

T.R.D 300.29

Resolución Nro. -037

**RESOLUCIÓN No. -037 DE 2026**

(03 de febrero de 2026)

*"Por la cual se actualiza la Política de Administración del Riesgo del Hospital del Sarare E.S.E. y se deroga la Resolución No 205 del 29 de agosto de 2024".*

**LA GERENTE DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E**

En ejercicio de las facultades legales otorgadas por el artículo 11, numeral 4, de la Ordenanza 03E de 1997, y especialmente las conferidas por el Decreto N° 505 del 22 de marzo de 2024 y el Acta de Posesión N° 051 del 1 de abril de 2024, emitidos por el Despacho del Señor Gobernador del Departamento de Arauca,

**CONSIDERANDO**

1. Que el Hospital del Sarare, en cumplimiento de su misión institucional y de acuerdo con las disposiciones legales, tiene la responsabilidad de garantizar la prestación de servicios de salud conforme a las normativas vigentes en Colombia, especialmente las establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. 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<sup>1</sup> y la Ordenanza Nro. 03E de 1997<sup>2</sup>, en su artículo 1° y Ordenanza 07E de 2008<sup>3</sup>, que modifica los artículos 3 y 4 y el parágrafo 03E/97.
3. Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 209 de la Constitución Política, la función administrativa se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, los cuales deben orientar la gestión institucional y la administración de los recursos públicos.
4. Que la Ley 87 de 1993 establece la obligatoriedad para las entidades públicas de diseñar, implementar y mantener un Sistema de Control Interno que permita la adecuada gestión de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y la protección del patrimonio público.
5. Que la Ley 1474 de 2011 establece normas para prevenir, investigar y sancionar actos de corrupción, fortaleciendo la transparencia, el control de la gestión pública y la ética

<sup>1</sup> Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

<sup>2</sup> Por medio del cual se transforma el hospital del Sarare San Ricardo Pampuri en Empresa Social del Estado.

<sup>3</sup> Por la cual se modifican los artículos 3º, 4º y el parágrafo del artículo 7º de la ordenanza 03e de 1997.



T.R.D 300.29

Resolución Nro. - 037

- administrativa, constituyéndose en un marco que orienta la identificación y mitigación de riesgos asociados a la integridad y la correcta gestión institucional.
6. Que el Decreto 1499 de 2017 y el Decreto 1083 de 2015 disponen la adopción y desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, integrando la gestión del riesgo como un componente transversal del modelo.
  7. Que la circular 20211700000005-5 instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.
  8. Que el Decreto 1008 de 2018 establece los lineamientos de la Política de Gobierno Digital para promover el uso de las TIC en la gestión pública y la relación con el ciudadano, contribuyendo al fortalecimiento de la transparencia y la gestión del riesgo en las entidades públicas, en concordancia con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública.
  9. Que en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 2195 de 2022, por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción, se establecieron nuevas obligaciones de debida diligencia y transparencia para las entidades, constituyendo el marco normativo que fundamenta el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), el cual evolucionó el anterior PTEE, y reforzando la necesidad de implementar sistemas integrales de identificación, evaluación y control del riesgo, en concordancia con las exigencias legales vigentes y las mejores prácticas de cumplimiento.
  10. Que mediante la Resolución 141 de 2023 se creó el Comité de Gestión Integral del Riesgo y se definieron sus funciones, instancia responsable de la orientación, seguimiento y evaluación del Sistema de Gestión del Riesgo en la Entidad.
  11. Que la Junta Directiva del Hospital del Sarare E.S.E., mediante el Acuerdo 007 de 2023, adoptó disposiciones que constituyen norma fundacional para la gestión del riesgo y el cumplimiento institucional; que el PTEP y el Manual SARLAFT lo reconocen como sustento jurídico para la adopción del PTEE y del Manual SARLAFT/FPADM; y que, en consecuencia, la presente Política de Administración del Riesgo debe armonizarse con dicho lineamiento, garantizando coherencia normativa e institucional.
  12. Que mediante el Acuerdo No. 021 de 2024 la Junta Directiva del Hospital del Sarare ESE aprobó y adoptó la Plataforma Estratégica, que comprende el direccionamiento institucional de la entidad, incluyendo la misión, visión, objetivos estratégicos, principios institucionales y lineamientos para la gestión integral y sostenibilidad de la prestación de servicios de salud, con enfoque en calidad, seguridad, humanización, gestión del riesgo, fortalecimiento del talento humano y mejora continua, en concordancia con las políticas de salud nacionales y departamentales aplicables al sector salud.

T.R.D 300.29

13. Que mediante Resolución No. 205 del 29 de agosto de 2024, el Hospital del Sarare E.S.E. actualizó la Política de Administración del Riesgo, la cual requiere ser ajustada para armonizarla con los lineamientos actuales de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 y con el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP.
14. 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.
15. Que el Decreto 1122 de 2024 reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, estableciendo Programas de Transparencia y Ética Pública para combatir la corrupción en Colombia tiene como objetivo principal regular la implementación de Programas de Transparencia y Ética Pública (PTEP) en entidades del orden nacional, departamental y municipal. Este decreto busca promover una cultura de legalidad y prevenir la corrupción en la administración pública.
16. Que el Departamento Administrativo de la Función Pública expidió el ACUERDO 01 del 09 de abril de 2025 con el cual se establece el Reglamento de la Red Anticorrupción.
17. Que la Circular Secretaría de Transparencia CIR25-00000026 de 2025 de Función pública imparte lineamientos para el régimen de transición a los programas de transparencia y ética pública indicando que, con la aplicación integral del régimen de transición establecido en la Ley, las entidades del orden nacional tendrán hasta el 29 de agosto de 2025 para implementar su Programa, mientras que las entidades del orden territorial tendrán hasta el 29 de agosto de 2026.
18. Que el Departamento Administrativo de la Función Pública expidió en septiembre del 2025 la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7, como instrumento técnico orientador para la administración del riesgo en las entidades del Estado.
19. Que la citada Guía establece que la Política de Gestión Integral del Riesgo debe definir el alcance, el ciclo de la gestión del riesgo y los niveles de apetito, tolerancia y aceptación del riesgo.
20. Que los riesgos de corrupción, fraude, lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) no son susceptibles de aceptación y deben ser gestionados de manera diferenciada, reforzada y prioritaria, en atención a su impacto sobre la integridad pública, la transparencia y la confianza ciudadana.
21. Que el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y constituye el eje articulador para la prevención, identificación, análisis y tratamiento de los riesgos que afectan la integridad pública, la legalidad y la transparencia en la gestión institucional.



T.R.D 300.29

Resolución Nro.     - 037    

22. Que el Hospital del Sarare E.S.E. se encuentra en transición hacia la implementación del THS-00-R07 Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP 2026 acorde nuevo marco normativo, como instrumento institucional para la gestión de los riesgos de integridad.
23. Que, de conformidad con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP) hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y constituye el eje articulador para la prevención, identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos que puedan afectar la integridad pública, la transparencia y la legalidad en la gestión institucional, razón por la cual la Política de Administración del Riesgo debe incorporarlo como componente transversal;
24. Que, en mérito de lo expuesto,

### RESUELVE

**ARTÍCULO 1°.** **Objeto:** Actualizar la Política de Administración del Riesgo del Hospital del Sarare Empresa Social del Estado, adoptada mediante Resolución No. 205 de 2024, con el fin de armonizarla con los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública, integrando el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP) como eje articulador de la gestión institucional del riesgo, y fortaleciendo una gestión integral, preventiva y sistemática de los riesgos institucionales, incluidos los riesgos de gestión, fiscales, de seguridad de la información y de integridad pública.

**ARTÍCULO 2°.** **Compromiso.** El Hospital del Sarare E.S.E., a través de su Alta Dirección, establece su compromiso con la gestión integral del riesgo, asegurando su incorporación en todas las actividades estratégicas, misionales, operativas y de apoyo de la entidad, como parte del direccionamiento estratégico y de la planeación institucional.

En desarrollo de este compromiso, la Alta Dirección garantizará la adopción e implementación del marco de referencia para la gestión del riesgo, la expedición, divulgación y actualización de la presente Política de Administración del Riesgo, la asignación de los recursos necesarios y la definición clara de los niveles de autoridad, responsabilidad y rendición de cuentas para la gestión, seguimiento y monitoreo de los riesgos, conforme al Esquema de Líneas de Defensa.

La gestión del riesgo se orientará al logro de los objetivos estratégicos, partirá del análisis del contexto interno y externo, considerará los riesgos emergentes y permitirá la adopción de

Vigilado Supersalud

T.R.D 300.29

Resolución Nro.     - 037    

medidas preventivas y correctivas oportunas para evitar afectaciones que comprometan la sostenibilidad institucional, la adecuada administración de los recursos públicos y la continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

**ARTÍCULO 3°. Alcance de la política.** La Política de Administración del Riesgo del Hospital del Sarare E.S.E. aplica para la gestión de los siguientes 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, Fraude, Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT)
- ✓ Riesgos de Seguridad Digital
- ✓ Riesgos de Seguridad de la Información
- ✓ Riesgos fiscales
- ✓ Riesgos de Integridad Pública
- ✓ Riesgos de sistemas de gestión ambiental, Seguridad y salud en el trabajo.

**Parágrafo 1.** La presente política es de aplicación obligatoria para todos los procesos y subprocesos del Hospital del Sarare E.S.E., así como para todos los planes, programas y proyectos institucionales, y será igualmente aplicable a usuarios, servidores y funcionarios públicos, proveedores, contratistas, aliados estratégicos y demás partes interesadas, conforme a las responsabilidades definidas en las líneas de defensa.

#### **ARTÍCULO 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 objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuadas o fallas en los procesos, en el



T.R.D 300.29

recurso humano, en los sistemas tecnologías, 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.

**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 vienes 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 monopolístico 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

Vigilado Supersalud

T.R.D 300.29

Resolución Nro.           - 037          

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/FT:** 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.

**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.

**Riesgos de integridad pública:** posibilidad de que servidores públicos, por acción u omisión, adopten comportamientos contrarios a la ética, valores y normas, afectando el interés general. Implican prácticas como nepotismo, favoritismo, o uso indebido de recursos, que obstruyen el cumplimiento de los objetivos institucionales.

**Riesgos de Seguridad y salud en el trabajo:** factores que puede afectar la seguridad, salud o bienestar de los trabajadores

**Riesgos de sistemas de gestión ambiental:** situaciones o eventos que pueden causar daño al medio ambiente.

**ARTÍCULO 5°. Integración del SIGRIP.** y subsistemas especializados. La Política de Gestión Integral del Riesgo del Hospital del Sarare E.S.E. incorpora el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP) como componente transversal y articulador, orientado a prevenir, identificar, evaluar y tratar los riesgos que puedan afectar la integridad pública, en concordancia con la normativa vigente y los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función

T.R.D 300.29

Resolución Nro. - 037

Pública. En el marco del SIGRIP y en cumplimiento de las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud, la presente política articula los siguientes subsistemas especializados:

1. El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), regulado por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de Supersalud, adoptado mediante instrumento institucional vigente.
2. El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM), adoptado mediante instrumento institucional vigente.
3. El Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), adoptado mediante el instrumento THS-00-R07. Estos subsistemas operarán de forma articulada bajo la gobernanza del Comité de Gestión Integral de Riesgos y con el Oficial de Cumplimiento como responsable de su coordinación.
4. Y los demás subsistemas asociados a los riesgos de alcance en la presente Política acorde al artículo 3. Alcance de la política.

**ARTÍCULO 6°. Contexto interno y externo:** Para la adecuada implementación de la Política de Administración del Riesgo, el Hospital del Sarare E.S.E. realizará el análisis del contexto interno y externo, específico para la entidad, el cual deberá contener información institucional formalizada, datos verificables y análisis actualizados, y constituirá un insumo fundamental para la identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos.

*Tabla 1. Contexto Interno y Externo para la Identificación y Gestión Integral de Riesgos Institucionales*

Contexto Externo	Contexto Interno
Entorno económico, social, ambiental, político y tecnológico que inciden en la operación de la entidad.	Estructura organizacional, el modelo de operación por procesos y la articulación con el modelo integrado de planeación y gestión (MIPG)
Características del sector salud y del municipio de Saravena, Teniendo en cuenta condiciones demográficas, sociales y seguridad de la población atendida.	Misión, visión, objetivos institucionales y cultura organizacional, con énfasis en los valores éticos y principios de integridad.
Necesidades, expectativas y percepción de los usuarios y demás partes interesadas frente a la calidad, oportunidad y continuidad del servicio.	Talento humano, incluyendo cargas laborales, competencias, disponibilidad y condiciones para asegurar el cumplimiento de la función misional.
Riesgos asociados a eventos externos, tales	Capacidad tecnológica, infraestructura

T.R.D 300.29

Resolución Nro.     - 037    

como emergencias sanitarias, cambios regulatorios, condiciones del mercado de la salud y factores propios del entorno de desarrollo territorial, incluyendo la cercanía a zonas fronterizas y la articulación con entidades del orden departamental y nacional.	tecnológica y biomecánica, sistemas de información y el impacto en la continuidad de la prestación de servicio.
Actores del sector, organismos de control, reguladores, ciudadanos y demás partes interesadas que influyen o tienen interés en la gestión de la entidad	Procesos internos, procedimientos, controles, sistemas y su nivel de madurez, así como las políticas internas, manuales, lineamientos institucionales y el marco normativo aplicable a la entidad y al sector salud.
Cambios normativos, políticos, económicos, sociales y ambientales que pueden afectar el entorno operativo de la entidad, así como eventos externos imprevistos que impacten la prestación del servicio.	Situación presupuestal y financiera, sostenibilidad económica y gestión de los recursos públicos.

*Fuente: Elaboración propia de la entidad, basada en los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en entidades públicas v7 2025. la tabla es parte integrante de la resolución.*

**Parágrafo 1.** El análisis del contexto interno y externo será revisado y actualizado cuando así lo determine el comité de gestión integral de riesgo del hospital del Sarare E.S.E, o cuando se presenten cambios relevantes en el entorno interno o externo de la institución y servirá como insumo para la decisión del apetito la tolerancia y la aceptación del riesgo, así como para la priorización de los riesgos críticos sin que dicha actualización o revisión implique la modificación de la presente resolución.

**ARTÍCULO 7°. Responsabilidades.** Para el cumplimiento de la presente política, el Hospital del Sarare E.S.E. adopta el esquema de líneas de defensa, estableciendo los siguientes niveles de responsabilidad para la gestión del riesgo:

*Tabla2. Niveles de responsabilidad para la gestión del riesgo*

LÍNEAS DE DEFENSA	RESPONSABLE	RESPONSABILIDADES EN LA GESTIÓN, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL RIESGO
Línea Estratégica	Alta Dirección	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoptar y aprobar la Política de Administración del Riesgo del Hospital del Sarare E.S.E.</li> <li>• Definir el direccionamiento estratégico para la</li> </ul>



T.R.D 300.29

Resolución Nro.     - 037    

LÍNEAS DE DEFENSA	RESPONSABLE	RESPONSABILIDADES EN LA GESTIÓN, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL RIESGO
		<p>gestión integral del riesgo y asegurar su alineación con los objetivos institucionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer los niveles de apetito, tolerancia y aceptación del riesgo.</li> <li>• Garantizar la implementación, seguimiento y sostenibilidad de la política de riesgo en toda la entidad.</li> <li>• Asignar los recursos humanos, técnicos, tecnológicos y financieros necesarios para la adecuada gestión del riesgo.</li> <li>• Supervisar el cumplimiento de los límites de riesgo definidos y adoptar decisiones estratégicas frente a los riesgos críticos.</li> </ul>
	<p><b>Comité de Gestión y Desempeño Institucional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar seguimiento al desempeño institucional y al cumplimiento de las metas estratégicas, operativas y financieras, considerando los riesgos que puedan afectar su logro.</li> <li>• Analizar los resultados de la gestión del riesgo como insumo para la toma de decisiones institucionales.</li> <li>• Proponer acciones de mejora frente a desviaciones identificadas en la gestión del riesgo y el desempeño institucional.</li> <li>• Asegurar la implementación y articulación de las políticas de gestión y desempeño del MIPG, incluyendo la gestión integral del riesgo.</li> </ul>
	<p><b>Comité de Gestión Integral del Riesgo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar de manera integral los riesgos institucionales, con énfasis en los riesgos estratégicos, fiscales, de integridad, de seguridad de la información y en salud.</li> <li>• Evaluar los niveles de exposición a los riesgos prioritarios y su impacto sobre los objetivos institucionales.</li> </ul>

Vigilado Supersalud



T.R.D 300.29

LÍNEAS DE DEFENSA	RESPONSABLE	RESPONSABILIDADES EN LA GESTIÓN, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL RIESGO
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendar ajustes a las políticas, metodologías, mapas de riesgo y planes de acción para la gestión del riesgo.</li> <li>• Recomendar la no ejecución, suspensión o ajuste de actuaciones que superen los límites de riesgo definidos.</li> <li>• Hacer seguimiento al avance y efectividad de los planes de tratamiento del riesgo.</li> <li>• Informar a la Alta Dirección sobre el comportamiento del riesgo institucional y las situaciones que requieran decisiones estratégicas.</li> </ul>
	<p><b>Comité Institucional de Coordinación de Control Interno</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprobar la Política de Administración del Riesgo y sus actualizaciones.</li> <li>• Evaluar la eficacia de la política y su articulación con el Sistema de Control Interno.</li> <li>• Proponer mejoras para el fortalecimiento del control interno institucional, con énfasis en la prevención de riesgos de corrupción, fraude y mala conducta.</li> <li>• Coordinar acciones para el fortalecimiento del sistema de control interno y su integración con la gestión del riesgo.</li> </ul>
<p><b>Primera Línea</b></p>	<p><b>Líderes de Proceso</b></p> <p><b>Responsables de proyectos, programas o planes.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar, analizar y valorar los riesgos asociados a los procesos, programas, proyectos y actividades a su cargo, conforme a la metodología institucional.</li> <li>• Definir, implementar y mantener los controles necesarios para mitigar los riesgos identificados.</li> <li>• Ejecutar las acciones de tratamiento del riesgo aprobadas y realizar seguimiento a su cumplimiento.</li> <li>• Reportar oportunamente la materialización de</li> </ul>

Vigilado Supersalud



T.R.D 300.29

Resolución Nro. 037

LÍNEAS DE DEFENSA	RESPONSABLE	RESPONSABILIDADES EN LA GESTIÓN, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL RIESGO
		<p>riesgos, debilidades de control y eventos relevantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar ejercicios de autoevaluación para verificar la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles.</li> <li>• Registrar y reportar ante el subproceso de Gestión y Administración del Riesgo los avances, evidencias y resultados de la gestión del riesgo, dentro de los plazos establecidos.</li> </ul>
<p><b>Segunda Línea</b></p>	<p><b>Oficina Asesora de Planeación y líder sistema de información</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesorar y acompañar a los líderes de proceso en la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos.</li> <li>• Realizar seguimiento periódico a los riesgos institucionales y a la efectividad de los controles definidos por la primera línea.</li> <li>• Formular recomendaciones y proponer ajustes a los mapas de riesgo y planes de acción, con base en los resultados del seguimiento.</li> <li>• Consolidar el mapa de riesgos institucional, priorizando los riesgos de mayor criticidad frente al logro de los objetivos estratégicos.</li> <li>• Presentar informes de seguimiento ante el Comité de Gestión Integral del Riesgo, el Comité de Gestión y Desempeño Institucional y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</li> <li>• Asesorar a la Alta Dirección en el análisis del contexto interno y externo y en la definición de los niveles de riesgo.</li> </ul>
<p><b>Tercera Línea</b></p>	<p><b>Oficina de Control Interno</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar de manera independiente la efectividad del Sistema de Administración del Riesgo como parte del Sistema de Control Interno.</li> <li>• Verificar, a través de auditorías internas y seguimientos, la eficacia de los controles</li> </ul>

Vigilado Supersalud



T.R.D 300.29

Resolución Nro. - 037

LÍNEAS DE DEFENSA	RESPONSABLE	RESPONSABILIDADES EN LA GESTIÓN, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL RIESGO
		<p>implementados para prevenir la materialización de riesgos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir en el Plan Anual de Auditoría evaluaciones relacionadas con la gestión del riesgo, en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación.</li> <li>• Emitir recomendaciones de mejora y hacer seguimiento a su implementación.</li> <li>• Informar a la Alta Dirección y a los comités institucionales sobre los resultados de la evaluación del componente de administración del riesgo.</li> </ul>

*Fuente: Documento elaborado y validado por la entidad, basado en información institucional oficial y procedimientos internos siguiendo los lineamientos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en entidades públicas v7 2025, la tabla es parte integrante de la resolución.*

**Parágrafo 1.** Todos los servidores y funcionarios públicos del Hospital de Sarare E.S.E. son responsables de contribuir a la disminución de los riesgos institucionales y de garantizar la correcta aplicación y eficacia de los controles establecidos en los procesos, subprocesos, actividades y tareas que les sean asignados

**ARTÍCULO 8°. Metodología aplicable:** La entidad implementa medidas y controles que permitan garantizar los principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, especialmente aquella relacionada con la prestación de servicios de salud, la gestión administrativa, financiera y el manejo de datos de los usuarios del sistema.



T.R.D 300.29

Resolución Nro. - 037

En concordancia con lo anterior, el enfoque aplicado por el Hospital del Sarare E.S.E. es cíclico y participativo, permitiendo la identificación, análisis, valoración y gestión de los riesgos de manera continua, con la participación de las diferentes dependencias de la institución.



*Fuente: Documento elaborado y validado por la entidad, asimismo es parte integral de la resolución.*

1. Política de Administración del Riesgo: refleja el compromiso de la alta dirección con la gestión de riesgos, definiendo los principios y lineamientos que guían las acciones de la institución para identificar, prevenir y actuar de manera adecuada frente a posibles amenazas.
2. Identificación de Riesgos: implica detectar los eventos o circunstancias que podrían comprometer el logro de los objetivos de la institución. Se examinan tanto los factores internos como externos, teniendo en cuenta el contexto estratégico, los procesos operativos y los proyectos que se encuentran en ejecución.
3. Análisis y valoración de riesgos: tiene como objetivo entender mejor cada riesgo identificado. Para ello, se analiza la probabilidad inherente de que ocurra y el impacto inherente. Con base en este análisis, los riesgos se clasifican según su nivel de severidad (riesgo inherente y residual) y se revisan los controles que ya existen para prevenirlos o reducir sus efectos.

T.R.D 300.29

Resolución Nro. - 037

4. El tratamiento de riesgos: consiste en establecer las medidas necesarias para minimizar, eliminar o asumir los riesgos que permanezcan. Esta fase guía la toma de decisiones sobre cómo gestionar de manera apropiada los riesgos que se han identificado como prioritarios.
5. El monitoreo y la revisión: se llevan a cabo de manera constante por las tres líneas de defensa, poniendo especial atención en las funciones de la primera y segunda línea. Esta etapa permite comprobar si los riesgos se están gestionando según lo previsto y si los controles implementados son efectivos.

Las siguientes etapas se llevan a cabo de forma simultánea y complementaria a las mencionadas previamente.

6. Evaluación: aunque todas las líneas de defensa participan, la tercera línea es la principal responsable. Esta etapa permite tener una mirada independiente sobre qué tan efectivo es el sistema de gestión de riesgos y sugiere cambios o mejoras cuando sea necesario.
7. Comunicación y Consulta: es un proceso que se realiza de manera transversal y garantiza que la información sobre los riesgos llegue a todos de forma oportuna y comprensible. Promueve la participación de todos los involucrados y refuerza la cultura de gestión de riesgos en la entidad

**ARTÍCULO 9°. 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.

**ARTÍCULO 10°. 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.



T.R.D 300.29

Resolución Nro.   - 037  

Nivel de Impacto	Afectación Económica	Afectación Reputacional
Leve-20%	Afectación menor a 10 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de algún área de la entidad.
Menor-40%	Mayor a 10 SMLMV y Menor a 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel interno, de conocimiento general, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.
Moderado-60%	Mayor a 50 SMLMV y Menor a 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor-80%	Mayor a 100 SMLMV y Menor a 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%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

*Fuente: Tomada de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en entidades públicas v7 2025.*

**ARTÍCULO 11°. Tratamiento de los riesgos.** El Hospital del Sarare E.S.E. aplicará las medidas de respuesta definidas en la metodología institucional, entre las cuales se incluyen: aceptar, reducir o mitigar, evitar o eliminar, y transferir o compartir el riesgo, de acuerdo con su frecuencia, impacto, análisis costo-beneficio y características particulares. Para los riesgos de corrupción nivel de aceptación es cero (0), conforme al nivel de aceptación del riesgo definida por la entidad.

En todo caso, el tratamiento de los riesgos deberá priorizar la protección de las personas, la seguridad del paciente, la información, los bienes, el medio ambiente, el trabajador, los recursos financieros y la imagen institucional.

**Parágrafo 1.** Para los riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo (LA/FT) y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (FPADM), no procede la opción de aceptación del riesgo. Estos riesgos deberán ser gestionados mediante medidas de reducción, eliminación o transferencia, con aplicación de controles reforzados y seguimiento prioritario.

**ARTÍCULO 12°. Implementación.** La gestión del riesgo en el Hospital del Sarare E.S.E. conforme a la metodología establecida en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública y a los manuales e instrumentos institucionales vigentes, los cuales serán de obligatorio cumplimiento para la formulación,

Vigilado Supersalud



T.R.D 300.29

Resolución Nro. 037

ejecución y seguimiento de los planes de acción y de auditoría relacionados con la gestión del riesgo.

**ARTÍCULO 13°. Periodicidad para el seguimiento.** La actualización y el monitoreo de la matriz de riesgos integrada se realizarán con una periodicidad semestral, sin perjuicio de los seguimientos adicionales que se requieran de acuerdo con el nivel de riesgo residual, la materialización de riesgos, la ocurrencia de eventos relevantes o las decisiones adoptadas por los líderes de proceso.

**ARTÍCULO 14°. Seguimiento y Actualización.** El Comité de Gestión Integral del Riesgo realizará el análisis y evaluación de la actualización de la matriz de riesgos institucional, con base en los informes de seguimiento presentados por la segunda y tercera línea de defensa, y formulará las recomendaciones que correspondan a la Alta Dirección para la adopción de decisiones estratégicas.

**ARTÍCULO 15°. Evaluación.** La Oficina de Control Interno, en el marco de sus funciones y de conformidad con el Plan Anual de Auditoría, realizará la evaluación periódica e independiente de la efectividad de los controles y de las acciones preventivas o correctivas implementadas para evitar la materialización de los riesgos institucionales, y emitirá las recomendaciones de mejora que resulten pertinentes.

**ARTÍCULO 16°. Comunicación y Consulta.** Con el fin de integrar la gestión del riesgo al desarrollo de los procesos del Sistema Integrado de Gestión, la comunicación, divulgación y socialización de los riesgos identificados y las acciones de tratamiento será responsabilidad de los líderes de proceso, como primera línea de defensa.

La información relacionada con la gestión del riesgo estará disponible en la página web institucional, en el espacio dispuesto para el Sistema Integrado de Gestión, garantizando el acceso a las partes interesadas conforme a los principios de transparencia y publicidad.

**ARTÍCULO 17°. Derogatorias y armonización.** Derogar la Resolución No. 205 del 29 de agosto de 2024 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

**Parágrafo 1.** Todas las referencias a la Resolución No. 205 de 2024 contenidas en los instrumentos institucionales del Hospital del Sarare E.S.E., incluidos el Manual del SICOF, el Manual del SARLAFT/FPADM, el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) y el Código de Ética, Conducta y Buen Gobierno, se entenderán efectuadas a la presente Resolución No. 037 de 2026 a partir de su entrada en vigencia.



T.R.D 300.29

Resolución Nro. \_\_\_\_\_

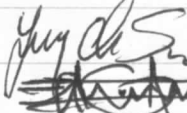

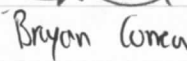
**Parágrafo 2.** Los oficiales de cumplimiento responsables de los instrumentos institucionales mencionados en parágrafo anterior se comprometerán a gestionar su actualización formal en el sistema de gestión documental, conforme a los procedimientos del sistema integrado de gestión

**ARTÍCULO 18°. Vigencia.** La presente Resolución rige a partir del 3 de febrero de 2026, fecha de su expedición, y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial la Resolución No. 205 del 29 de agosto de 2024.

**COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Saravena, Arauca, a los 03 días del mes de febrero de 2026.

  
**ARIELA GELVIS QUINTERO**  
 Gerente

Revisó en el marco del Comité de control interno No 01 de 2026	Yenny Carolina Suárez – Asesora de Control interno	
Revisó (Aspectos Técnicos de Gestión del Riesgo Y MIPG)	Jorge Eliécer Mora – Jefe Oficina Asesora de Planeación	
Proyectó	Brayan Alejandro Correa Quiroga Técnico apoyo gestión del riesgo	

Vigilado Supersalud