TRD. 300.29

RESOLUCIÓN No 187 DEL 03 DE OCTUBRE DE 2022

"Por la cual se Actualiza la Política de Administración del Riesgo Hospital del Sarare E.S.E."

EL GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL DEL SARARE
en uso de sus facultades y

CONSIDERANDO:

Que el Hospital del Sarare Empresa Social del Estado, es una entidad pública descentralizada de Orden Departamental, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 194 de la ley 100 de 1993 y la Ordenanza Nro. 03E de 1997, en su artículo 1° y Ordenanza 07E de 2008, que modifica los artículos 3 y 4 y el parágrafo 7 de la ordenanza 03E/97.

Que la Ley 87 de 1993; Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones. (Modificada parcialmente por la Ley 1474 de 2011). Artículo 2 Objetivos del control interno: literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f). Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos

Que en el decreto 2145 de 1999, se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones.

Que la ley 1474 de 2011, establece el Estatuto Anticorrupción. Artículo 73. "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano" que deben elaborar anualmente todas las entidades, incluyendo el mapa de riesgos de corrupción, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

Que el Decreto 1499 de 2017 actualizó el Modelo para el orden nacional e hizo extensiva su implementación diferencial a las entidades territoriales. El nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG articula el nuevo Sistema de Gestión, que integra los anteriores sistemas de Gestión de Calidad y de Desarrollo Administrativo, con el Sistema de Control Interno. El objetivo

TRD. 300.29

principal de esta actualización es consolidar, en un solo lugar, todos los elementos que se requieren para que una organización pública funcione de manera eficiente y transparente, y que esto se refleje en la gestión del día a día que debe atender a las 16 Políticas de Gestión y Desempeño

Que la CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 de la Supersalud "Por la cual se imparten instrucciones generales Relativas al código de conducta y de buen gobierno Organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus Subsistemas de administración de riesgos".

Que la Dimensión de Direccionamiento estratégico y Planeación del MIPG requiere que se Fortalezca la gestión del riesgo a partir del desarrollo de las otras dimensiones del modelo

Que la entidad Hospital del Sarare ESE; en cumplimiento del marco legal, ha elaborado la Política de Administración del Riesgo; bajo un esquema integral, sistemático y normativo; con el propósito de minimizar los riegos que afectan los procesos y el cumplimiento de los objetivos

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Actualizar la política de Administración de Riesgos del Hospital del Sarare E.S.E.

Artículo 2. Compromiso. El Hospital del Sarare ESE consciente de la existencia de situaciones de riesgo que afectan el cumplimiento de los objetivos institucionales se compromete a realizar la gestión de los riesgos de acuerdo con la metodología definida, priorizando aquellos que impiden el cumplimiento de la misión y objetivos estratégicos de la entidad y aquellos que ponen en riesgo la estabilidad financiera de la Entidad.

Artículo 3. Alcance de la Política. Aplica para los riesgos:

Riesgos Estratégicos.
Riesgos Gerenciales.
Riesgos Operacionales.
Riesgos Actuariales.
Riesgos de Crédito.
Riesgos en salud.

TRD. 300.29

Riesgos de Liquidez.
Riesgos de Fallas de Mercado.
Riesgos Financieros.
Riesgos Tecnológicos.
Riesgos de Cumplimiento.
Riesgos de imagen o reputación.
Riesgo de Corrupción, Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/F.
Riesgos de Seguridad digital.

Que se puedan identificar en los procesos y subprocesos implementados en el Hospital del Sarare E.S.E, por medio del desarrollo de las responsabilidades de los servidores públicos durante el ejercicio de los procesos, programas y proyectos, al igual para la Junta Directiva de la E.S.E., Clientes, Proveedores, Contratistas, Aliados Estratégicos y demás terceros que puedan tener vínculos comerciales con el Hospital del Sarare E.S.E.

Artículo 4. Términos y Definiciones.

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 operacionales: probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

Riesgo Actuarial. posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global

TRD. 300.29

Riesgo de Crédito. posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones.

Riesgos en Salud. probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. **(riego técnico de Morbilidad evitable)**

Riesgos de Liquidez: posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).

Riesgos de Fallas del Mercado: posibilidad que la estructura del mercado de salud genere pérdidas en el bienestar y beneficios de la entidad. Ejemplos: mercado monopólico u oligopólico; prácticas de competencia desleal (como lo son la selección de riesgo, barreras de acceso a los servicios, entre otros).

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 reputación: posibilidad de toda acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de una entidad, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad. Tal publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede disminuir la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o los ingresos, entre otros.

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

Artículo 5. Responsabilidades. Para llevar a cabo el cumplimiento de la presente política se designan los siguientes roles y responsabilidades de la Administración de Riesgos en la Entidad:

Línea Estratégica:

De la junta directiva

- Adoptar la Política de Gestión de Riesgos y establecer los mecanismos y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de dichas políticas y de las normas que le son aplicables al proceso de gestión de cada riesgo inherente.
- Revisar como mínimo una vez al año la Política de Gestión de Riesgos, con el fin de actualizarlas a las condiciones particulares de cada entidad y a las del mercado en general. Tanto la aprobación como las modificaciones que se efectúen a dichas políticas, deben tener constancia en acta, de la Junta Directiva.
- Definir un Plan de Continuidad del Negocio en cuanto a los riesgos que afecten la operación en condiciones normales de la entidad.

Responsabilidades del Gerente

Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a cargo del Representante Legal:

- Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva.

- Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de control Interno, en los casos que aplique, y mantener informada a la Junta Directiva.
- Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.
- Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de Control Interno equivalente sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la entidad y los controles realizados, además de los informes presentados por la Revisoría Fiscal. Lo anterior debe plasmarse en un informe a la Junta Directiva o, quien haga sus veces, y hacer énfasis cuando se presenten situaciones anormales como mínimo en algún riesgo prioritario o existan graves incumplimientos a las políticas, procesos y procedimientos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.
- Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tengan relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la entidad tanto interna como externamente, para identificar y controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.
- Informar de manera oportuna mediante Oficio a la Superintendencia Nacional de Salud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente o prevea que pueda presentarse como mínimo en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la entidad para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.

Responsabilidades del Comité de Gestión y desempeño

- Apoyar en el diseño de las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto.
- Sugerir al Comité de Control Interno, en los casos que aplique, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.

- Proponer al Comité de Control Interno, en los casos que aplique, el manual de procesos y procedimientos, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos. Asimismo, velar por su actualización, divulgación y apropiación en todos los niveles de la organización y su operatividad.
- Monitorear e informar al Comité de Control interno, en los casos que aplique, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

El **Comité Institucional de Coordinación de Control Interno** tiene la responsabilidad de:

- Someter a aprobación del representante legal Hospital del Sarare ESE la política de administración del riesgo previamente estructurada por parte de la Oficina Asesora de Planeación, como segunda línea de defensa en la entidad.
- Hacer seguimiento para su posible actualización y evaluar su eficacia frente a la gestión del riesgo institucional.
- Analizar los cambios en el entorno (contexto interno y externo) que puedan tener un impacto significativo en la operación de la entidad y que puedan generar cambios en la estructura de riesgos y controles
- Realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales.
- Velar por el adecuado diseño e implementación de los controles a los diferentes riesgos para mitigar su impacto, en todos los niveles de la organización y su operatividad.
- Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- Apoyar a las áreas en la identificación y evaluación de los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes.
- Monitorear las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la entidad, de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 o las normas que la sustituyan o modifiquen.
- Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
- Participar en el diseño y desarrollo como mínimo de los programas de capacitación sobre los riesgos identificados y velar por su cumplimiento.

TRD. 300.29

- Analizar los informes presentados por la Auditoría Interna o quien haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

1ª Línea de Defensa: Los **gerentes públicos** y **líderes de los procesos**, tienen la responsabilidad de:

- Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar los programas, proyectos, planes y procesos a su cargo y actualizarlos de acuerdo al tiempo establecido en el artículo 7.
- Diseñar, implementar y monitorear los controles, además de gestionar de manera directa en el día a día los riesgos de la entidad.
- Orientar el desarrollo e implementación de políticas y procedimientos internos y asegurar que sean compatibles con las metas y objetivos de la entidad y emprender las acciones de mejoramiento para su logro.
- Desarrollar ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles
- Informar a la oficina de planeación (segunda línea) sobre los riesgos materializados en los programas, proyectos, planes y/o procesos a su cargo
- Reportar en el SGI los avances y evidencias de la gestión de los riesgos a cargo del proceso asociado

2ª Línea de Defensa: La Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces, tiene la responsabilidad de:

- Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo
- Consolidar el Mapa de riesgos institucional (riesgos de mayor criticidad frente al logro de los objetivos) y presentarlo para análisis y seguimiento ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Comité de Gestión y Desempeño Institucional
- Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis y valoración del riesgo

- Monitorear la gestión de riesgo y controles ejecutados por la primera línea de defensa, complementando su trabajo.

3ª Línea de Defensa. La Oficina de Control Interno tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar información sobre la efectividad del S.C.I., a través de un enfoque basado en riesgos, incluida la operación de la primera y segunda línea de defensa.
- Asesorar de forma coordinada con la Oficina de Planeación, a la primera línea de defensa en la identificación de los riesgos institucionales y diseño de controles
- Evaluar en forma independiente el componente Administración de riesgos, como parte integral del Sistema de Control Interno y el cumplimiento y efectividad de las políticas de riesgos.

Todos los Servidores y funcionarios Públicos del Hospital del Sarare, son responsables de la reducción de los riesgos y deben velar por la eficacia de los controles integrados en los procesos/subprocesos, actividades y tareas a su cargo.

Artículo 6. Tratamiento. Para el tratamiento de los riesgos se utilizan diferentes medidas de respuesta, que se aplican de acuerdo con la frecuencia y/o gravedad del riesgo evaluado, las características de cada medida, el análisis de costo-beneficio y los siguientes lineamientos:

1. Aceptar: sólo se asumen o aceptan los riesgos cuya frecuencia es calificada como baja y su gravedad leve. Excepto los riesgos de corrupción y LA/FT que son inaceptables.

2. Reducir: Los riesgos cuya frecuencia es media o alta deben ser reducidos a través del diseño de medidas de *prevención* para disminuir la probabilidad de su ocurrencia. Los riesgos cuya gravedad es Alta o catastrófica deben ser reducidos con el diseño de medidas de *protección*, las cuales contribuyan a disminuir la gravedad de los efectos que ellos pueden acarrear a la Entidad en caso de su materialización.

En los eventos en los cuales la gravedad del riesgo es moderada, se debe hacer un análisis del costo y del beneficio de esta opción, antes de tomar el seguro.

3. Evitar o eliminar: todo riesgo cuya frecuencia es alta y su gravedad catastrófica debe ser evitado. En este caso se debe eliminar la actividad que genera el riesgo cuando la Constitución

y las normas lo permitan. De lo contrario, se deben tomar todas las medidas de tratamiento posibles para su manejo.

Para todos los riesgos calificados como catastróficos, se deben diseñar planes de emergencia (si existe la posibilidad de daño a personas o a bienes) o de contingencia (si sólo hay afectación del servicio) como medio de protección, para disminuir los efectos que se produzcan por su ocurrencia. Estos planes deben responder al siguiente orden de prioridad en la protección de los recursos:

1. Las personas
2. La información
3. Los bienes
4. El medio ambiente
5. Los recursos financieros
6. La imagen institucional

Artículo 7. Implementación. Para realizar la gestión del riesgo, el Hospital del Sarare E.S.E aplicará la metodología establecida en la Guía para la administración del riesgo establecida por el Departamento Administrativo de Función Pública, y las demás que se encentren estipuladas en las normas hospitalarias, que se encuentran adoptadas en el Manual Institucional para la Administración del Riesgo (DIR-01-M03), manual del de SALAFT y SICOF (DIR-01-M04), así mismo se requiere su implementación para la formulación de los planes de auditoría.

Para el diseño de controles en los procesos, debe tenerse en cuenta los siguientes lineamientos:

1. Debe tener definido el responsable de llevar a cabo la actividad de control.

2. Debe tener una periodicidad definida para su ejecución.

3. Debe indicar cuál es el propósito del control.

4. Debe establecer el cómo se realiza la actividad de control.

5. Debe indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.

6. Debe dejar evidencia de la ejecución del control.

En cuanto a la relación del beneficio costo de los controles se debe tener en cuenta:

1. Preferir entre dos controles, el que ofreciendo el mismo beneficio que el otro, incurra en un menor costo.

2. Preferir entre dos controles el que, teniendo igual costo preste un mayor beneficio.

3. Preferir entre dos controles que tengan igual costo y beneficio, el que sea más fácil de implementar.

Artículo 8. Seguimiento y Actualización. La actualización de los mapas de Riesgos se realizará anualmente, y serán elaborados por la primera línea de defensa de la entidad.

El seguimiento y monitoreo de las acciones definidas para el tratamiento de los riesgos se realizarán con una periodicidad Cuatrimestral, por la segunda y tercera línea de defensa respectivamente.

El proceso de Administración de Riesgos requiere ser documentado en todas sus etapas, por lo cual se contará con un sistema de información que lo soporte y permita su manejo, actualización y consulta.

Artículo 9. Evaluación. La oficina de Control Interno, mediante seguimiento a los avances en la implementación de las acciones o auditorías internas, realizará la evaluación cuatrimestralmente de los controles establecidos para evitar que los riesgos se materialicen, así como de las acciones preventivas o correctivas establecidas por los líderes de procesos que hacen parte del sistema integrado de gestión.

Artículo 10. Comunicación y Consulta. Con el propósito de contribuir a que la gestión del riesgo se convierta en parte integral del desarrollo de los procesos del Sistema Integrado de Gestión, la comunicación y divulgación de los Riesgos y los controles definidos para su gestión, estará bajo la responsabilidad de los gerentes públicos y Líderes de proceso, como primera línea

TRD. 300.29

de defensa, socializar a todos los funcionarios bajo su cargo, los riesgos identificados en cada proceso y los controles a implementar.

El proceso de Administración de Riesgos requiere ser documentado en todas sus etapas, por lo cual se contará con un sistema de información que lo soporte y permita su manejo, actualización y consulta. La información relacionada se encontrará en la intranet/carpeta calidad/Planeación \\192.168.1.4\CapetaCalidadVersion01\01. PROCESOS ESTRATÉGICOS\1.DIR-DIRECCIÓN\1.DIR-00- PLANEACION\12. Mapas de riesgo

Artículo 11. Vigencia. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

COMUNIQUESE, PUBIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Saravena- Arauca, el 03 de octubre de 2022

CARLOS ALBERTO SANCHEZ ARANGO
Gerente

Digitó, proyectó Jhonatan Solano Carrillo
Asesor de Planeación.
Revisó, Yimmy Alberto Rangel Soto
Asesor Jurídico