



**RESOLUCIÓN No 205**  
**(29 de Agosto de 2024)**

**“Por la cual se Actualiza la Política de Administración del Riesgo Hospital del Sarare E.S.E y deroga la Resolución No 187 del 2022”**

**EL GERENTE DEL HOSPITAL DEL SARARE ESE**

En ejercicio de sus facultades legales y en especial de las que le confiere el Decreto No 505 del 22 de marzo del 2024 y acta de posesión No 051 del 01 de abril de 2024, ambos actos administrativos emanados del Despacho del Señor Gobernador del departamento de Arauca 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 párrafo 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, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública, 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 tramites y los mecanismos para la mejorar la atención al ciudadano.

Que el decreto 1083 de 2015 por medio del cual se expide el Decretó Único Reglamentario del Sector de Función Pública.

Que el 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, actualizó el Modelo para

TRD 300.29

Res 205/2024 Política de Riesgos

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 de manera eficiente y transparente, y que esto se refleje en la gestión del día a día que debe atender las políticas de Gestión y desempeño.

Que la CIRCULAR EXTERNA 2021170000004-5 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 Sistemas de Administración de Riesgos”.

Que la Ley 2195 del 2022 por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones.

Que el Hospital del Sarare ESE mediante Resolución No 187 del 03 de octubre del 2022 actualizó la política de Administración del Riesgo.

Que la Dirección de Gestión y desempeño Institucional Función Pública expidió en noviembre del 2022 la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de Controles en entidades públicas Versión 6. Esta guía pone a disposición de las entidades la metodología para la administración del riesgo que incorpora el capítulo relacionado con riesgo fiscal, el capítulo incluye la presentación paso a paso para la gestión de riesgo fiscal (Identificación, análisis y elaboración) que debe vincularse al análisis general de los riesgos institucionales, a fin de contar con un esquema integral que facilite su seguimiento por parte de los líderes del proceso.

Que el Hospital del Sarare ESE mediante Resolución No 141 del 27 de Julio del 2023 creó el comité de gestión integral de riesgo.

Que el Hospital del Sarare ESE mediante Resolución No 204 del 28 de agosto del 2024 actualizó el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

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 el 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.

Que, en cumplimiento de las disposiciones enunciadas, es necesario actualizar la política de Administración del Riesgo del Hospital del Sarare ESE.

## RESUELVE

**ARTICULO 1. Objeto:** Actualizar la Política de Administración de Riesgos del Hospital del Sarare E.S.E.

**ARTICULO 2: Compromiso.** El Hospital del Sarare ESE establece el compromiso frente a la identificación, valoración, tratamiento, control de los riesgos que influyen los resultados de la gestión y afectan el cumplimiento de la misión, objetivos estratégicos de la entidad y aquellos que ponen en riesgo la estabilidad financiera de la entidad, a través de una cultura organizacional en función del pensamiento basado en riesgo, involucrando el ámbito estratégico, las líneas de defensa y a todas las partes interesadas de la entidad.

**ARTICULO 3. Alcance de la Política.** Aplica para los riesgos:

- ✓ Riesgos Estratégicos
- ✓ Riesgos Operacionales
- ✓ Riesgos Actuariales
- ✓ Riesgos de Crédito
- ✓ Riesgos en Salud
- ✓ Riesgos de Liquidez
- ✓ Riesgos de Fallas de Mercado
- ✓ Riesgos Financieros
- ✓ Riesgos Tecnológicos
- ✓ Riesgos de Cumplimiento
- ✓ Riesgos de imagen o Reputación.
- ✓ Riesgos de Corrupción, Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/F.
- ✓ Riesgos de Seguridad Digital
- ✓ Riesgo de seguridad de la información
- ✓ Riesgos fiscales

**Parágrafo 1.** La política será aplicable a todos los procesos y subprocesos del Hospital del Sarare ESE, a los planes, programas, proyectos de acuerdo con cada tipo y clasificación de riesgo, de acuerdo a las responsabilidades definidas en las tres líneas de defensa y al igual para los usuarios, funcionarios, Proveedores, Contratistas, Aliados Estratégicos y demás partes interesadas del Hospital del Sarare E.S.E.

**ARTICULO 4. Términos y Definiciones.**

**Riesgos Estratégicos:** posibilidad de ocurrencia de eventos que afectan los objetivos estratégicos de la organización pública y por tanto impactan toda la entidad.

**Riesgos Operacionales:** probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuadas o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la

TRD 300.29

Res 205/2024 Política de Riesgos

infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

**Riesgos Actuariales:** 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).

**Riesgos 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 viene y servicios que hubiera podido evitarse. (riesgo 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 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; práctica 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 (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 normalidad 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, Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/F:** posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.



TRD 300.29

Res 205/2024 Política de Riesgos

**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.

**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 fiscal:** Es el efecto dañoso sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial.

**ARTICULO 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:

**Tabla 1. Responsabilidades de las Líneas de Defensa y Comités institucionales**

LÍNEAS DE DEFENSA	RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD FRENTE AL RIESGO
Línea Estratégica	Alta Dirección	<p>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.</p> <p>Emitir, revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de control interno, gestión del riesgo, seguimiento a la gestión y auditoría interna para toda la entidad.</p> <p>Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de las acciones a tomar del programa PTEE</p> <p>Supervisar el cumplimiento de los planes y programas definidos para la Empresa Social.</p> <p>Asignar los recursos suficientes para el desarrollo de la gestión del riesgo.</p>
	Representante Legal (CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021)	<p>Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva.</p> <p>Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos u Órgano equivalente, en los casos que aplique, y mantener informada a la Junta Directiva.</p> <p>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.</p> <p>Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de Riesgos sobre el grado de</p>

TRD 300.29

Res 205/2024 Política de Riesgos

		<p>exposición de riesgos asumidos por la entidad y los controles. Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
	<p>Comité de gestión integral del riesgo</p>	<p>Evaluar y formular a la Junta Directiva las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto, presentadas y diseñadas por el área de gestión del riesgo, así mismo la actualización a las que haya lugar.</p> <p>Velar por el efectivo, eficiente, oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión del riesgo.</p> <p>Evaluar y formular a la Junta Directiva, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.</p> <p>Evaluar y proponer a la Junta Directiva, el Manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Sistemas de Administración de Riesgos.</p> <p>Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las Operaciones que realiza el Hospital del Sarare ESE.</p> <p>Evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, presentar a la Junta Directiva y al Representante legal las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes, presentadas y diseñadas por el área de gestión del riesgo.</p> <p>Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por el Hospital oficialmente reconocido en la cual esta pertenezca.</p> <p>Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta directiva.</p>



TRD 300.29

Res 205/2024 Política de Riesgos

		<p>Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos:</p> <p>El comportamiento y los niveles de exposición del Hospital del Sarare a cada uno de los riesgos (como mínimo los riesgos prioritarios), así como las operaciones objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing).</p> <p>Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgos previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados.</p> <p>Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieren frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionado con el Sistema integrado de Gestión del Riesgo.</p>
	<p>Comité de Gestión y desempeño</p>	<p>Adelantar y promover acciones permanentes de autodiagnóstico para facilitar la valoración interna y el mejoramiento de la gestión, el desempeño institucional, así como la simplificación y racionalización de procedimientos y reportes de información.</p> <p>Asegurar la implementación y desarrollo de las políticas de gestión y desempeño, las directrices en materia de racionalización y automatización de trámites y las de seguridad digital de la información.</p> <p>Realizar seguimiento a la gestión de los procesos a través de los Planes Operativos anuales, cumplimiento de las metas de los indicadores estratégicos y financieros, ejecución presupuestal y la ejecución de actividades del MIPG.</p> <p>Proponer acciones de mejora ante las desviaciones detectadas, asesorando a la gerencia en la toma de decisiones.</p> <p>Proponer estrategias para la debida operación y evaluación del modelo MIPG y del cumplimiento permanente de sus principios.</p>
	<p>Comité Institucional de Coordinación de Control</p>	<p>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. Se deberá hacer especial énfasis en la prevención y detección de fraude y mala conducta.</p> <p>Proporcionar información para conocer si el Sistema de Control Interno se encuentra presente y funcionando efectivamente.</p> <p>Coordinar y asesorar el diseño de estrategias y políticas orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional, de conformidad con las normas vigentes y las características de cada organismo o entidad.</p>

TRD 300.29

Res 205/2024 Política de Riesgos

		<p>Impartir los lineamientos para la determinación, implantación, adaptación, complementación y mejoramiento permanente del Sistema de Control Interno.</p> <p>Verificar la efectividad del sistema de control interno para procurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control este asociado a todas las actividades de la organización y que se apliquen los mecanismos de participación ciudadana, conforme a las directrices dadas por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno.</p> <p>Evaluar, decidir y adoptar oportunamente las propuestas de mejoramiento del sistema de control interno que presente en sus informes la Oficina de Control Interno.</p> <p>Analizar los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones que presente el jefe de control interno de la entidad, a fin de determinar las mejoras a ser implementadas en la entidad.</p> <p>Definir mejoras en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión implementado por la entidad, con especial énfasis en las actividades de control establecidas en todos los niveles de la organización, información que deberá ser suministrada al Comité de Gestión y Desempeño para su incorporación.</p> <p>Analizar las recomendaciones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño en relación con las políticas de gestión y desempeño que puedan generar cambios o ajustes a la estructura de control de la entidad</p>
Primera línea	Líderes de procesos  Responsables del proyecto, programa, plan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los servidores tienen la responsabilidad frente a la aplicación efectiva de los controles por lo que se trata de un seguimiento permanente.</li> <li>• 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.</li> <li>• Diseñar, implementar y monitorear los controles, además de gestionar de manera directa en el día a día los riesgos de la entidad.</li> <li>• 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.</li> <li>• Desarrollar ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles</li> <li>• Informar a la oficina de planeación (segunda línea) sobre los riesgos materializados en los programas, proyectos, planes y/o procesos a su cargo</li> <li>• Reportar en el SGI los avances y evidencias de la gestión de los riesgos a cargo del proceso asociado</li> </ul>
Segunda Línea	Oficina Asesora de Planeación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Periódicamente hacer un seguimiento a todos los riesgos, permitiendo que se generen recomendaciones y posibles ajustes a los mapas de riesgos, de manera tal que la primera línea pueda establecer mejoras a los riesgos y controles.</li> <li>• Garantizar la aplicación efectiva de controles, esto implica ejercicios de asesoría y acompañamiento a los líderes de procesos y sus equipos para la mejora continua.</li> <li>• 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</li> </ul>

TRD 300.29

Res 205/2024 Política de Riesgos

		<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis y valoración del riesgo</li> <li>Monitorear la gestión de riesgo y controles ejecutados por la primera línea de defensa, complementando su trabajo.</li> </ul>
Tercera Línea	Oficina de Control interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>A través de sus procesos de seguimiento y evaluación, especialmente a través de la auditoría interna establecer la efectividad de los controles para evitar la materialización de riesgos</li> <li>En el marco del Plan anual de auditoría proponer esquemas de asesoría y acompañamiento a la entidad, actividad coordinada con la Oficina de planeación.</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>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.</li> </ul>

*Fuente: Resolución vigente de comités institucionales y Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V6 Noviembre 2022.*

**Parágrafo 1. 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.

#### **ARTICULO 6. Nivel de aceptación del riesgo**

Según los riesgos residuales determinados por los líderes de procesos, subprocesos se definirá la periodicidad de seguimiento y estrategia de tratamiento a los riesgos residuales aceptados. El DAFP determina que para los riesgos residuales de gestión y seguridad digital que se encuentren en zona de riesgo baja, está dispuesto a aceptar el riesgo y no se requiere la documentación de planes de acción, sin embargo, se deben monitorear conforme a la periodicidad establecida. Para los riesgos de corrupción no hay aceptación del riesgo, siempre deben conducir a formular acciones de fortalecimiento.

#### **ARTICULO 7. Niveles para calificar el impacto**

La calificación del impacto se realizará desde un análisis y calificación de las consecuencias identificadas a nivel cuantitativo y cualitativo, estableciendo criterios de acuerdo a la complejidad del riesgo, de acuerdo a los niveles: catastrófico, mayor, moderado, menor y leve.

TRD 300.29

Res 205/2024 Política de Riesgos

Tabla 2. Tabla Criterios para calificar el nivel de impacto

	<b>Afectación Económica o presupuestal</b>	<b>Pérdida Reputacional</b>
<b>Leve 20%</b>	Afectación menor a 10 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización
<b>Menor 40%</b>	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
<b>Moderado 60%</b>	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos
<b>Mayor 80%</b>	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal
<b>Catastrófico 100%</b>	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública 2020. Referenciado por la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V6 Noviembre 2022.

**Artículo 8. Tratamiento de riesgos.** 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

TRD 300.29

Res 205/2024 Política de Riesgos

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

**ARTICULO 9. 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 encuentren 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 SICO (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 tener cual es el propósito del control.
4. Debe establecer el cómo se realiza la actividad de control.
5. Debe indicar que 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.

**ARTICULO 10. Periodicidad para el seguimiento de acuerdo con el nivel de riesgo residual.** La periodicidad de monitoreo para la matriz de riesgos integrada será con una periodicidad semestral, y a nivel de procesos, subprocesos se definirá la periodicidad según lo definido por los líderes.

TRD 300.29

Res 205/2024 Política de Riesgos

**ARTICULO 11. Seguimiento y Actualización.** La actualización de la matriz de Riesgos se realizará semestralmente, alineado al comité Institucional de Gestión integral del Riesgo.

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

**ARTICULO 12. 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.

**ARTICULO 13. 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.

La información relacionada se encontrará publicada en la página web institucional y en la intranet/ carpeta \\192.168.1.4\comites institucionales\23\_COMITE DE ADMINISTRACIÓN RIESGO.

**Artículo 14. Derogatorias.** Derogar la Resolución No 187 del 03 de octubre del 2022 teniendo en cuenta lo expuesto en la parte considerativa de la presente resolución.

**Artículo 15. Vigencia.** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

**COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Saravena a los 29 días del mes de Agosto del 2024



**ARIELA GELVIS QUINTERO**  
GERENTE

Proyectó	Jorge Mora/ Asesor de Planeación	
Revisó	Yenny Suarez/ Asesor Control interno	