



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 800231215-1

*Evolucionamos pensando en usted*

Vigilado:  
**Supersalud**  
Por la defensa de los derechos de los usuarios

**Ministerio de la Protección Social**  
Departamento de Arauca

TRD. 300.29

## RESOLUCION No101 DEL 16 DE MAYO DE 2019

*"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 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 en el de decreto 1599 de 2005, se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano y se presenta el anexo técnico del MECI 1000:2005. 1.3 Componentes de administración del riesgo.

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

**TRD. 300.29**

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 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 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 riesgos 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.

**Artículo 3. Alcance de la Política.** Aplica para los riesgos Estratégicos, Operacionales, de Corrupción, Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LAVFT, y Riesgo 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

**TRD. 300.29**

durante el ejercicio de sus empleos, 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. Política de Administración del Riesgo.** La Alta Dirección se compromete a liderar y apoyar la Administración de Riesgos en todos los procesos, programas, proyectos, y/o áreas del Hospital del Sarare E.S.E, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos institucionales y satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y grupos de Interés.

**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:** 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

**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.

**TRD. 300.29**

- 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.

**TRD. 300.29**

**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.

**4. 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



**TRD. 300.29**

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, la cual se encuentra adoptada en el Manual Institucional para la Administración del Riesgo (PLA-00-M03)

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.** El seguimiento y monitoreo de los controles se realizarán con una periodicidad Cuatrimestral.

La actualización de los mapas de Riesgo se realizará anualmente.



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 800231215-1

Vigilado:  
**Supersalud**  
Por la defensa de los derechos de los usuarios

**Ministerio de la Protección Social**  
Departamento de Arauca

*Evolucionamos pensando en usted*

**TRD. 300.29**

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 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

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

**COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en Saravena, Arauca, el 16 de Mayo de 2019

**NESTOR BASTIANELLI RAMIREZ**  
Gerente

Proyectó,  
Digitó

**JHONATAN SOLANO CARRILLO**  
P.U Planeación

