monitorear y revisar periódicamente la gestión de riesgos de corrupción y si es el caso ajustarlo (primera línea de defensa). Le corresponde, igualmente, a la oficina de planeación adelantar el monitoreo (segunda línea de defensa), para este propósito se sugiere elaborar una matriz. Dicho monitoreo será en los tiempos que determine la entidad. Su importancia radica en la necesidad de llevar a cabo un seguimiento constante a la gestión del riesgo y a la efectividad de los controles establecidos. Teniendo en cuenta que la corrupción es, por sus propias características, una actividad difícil de detectar. Para tal efecto deben atender a los lineamientos y las actividades descritas en la primera y segunda línea de defensa de este documento.


- **Reporte de la gestión del riesgo de corrupción** De igual forma, se debe reportar en el mapa y plan de tratamiento de riesgos los riesgos de corrupción, de tal manera que se comuniquen toda la información necesaria para su comprensión y tratamiento adecuado
- **Seguimiento de riesgos de corrupción**

Seguimiento: 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.

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.

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. (Ver anexo 6. matriz de seguimiento a los riesgos de corrupción) En especial deberá adelantar las siguientes actividades:

- o **Verificar** la publicación del Mapa de Riesgos de Corrupción en la página web de la entidad. * Seguimiento a la gestión del riesgo.
- o **Revisión** de los riesgos y su evolución.
- o **Asegurar** que los controles sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma adecuada. Acciones a seguir en caso de materialización de riesgos de corrupción En el evento de materializarse un riesgo de corrupción, es necesario realizar los ajustes necesarios con acciones, tales como:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 41 de 44

- **Informar** a las autoridades de la ocurrencia del hecho de corrupción.
- **Revisar** el mapa de riesgos de corrupción, en particular, las causas, riesgos y controles.
- **Verificar** si se tomaron las acciones y se actualizó el mapa de riesgos de corrupción.
- **Llevar** a cabo un monitoreo permanente. La Oficina de Control Interno debe asegurar que los controles sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva. Las acciones adelantadas se refieren a:
 - Determinar la efectividad de los controles.
 - Mejorar la valoración de los riesgos.
 - Mejorar los controles.
 - Analizar el diseño e idoneidad de los controles y si son adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de corrupción.
 - Determinar si se adelantaron acciones de monitoreo.
 - Revisar las acciones del monitoreo.

6.1 Seguimiento a las Acciones de control del Riesgo en cada Proceso

Según la periodicidad definida para cada riesgo, se verificará el cumplimiento de las acciones, analizando los resultados dejando evidencia del avance, así como las observaciones frente a las desviaciones para establecer las acciones inmediatas para su control preventivo, detectivo o correctivo.

- Se documentarán las acciones de corrección o prevención en el plan de mejoramiento,
- Se actualizará el Mapa de Riesgo anualmente teniendo en cuenta el resultado de las evaluaciones de las acciones y/o ubicación del riesgo.

Para el **Tratamiento del Riesgo**, se puede identificar entre los siguientes criterios teniendo en cuenta su valoración:

- **Aceptar el riesgo:** No se adopta ninguna medida que afecte la Probabilidad o el impacto del riesgo (Ningún Riesgo de Corrupción podrá ser aceptado).
- **Reducir el riesgo:** Se adoptan medidas para reducir la Probabilidad o el Impacto del riesgo, o ambos, por lo general conlleva a la implementación de Controles. 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

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 42 de 44

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.


- **Evitar el riesgo:** Se adoptan las actividades que dan lugar al riesgo, es decir, no iniciar o no continuar con la actividad que lo provoca. Cuando los escenarios de riesgo identificado se consideran demasiado extremos se puede tomar una decisión para evitar el riesgo.

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:** Se reduce la Probabilidad o el Impacto del riesgo, 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. 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.


6.2 Tratamiento ante los riesgos materializados

Es la respuesta establecida por la primera línea de defensa para la mitigación de los diferentes riesgos, incluyendo aquellos relacionados con la corrupción. A la hora de evaluar las opciones existentes en materia de tratamiento del riesgo, y partiendo de lo que establezca la política de administración del riesgo, los dueños de los procesos tendrán en cuenta la importancia del riesgo, lo cual incluye el efecto que puede tener sobre la entidad, la probabilidad e impacto de este y la relación costo-beneficio de las medidas de tratamiento. Pero en caso de que una respuesta ante el riesgo derive en un riesgo residual que supere los niveles aceptables para la dirección se deberá volver a analizar y revisar dicho tratamiento. En todos los casos para los riesgos de corrupción la respuesta será evitar, compartir o reducir el riesgo. El tratamiento o respuesta dada al riesgo, se enmarca en las siguientes categorías:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 43 de 44

- **Responsabilidad y Gestión de las líneas de defensa ante los riesgos materializados**

Tipo de Riesgo	Zona de Riesgo	Nivel de Aceptación	Periodicidad
Riesgos de Gestión (Procesos, Proyectos, Planes o Metas)	Baja	Se ASUMIRÁ el riesgo y se administra y controla por medio de las actividades propias del proceso asociado a los reportes de ley periódicos para evaluar su desempeño.	Trimestral
Riesgos de Gestión (Procesos, Proyectos, Planes o Metas)	Moderada	Se establecen acciones de control preventivas que permitan REDUCIR la probabilidad de ocurrencia del riesgo, se hace seguimiento PERIÓDICO y se registran sus avances.	Bimensual
	Alta y Extrema	Se debe incluir el riesgo tanto en el Mapa de riesgo del Proceso como en el Mapa de Riesgo Institucional y se establecen acciones de Control Preventivas que permitan MITIGAR la materialización del riesgo. Se monitorea PERIODICAMENTE .	Mensual
Riesgos de Corrupción	Baja	Ningún riesgo de corrupción podrá ser aceptado, su seguimiento será periódico para evitar su materialización.	Trimestral
	Moderada	Se establecen acciones de control preventivas que permitan REDUCIR la probabilidad de ocurrencia del riesgo. Con seguimiento periódico para evitar su materialización.	Bimensual
	Alta y Extrema	Se adoptan medidas para: REDUCIR la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos; obligando a la implementación de controles. EVITAR Se desautorizan las actividades que dan lugar al riesgo, prohibiendo iniciar o continuar con la actividad que causa el riesgo. TRANSFERIR O COMPARTIR una parte del riesgo para reducir la probabilidad o el impacto del mismo, con seguimiento periódico para evitar su materialización.	Mensual

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2022
		PROCESO: Direccionamiento Estratégico
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Página: 44 de 44

6.3 Estrategias de Comunicación e Información

Las estrategias de comunicación, socialización o divulgación utilizados para dar a conocer la Política de Administración de Riesgos contenida en este Lineamiento, cubrirá todos los niveles de la ESE, acorde con lo dispuesto en el MIPG; Dimensión 5: Información y comunicación, haciendo uso de ayudas tecnológicas para socialización virtual, en carteleras, correos Institucionales, Página Web de la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, con el fin de construir una relación de confianza entre la ESE y sus Grupos de valor, coadyuvando así el fortalecimiento de los controles institucionales, en las distintas etapas de la gestión del riesgo para:

- Identificar puntos críticos sobre los procesos Misionales, Estratégicos y de Apoyo que permitan mejorar la presentación del servicio y satisfacer las necesidades de los ciudadanos.
- Realizar una valoración sobre la probabilidad e impacto de los riesgos para determinar el nivel de riesgo al que está expuesta la ESE.
- Diseñar y ejecutar controles que atiendan la(s) causa(les) que generan los riesgos.

7 MAPA DE RIESGOS

Los riesgos identificados y priorizados en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, se integran en el Mapa de Riesgos de la vigencia 2022, sobre los cuales la Alta Gerencia orientará su accionar para controlar su ocurrencia y mitigar su impacto cuando ello se presente. Este cubre todos los Procesos de las áreas estratégicas, administrativas, asistenciales y de Control, incluyendo en la matriz los riesgos de gestión, riesgo de corrupción y riesgos de seguridad digital, entre otros.

P/D: Original Firmado
HOLMER ENRIQUE JIMENEZ DITTA
Gerente

Proyectó:
Inés Margarita Ospino Rodríguez
Apoyo MIPG