



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado



RESOLUCION 344 (14 de septiembre de 2018)

Por medio de la cual se adopta la metodología y se establece la política de administración del riesgo.

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales y,

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política incorporó el concepto del Control Interno como un instrumento orientado a garantizar el logro de los objetivos de cada entidad del Estado y el cumplimiento de los principios que rigen la función pública

Que el literal f del Artículo 2 de la ley 87 de 1.993 establece como uno de los objetivos del Sistema de Control Interno: 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.

Que la Directiva presidencial 09 de 1999, establece los lineamientos para la implementación de la Política de lucha contra la corrupción;

Que el Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, establece la adopción del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano, MECI 1000:2005. Que el modelo estándar de Control Interno MECI 1000:2005 determina las generalidades y estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Control interno en las entidades y agentes obligados conforme al Art. 5 de la Ley 87 de 1993

Que el establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas a que hace referencia el Art. 5 de la Ley 87 de 1993, será responsabilidad de la máxima autoridad de la entidad u organismo correspondiente y de los jefes de cada dependencia de las entidades y organismos, así como de los demás funcionarios de la respectiva entidad.

Que la 1474 de 2011, Artículo 73: "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplará entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

El Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción señalara la metodología para diseñar y hacerle seguimiento a la señalada estrategia. Parágrafo. En aquellas entidades donde se tenga implementado un sistema integral de administración de riesgos, se podrá validar la metodología de este sistema con la definida por el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción."

Que la Entidad mediante Resolución No. 442 de 2016 dicta normas del Modelo Estándar de Control Interno para la entidad.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado



Que dentro de la estructura de control definida para el Modelo Estándar de Control Interno 2014, se tiene definido el Subsistema de Control Estratégico. Que el componente de ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS se constituye en el componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la entidad auto controlar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos.

Que el Decreto 1499 de 2017 actualizó el Modelo para el orden nacional e hizo extensiva su implementación diferencial a las entidades territoriales. El nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG articula el nuevo Sistema de Gestión, que integra los anteriores sistemas de Gestión de Calidad y de Desarrollo Administrativo, con el Sistema de Control Interno.

Que el Mapa de Riesgos es la herramienta conceptual y metodológica que permite valorar los riesgos al interior de la Entidad.

Que el plan de Desarrollo 2016-2020 del Dr. Julio Cesar Piñeros para la ESE Hospital Regional de Sogamoso, en uno de sus objetivos estratégicos "La Población y su atención, con calidad y calidez nuestra prioridad" plantea la estrategia de "Actualizar el Modelo Estándar de Control Interno MECI de acuerdo a lo establecido en el Decreto 943 del 2014.

Que en merito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTICULO 1. ADOPTAR: como Metodología la "Administración de Riesgos para la ESE Hospital Regional de Sogamoso" que conduzca a la minimización de la ocurrencia de riesgos negativos que Puedan afectar la Gestión de la entidad, acciones que se encaminarán como resultado de la calificación y evaluación obtenida en el análisis, medición y valoración de los riesgos, plasmados en el Mapa de Riesgos de la entidad y que será adelantado por los integrantes del Comité de Control Interno de la Entidad, conforme al documento e instrumento que hacen parte integral del presente acto administrativo.

La Metodología de la Administración de Riesgos establece las guías de acción para que todos los Servidores públicos de la entidad coordinen y administren los eventos que pueden impedir el logro de los objetivos de la entidad, orientándolas y habilitándolas para ello. Las Políticas identifican las opciones para tratar y manejar los Riesgos con base en su valoración, y permiten tomar decisiones adecuadas para evitar, reducir, compartir, transferir o asumir el riesgo.

Entendiendo que los riesgos de corrupción se convierten en una tipología de riesgos que debe ser controlada por la entidad, éstos deben incorporarse en primera instancia en el mapa de riesgos del proceso, sobre el cual se han identificado, de modo tal que el responsable o líder del mismo pueda realizar el seguimiento correspondiente, en conjunto con los riesgos de gestión propios del proceso, evitando que se generen mapas separados de gestión y de corrupción, lo que promueve que el responsable tenga una mirada integral de todos los riesgos que pueden llegar a afectar el desarrollo de su proceso.

ARTICULO 2. ALCANCE. La Administración de Riesgos en la entidad, tendrá carácter prioritario y Estratégico, fundamentado en el Modelo de Operación por procesos. En virtud de lo anterior, la Identificación, análisis y valoración de los riesgos se aplicará a todos los procesos que hacen parte del Mapa de procesos institucional.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado



ARTICULO 3. ROLES Y RESPONSABLES: El responsable de la definición de los lineamientos de administración del riesgo es el equipo directivo.

Del Representante de la Dirección: La entidad definió como representante al asesor de la oficina de planeación de la entidad, quien tendrá como responsabilidades

- Formular, orientar, dirigir y coordinar el proyecto de diseño e implementación del Componente de la Administración del Riesgo.
- Asegurar que se desarrollen a cabalidad cada una de las etapas previstas para el diseño e implementación.
- Informar a la alta dirección sobre la planificación y avances del proyecto de diseño e implementación del Componente de la Administración del Riesgo.
- Coordinar con los directivos o responsables de cada área o proceso las actividades que requiere realizar el Equipo MECI, en armonía y colaboración con los servidores de dichas áreas.
- A la oficina de planeación o quien haga sus veces le corresponde liderar el proceso de construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción. Adicionalmente, esta misma oficina será la encargada de consolidar el Mapa de Riesgos de Corrupción.
- Hacer seguimiento a las actividades planeadas para el diseño e implementación del Componente de la Administración del Riesgo, aplicando correctivos donde se requiera.
- Someter a consideración del Comité de Coordinación de Control Interno las propuestas de diseño e implementación del Componente de la Administración del Riesgo, para su aprobación.

Del Equipo MECI:

- Adelantar el proceso de diseño e implementación del Componente de la Administración del Riesgo bajo las orientaciones del representante de la Dirección.
- Capacitar a los servidores de la entidad en el Modelo y el Componente de la administración del Riesgo.
- Asesorar a las áreas de la entidad en el diseño e implementación del Componente de la administración del Riesgo.
- Revisar, analizar y consolidar la información para presentar propuestas de diseño e implementación del Componente de la Administración del Riesgo al representante de la dirección, para su aplicación.
- Trabajar en coordinación con los servidores designados por área en aquellas actividades requeridas para el diseño e implementación del Componente de la Administración del riesgo.
- Las demás necesarias para el cabal cumplimiento de todas y cada una de las normas relacionadas con el modelo estándar de control interno.

Líderes de Procesos:

- Elaborar y/ o actualizar el mapa de riesgos del proceso que es responsable.
- Encargados de realizar las acciones asociadas a los controles establecidos para cada uno de los riesgos identificados para su proceso, de acuerdo con la periodicidad establecida en la política de administración del riesgo de la entidad.
- Durante la aplicación de las acciones de seguimiento cada líder de proceso debe mantener la traza o documentación respectiva de todas las actividades realizadas, para garantizar de forma razonable que dichos riesgos no se materializarán y por ende que los objetivos del proceso se cumplirán.

Oficina de Control Interno:



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado



- Asesorar el proceso de identificación de los riesgos institucionales y con base en ellos, realizar recomendaciones preventivas y/o correctivas con los responsables de los procesos. Igualmente, la Oficina de Control Interno debe hacer seguimiento a la evolución de los riesgos y al cumplimiento de las acciones propuestas, con el fin de verificar el cumplimiento de las mismas y proponer mejoras
- Encargada de realizar el seguimiento a los riesgos que a nivel institucional han sido consolidados. En sus procesos de auditoría interna dicha oficina debe analizar el diseño e idoneidad de los controles, determinando si son o no adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de los procesos, haciendo uso de las técnicas relacionadas con pruebas de auditoría que permitan determinar la efectividad de los controles.
- El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, es el encargado de verificar y evaluar la elaboración, la visibilización, el seguimiento y el control del Mapa de Riesgos de Corrupción. El seguimiento se realiza tres (3) veces al año, así:
 - ✓ Primer seguimiento: Con corte al 30 de abril. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de mayo.
 - ✓ Segundo seguimiento: Con corte al 31 de agosto. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de septiembre.
 - ✓ Tercer seguimiento: Con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero.

ARTICULO 4. MAPA DE RIESGOS. El mapa de riesgos es una representación final de la probabilidad e impacto de uno o más riesgos¹ frente a un proceso, proyecto o programa.

Mapa institucional de riesgos: Contiene a nivel estratégico los mayores riesgos a los cuales está expuesta la entidad, se alimenta con los riesgos residuales Altos o Extremos de cada uno de los procesos que pueden afectar el cumplimiento de la misión institucional y objetivos de la entidad. En este mapa se deberán incluir los riesgos identificados como posibles actos de corrupción, en cumplimiento del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011.²

El responsable de la consolidación de Mapa institucional de Riesgos es la oficina de planeación o quien haga sus veces.

Mapa de Riesgos por proceso: Recoge los riesgos identificados para cada uno de los procesos, los cuales pueden afectar el logro de sus objetivos³

La responsabilidad de la elaboración del Mapa de Riesgos por procesos estará a cargo de los responsables de cada uno de los procesos. Ellos serán los encargados de implementar los controles, verificar su efectividad, proponer cambios, velar por su adecuada documentación y por su socialización y aplicarlos al interior de su proceso.

El Comité de Control Interno es el encargado de aprobar y adoptar las modificaciones al Mapa de Riesgos.

¹ Guía para la Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

² Guía para la Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

³ Guía para la Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado



ARTICULO 5. METODOLOGIA DE LA ADMINISTRACION DEL RIESGO Se concibe la gestión del riesgo como un proceso sistémico, sistemático y cíclico dentro de la organización, el cual está Compuesto por cinco grandes partes, todas ellas interrelacionadas, tal como se observa en la gráfica, todas ellas mediadas por procesos de comunicación y consulta, monitoreo y revisión. La metodología contempla el desarrollo de los siguientes pasos, los cuales se deberán adelantar en su integridad:

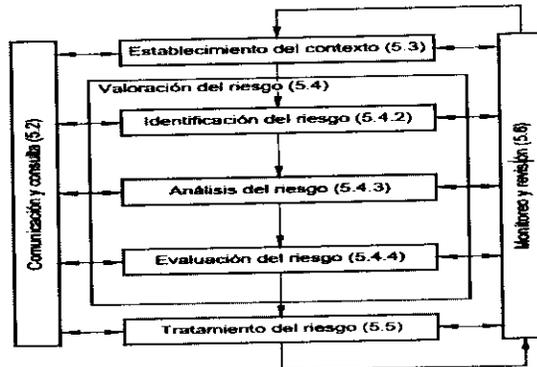


Figura 3. Proceso para la gestión del riesgo
Gráfica. NTC ISO 31000

- a. **Establecer contexto** Definición de los parámetros internos y externos de la organización con la participación de las áreas que conforman la estructura orgánica, en la cual finalmente ocurrirá la gestión del riesgo. En esta parte del sistema se definen los criterios frente a los cuales se evaluará el riesgo y se define una estructura de análisis, se realizará una identificación de sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.

Para la ESE Hospital Regional de Sogamoso, se tomara los factores que establece el Departamento Administrativo de la Función Pública., los cuales se ilustran e la siguiente tabla:



Tabla Ilustrativa 1 - Factores para cada categoría del Contexto

Contexto externo	<p>ECONÓMICOS: Disponibilidad de capital, liquidez, mercados financieros, desempleo, competencia.</p> <p>POLÍTICOS: Cambios de gobierno, legislación, políticas públicas, regulación.</p> <p>SOCIALES: Demografía, responsabilidad social, orden público.</p> <p>TECNOLÓGICOS: Avances en tecnología, acceso a sistemas de información externos, gobierno en línea.</p> <p>MEDIOAMBIENTALES: Emisiones y residuos, energía, catástrofes naturales, desarrollo sostenible.</p> <p>COMUNICACIÓN EXTERNA: Mecanismos utilizados para entrar en contacto con los usuarios o ciudadanos, canales establecidos para que el mismo se comunique con la entidad.</p>
Contexto interno	<p>FINANCIEROS: Presupuesto de funcionamiento, recursos de inversión, infraestructura, capacidad instalada.</p> <p>PERSONAL: Competencia del personal, disponibilidad del personal, seguridad y salud ocupacional.</p> <p>PROCESOS: Capacidad, diseño, ejecución, proveedores, entradas, salidas, gestión del conocimiento.</p> <p>TECNOLOGÍA: Integridad de datos, disponibilidad de datos y sistemas, desarrollo, producción, mantenimiento de sistemas de información.</p> <p>ESTRATÉGICOS: Direccionamiento estratégico, planeación institucional, liderazgo, trabajo en equipo.</p> <p>COMUNICACIÓN INTERNA: Canales utilizados y su efectividad, flujo de la información necesaria para el desarrollo de las operaciones.</p>
Contexto del proceso	<p>DISEÑO DEL PROCESO: Claridad en la descripción del alcance y objetivo del proceso.</p> <p>INTERACCIONES CON OTROS PROCESOS: Relación precisa con otros procesos en cuanto a insumos, proveedores, productos, usuarios o clientes.</p> <p>TRANSVERSALIDAD: Procesos que determinan lineamientos necesarios para el desarrollo de todos los procesos de la entidad.</p> <p>PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS: Pertinencia en los procedimientos que desarrollan los procesos.</p> <p>RESPONSABLES DEL PROCESO: Grado de autoridad y responsabilidad de los funcionarios frente al proceso.</p> <p>COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROCESOS: Efectividad en los flujos de información determinados en la interacción de los procesos.</p>

- b. Identificación de los riesgos:** Se realiza determinando las causas, fuentes del riesgo y los eventos con base en el análisis de contexto para la entidad y del proceso, que pueden afectar el logro de los objetivos. Es importante centrarse en los riesgos más significativos para la entidad relacionados con los objetivos de los procesos y los objetivos institucionales

La Ese Hospital Regional de Sogamoso, para la identificación de los riesgos tendrá un formato que contiene la descripción del subproceso, objetivos del subproceso, causas o factores de riesgo tanto internos como externos, descripción de los riesgos y finalmente posibles efectos. Formato de identificación de Riesgo que se Anexa.

- c. Análisis de los Riesgos:** En este punto se establece la probabilidad de ocurrencia del Riesgo y sus consecuencias o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE).

- **Determinar Probabilidad:** Por PROBABILIDAD se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo, esta puede ser medida con criterios de frecuencia o factibilidad.

Frecuencia: Bajo el criterio de FRECUENCIA se analizan el # eventos en un periodo determinado, se Trata de hechos que se han materializado o se cuenta con un historial de situaciones o eventos asociados al riesgo.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado



Bajo el criterio de FACTIBILIDAD se analiza la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, se trata en este caso de un hecho que no se ha presentado pero es posible que se dé.

Para su determinación se utilizara la siguiente tabla:

Tabla ilustrativa 1 - Probabilidad

Bajo el criterio de Probabilidad, el riesgo se debe medir a partir de las siguientes especificaciones:

Nivel	Descriptor	Descripción	Frecuencia
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de 1 vez al año.
4	Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Al menos 1 vez en el último año.
3	Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento	Al menos 1 vez en los últimos 2 años.
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos 1 vez en los últimos 5 años.
1	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales).	No se ha presentado en los últimos 5 años.

El análisis de frecuencia deberá ajustarse dependiendo del proceso y de la disponibilidad de datos históricos sobre el evento o riesgo identificado. En caso de no contar con datos históricos, bajo el concepto de factibilidad se trabajará de acuerdo con la experiencia de los funcionarios que desarrollan el proceso y de sus factores internos y externos.

- **Determinar consecuencias o nivel de impacto:** Por IMPACTO se entienden las consecuencias que puede ocasionar a la institución la materialización del riesgo.

Para su determinación la institución utiliza la tabla de niveles de impacto establecida por del Departamento Administrativo de la Función Pública:



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado



Tabla ilustrativa 2 - Impacto

Bajo el criterio de Impacto, el riesgo se debe medir a partir de las siguientes especificaciones, contenidas en la tabla de impactos o consecuencias definida en la política de riesgos institucional:

Niveles para calificar el Impacto	Impacto (consecuencias) Cuantitativo	Impacto (consecuencias) Cualitativo
CASTRÓFICO	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 50\%$ - Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 50\%$ - Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 50\%$ - Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 50\%$ del presupuesto general de la entidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de cinco (5) días. - Intervención por parte de un ente de control u otro ente regulador. - Pérdida de información crítica para la entidad que no se puede recuperar. - Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave la ejecución presupuestal. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados. - Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de dos (2) días.
MAYOR	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 20\%$ - Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 20\%$ - Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 20\%$ - Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 20\%$ del presupuesto general de la entidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta. - Sanción por parte del ente de control u otro ente regulador. - Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando el cumplimiento en las metas de gobierno. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado



Niveles para calificar el Impacto	Impacto (consecuencias) Cuantitativo	Impacto (consecuencias) Cualitativo
MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 5\%$ - Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 10\%$. - Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 5\%$ - Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 5\%$ del presupuesto general de la entidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interrupción de las operaciones de la Entidad por un (1) día. - Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. - Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios. - Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. - Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias.
Menor	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\leq 1\%$ - Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\leq 5\%$. - Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\leq 1\%$ - Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\leq 1\%$ del presupuesto general de la entidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interrupción de las operaciones de la Entidad por algunas horas. - Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias. - Imagen institucional afectada localmente por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.
Insignificante	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\leq 0,5\%$ - Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\leq 1\%$. - Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\leq 0,5\%$ - Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\leq 0,5\%$ del presupuesto general de la entidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - No hay interrupción de las operaciones de la entidad. - No se generan sanciones económicas o administrativas. - No se afecta la imagen institucional de forma significativa.

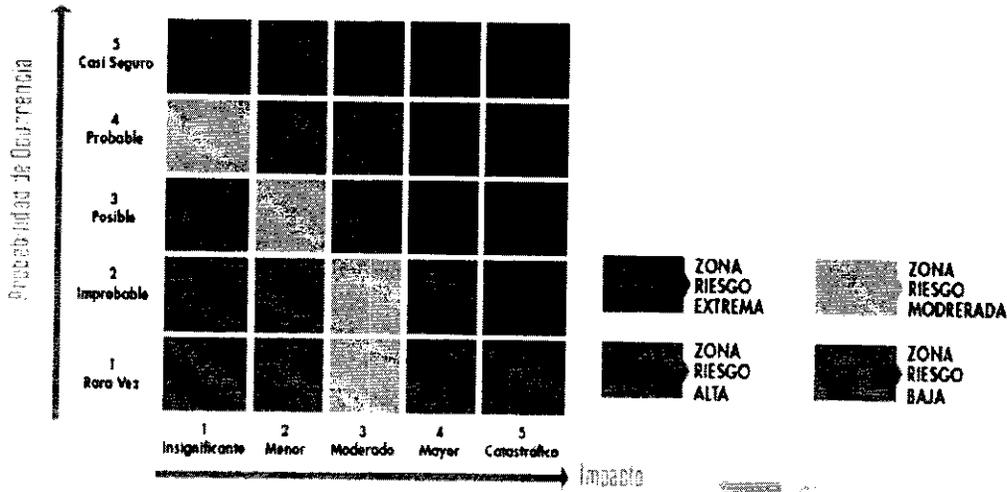
- **Estimar el nivel del riesgo inicial:** se logrará a través de la determinación de la probabilidad y el impacto que pueda causar la materialización del riesgo, a través de matriz de calificación del riesgo.

Para estimar el nivel de riesgo inicial los valores determinados para la probabilidad y el impacto o consecuencias se cruzan en la siguiente matriz de riesgo⁴, con el fin de determinar la zona de riesgo en la cual se ubica el riesgo identificado. Este primer análisis del riesgo se denomina Riesgo Inherente y se define como aquél al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones por parte de la Dirección para modificar su probabilidad o impacto.

⁴ Price Waterhouse Coopers. Administración de Riesgos Corporativos. Técnicas de aplicación Colombia. 200, p.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado



Teniendo en cuenta que la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República en su guía "Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano" establece dentro de su metodología para los riesgos de corrupción niveles diferentes frente al análisis y valoración del riesgo, al incorporar estos riesgos a los mapas por proceso e institucional, será necesario adaptar e integrar el formato que dicha guía contiene, sin desconocer los lineamientos generales allí establecidos.

✓ **Análisis de los Riesgos de corrupción**

Probabilidad

- Rara vez: Ocurre en circunstancias excepcionales. El evento no se ha presentado en los últimos cinco (5) años.
- Improbable: Puede ocurrir. El evento se presentó una vez en los últimos 5 años.
- Posible: Es posible que suceda. El evento se presentó una vez en los últimos 2 años.
- Probable: Es viable que el evento ocurra en la mayoría de los casos. El evento se presentó una vez en el último año.
- Casi seguro: Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias. Es muy seguro que se presente. El evento se presentó más de una vez al año.



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado



Tabla 4. Medición del Riesgo de Corrupción - Probabilidad

Medición del Riesgo de Corrupción Probabilidad			
Descriptor	Descripción	Frecuencia	Nivel
Rara vez	Excepcional Ocurre en excepcionales.	No se ha presentado en los últimos 5 años.	1
Improbable	Improbable Puede ocurrir.	Se presentó una vez en los últimos 5 años.	2
Posible	Posible Es posible que suceda.	Se presentó una vez en los últimos 2 años.	3
Probable	Es probable Ocurre en la mayoría de los casos.	Se presentó una vez en el último año.	4
Casi seguro	Es muy seguro El evento ocurre en la mayoría de las circunstancias. Es muy seguro que se presente.	Se ha presentado más de una vez al año.	5

Impacto

1. Moderado: Genera medianas consecuencias sobre la entidad.
2. Mayor: Genera altas consecuencias sobre la entidad.
3. Catastrófico: Genera consecuencias desastrosas para la entidad.

Tabla 5. Medición del Riesgo de Corrupción - Impacto

Medición del Riesgo de Corrupción Impacto		
Descriptor	Descripción	Nivel
Moderado	Afectación parcial al proceso y a la dependencia Genera a mediananas consecuencias para la entidad.	5
Mayor	Impacto negativo de la Entidad Genera altas consecuencias para la entidad.	10
Catastrófico	Consecuencias desastrosas sobre el sector Genera consecuencias desastrosas para la entidad.	20

Determinar el Riesgo inherente

Corresponde a la primera calificación y evaluación del riesgo de corrupción.

1) Mecanismo: Se realiza a través del cruce de los resultados obtenidos de la *probabilidad* y del *impacto*, a través de una multiplicación (puntaje del descriptor de la probabilidad por el puntaje del descriptor del impacto). Ejemplo: probable (4) X Catastrófico (20) Total 4 X 20 = 80.

El resultado se ubica en una de las cuatro (4) zonas de riesgo que a continuación se describen.



Tabla 8. Resultados de la calificación del Riesgo de Corrupción

Resultados de la calificación del Riesgo de Corrupción					
PROBABILIDAD	Probabilidad	Puntaje	Zonas de riesgo de corrupción		
	Casi seguro	5	25 Moderada	50 Alta	100 Extrema
	Probable	4	20 Moderada	40 Alta	80 Extrema
	Posible	3	15 Moderada	30 Alta	60 Extrema
	Improbable	2	10 Baja	20 Moderada	40 Alta
	Rara vez	1	5 Baja	10 Baja	20 Moderada
Impacto			Moderado	Mayor	Catastrófico
Puntaje			5	10	20

IMPACTO

a) Zona de Riesgo Baja:

Puntaje: De 5 a 10 puntos.

- Definida por la casilla Baja.
- Probabilidad: Rara vez o improbable.
- Impacto: Moderado y Mayor.
- Tratamiento: Los riesgos de corrupción de las zonas baja se encuentran en un nivel que puede eliminarse o reducirse fácilmente con los controles establecidos en la entidad.

b) Zona de Riesgo Moderada:

Puntaje: De 15 - 25 puntos.

- Definida por la casilla Moderada.
- Probabilidad: Rara vez, Improbable, Posible, Probable y Casi Seguro.
- Impacto: Moderado, Mayor y Catastrófico.
- Tratamiento: Deben tomarse las medidas necesarias para llevar los riesgos a la Zona de Riesgo Baja o eliminarlo.

c) Zona de Riesgo Alta:

Puntaje: De 30 - 50 puntos.

- Definida por la casilla Alta.
- Probabilidad: Improbable, Posible, Probable y Casi Seguro.
- Impacto: Mayor y Catastrófico.
- Tratamiento: Deben tomarse las medidas necesarias para llevar los riesgos a la Zona de Riesgo Moderada, Baja o eliminarlo.

d) Zona de Riesgo Extrema:

Puntaje: De 60 - 100 puntos.

- Definida por la casilla Extrema.
- Probabilidad: Posible, Probable y Casi Seguro.
- Impacto: Catastrófico.
- Tratamiento: Los riesgos de corrupción de la Zona de Riesgo Extrema requieren de un tratamiento prioritario. Se deben implementar los controles orientados a reducir la posibilidad de ocurrencia del riesgo o disminuir el impacto de sus efectos y tomar las medidas de protección



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado



Valoración del riesgo: Se busca confrontar los resultados del análisis de riesgo inicial frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final (RIESGO RESIDUAL).

- Identificar controles existentes.
- Análisis y evaluación de los controles : La valoración del riesgo requiere de una evaluación de los controles existentes, lo cual implica:
 - ✓ **Determinar su Naturaleza** : Si se trata de un control preventivo o correctivo , para este análisis tenga en cuenta:

CONTROLES PREVENTIVOS: Evitan que un evento suceda. Por ejemplo el requerimiento de un login y password en un sistema de información es un control preventivo. Éste previene (teóricamente) que personas no autorizadas puedan ingresar al sistema. Dentro de esta categoría pueden existir controles de tipo detectivo, los cuales permiten registrar un evento después de que ha sucedido, por ejemplo, registro de las entradas de todas las actividades llevadas a cabo en el sistema de información, traza de los registros realizados, de las personas que ingresaron, entre otros.

CONTROLES CORRECTIVOS: Éstos no prevén que un evento suceda, pero permiten enfrentar la situación una vez se ha presentado. Por ejemplo en caso de un desastre natural u otra emergencia mediante las pólizas de seguro y otros mecanismos de recuperación de negocio o respaldo, es posible volver a recuperar las operaciones.

- ✓ **Determinar si los controles están documentados:** de forma tal que es posible conocer cómo se lleva a cabo el control, quién es el responsable de su ejecución y cuál es la periodicidad para su ejecución, lo cual determinará las evidencias que van a respaldar la ejecución del mismo.
- ✓ **Establecer si el control que se implementa es automático o manual.**

CONTROLES AUTOMÁTICOS: Utilizan herramientas tecnológicas como sistemas de información o software que permiten incluir contraseñas de acceso, o con controles de seguimiento a aprobaciones o ejecuciones que se realizan a través de éste, generación de reportes o indicadores, sistemas de seguridad con scanner, sistemas de grabación, entre otros. Este tipo de controles suelen ser más efectivos en algunos ámbitos dados su complejidad.

CONTROLES MANUALES: Políticas de operación aplicables, autorizaciones a través de firmas o confirmaciones vía correo electrónico, archivos físicos, consecutivos, listas de chequeo, controles de seguridad con personal especializado, entre otros.
- ✓ **Establecer si los controles se están aplicando en la actualidad:** Y si han sido efectivos para minimizar el riesgo.

Para realizar dicho análisis, a continuación se muestra una tabla ilustrativa, con el fin de orientar el análisis objetivo de los controles y de este modo poder determinar el desplazamiento dentro de la Matriz de Evaluación de Riesgos, **las calificaciones planteadas para cada aspecto deben ser usadas tal como están expresadas, aplicar el valor asignado a cada aspecto si responde SI; cero (0) si responde NO. Es importante que no se asignen valores intermedios para evitar subjetividad en el análisis.**



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado



Descripción del control	Criterios para la evaluación	Evaluación		Observaciones
		Sí	No	
	¿El control previene la materialización del riesgo (afecta probabilidad) ¿El control permite enfrentar la situación en caso de materialización (afecta impacto)?	N/A	N/A	Este criterio no puntúa, es relevante determinar si el control es preventivo (probabilidad) o si es correctivo que permite enfrentar el evento una vez materializado (impacto), con el fin de establecer el desplazamiento en la matriz de evaluación de riesgos.
Describe el control determinado para el riesgo identificado	¿Existen manuales, instructivos o procedimientos para el manejo del control? ¿Están definidos el(los) responsable(s) de la ejecución del control y del seguimiento?	15	0	
	¿El control es automático? (Sistemas o Software que permiten incluir contraseñas de acceso, o con controles de seguimiento a aprobaciones o ejecuciones que se realizan a través de éste, generación de reportes o indicadores, sistemas de seguridad con scanner, sistemas de grabación, entre otros).	15	0	
	¿El control es manual? (Políticas de operación aplicables, autorizaciones a través de firmas o confirmaciones vía correo electrónico, archivos físicos, consecutivos, listas de chequeo, controles de seguridad con personal especializado, entre otros)	10	0	
Describe el control determinado para el riesgo identificado	¿La frecuencia de ejecución del control y seguimiento es adecuada? ¿Se cuenta con evidencias de la ejecución y seguimiento del control?	15	0	
	¿En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva?	30	0	
	TOTAL	100	0	

RANGOS DE CALIFICACION DE LOS CONTROLES

Rangos de calificación de los controles	Dependiendo si el control afecta probabilidad o impacto desplaza en la matriz de evaluación del riesgo así: EN PROBABILIDAD AVANZA HACIA ABAJO EN IMPACTO AVANZA HACIA LA IZQUIERDA	
	Cuadrantes a disminuir	
Entre 0-50	0	
Entre 51-75	1	
Entre 76-100	2	

ELABORACIÓN MAPA DE RIESGOS INTEGRADO (Riesgos Gestión y Corrupción)

El mapa de riesgos es una representación final de la probabilidad e impacto de uno o más riesgos frente a un proceso, proyecto o programa.

Un mapa de riesgos puede adoptar la forma de un cuadro resumen que muestre cada uno de los pasos llevados a cabo para su levantamiento



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado



Artículo 6 Monitoreo del Mapa de Riesgos. De acuerdo a las políticas de Administración de riesgos establecidas por la entidad, se debe monitorear el Mapa de Riesgos, con el fin de actualizarlo permanentemente, con base en los objetivos, riesgos y controles existentes, actividad Será responsabilidad de cada área, en coordinación con la Oficina de Control Interno, proceder de conformidad y mantener actualizado el proceso, sin perjuicio que la Oficina de Control Interno dentro de las funciones que le son propias pueda solicitar en el momento en que lo estime conveniente el resultado de la gestión adelantada en relación con el instrumento "Mapa de Riesgos".

Los resultados obtenidos durante el desarrollo de este proceso se constituirán en insumo para las acciones de mejoramiento, con el fin de evitar la ocurrencia de cualquier hecho que pueda interferir en el trabajo e impedir el logro de sus objetivos.

La Administración del Riesgo, por sus características y beneficios será de obligatoria ejecución y Cumplimiento; dentro de los planes operativos anuales como compromiso institucional.

Artículo 7 Comunicación Y Consulta. Las Políticas de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos se divulgarán a todos los servidores públicos y prestadores de servicios, a través de los medios masivos de comunicación, charlas informativas así como la socialización al interior de cada uno de los procesos.

Artículo 8. Control de Revisión

Teniendo en cuenta que el presente documento se elaboró en forma concertada, y en concordancia con la normatividad legal vigente, puede estar sujeto a modificaciones futuras debido al Mejoramiento Continuo de los procesos del Sistema Integrado de Gestión.

ARTICULO 9 Política de Administración del Riesgo.

Política general.

El Hospital Regional de Sogamoso ESE articulado con la política de Calidad, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el plan de Desarrollo Institucional y el Plan Anticorrupción; y consciente de la existencia de situaciones de riesgo que afectan el cumplimiento de los objetivos de la entidad, se compromete a realizar gestión de los riesgos de acuerdo a la metodología establecida por DAFP

Objetivo

Establecer los lineamientos para Administrar los Riesgos de la Entidad, mediante acciones pertinentes que conduzcan hacia la disminución de la vulnerabilidad frente a riesgos de gestión y de corrupción que permitan crear una base confiable para la toma de decisiones, asignación y utilización de recursos.

Objetivos Específicos

- Identificar los riesgos de gestión y de corrupción aplicándoles la valoración correspondiente con el propósito de controlarlos.
- Reducir la materialización de riesgos mediante prevención a través de controles adecuados, realizando su correspondiente seguimiento.
- Prevenir la generación de situaciones de crisis en el Hospital, originadas por prácticas administrativas indebidas que atentan contra la transparencia, el cumplimiento de objetivos



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado



estratégicos, así como posibles sanciones económicas, disciplinarias y penales, afectando la imagen institucional y de sus funcionarios.

- Generar cultura organizacional, haciendo partícipes a todos los servidores públicos vinculados a la ESE, fortaleciendo el autocontrol y la autoevaluación institucional.

Alcance

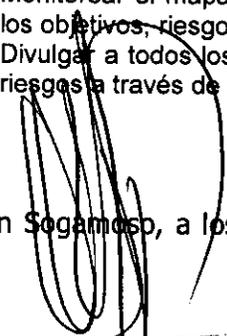
La política de Administración de Riesgos de la Entidad, tendrá un carácter prioritario y su ámbito de aplicación será en todos los procesos de la entidad de la Sede principal y las Unidades Básicas de atención.

Estrategias

- ✓ Implementar y desarrollar la política de administración del riesgo, a través de su adecuado tratamiento, con el fin de garantizar el cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales.
- ✓ Diseñar de controles y proceso de monitoreo para eliminar la probabilidad de ocurrencia e impacto del riesgo.
- ✓ Revisar sistemática e integral de los riesgos de corrupción existentes de cada uno de los procesos
- ✓ Los eventos que puedan generar acto de corrupción contarán con plan de manejo y estrategias de seguimiento y evaluación
- ✓ Evaluar las acciones para administrar los riesgos con base en su valoración, que permitan tomar decisiones adecuadas para evitar, reducir, compartir transferir o asumir los riesgos.
- ✓ Monitorear el mapa de riesgos, con el fin de actualizarlo permanentemente, con base en los objetivos, riesgos y controles existentes.
- ✓ Divulgar a todos los funcionarios las políticas de administración de riesgos y el mapa de riesgos a través de las herramientas de comunicación interna.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Sogamoso, a los Catorce (14) días del mes de septiembre de dos mil dieciocho (2018)


JULIO CESAR PIÑEROS CRUZ
Gerente

Proyecto: Viviana Fonseca y planeación