



RESOLUCIÓN No 141 DEL 27 DE JULIO DEL 2023

“POR LA CUAL SE CREA EL COMITÉ DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS DEL HOSPITAL DEL SARARE ESE”

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL SARARE DE SARAVENA ARAUCA, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y ESTATUTARIAS Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS EN EL DECRETO 411 DEL 10 DE ABRIL DE 2023 DE LA GOBERNACION Y,

CONSIDERANDO

Que la ESE Hospital del Sarare, 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 No 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 Le 87 de 1993 por la cual se establecen las Normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones. Proteger los recursos de la Organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan.

Que la ley 1474 de 2011, establece el Estatuto Anticorrupción. Artículo 73. “Plan Anticorrupción y 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 la 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 una organización pública que funcione de manera eficiente y transparente y que esto se refleje en la gestión de día a día que responden a las Políticas de desempeño.

Que la Superintendencia Nacional de Salud mediante circular externa número 003 del 24 de mayo de 2018 impartió instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales Código de Conducta y de Buen Gobierno de las IPS clasificadas en los grupos C1 y C2, y que contiene entre otros cuyo objetivos, provee mecanismos que aseguren las buenas prácticas en la gestión del Hospital del Sarare ESE, contribuye a una competitividad responsable, permite un mejor desarrollo institucional y ofrece eficiencia en el manejo de los recursos".

- Que en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 establece en el punto 4 Instrucciones Específicas para las IPS y más exactamente en el punto 4.2 el cual refiere a la “Modificación y adición Circular Externa 003 de 2018; manifestando en el 4.2.1. Modifíquese el numeral 2 “Ámbito de

Aplicación”, el cual quedará así: “2. ÁMBITO DE APLICACIÓN La presente Circular Externa está dirigida a las IPS de los grupos C1, C2 y D1, establecidos en la Circular Externa 018 de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud, o las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen.

- Que la Circular Externa 003 del 2018 establece en el punto 3.3.2.1.6.3 referente al comité de riesgos, la medida 49 la composición del comité, así mismo en la medida 50 referente a las funciones del comité de riesgos.
- Que en el punto 4.2.2.2. de la Circular Externa 20211700000005-5 DE 2021 se adiciona la medida de adicionar funciones a cargo del comité de riesgos.
- Que la Superintendencia Nacional de Salud mediante circular 009 de 2016 impartió instrucciones relativas al diseño, aprobación e implementación del Sistema de Administración de Riesgos por Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo (SARLAFT), las cuales deben traducirse en reglas de conducta y procedimientos que orienten la actuación de la entidad.

El Hospital del Sarare ESE expidió la Resolución No 187 del 03 de Octubre del 2022 por la cual se actualiza la política de Administración del Riesgos del Hospital del Sarare ESE.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTICULO 1. Objeto: Crear el comité de Gestión Integral de Riesgos del Hospital del Sarare ESE.

ARTICULO 2: Naturaleza del comité. El Comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la Política y Estrategia de la Gestión de riesgo del Hospital del Sarare ESE.

ARTICULO 3: Objetivos del comité de Gestión integral de Riesgos del Hospital del Sarare ESE.

El principal objetivo del Comité de Riesgos es asistir a la Junta Directiva en el cumplimiento de sus responsabilidades de supervisión en relación con la gestión de riesgos. Este Comité, deberá servir de soporte para las decisiones tendientes a la gestión de Riesgos en la Organización, como parte integral del sistema de control interno.

El Comité de Riesgos no sustituye la responsabilidad que corresponde a la Junta Directiva sobre la administración y gestión integral de los riesgos, así como el establecimiento de los límites máximos de exposición a éstos últimos. En tal sentido, su responsabilidad quedará limitada a servir de apoyo al órgano directivo en la toma de decisiones.



Parágrafo 1. Aplica para los riesgos

- Riesgos Estratégicos
- Riesgos Gerenciales
- Riesgos Operacionales
- Riesgos actuariales
- Riesgos de Crédito
- Riesgos en Salud
- Riesgos de Liquidez
- Riesgos de fallas del mercado
- Riesgos financieros
- Riesgos tecnológicos
- Riesgos de Cumplimiento
- Riesgos de imagen o reputación
- Riesgo de Corrupción, lavado de activos y financiación del Terrorismo
- Riesgo de Seguridad Digital.

ARTICULO 4. Conformación del comité. El comité de Gestión Integral de Riesgos del Hospital del Sarare ESE quedará conformado de la siguiente manera.

- Gerente, quien lo presidirá
- Subgerente Administrativo y Financiero
- Subgerente Científico
- Subgerente Talento humano
- Asesor de Planeación
- Asesor Jurídico
- Dos integrantes de la Junta Directiva

Parágrafo 1. Asesor de Control interno y Revisor fiscal asistirá de forma permanente con voz, pero sin voto realizando sus recomendaciones respectivas. Podrá convocar invitados de acuerdo a los temas a tratar quienes tendrán voz, pero sin voto.

Parágrafo 2. Gerencia podrá delegar presidir al comité a la subgerencia Administrativa y Financiera mediante comunicación escrita de delegación para realización y participación del comité, y este delegado informará a la Gerencia de los compromisos definidos y aspectos relevantes tratados en el comité.

Parágrafo 3. Secretario. Se designa como secretario a Asesor de Planeación.

ARTICULO 5. Funciones del Comité de Gestión integral de riesgos de la ESE Hospital del Sarare.



- Hacer seguimiento y evaluar periódicamente el funcionamiento de los Comités Institucionales Misionales y administrativos.
- Velar por el cumplimiento y mejoramiento progresivo de los procesos y estándares relacionados con la seguridad del paciente.
- 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 de riesgos. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.
- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el punto anterior, para cada uno de los riesgos identificados.
- Evaluar y formular a la Junta Directiva, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
- 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.
- Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza El Hospital del Sarare ESE.
- Evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva y al Representante Legal, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
- Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por el Hospital oficialmente reconocido al cual esta pertenezca.
- 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.
- Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos:
 - ✓ 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).
 - ✓ Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo 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.
 - ✓ 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 requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos."

ARTICULO 6: Sesiones del comité. El Comité de Gestión Integral de Riesgos sesionará de la siguiente forma:



Sesión ordinaria: El Comité se reunirá como mínimo dos (2) veces al año. Podrá hacer reuniones no presenciales o tomar decisiones a través de medios virtuales, de conformidad con las normas vigentes.

Sesión extraordinaria: cuando los casos así lo ameriten y se convoque por quien tiene la facultad de hacerlo.

ARTICULO 7. Invitados a las reuniones de Comité. Cuando lo considere pertinente, según los temas a tratar en el orden del día, el Comité podrá invitar a los líderes de proceso quienes podrán participar, aportar y debatir sobre los temas para los cuales han sido invitados con voz, pero sin voto.

ARTICULO 8. Actas del Comité. Las actas de comité se realizarán en formato institucional, deberán ser numeradas y tendrán consecutivo que permita el control cronológico sobre lo aprobado en las mismas. Las actas serán revisadas y aprobadas por los integrantes del comité de sesión desarrollada mediante correo electrónico al a secretaria del comité, esta aprobación deberá certificarse mediante la firma del Secretario del Comité y contarán como soporte del formato de asistencia de los integrantes que asistieron a la sesión.

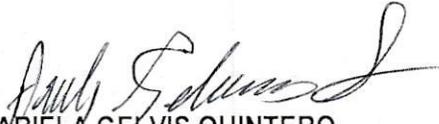
Parágrafo 1: **Seguimiento a tareas.** En las actas se dejará constancia de los temas tratados, el cumplimiento de las tareas dejadas en la reunión del Comité anterior, con la justificación de aquellas no cumplidas.

ARTICULO 9. Quórum. Habrá quórum para deliberar con la asistencia de la mitad más uno de sus miembros. Las sesiones convocadas para seguimiento de Políticas institucionales en el marco del cronograma aprobado donde se han determinado los asistentes ya sean miembros fijos o invitados los cuales de manera obligatoria deberán participar en la sesión.

ARTICULO 10. Vigencias y derogatorias. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga las demás que le sean contrarias.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Saravena a los veintisiete (27) días del mes de Julio del 2023


ARIELA GELVIS QUINTERO
GERENTE

Proyectó: Jorge Mora Asesor de Planeación