Edición N°: 4

Revisión N°: 4

Fecha: Mayo de 2017

Fecha: Septiembre de 2022

Responsable: Grupo de Direccionamiento y Gerencia

Área: Gestion Estratégica

POLÍTICA CORPORATIVA DE LA GESTIÓN GENERAL DEL RIESGO

Manuel Uribe Angel
E.S.E HOSPITAL
Vinculados con la Vida!

Elaboró: Elkin Evelio Palacio Herrera

Firma:

Aprobó: Martha Lucía Vélez Arango
Gerente
Comité coordinador de Control Interno y Calidad

Firma:

HOJA DE CONTROL DEL DOCUMENTO

EDICIÓN	REVISIÓN	FECHA	ELABORO	REVISO	APROBÓ	OBSERVACIONES
1		Octubre. 2008	Grupo de Direccionamiento y gerencia	Juan Guillermo Tamayo M.	Junta Directiva	
2		Febrero 2012	Grupo de Direccionamiento y gerencia	Juan Guillermo Tamayo M.	Grupo Direccionamiento y gerencia	
3		Abril 2014	Grupo de Direccionamiento y gerencia	Martha Lucia Vélez Arango	Grupo Direccionamiento y gerencia	
3	1	Agosto de 2014	Grupo de Direccionamiento y gerencia	Martha Lucía Vélez Arango	Grupo Direccionamiento y gerencia	
3	2	Febrero de 2015	Grupo de Direccionamiento y gerencia	Martha Lucía Vélez Arango	Grupo Direccionamiento y gerencia	
3	3	Enero de 2016	Grupo de Direccionamiento y gerencia	Martha Lucía Vélez Arango	Grupo Direccionamiento y gerencia	
3	4	Marzo de 2016	Grupo de Direccionamiento y Gerencia	Martha Lucia Vélez Arango	Grupo de Direccionamiento y Gerencia	
3	5	Mayo de 2016	Grupo de Direccionamiento y Gerencia	Martha Lucia Vélez Arango	Grupo de Direccionamiento y Gerencia	
4		Mayo de	Grupo de	Martha	Grupo de	

COPIA NO CONTROLADA

EDICIÓN	REVISIÓN	FECHA	ELABORO	REVISO	APROBÓ	OBSERVACIONES
		2017	Direccionamiento y Gerencia	Lucia Vélez Arango	Direccionamiento y Gerencia	
4	1	Septiembre de 2017	Grupo de Direccionamiento y Gerencia	Martha Lucia Vélez Arango	Grupo de Direccionamiento y Gerencia	
4	2	Noviembre de 2017	Grupo de Direccionamiento y Gerencia	Martha Lucia Vélez Arango	Grupo de Direccionamiento y Gerencia	
4	3	27 de Mayo de 2019	Grupo de Direccionamiento y Gerencia	Martha Lucia Vélez Arango	Comité coordinador de Control Interno y Calidad	
4	4	Septiembre de 2022	Elkin Evelio Palacio Herrera	Martha Lucia Vélez Arango	Comité coordinador de Control Interno y Calidad	En el marco del Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad, se actualiza Política Corporativa de Gestión General del Riesgo, tal como se describe en el "Manual para el Sistema Integrado de Gestión de Riesgo - SIGR" (IGE002) 5ta edición del 28 de septiembre de 2022. Se actualiza código del documento.

COPIA NO CONTROLADA

ACUERDO N° 006

(23 de octubre de 2008)

Por medio del cual se aprueba el Manual de Políticas Institucionales de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado.

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MANUEL URIBE ÁNGEL, EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES Y ESTATUTARIAS Y,

CONSIDERANDO

A) Que la ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud a fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, ante lo cual el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud a través del Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

B) Que el Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad que está a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS y empresas de medicina prepagada que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación.

C) Que la ESE, a fin de dar cumplimiento a la normatividad legal citada mediante contrato de prestación de servicios número AF 065 – 2008 convino con el GRUPO INNOVAR EN SALUD S.A. la ejecución de un PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO ESPECIALIZADO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD CON MIRAS A LA ACREDITACIÓN como un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y posterior revisión externa, de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en nuestra organización de salud a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por la Institución.

D) Que para dar cumplimiento al estándar de acreditación relativo a soporte administrativo y gerencial es necesario adoptar en la ESE un Manual de Políticas Institucionales dentro del que se unifiquen las directrices y guías de

acción para la toma de decisiones, no sólo como marco de actuación general de obligatorio cumplimiento sino que oriente la gestión de todos los niveles de la organización en los aspectos específicos allí contenidos.

E) Que el Manual de Políticas Institucionales tiene por finalidad reducir la incertidumbre en la toma de decisiones significativas de negocio, darle un sentido a la acción y canalizar todos los esfuerzos hacia el desarrollo del objeto social de la Institución.

F) Que una vez aprobado dicho Manual por la Junta Directiva de la E.S.E. se constituirá en una fuente de consulta permanente que debe ser incorporado en el día a día institucional como elemento generador de transformaciones a través del compromiso de todos sus funcionarios para su implantación y mantenimiento en el contexto de la dinámica social, política, económica, ambiental y cultural en la que se desenvuelve nuestro qué hacer colectivo.

G) Que una vez analizado y debatido el Manuel de Políticas Institucionales de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel por su Junta Directiva, se procederá a impartir aprobación y por lo tanto,

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO: Adoptar íntegramente el Manual de Políticas Institucionales de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel, Edición Nº 1 de octubre de 2008, el cual hace parte integral de este acuerdo.

ARTÍCULO SEGUNDO: El presente Acuerdo rige a partir de su firma y es adoptado como un marco de actuación general de obligatorio cumplimiento que orientará la gestión de todos los niveles de la organización en los aspectos específicos allí contenidos.

Dado en Envigado a los 23 días del mes de octubre de 2008.

RAÚL EDUARDO CARDONA GONZÁLEZ
Presidente Delegado

AURA ESTELA HENAO HENAO
Secretaria

Resolución Número 3077
(28 de septiembre de 2022)

Por medio de la cual se aprueba y adopta el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR), de la ESE Hospital Manuel Uribe Angel, con el cual se busca integrar todos los modelos, documentos, formatos y normativas referentes a la Gestión de los Riesgos, así como al Modelo Integrado de Planeación y Gestión articulado con el Modelo Estándar de Control Interno de la Entidad

El Gerente de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel Envigado, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias y

CONSIDERANDO

- Qué la Ley 87 de 1993, en el artículo 2º. Literal a y f, establece entre los objetivos fundamentales que orientaran el desarrollo del Sistema de Control Interno, *el "Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten; y "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 sus objetivos".*

- Qué el Decreto 2174 de 1.996 establece el sistema de garantía de la calidad para el sector salud y soporta en la documentación como base para la estandarización de los procedimientos y protocolos del hospital

- Qué con el Decreto 1499 de 2017 expedido por el DAFP, entró en vigencia el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) que integra los Sistemas de Gestión de la Calidad y el de Desarrollo Administrativo creando un solo Sistema de Gestión y lo articulo con el Sistema de Control Interno, siendo éste aplicable a la entidades territoriales descentralizadas, actualizando entre otros aspectos el contenido de las políticas de gestión del talento humano, integridad, planeación institucional, gobierno digital, seguridad digital, defensa jurídica, servicio al ciudadano, racionalización de trámites, participación ciudadana en la gestión, gestión documental, gestión del conocimiento y control interno, alineándose con los mejores estándares internacionales y el Modelo de las tres líneas de defensa para la gestión de los riesgos, con el fin de mejorar la gestión para producir cambios en las condiciones de vida, valor público en términos de bienestar y fortalecer la lucha contra la corrupción.

- Que el Manual Operativo MIPG actualizado por el DAFP en marzo de 2021 con la versión-4, se implementa a través de siete (7) dimensiones y establece en la dimensión de control interno, la política de administración de riesgo liderada por la Línea Estratégica de Defensa.

COPIA NO CONTROLADA

- Qué el Acuerdo 006 expedido por la Junta Directiva de la ESE HMUA aprobó el Manual de Políticas Institucionales, entre ellas la "Política para la Administración del Riesgo en la ESE" revisada y actualizada en noviembre de 2017, la cual requiere actualizarse de acuerdo al nuevo marco de planeación y gestión definido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y la Guía de Administración del Riesgo y Diseño de Controles en su versión-5 expedida en diciembre de 2020 por el Departamento Administrativo de la Función Pública, y donde integra la metodología para la gestión de los riesgos de operación, corrupción y seguridad digital y que nuevamente requiere actualizarse de acuerdo con los lineamientos contemplados en las Circulares 4-5, 5-5 expedidas por la Supersalud en septiembre 2021, impartiendo lineamientos e instrucciones relativas al Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional y el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas de Administración de Riesgos.

- Que la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) ante el riesgos de los agentes del Sistema General de seguridad Social en Salud (SGSSS), a ser utilizados para dar apariencia de legalidad a activos que proviene de actividades delictivas o que sean utilizadas para ocultar la procedencia de recursos dirigidos a actividades terroristas, expidió la Circular 009 de abril de 2016, fijando los criterios técnicos y jurídicos sobre la manera como deben administrar los riesgos de LA/FT, así como parámetros mínimos en el diseño, implementación y funcionamiento de un sistema de autocontrol y gestión de estos riesgos, denominado SARLAFT; con directrices para socios, accionistas, revisores fiscales, administradores y todas las personas naturales y jurídicas que hacen parte de los agentes del SGSSS, adaptando para ello las normas regulatorias sobre este componente, en especial la Ley 1121 de 2006 (*Norma para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones*) y la 1621 de 2013 (*Norma para fortalecer el marco jurídico que permite a los organismos que llevan a cabo actividades de inteligencia y contrainteligencia cumplir con su misión constitucional y legal*…".

- Que, conforme a las disposiciones de la SNS, la Junta Directiva de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel (HMUA), aprobó por unanimidad el Manual de Procesos y Procedimientos para la administración de los riesgos LA/FT, así como las Políticas para la prevención y control de esto riesgos, los cuales harán parte de la Política de Gestión Integral de los Riesgos de la ESE, como consta en el numeral 6º. del Acta 005, del 10 de octubre de 2016, y que posteriormente fue actualizado mediante la Resolución HMUA No. 1223 del 27 de mayo de 2019

- Que la Superintendencia Nacional de salud, emitió la Circular Externa de la Supersalud 20211700000004-5 del 15 de septiembre de 2021, estableció la composición del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, en ocho (8) subsistemas de administración de riesgos, a saber: i) Riesgo en salud, ii) Riesgo Operacional, iii) Riesgos Actuarial, iv) Riego de Crédito, v) Riesgo de liquidez, vi) Riesgo de Mercado de Capitales, vii) Riesgo de Grupo y viii) Riesgo de Lavado de activos y financiación

COPIA NO CONTROLADA

del terrorismo, dejando la gestión de acuerdo a la discrecionalidad y y organización que cada entidad les quiera dar para su tratamiento, sin excluir los riesgos priorizados en los 8 subsistemas.

- Que la Superintendencia Nacional de salud, adicionalmente emitió la Circular Externa de la Supersalud 20211700000005-5 del 17 de septiembre de 2021, por medio de la cual se impartieron instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF), mediante la cual derogó la Circular 18 de 2015 a partir del 29 de abril de 2022, estableció nuevos criterios de clasificación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y actualizó la Circular 009 de 2016 que establece el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva -SARLAFT/PDAM

- Qué el Comité de Control Interno y Calidad de la ESE en la reunión ordinaria del 11 de agosto de 2022, aprobó el ajuste a la metodología para la administración de riesgos para la vigencia 2022-2023 adoptando los lineamientos fijados en la circular 4-5 y 5-5 de 2021 de la Supersalud, la cual se consolida en el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR), que integra los documentos ya existentes como el Manual y Plan para la administración de riesgos, el Manual del Sistema de Administración del Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva -SARLAFT/PDAM y adopta el Subsistema de Administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude – SICOF, alineándolo con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y con el Plan de Desarrollo Institucional de la ESE HMUA

- Qué la Junta Directiva de la ESE en reunión de Septiembre de 2022, aprobó las modificaciones a la Política Corporativa de Gestión General del Riesgo y los Ajustes a la metodología de Gestión de Riesgos para la vigencia 2022-2023 según Circular 4 y 5 de la Supersalud.

- Que se considera importante definir las políticas para la prevención y control de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo, así mismo como los procesos definidos para la administración de los riesgos, incluyendo el método para la segmentación, identificación, evaluación, monitoreo y control del Sistema-SARLAFT/PDAM y SICOF

RESUELVE

Artículo Primero: Aprobación y adopción. Aprobar la actualización de los siguientes documentos ya existentes: i) el Manual y Plan para la administración de riesgos, ii) el Manual del Sistema de Administración del Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva -

COPIA NO CONTROLADA

SARLAFT/PDAM, integrándolos en un nuevo documento denominado "*Manual para el Sistema Integrado de Gestión de Riesgo - SIGR*", por medio del cual se incorpora para su adopción los ocho (8) subsistemas de administración de riesgos priorizados, que son i) Riesgo en salud, ii) Riesgo Operacional, iii) Riesgos Actuarial, iv) Riego de Crédito, v) Riesgo de liquidez, vi) Riesgo de Mercado de Capitales, vii) Riesgo de Grupo y viii) Riesgo de Lavado de activos y financiación del terrorismo, así como el Subsistema de Administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude – SICOF, y los Riesgos de Seguridad Digital, conforme a las Circulares Externas de la Supersalud 20211700000004-5 y 20211700000005-5 y la Guía de Administración de Riesgos y Diseño de Controles del DAFP en su versión-5 de diciembre 2020.

Artículo Segundo: Política de Administración de Riesgos. Aprobar la actualización de la Política Corporativa de Gestión General del Riesgo, tal como se describe en el "Manual para el Sistema Integrado de Gestión de Riesgo - SIGR".

Artículo Tercero: **Actualizaciones Manual de Políticas**. Aprobar la actualización del Manual de Políticas Institucionales, marco del Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad, incorporando los lineamientos de la Política Corporativa de Gestión General del Riesgo descritos en el "Manual para el Sistema Integrado de Gestión de Riesgo - SIGR".

Artículo Cuarto: El presente Manual es de obligatorio cumplimiento para todos los servidores públicos y contratistas que presten sus servicios en el hospital

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

Dado en Envigado el día veintiocho de septiembre de 2022

MARTHA LUCÍA VÉLEZ ARANGO
Gerente

COPIA NO CONTROLADA

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 11

2. JUSTIFICACIÓN 12

3. OBJETIVO 13

4. ALCANCE 13

5. MARCO CONCEPTUAL 14

6. COMPROMISO-POLÍTICA 14

7. ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y EL DESPLIEGUE DE LA POLÍTICA 15

8. RIESGOS QUE SE VAN A CONTROLAR 18

9. DIRECTRICES PARA LA DEFINICIÓN DE LOS CONTROLES: 19

10. TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS: 21

11. ROLES, FUNCIONES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDAD PARA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LA LÍNEA ESTRATEGICA Y LAS LÍNEAS DE DEFENSA 23

11.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SARLAFT-SISTEMA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO 28

11.2 OFICIAL DE CUMPLIMIENTO, PARA LOS RIESGOS LAFT/PDAM Y SICOF 29

12. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN Y EFECTIVIDAD 32

12.1 REVISIÓN DE LA POLÍTICA 32
12.2 REVISIÓN DE LOS RIESGOS. 32

13. POLÍTICAS GENERALES ASOCIADAS CON LA POLITICA DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN LA ESE HMUA 33

13.1 DEFINICIÓN DE POLÍTICA 33
14.2 POLÍTICAS INSTITUCIONALES EN RELACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO. 34
14.3 LA POLÍTICA FINANCIERA 34
14.4 LA POLÍTICA DE RECURSO HUMANO 34
14.5 LA POLÍTICA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA 34
14.6 LA POLÍTICA DE SALUD OCUPACIONAL 34
14.7 LA POLÍTICA DE PRIORIZACIÓN DE LOS USUARIOS 35
14.8 LA POLÍTICA DE SEGURIDAD ASISTENCIAL 35
14.10 LA POLÍTICA DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN 35

15. OFICIALIZACIÓN Y COMUNICACIÓN 36

COPIA NO CONTROLADA

1. INTRODUCCIÓN

La Política para la Gestión del riesgo, es una declaración de la Gerencia y de los colaboradores de la ESE HMUA donde se plasman el compromiso de la Institución por el desarrollo de acciones para el cumplimiento por parte de la Organización de los lineamientos definidos para el tratamiento, manejo y seguimiento de los riesgos, dentro del marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión de los procesos, el Modelo Estándar de Control Interno-MECI y lo establecido en el Manual e Instructivo de Administración de Riesgos de la ESE-2022, la cual articula los 10 Subsistemas de riesgos definidos por la Superintendencia Nacional de Salud por medio de las Circulares 4-5, y 5-5 de septiembre 2021, así como los establecidos en la versión 5 de la guía del DAFP y la metodología de MinTIC para los riesgos de seguridad digital, integrados en el instrumento digital "matriz de riesgos de procesos" que hace parte de la Gestión Integral del Servicio-GIS.

Esta Política incorporada en el Manual de Políticas de la ESE HMUA, fue aprobada por Acuerdo de Junta Directiva Nro. 006 del 23 de octubre de 2008 y posteriormente se dan facultades a la gerencia para actualizar la política de acuerdo a los ajustes normativos y lineamientos del DAFP y la Supersalud. La última revisión de actualización de la política fue en mayo de 2019, conservando las directrices y metodología para la gestión de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) en la ESE según Circular 008 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y ajustándose para esta nueva versión de acuerdo a las circulares del 2021.

Todos los procesos deben aplicar los lineamientos contenidos en el Manual e Instructivo de Administración de Riesgos de la ESE, así como el debido procedimiento para la gestión de los riesgos identificados en cada proceso, estableciendo el tratamiento (asumir, reducir, transferir o evitar) y los controles preventivos, correctivos y detectivos, y realizar acciones que mejoren los controles y mitiguen el efecto al materializarse el riesgo.

Fundamentos para la Política de Administración del Riesgo: En el Manual de Políticas de la ESE, aprobado por Acuerdo de Junta Directiva, se han establecido las Políticas Corporativas, por las cuales se "*definen las directrices que facilitan la gestión del negocio y propenden por mantener una efectiva administración del responsable en las diferentes áreas*". Para su implementación se definen seis (6) grandes políticas, dentro de éstas se encuentra la política relacionada con la gestión general del riesgo, la cual ante los cambios normativos y las políticas Estatales en cuestión de trámites, anticorrupción, transparencia modernización, austeridad, salud ocupacional, entre otros, requiere actualizarse ajustándose a éstas, pero conservando su filosofía.

De acuerdo a las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, el Comité Coordinador de Control interno y Calidad, aprobará la Política de Gestión de Riesgos y una vez aprobados por el Comité, será adoptadas por acto

COPIA NO CONTROLADA

administrativo por la Gerencia convirtiéndose en pautas de comportamiento no negociables y de obligatorio cumplimiento, cuyo propósito es reducir la incertidumbre en la toma de decisiones significativas de negocio, darle un sentido a la acción y canalizar todos los esfuerzos hacia el desarrollo del objeto social de la Empresa, bajo un enfoque de administración basada en riesgos

El Comité Coordinador de Control Interno y Calidad, así como el Representante de la Alta Dirección, y el Equipo MECI, son responsable de divulgar la Política a toda la Compañía, como marco de actuación corporativo, fuente de consulta permanente para incorporase en las acciones del día a día, constituyéndose en un elemento de transformación cultural, a través del compromiso de todos, para su implementación y mantenimiento en el contexto de la dinámica social, política, económica, ambiental y cultural, entre otras.

El Manual de Políticas aprobado por la Junta Directiva, define que para orientar el desarrollo e implementación del sistema de administración de riesgos, la ESE HMUA, establece:

- Un sistema de gestión por procesos, desarrollando actividades en el planear, hacer, verificar y actuar de forma que asegure el proceso de administración integral de los riesgos de una manera efectiva y se proteja a la Compañía de incurrir en pérdidas, aplicando para ello el Qué, Quién, Cuándo, Cómo, Donde y Para Qué.

- Al interior de los procesos o unidades de negocio, la metodología para la gestión adecuada de los riesgos, se incluye la relacionada al desarrollo de programas y proyectos.

- Para los dueños de proceso la aplicación de la metodología es la definida por la entidad para la gestión de los riesgos según contenido de este documento, así como la matriz de riesgos que debe actualizarse periódicamente cada año.

- El socializar con los líderes de los procesos la metodología definida para la administración de los riesgos y las estrategias de mitigación o tratamiento de los riesgos, como pilares fundamentales.

2. JUSTIFICACIÓN

Para la E.S.E Hospital Manuel Uribe Ángel, la Administración de Riesgos tiene como objetivo gestionar eficientemente los eventos que puedan afectar de forma positiva o negativa, el logro de los objetivos definidos en la Planeación Estratégica, en cumplimiento a la misión de la ESE y los objetivos del Estado. Así, las medidas y estrategias con relación a la gestión del riesgo al interior de la Empresa, busca:

- Velar por el cumplimiento de la misión y de los objetivos institucionales

COPIA NO CONTROLADA

- Proteger a las personas (cliente interno y externo) de accidentes o eventos ocasionados en el desarrollo de las actividades que realiza la entidad.
- Propiciar la continua prestación de los servicios ofrecidos a la comunidad.
- Utilizar en forma efectiva y eficiente los recursos de la Entidad.
- Proteger contra daños y pérdida, los bienes de la institución.
- Preservar la sostenibilidad financiera de la ESE, a través de acciones que eviten o logren mitigar cualquier pérdida económica originada en el desarrollo de las actividades propias de la prestación del servicio, registro de las acciones, sistema de información, o procesos financieros.
- Propiciar la confiabilidad y oportunidad de la información que permitan la publicación abierta hacia la comunidad.
- Preservar el medio ambiente.
- Mantener la buena imagen y las buenas relaciones de la Entidad con sus grupos de interés.
- Crear consciencia de la importancia del autocontrol, la capacitación continua en los rasgos de comunidad hospitalaria, que eviten los riesgos de corrupción.
- Fortalecer el trabajo por la transparencia, legalidad y participación ciudadana.
- Evitar que la entidad sea utilizada para el lavado de activos y/o la financiación del terrorismo por proveedores, contratistas, particulares o funcionarios que buscan dar apariencia de legalidad a activos que provienen de actividades delictivas o que desean ocultar la procedencia de recursos.

3. OBJETIVO

Establecer las directrices para la gestión de los riesgos en todas las dependencias y servicios de la organización, propendiendo por tener una respuesta adecuada frente a los riesgos potenciales, considerando entre otros los riesgos de la gestión u operación, los de corrupción y los de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como los de la seguridad y privacidad de la información, que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de la ESE HMUA.

4. ALCANCE

Esta política será de obligatorio cumplimiento por parte de los servidores públicos, particulares y terceros que presten sus servicios en la ESE HMUA, incluyendo sus 5 sedes, al igual que a los contratistas y proveedores en especial en lo relacionado a los riesgos del lavado de activos y financiación del terrorismo.

COPIA NO CONTROLADA

5. MARCO CONCEPTUAL

El Comité Coordinador de Control Interno y Calidad, así como el Representante de la Alta Dirección y el Equipo MECI, son responsable de divulgar la Política a toda la Compañía, como marco de actuación corporativo, fuente de consulta permanente para incorporase en las acciones del día a día, constituyéndose en un elemento de transformación cultural, a través del compromiso de todos, para su implementación y mantenimiento en el contexto de la dinámica social, política, económica, ambiental y cultural, entre otras.

El Manual de Políticas aprobado por la Junta Directiva, define que, para orientar el desarrollo e implementación del sistema de administración de riesgos, la ESE HMUA:

- Cuenta con un sistema de gestión por procesos, desarrollando actividades en el planear, hacer, verificar y actuar de forma que asegure el proceso de administración integral de los riesgos de una manera efectiva y se proteja a la Compañía de incurrir en pérdidas, aplicando para ello el Qué, Quién, Cuándo, Cómo, Donde y Para Qué.

- Al interior de los procesos o unidades de negocio, se aplicará la metodología para la gestión adecuada de los riesgos, esto incluye lo relacionada al desarrollo de programas y proyectos.

- Para los dueños de proceso la aplicación de la metodología es la definida por la entidad para la gestión de los riesgos según contenido en el Manual e Instructivo de Administración de Riesgos, así como la matriz de riesgos que debe actualizarse periódicamente cada año.

- Debe socializar a los líderes de los procesos y subprocesos la metodología definida para la administración de los riesgos y las estrategias de mitigación o tratamiento de los riesgos, como pilares fundamentales para la adecuada gestión y cumplimiento de los objetivos Institucionales.

6. COMPROMISO-POLÍTICA

(revisada y actualizada a 22 de marzo de 2016, se revisa en 2017 y 2018 sin requerir modificación, se modifica en mayo de 2019, se revisa en abril de 2020 con modificaciones y se vuelve a ajustar en septiembre de 2022 por parte del Comité Coordinador de Control Interno y Calidad, y luego presentada a la Junta Directiva en la reunión de septiembre de 2022)

COPIA NO CONTROLADA

La ESE HMUA, coherente con los principios de la función pública, las estrategias de transparencia, legalidad y participación ciudadana, se compromete en aplicar, desplegar y fortalecer de manera continua, en todos sus colaboradores, la importancia de la correcta e integral gestión, control y seguimiento de los riesgo inherentes al quehacer institucional a través de la gestión de todos los subsistemas de gestión del riesgo, incluyendo pero sin limitarse a los riesgos en Salud, Operacional, Actuarial, Crédito, Liquidez, Mercado de Capitales, Grupo, Fallas de Mercado de la Salud, Reputacional, Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT/PDAM) y Riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF). Incorporando desde la planeación la valoración de estos riesgos y estableciendo los mecanismos necesarios para evitar la ocurrencia de hechos o situaciones que afecten o entorpezcan la gestión transparente de cara a la comunidad y el cumplimiento de la misión y visión, a la vez, nos permita alcanzar mayor confianza y credibilidad, así como el mejoramiento continuo de los procesos.

7. Estrategias para la Implementación y el Despliegue de la Política

- La Alta Dirección se compromete a liderar las políticas establecidas para el manejo de todos los eventos que puedan afectar el logro de los objetivos y metas Institucionales, así mismo apoyar la Administración de Riesgos en todos los procesos, programas, proyectos, y\o dependencias, de acuerdo con estas políticas. Todas las acciones conducentes a ello estarán acordes con la legislación vigente y la normatividad interna.

- En atención al Marco Legal vigente colombiano y las recomendaciones internacionales del GAFI, GAFILAT y otros organismos similares, se adopta e implementa el SARLAFT, dirigiendo sus esfuerzos a prevenir y controlar el riesgo lavado de activos y la financiación del terrorismo.

- Se promueve y establece a todo el nivel de la organización y con otras partes interesadas, una cultura institucional anti-lavado y anti-financiación del terrorismo.

- Establece requisitos adecuados para la vinculación y realización de operaciones con sus clientes y proveedores y rechaza el establecimiento o la renovación de una relación contractual que no cumpla con los requisitos exigidos por la ley y las normas internas.

- Negociará sus productos y prestará sus servicios a los clientes que hayan cumplido con los procedimientos de vinculación o actualización de información establecidos sobre prevención y control del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, incluyendo las excepciones mencionadas en el presente manual.

COPIA NO CONTROLADA

- No negociará productos y/o servicios con proveedores que no hayan cumplido con los procedimientos de vinculación o actualización de información establecidos sobre prevención y control del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, incluyendo las excepciones mencionadas en el presente manual.

- Los Empleados de la ESE que, en cumplimiento de sus funciones, tienen relación directa con los clientes y proveedores, deben vincularse de manera activa con la identificación de alertas, operaciones inusuales y sospechosas y contribuirán con los procesos de debida identificación de las partes interesadas.

- Se prohíbe establecer relaciones comerciales con personas naturales o jurídicas que tengan nombres ficticios o nombres inexactos.

- El proceso de Administración de Riesgos requiere ser documentado en todas sus etapas, por lo cual se contará con el Manual Instructivo de Administración del Riesgo que lo soporte y a través de su consulta permita la adecuada gestión de los riesgos, su manejo, revisión, monitoreo y actualización conforme a los cambios en el sistema.

- Se espera que la Política General de Administración de Riesgos se preserve en el tiempo. Sin embargo, se debe hacer una revisión anual o ante cambios estructurales u operacionales, para asegurar que se ajusta a las necesidades de la Entidad.

- Las políticas de Administración de Riesgo deben ser divulgadas en toda la Entidad a través de los medios más efectivos, para asegurar su entendimiento y el compromiso con su aplicación

- La Política de riesgos será desarrollada e implementada por los jefes de cada uno de los procesos de la organización, quienes llevaran a cabo su seguimiento e informarán periódicamente al CCCIC de su aplicación y evolución, elevando propuestas que consideren adecuadas para su mejor desarrollo.

- La Política de administración de riesgos se alinea con la política general de seguridad y privacidad de la información, buscando disminuir el impacto generado sobre los activos, manteniendo un nivel de exposición que permita responder por la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la misma.

- Los líderes de los procesos institucionales serán responsables junto con sus equipos de trabajo, de mantener actualizados las Matrices de Riesgos de sus dependencias, y de implementar las técnicas, procedimientos y controles para garantizar que la respuesta a los riesgos identificados se lleven a cabo adecuada

COPIA NO CONTROLADA

y oportunamente; actividades que deben ser plasmadas en sus planes operativos anuales.

- Los líderes de los procesos serán capacitados en la metodología de administración del riesgo y contarán con una adecuada cultura de riesgos, dirigida a lograr la aplicación de la política y la consecución de los objetivos definidos.

- Los jefes de los procesos con apoyo de los líderes de sus dependencias socializaran con sus equipos de trabajo los resultados del proceso de evaluación de los riesgos y los mecanismos definidos para lograr su control, reducir o evitar las causas y efectos.

- La Oficina de Control Interno, en cumplimiento a las funciones establecidas en el numeral 8.1.1.5. de este manual, hará seguimiento a las acciones que se desarrollen para una efectiva administración del riesgo y realizará el monitoreo a las contingencias, a fin de sugerir los correctivos y ajustes necesarios para asegurar que el manejo del riesgo se esté llevando a cabo de manera eficaz

- Los servidores, aplicarán los lineamientos establecidos para la administración del riesgo y participarán activamente para la aprehensión de las nuevas prácticas propuestas, que exigen valores y principios éticos, el ejercicio del auto-control y la auto-evaluación, calidad en la información generada y compartida, decisiones oportunas y eficaces, así como la racionalidad en la utilización de los recursos institucionales.

- Se establecen una serie de métricas relacionadas básicamente con el cumplimiento de los planes de mejora, fomento del autocontrol y efectividad del control para evitar la materialización de los riesgos, que determinen la adecuada gestión de riesgos y permitan alcanzar el objetivo deseado.

- Aplicación y uso adecuado del sistema de información y sus activos , con una adecuada gestión de los riesgo relacionados a la seguridad digital, como herramienta para el cumplimiento a los requerimientos normativos y buscando la integralidad, confidencialidad y disponibilidad, así como la conectividad de los datos entre los diferentes procesos de la gestión clínica y administrativa de la institución, conducentes a obtener información fidedigna y oportuna para hacer más eficiente las operaciones y orientada al mejoramiento en la prestación de servicios de salud.

- Actualización permanente de los sistemas de información tanto los tecnológicos como la gestión documental física (manuales, instructivos, procesos y procedimientos), ajustada a los requisitos de seguridad, privacidad y confidencialidad con el paciente, salud ocupacional, gestión del talento humano y

COPIA NO CONTROLADA

las definidas en Gobierno en Línea, en la cual se incorporan principios de transparencia, publicidad, participación ciudadana, acciones antitrámites y mecanismos de anticorrupción, con los cuales el personal de la ESE HMUA, desde su ingreso, asume su compromiso de respetar y cumplir.

8. RIESGOS QUE SE VAN A CONTROLAR

El objetivo de la Institución no es eliminar todos los riesgos, sino asumir un nivel prudente de riesgos para la sostenibilidad financiera de la Empresa, con niveles de competitividad aceptables que permitan la permanencia en el mercado, con confiabilidad y credibilidad en sus actuaciones, generando beneficios a la calidad de la salud de los usuarios que requieren la prestación de servicios de salud.

Esta política y la misma metodología para la gestión del riesgo está dirigida a lograr un perfil de riesgo moderado, manteniendo un perfil de riesgo medio/bajo, en cada uno de sus procesos.

Se deben identificar, calificar y evaluar todos los riesgos a los cuales está expuesta la E.S.E Hospital Manuel Uribe Ángel en sus procesos, programas y proyectos, con el fin de diseñar las acciones preventivas para evitar su materialización o acciones detectivas y/o correctivas para disminuir el impacto y repetición de ésta. La calificación debe realizarse de acuerdo con las escalas aprobadas en la Entidad para valorar la probabilidad y el impacto o severidad de los riesgos, tal como se describe en el manual e Instructivo-Planeación para la Administración de los Riesgos.

En la matriz de los procesos se incluirán según aplique, los riesgos relacionados a:

- El objetivo misional de cada Macroprocesos desagregando los riesgos, por los procesos que hacen parte de su división.
- Los relacionados al sistema de comunicación internas
- Riesgos de corrupción, solo para los procesos que así se identifiquen.
- Riesgos ocupacionales o laborales
- Riesgos Jurídicos por incumplimiento a la normatividad, los relacionados al (Sistema único de habilitación (SUH y sismorresistencia y los contractuales.
- Seguridad Digital y privacidad de la información
- Riesgos Contables, Presupuestales y Financieros.
- Riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo en aquellos procesos que así se han identificado.
- Riesgos de gestión, relacionados al quehacer propio de cada proceso.
- Riesgos relacionados a la seguridad del paciente, en todos los procesos misionales.

COPIA NO CONTROLADA

En los procesos misionales, se incluirá como un solo ítem los eventos de seguridad, considerando que éstos son gestionados desde el proceso de calidad en su componente de Seguridad del Paciente, con enfoque hacia todos los procesos misionales y aquellos de apoyo transversales que afecten la política de seguridad del paciente, y que están apoyados por el Comité de Eventos de Seguridad y Gestión del Riesgo, en cumplimiento al modelo de seguridad del paciente y ante la cantidad de eventos especificados al tenerse definidos en cumplimiento a la norma por especialidad habilitada. El proceso de administración de los riesgos de seguridad del paciente se cumplirá de igualmente por parte del jefe del proceso asistencial, como uno de los requisitos del Sistema de Garantía de la Calidad y el SUH. Se incluirán en la matriz de riesgos general en forma global, sin especificar cada uno, aplicándose para ello la matriz de riesgos de seguridad, que cumple igual formato y especificidad de criterios, definiendo en el GIS- plan de mejora, las acciones correctivas, preventivas y de mejora para la gestión de los eventos adversos notificados por el aplicativo interactivo definido para estos casos.
A partir del 2019, se integran en los eventos de seguridad los riesgos relacionados a complicaciones transfusionales e Infecciones Asociadas al cuidado de la salud.
No obstante, la ESE contará con una matriz específica para la gestión de los riesgos evaluados por servicio habilitado, en cumplimiento a los lineamientos del SUH.

9. DIRECTRICES PARA LA DEFINICIÓN DE LOS CONTROLES:

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

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.

La actividad de control **debe por si sola** mitigar o tratar la causa del riesgo y ejecutarse como parte del día a día de las operaciones.

Clasificación de las actividades de Controles:

Identificar los controles preventivos, detectivos y correctivos, teniendo en cuenta:
Control Preventivo: aquellos que evita la ocurrencia de un evento o suceso, están orientados a eliminar las causas del riesgo, para prevenir su ocurrencia o materialización.

COPIA NO CONTROLADA

Este tipo de control *ataca* ***directamente la Probabilidad*** de ocurrencia del riesgo e ***indirectamente al impacto***.

Controles **Detectivos**, que permiten registrar o identificar un evento o resultado no previsto, después de que éste ya ha sucedido, y sirven para descubrir resultados no previstos y alertar sobre la presencia de un riesgo.
Este tipo de control *ataca* ***directamente el impacto*** del riesgo e ***indirectamente a la probabilidad*** *de ocurrencia*.

Controles Correctivos: permiten enfrentar la situación una vez que se presente o se detecte el evento no deseado, ya que se cuenta con la preparación para afrontar el acontecimiento o evento, a la vez permiten la rápida recuperación del negocio o el restablecimiento de las actividades. A la vez son un respaldo para evitar pérdidas significativas.

Al registrar el control, se tendrá en cuenta si este está documentado, lo que permitirá consultarse cuando se requiera para evaluar cómo se lleva a cabo el control, el responsable y la periodicidad para la ejecución.

Variables para el Adecuado Diseño y Ejecución de los Controles:

Definir el responsable del control, la periodicidad para su ejecución, el propósito del control, cómo se realizará la actividad de control, indicar qué sucede con las desviaciones en los resultantes de la ejecución del control, dejar evidencia de la ejecución del control.

Se debe evaluar el cumplimiento del diseño del control con el fin de determinar la efectividad del mismo para el control del riesgo, para ello se deberá aplicar la metodología definida por el DAFP, tal como se relaciona en la tabla-1 del Manual e Instructivo para la Administración del Riesgo de la ESE, con respecto la asignación, adecuación, oportunidad, propósito del control, confiabilidad, las acciones para las desviaciones y la completitud de las evidencias.

A partir del 2019, a través del nuevo Aplicativo o herramienta informática para la gestión de la Matriz de Riesgos, se definirán y evaluarán previamente cada una de las variables definidos en los Criterios de Evaluación**,** como se relaciona en la tabla-2 del Manual e Instructivo para la Administración del Riesgo de la ESE.

Cada jefe del Macroprocesos y el líder del proceso *(1ra Línea de Defensa-MECI)* deberán evaluar de forma semestral el cumplimiento de cada uno de los 6 criterios, así como realizar seguimiento del cumplimiento de las acciones formuladas para los controles y para los riesgos; para lo cual se podrán acompañar del jefe o líder del proceso de Planeación *(2ª. Línea de Defensa-MECI).*

COPIA NO CONTROLADA

La Oficina de Control Interno *(3ra Línea de Defensa-MECI) podrá* hacer verificación del seguimiento, utilizando para ello la misma herramienta, evaluando el adecuado diseño del control, y de acuerdo a los riesgos priorizados verificará una vez al año tanto el cumplimiento y efectividad de los controles, como el cumplimiento de las acciones de mejora definidas para mejorar los controles o mitigar los riesgos.

Los controles pueden ser automatizados o manuales, entre los sistemas de información automatizada se encuentra el software, (contraseñas de acceso, verificaciones por el sistema de información, generación de reportes o indicadores por el sistema, aplicaciones electrónicas, correo electrónico, sistemas de grabación y scanner, etc).
Entre los Controles manuales esta: la política de operación aplicable, autorizaciones por firmas, confirmaciones por correos electrónicos, archivos físicos, listas de chequeo, controles del personal de seguridad, conciliaciones de documentos físicos, entre otros).

Si la solidez del conjunto de los controles es Débil, este no disminuirá ningún cuadrante de impacto o probabilidad asociado al riesgo y por tanto requiere evaluar el control y definir nuevas acciones y controles.

10. TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS:

Para el tratamiento de los Riesgos se utilizan diferentes acciones de tratamiento, que se aplican de acuerdo con la frecuencia y\o severidad (impacto) del riesgo evaluado, la decisión para el tratamiento dependerá del conocimiento del proceso, el análisis de costo- beneficio, y bajo los siguientes considerandos:

Para los riesgos no catalogados como de Corrupción, se aplicará lo siguiente:

1. **Asumir o Aceptar:** solo se asumen o aceptan los riesgos cuyo riesgo residual está en un nivel de riesgo bajo, y considerando además la calificación dada en la probabilidad, la cual debe estar entre **posible (3) y raro (1),** según la escala de probabilidades que se aplica en la matriz de riesgos y la valoración de los controles.
   Igualmente se asumirán aquellos que por decisión de la Gerencia no podrán contar con los recursos requeridos para el adecuado control, esto debido a limitaciones en el flujo de caja, restricciones en caso de estar en riesgo financiero con formulación de acciones que requieren grandes inversiones en el Plan de Saneamiento Fiscal o igualmente al no estar el riesgo priorizado en la gestión anual, por lo cual se identificaran los riesgos cada año y se definirá su manejo para el período anual.

2. **Reducir:** los riesgos residuales cuya probabilidad está entre **posible (3)** y **Casi seguro (5) o** los riesgos cuyo impacto, severidad o gravedad estén entre **los niveles de moderado (3) y catastrófico (5)** deben ser reducidos a través del diseño de medidas de prevención, detección o correctivas para disminuir la

COPIA NO CONTROLADA

probabilidad de su ocurrencia y/o el impacto, contribuyendo a disminuir la gravedad de los efectos que ellos puedan acarrear a la Institución en caso de su Materialización. La decisión de reducir un riesgo no siempre ameritará nuevos controles siempre que los controles actuales estén siendo efectivos y solo se requiera el continuar fortaleciendo y aplicando los ya existentes para evitar la materialización del riesgo.

3. **Compartir:** los riesgos se pueden compartir cuando sus efectos- impacto son moderado (3), alto (4) o catastrófico (5). Para ello se precisa transferirlos a otras organizaciones, las cuales responderán ante la pérdida que estos ocasionen, en forma total o conjunta con la Entidad.

   La opción de compartir el riesgo a través de la compra de seguros debe tomarse para todo riesgo calificado como peligroso o catastrófico, siempre que se cuente con esta opción en el mercado. En los eventos en los cuales la gravedad o impacto del riesgo es moderada (3), se debe hacer un análisis del costo y del beneficio de esta opción, antes de tomar el seguro.

4. **Evitar o eliminar:** esta decisión se tomará de ser posible, cuando el riesgo residual este en **probable (4)**; y su gravedad o impacto **catastrófica (5); lo ideal es evitarlo, y mínimamente reducirlo**. En el caso de evitar, se debe eliminar la actividad que genere el riesgo cuando la constitución y las normas lo permitan. De lo contrario, se deben tomar todas las medidas de tratamiento posibles para reducirlo

5. **Riesgos de Corrupción**: una categoría especial, según lo definido por la Ley 1474 de 2011, y tal como se estipuló en al Plan anticorrupción y de Atención al Ciudadano, para los Riesgos de Corrupción, **la probabilidad**, a diferencia de valorarlos solo entre Casi Seguro(5) o Posible (3), como se hizo en el 2015, a partir del año 2016, y tal como se contempla en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, los criterios serán los mismos que aplican para los riegos en la gestión del proceso, así **Rara vez (1), improbable (2), Posible (3), Probable (4) y Casi Seguro** (5).

   Para la escala de **la severidad** o **impacto,** la clasificación no tiene nivel bajo, por lo tanto, siempre inicia en el nivel **Moderado (5),** el nivel **Mayor con valoración de 10** y **Catastrófico, con valoración de 20,** cálculo interno en el aplicativo de sistemas de la información. Por lo tanto, el resultado del **riesgo inherente** podrá estar en cualquiera de las zonas de riesgo, **Baja (puntaje de 5 a 10), Moderada (de 15 a 25), Alta (de 30 a 50) y Extrema (de 60 a 100 de puntaje)**; así mismo dependerá de los mecanismos para controlarlos los que permitan que **el riesgo residual este en Bajo, Moderado, Alto y Catastrófico.**

COPIA NO CONTROLADA

El **tratamiento**, dependerá de la zona de riesgo que se ubique, así que se podrán genera acciones para reducir **o evitar**, teniendo en cuanta que si el **riesgo residual se encuentra en zona extrema**, se deberá **priorizar el tratamiento** y se deben implementar los controles orientados a reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo o disminuir el impacto de sus efectos y **tomar medidas de protección**, propendiendo por la eliminación del riesgo de corrupción, o mínimamente reducirlo.

En ningún caso y bajo ninguna circunstancia, el riesgo de corrupción en su manejo o tratamiento podrá ser aceptado, siempre se buscará el evitar los mismos, por lo tanto, se deberá formular acción de mejora para todos los riesgos de corrupción sin excepción.

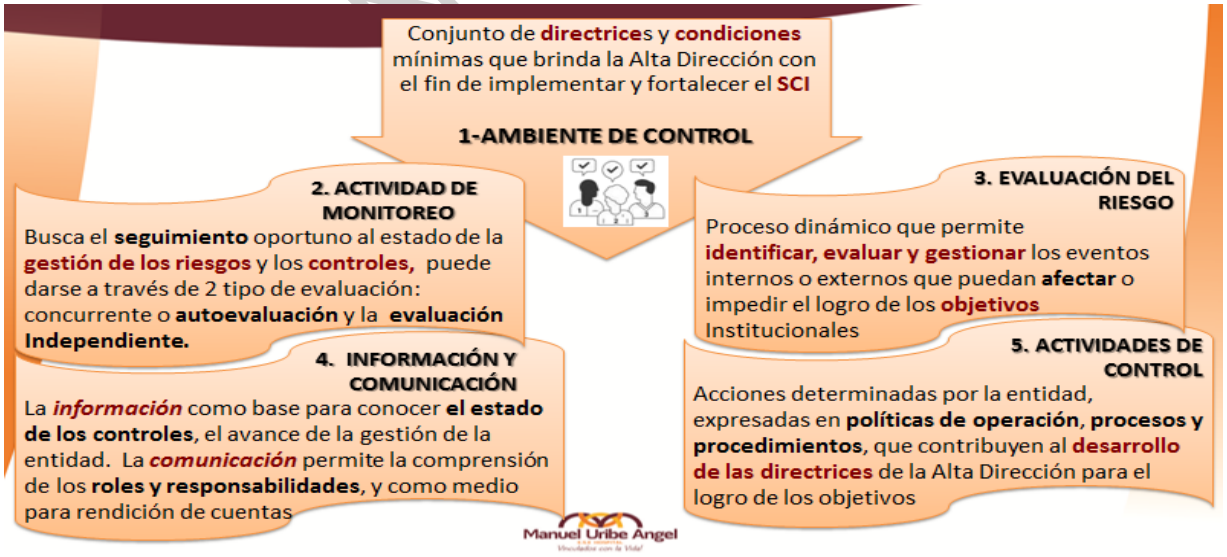
A partir del cálculo automático de la solidez de los controles, se deberá formular acción de mejora para todos los riesgos de corrupción sin excepción, al igual que los riesgos residuales en nivel Débil; para todos los riesgos en nivel moderado o fuerte, será opcional por parte del responsable del proceso el definir si formula o no plan de acción o de mejora.

NO CONTROLADA

11. ROLES, FUNCIONES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDAD PARA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LA LÍNEA ESTRATEGICA Y LAS LÍNEAS DE DEFENSA

Responsabilidades en la Administración de Riesgos

La administración de riesgos requiere de una estructura organizacional sólida y claramente establecida, para llevar a cabo los cinco (5) componentes del MECI.



La responsabilidad del manejo de los riesgos a nivel de los procesos está particularmente en los Jefes de procesos y sus respectivos equipos de trabajo.

11.1 ESTRUCTURA PARA LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS

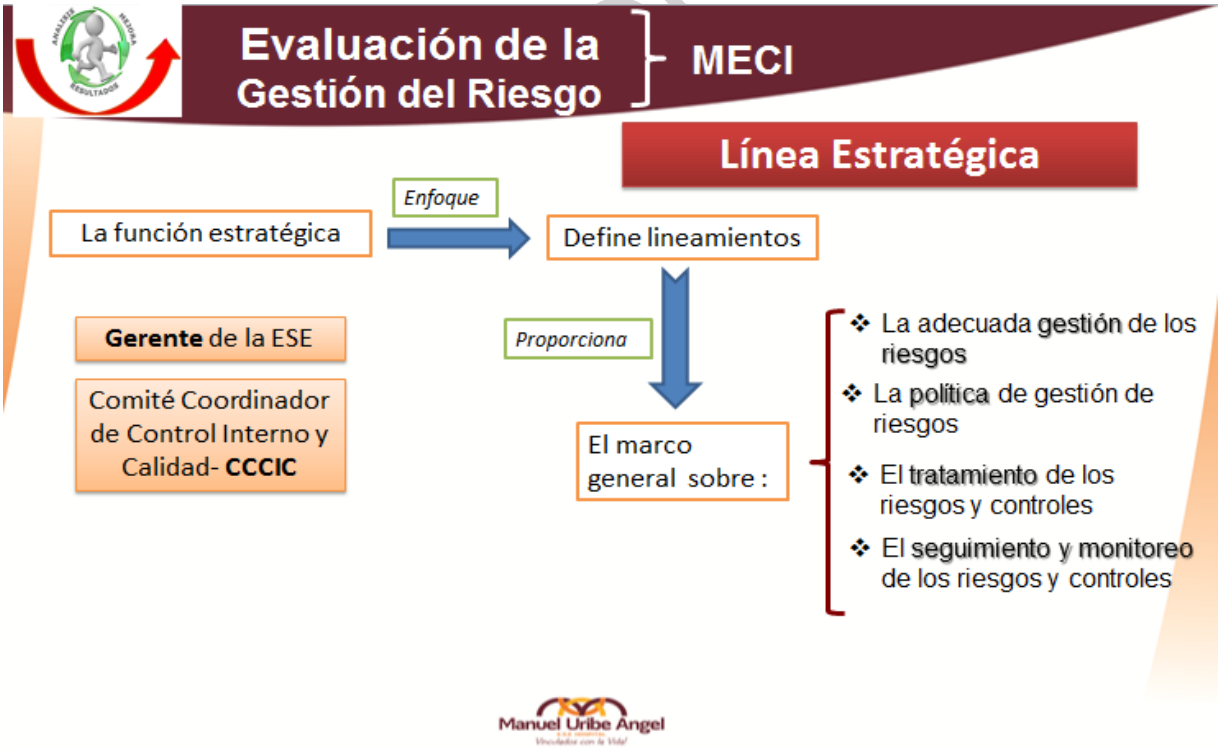
La estructura organizacional necesita estar soportada por funciones y responsabilidades documentadas, formalizadas, divulgadas y comprendidas.

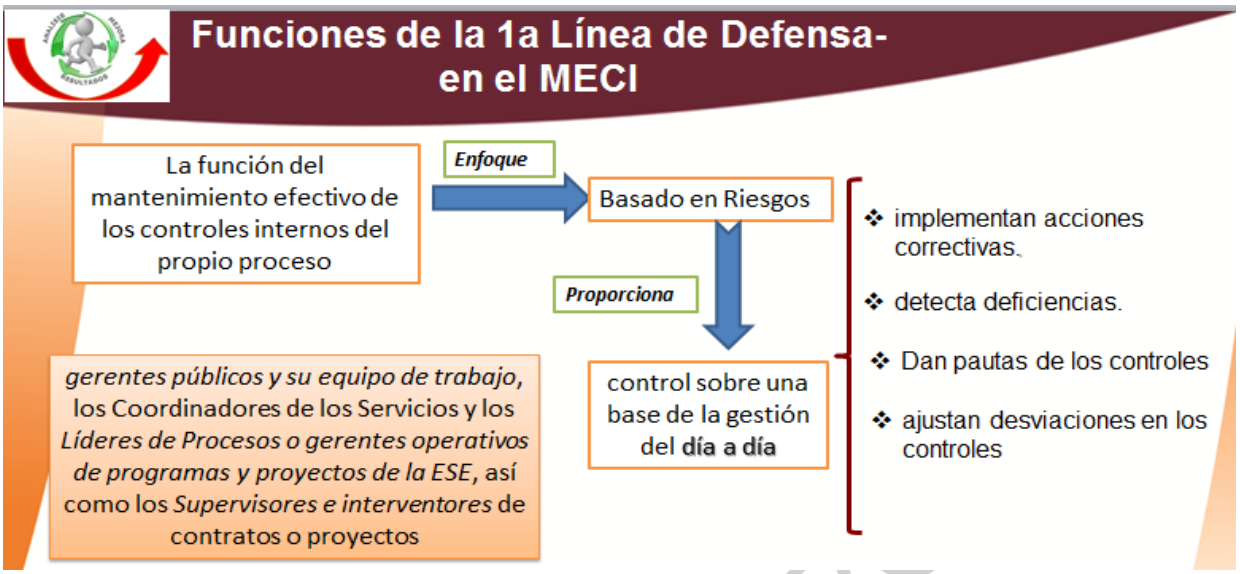
A continuación, se describe la organización para la administración de riesgos, la descripción de funciones y responsabilidades al interior del Hospital, de acuerdo a la Ley 87 de 1993, Decreto 1826 de 1994, Decreto 2145 de 1999 y MIPG-MECI, 2da versión del DAFP.

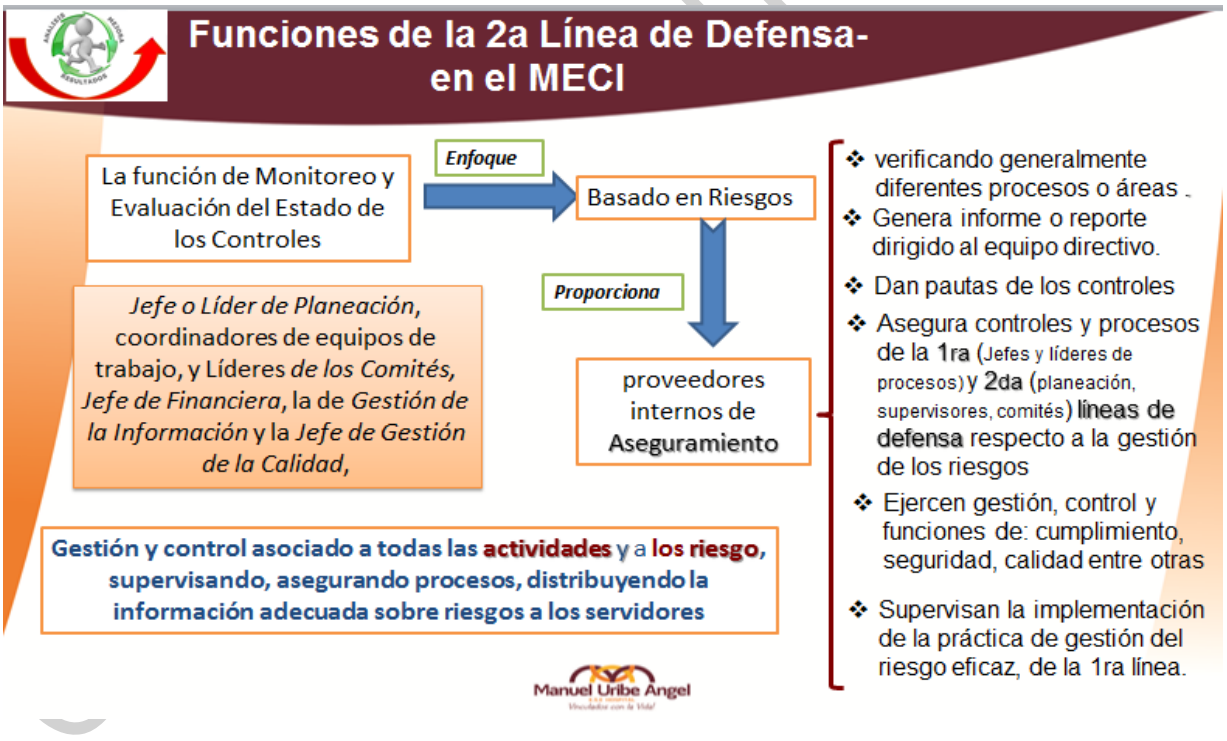
Responsabilidades y Autoridad

COPIA NO CONTROLADA

Matriz de Responsabilidades
como líneas de Defensa del MECI 1ra, 2da y 3ra
Ver Responsabilidades en el Manual MECI de la ESE
1ª. Línea de Defensa
Jefes de Procesos
1er. Componente.
Ambiente de Control
2do. Componente.
Gestión del Riesgo
3er. Componente.
Actividad de Control
4º. Componente.
Información y Comunicación
5º. Componente.
Monitoreo y Supervisión
2ª. Línea de Defensa
Líder de Planeación
1er. Componente.
Ambiente de Control
2do. Componente.
Gestión del Riesgo
3er. Componente.
Actividad de Control
4º. Componente.
Información y Comunicación
5º. Componente.
Monitoreo y Supervisión
3ª. Línea de Defensa
Jefe OCI
1er. Componente.
Ambiente de Control
2do. Componente.
Gestión del Riesgo
3er. Componente.
Actividad de Control
4º. Componente.
Información y Comunicación
5º. Componente.
Monitoreo y Supervisión
Manuel Uribe Angel


Evaluación de la Gestión del Riesgo
MECI
Línea Estratégica
La función estratégica
Enfoque
Define lineamientos
Gerente de la ESE
Comité Coordinador de Control Interno y Calidad- CCCIC
Proporciona
El marco general sobre :
La adecuada gestión de los riesgos
La política de gestión de riesgos
El tratamiento de los riesgos y controles
El seguimiento y monitoreo de los riesgos y controles
Manuel Uribe Angel


Funciones de la 1a Línea de Defensa- en el MECI
La función del mantenimiento efectivo de los controles internos del propio proceso
Enfoque
Basado en Riesgos
Proporciona
control sobre una base de la gestión del día a día
gerentes públicos y su equipo de trabajo, los Coordinadores de los Servicios y los Líderes de Procesos o gerentes operativos de programas y proyectos de la ESE, así como los Supervisores e interventores de contratos o proyectos
implementan acciones correctivas.
detecta deficiencias.
Dan pautas de los controles
ajustan desviaciones en los controles


Funciones de la 2a Línea de Defensa- en el MECI
La función de Monitoreo y Evaluación del Estado de los Controles
Enfoque
Basado en Riesgos
Proporciona
proveedores internos de Aseguramiento
Jefe o Líder de Planeación, coordinadores de equipos de trabajo, y Líderes de los Comités, Jefe de Financiera, la de Gestión de la Información y la Jefe de Gestión de la Calidad,
Gestión y control asociado a todas las actividades y a los riesgo, supervisando, asegurando procesos, distribuyendo la información adecuada sobre riesgos a los servidores
verificando generalmente diferentes procesos o áreas .
Genera informe o reporte dirigido al equipo directivo.
Dan pautas de los controles
Asegura controles y procesos de la 1ra (Jefes y líderes de procesos) y 2da (planeación, supervisores, comités) líneas de defensa respecto a la gestión de los riesgos
Ejercen gestión, control y funciones de: cumplimiento, seguridad, calidad entre otras
Supervisan la implementación de la práctica de gestión del riesgo eficaz, de la 1ra línea.
Manuel Uribe Angel

Funciones de la 3ra Línea de Defensa- OCI, Auditoria Interna, en el MECI

La función de la Auditoría Interna

Jefe Oficina de Control Interno

Enfoque → Basado en Riesgos

Proporciona → Aseguramiento objetivo e independiente sobre :

- La Eficacia de gobierno - formulación de políticas.
- La efectividad de la Gestión de riesgos y controles.
- Efectividad del Sistema de Control interno- SCI
- Operatividad de la 1ra (Jefes y líderes de procesos) y 2da (planeación, supervisores, comités) líneas de defensa respecto a la gestión de los riesgos

Control asociado a todas las actividades y a los riesgo, con asesoría, acompañamiento técnico; evaluación y seguimiento en cada paso de la **gestión del riesgo**; verificando la aplicación de los **mecanismos de participación ciudadana**.

Manuel Uribe Angel

1- Ambiente de Control

- **Evalúa eficacia** de la estrategia para promover la integridad, la gestión permanente de los riesgos y eficacia de los controles
- **Evalúa diseño y efectividad**, de los controles asociados a la política de TH y al proceso de Direccionamiento estratégico, informando al CCCIC y alta dirección.
- **Evalúa la aplicación** actualización, difusión y efectividad de la Política de Admon de Riesgos

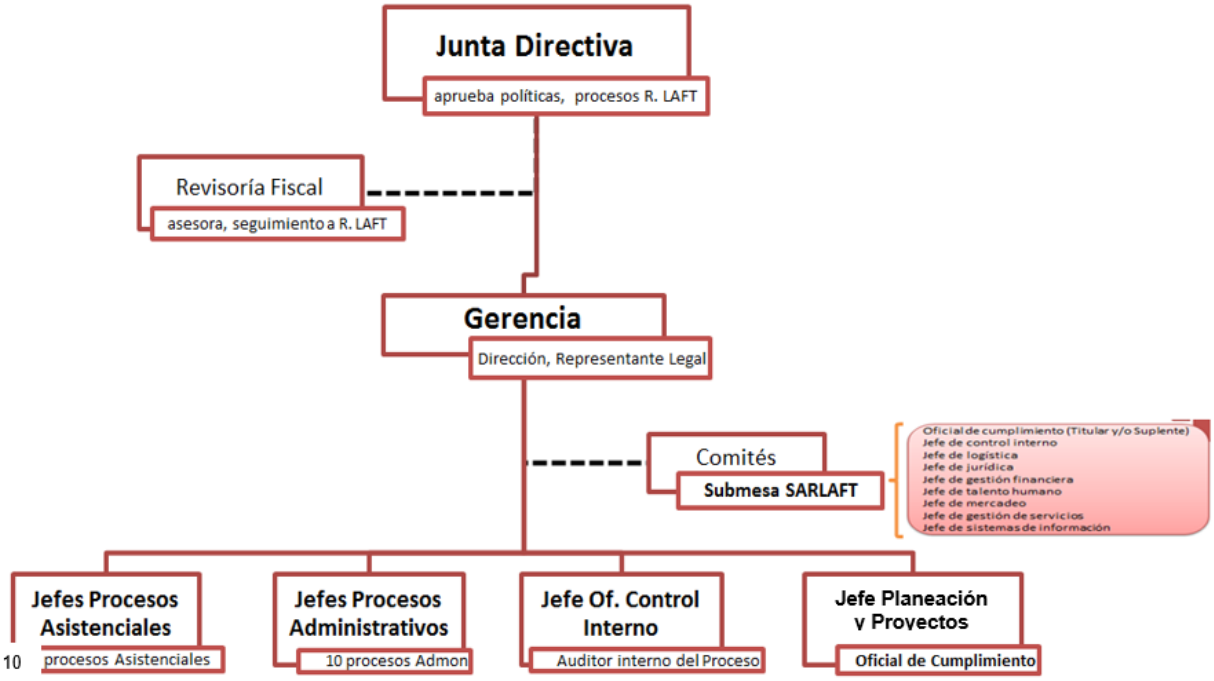
2-Evaluación del Riesgo

- **Identifica y Evalúa cambios** con impacto en el **SCI** (proceso de evaluación de riesgos y auditoría), informando al **CCCIC**
- **Revisa** la **efectividad y aplicación** de controles, planes de contingencia y monitoreo de los riesgos, facilitando **técnicas** y **acompañamiento** para el levantamiento de los mapas de riesgos.
- **Alertar** sobre la **probabilidad de riesgos de fraude, o corrupción** en las áreas auditadas

3- Actividades de Control

- **Verifica** que los controles estén **diseñados** e **implementados** de manera **efectiva y operen** para el control de los riesgos.
- Suministrar **recomendaciones** para mejorar **eficiencia** y **eficacia** de controles.
- **Proporciona seguridad** razonable en el **diseño** e **implementación** de políticas, procedimientos y otros controles.
- **Evalúa** si los procesos de Gobierno de TI apoyan las estrategias y objetivos institucionales
- Informa sobre la **eficiencia, efectividad e integridad** de los controles tecnológicos, **recomienda** mejoras a las actividades de control.

11.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SARLAFT-Sistema Administración de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo



11.2 Oficial de Cumplimiento, para los riesgos LAFT/PDAM y SICOF

- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el SARLAFT
- Elaborar y desarrollar los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación del SARLAFT
- Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones que realiza la entidad
- Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad
- Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos
- Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT de la entidad
- Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de LA/ FT y velar por su cumplimiento
- Proponer a la Junta Directiva y la Gerencia, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas y los procedimientos del SARLAFT. Asegurar su divulgación a las partes interesadas
- Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte de estas dos últimas a la UIAF
- Realizar reportes normativos a los entes de control del SARLAFT, incluida el actas de aprobación de la política y del manual de procedimientos
- Mantener actualizados los datos de la entidad y el oficial de cumplimiento con la UIAF, utilizando los canales de comunicación correspondientes
- Gestionar adecuadamente los usuarios del Sistema de Reporte en Línea (SIREL)
- Informar a la UIAF cualquier cambio de usuario del Sistema de Reporte en Línea
- Revisar los documentos publicados por la UIAF en la página web como anexos técnicos, manuales y utilidades que servirán de apoyo para la elaboración de los reportes
- Diseñar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT
- Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación del SARLAFT
- Analizar los informes presentados por la auditoría interna o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas de SARLAFT

COPIA NO CONTROLADA

- Elaborar y someter a la aprobación de la Junta Directiva o el órgano que haga sus veces, los criterios objetivos para la determinación de las operaciones sospechosas, así como aquellos para determinar cuáles de las operaciones efectuadas por usuarios serán objeto de consolidación, monitoreo y análisis de operaciones inusuales
- Presentar cuando menos, de forma semestral a la Gerencia y anualmente a la Junta Directiva, un informe por escrito donde exponga el resultado de su gestión, el cual debe incluir:

    - Los resultados de la gestión desarrollada.
    - Los procesos establecidos para llevar a la práctica las políticas aprobadas, sus adiciones o modificaciones
    - Los resultados de monitoreo y seguimiento para determinar la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos
    - El cumplimiento que se ha dado en relación con el envío de los reportes a las diferentes autoridades
    - Medidas adoptadas para corregir las fallas encontradas al efectuar el monitoreo de los controles y su efectividad.
    - El cumplimiento a los requisitos de las diferentes autoridades, en caso de que estos se hubieren presentado
    - Las propuestas de ajuste o modificaciones a las políticas para la prevención y control de los riesgos de LA/FT que se consideren pertinentes
    - El cumplimiento a los ajustes o modificaciones a las políticas de prevención y de control del riesgo de LA/FT aprobadas por la Junta Directiva
    - Los resultados de los correctivos ordenados por la junta directiva u órgano que haga sus veces.
    - Las últimas normas o reglamentaciones expedidas sobre la prevención y el control del riesgo LA/FT y las medidas adoptadas para darles cumplimiento

Adicionalmente, para el adecuado cumplimiento de la labor que corresponde al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, así como a su mejoramiento continuo, el oficial de cumplimiento debe cumplir como mínimo con las siguientes condiciones:

a. Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.

b. Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.

c. Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva o quien haga sus veces, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad

COPIA NO CONTROLADA

administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en esta Circular.

d. Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la entidad.

e. Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.

f. Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la presente Circular.

g. Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.

h. Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF.

i. Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.

j. Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.

k. Informar al máximo órgano social u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.

l. Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración del máximo órgano social.

m. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.

n. Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.

o. Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por el máximo órgano social, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.

p. Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.

q. Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOF.

COPIA NO CONTROLADA

En general, el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de prevención y control, y verificar al interior de la entidad su operatividad y su adecuado funcionamiento, para lo cual debe demostrar la ejecución de los controles que le corresponden. El Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, debe dejar constancia documental de sus actuaciones en esta materia, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto. Adicionalmente, debe mantener a disposición del auditor interno, el revisor fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SICOF, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.

12. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN Y EFECTIVIDAD

12.1 Revisión de la Política

Esta Política será revisada al menos 1 vez cada año y cuando se considere necesario por parte de la Alta Dirección, Representante de ésta o Jefe de la Oficina de Control Interno, con el fin de determinar si es coherente con la Planeación Estratégica de la ESE HMUA, los cambios en la normatividad o políticas estatales, al igual si contempla las opciones de tratamiento del riesgo que permitan tomar decisiones oportunas y adecuadas por la dirección y sea una guía de acción para todos los servidores públicos. De toda revisión se dejará registro en una de las Actas del Comité Coordinador de Control Interno y Calidad, especificando cuando se llegue a la conclusión de no requerir actualización o ajustes al no afectar los cambios internos o externos las directrices que en ésta se contemplan.

La revisión de la política de riesgos tanto por la Gerencia como por el Comité Coordinador de Control Interno y Calidad u Oficina de Control Interno busca garantizar que el perfil de riesgos camine alineado a las Políticas Institucionales y Planeación Estratégica.

12.2 Revisión de los Riesgos.

La implementación de los riesgos tiene como mínimo una duración de un (1) año que va de julio a diciembre (primer semestre) y de enero a junio del siguiente año (segundo semestre).

COPIA NO CONTROLADA

Los riesgos serán revisados periódicamente por los Jefes de los procesos, presentando resultado de su análisis en el Comité de Riesgos o Comité Coordinador de Control interno y Calidad, 2 veces al año, en forma semestral, en abril (segundo semestre) y octubre (primer semestre) por parte de la oficina de planeación y proyectos quien ejerce en la segunda línea de defensa y en Diciembre (primer semestre) y Junio (Segundo semestre), lo cual servirá de insumo para la evaluación al Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano de cada año, realizada por el Jefe de la Oficina de Control Interno, en cumplimiento a la Ley 1474 de 2011.

Para la evaluación a realizarse en abril de cada año, se hará una revisión del entorno, buscando detectar posibles factores de riesgos a los cuales este expuesta la Entidad y evaluando la existencia de nuevos riesgos y la necesidad de incorporarlos en la matriz de riesgos de alguno de los procesos o en la Institucional, así mismo cada Jefe de procesos evaluará el cumplimiento de las acciones establecidas, la efectividad de los controles y el impacto, medido por los resultado de los indicadores fijados y de las mismas acciones ejecutadas, como por la materialización de los riesgos y determinara el cambios en el nivel del riesgo residual, que lleve al cambio en la opción de tratamiento a ser asumido este riesgo y por ende a excluirlo o no de la matriz de riesgo institucional.

En la evaluación de octubre se presentará un reporte del resultado de la evaluación del cumplimiento de las acciones establecidas y si estas están siendo efectivas para el control del riesgo o requiere de otras acciones, para lo cual el Comité de control interno y calidad le podrá aportar propuestas o acciones a ser incorporadas en la matriz.

13. POLÍTICAS GENERALES ASOCIADAS CON LA POLITICA DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN LA ESE HMUA

13.1 Definición de Política

Son directrices, parámetros o decisiones corporativas mediante las cuales se definen criterios y se establecen guías de acción o marcos de actuación para la toma de decisiones, orientando la gestión de todos los niveles de la organización, establecidas como parámetros generales para situaciones de características particulares, o aspectos específicos.
Las políticas deben traducirse en procedimientos, actividades e instrucciones al interior de la organización para convertirlas en “hechos visibles”.

COPIA NO CONTROLADA

14.2 Políticas Institucionales con relación a la Administración del Riesgo.

Asociada a política de Gestión del Riesgo, la ESE define diferentes políticas que contribuyen al control de los riesgos, entre las que esta:

14.3 La Política Financiera

Propende a través de diferentes estrategias, "*garantizar la transparencia, eficiencia, control y confiabilidad en el manejo de los recursos financieros*", fortaleciendo el sistema de información, el autocontrol, el sistema de costos y la participación activa de la comunidad hospitalaria en el control de los recursos.

14.4 La Política de Recurso Humano

Incluye la socialización del sistema de administración de riesgos.

14.5 La Política de Gestión de Tecnología

Por la cual se busca proteger al usuario y al personal, de los riesgos ocasionados en el uso de la tecnología biomédica, para lo cual define acciones preventivas que incluye: los criterios de evaluación de la tecnología y las estrategias para lograr el objetivo, entre las cuales figura: el fortalecimiento del comité de Inversiones y Tecnología (Comité de Compras), cumplimiento de las exigencias normativas, inclusión en el plan de inducción, entrenamiento y capacitación el uso adecuado de los equipos y el mantenimiento preventivo. Así mismo con acciones de control y seguimiento de estos riesgos, a través del reporte e indicadores de eventos adversos relacionados el uso de la tecnología, daños de equipos, generándose acciones preventivas, correctivas y de mejora, desde el programa de Tecnovigilancia.

14.6 La Política de Salud Ocupacional

Enfoque hacia "*la identificación, prevención, detección e intervención de los riesgos ocupacionales, a desarrollar acciones de promoción de la cultura del autocuidado*", para lo cual establece estrategias de implementación por parte de directivos, clientes internos y del comité COPASS.

COPIA NO CONTROLADA

14.7 La Política de Priorización de los usuarios

Establecida buscando identificar los pacientes con riesgo y vulnerabilidad, para priorizar su proceso de atención

14.8 La Política de Seguridad asistencial

Fundamentada en la prevención de los riesgos en la práctica clínica, en relación directa con la atención en salud que se brinda al paciente, identificando riesgos y fomentando acciones para evitar que éstos se materialicen, con consecuencias en el paciente. Para ello se despliega en la ESE el Modelo de Seguridad donde se describen las estrategias para el cumplimiento de la misma.

14.10 La Política de Seguridad y Privacidad de la Información

"entendiendo la importancia de una adecuada gestión de la información, se ha comprometido con la implementación de un sistema de gestión de seguridad de la información para soportar los procesos de la Entidad, por medio de la generación y publicación de sus políticas, procedimientos e instructivos, el establecimiento de mecanismos que permitan el uso y renovación de la plataforma tecnológica, así como de la asignación de responsabilidades generales y específicas para la gestión de la seguridad de la información.

Para la E.S.E HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL, la protección de la información busca la disminución del impacto generado sobre sus activos, por los riesgos identificados de manera sistemática con objeto de mantener un nivel de exposición que permita responder por la integridad, confidencialidad y la disponibilidad de la misma.

14.11 Política de Riesgo Cambiario

Entendiendo la importancia de contar con mecanismos para la gestión de la tasa de cambio y tasas de interés relacionada con el cumplimiento de los presupuestos de inversión de la E.S.E. Hospital Manuel Uribe Angel para cada vigencia se define los criterios presupuestales incluyendo la tasa de cambio máxima de compra resultante del análisis comparativo de las estimaciones de instituciones de referencia en política macroeconómica y centros de investigación, frente a la adquisición de medicamentos a proveedores importadores de productos, estos se harán con sujeción a las tarifas pactadas en los contratos suscritos y a la disponibilidad de la oferta en el mercado, ante eventuales desviaciones en la tasa de cambio por encima de los máximos establecidos en los criterios presupuestales, será el Comité de Contratación, Inversión y Tecnología el encargado de priorizar las inversiones y fuentes de financiación de acuerdo con los limites presupuestales

COPIA NO CONTROLADA

14.12 Política de Situación de Control y Grupo Empresarial

la E.S.E HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL propende por la verificación continua de todos aquellos aspectos relacionados con la configuración de la situación de control y/o conformación de grupo empresarial de acuerdo con los lineamientos definidos por la normatividad legal vigente, y en especial los relacionados con la unidad dirección y unidad de mando y con base en los compromisos e implicaciones financieras que se le atribuyan en relación a sus inversiones presentes y futuras en otras sociedades. La verificación en el cumplimiento de la política se realiza por la oficina jurídica, la oficina de planeación y proyectos a través del seguimiento a las medidas del código de conducta y buen gobierno y también a través de evaluaciones ejecutadas por la oficina de control interno y la revisoría fiscal, para monitoreo de riesgos y eficacia de los procedimientos.

15. OFICIALIZACIÓN Y COMUNICACIÓN

Con el fin de contribuir a que la administración del riesgo se convierta en un elemento integral del desarrollo de los procesos de la E.S.E. HMUA, y parte de la cultura organizacional, la Oficina de Control Interno en coordinación con el Representante de la Alta Dirección, Oficina de Planeación y los líderes de cada proceso, desarrollará estrategias de capacitación y comunicación necesarias para lograr la interiorización y sensibilización de los conceptos en los empleados y comunidad.

Esta política de Gestión General del Riegos se publicará en la página web de la ESE HMUA, para consulta y verificación de cumplimiento de todos aquellos que aplique.

COPIA NO CONTROLADA