



NIT:892115010-5
COD: 4465000286

RESOLUCION

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

Código: GDE-F-RES-04

Versión:3.0

Vigencia:11/11/2020

Página 1 de 8
Resol. N° 233 de 2021

RESOLUCION N° 233 DE 2021

(23 de Abril)

“POR LA CUAL SE APRUEBA LA ACTUALIZACION DE LA POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO Y SE APROPIA LA METODOLOGIA SUMINISTRADA POR EL DAFP PARA LA GESTIÓN DE RIESGO DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II”.

LA GERENTE DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II DE SAN JUAN DEL CESAR – LA GUAJIRA, en uso de sus facultades legales (ley 100 de 1993, art. 194 y 195, decreto 1876 de 1994) y estatutarias (Acuerdo 016 de 2006) y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 209 de la Constitución Política establece que la administración pública, en todos sus órdenes tendrá control interno, que se ejercerá en los términos que señale la ley.

Que la Ley 87 de 1993, establece las normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado, que se modificó parcialmente por la Ley 1474 de 2011 y su Artículo 2° Objetivos del Control Interno: Literal a) Proteger los recursos de la organización, buscando adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan; Literal f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.

La Ley 1474 de 2011, reglamenta el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, indicando que 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.

Que la ley 1753 de 2015, dispone la fusión del Sistema de Desarrollo Administrativo y el de Gestión de Calidad y su articulación con el de Control Interno, para lo cual se adoptará un Modelo.

Que el decreto 1499 de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, donde se determinan las políticas de gestión y desempeño institucional, en su capítulo III, *Actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión*, para el funcionamiento del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno, se adopta la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG.

Que la resolución N° 5095 de 2018, adopto el “Manual de Acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3,1” y en el en sus estándares 76.DIR.1, 92.GER.4 y 94.GER.6 el cual absorba a las entidades a tener un proceso periódico y sistémico del enfoque y la gestión del riesgo.

San Juan del Cesar – La Guajira

Calle 4 Sur entre Carreras 4 y 5 Teléfonos: 7740883 – 7742353 – 7740051

Página Web www.hsrafaelsanjuan.gov.co



NIT:892115010-5
COD: 4465000286

RESOLUCION

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

Código: GDE-F-RES-04

Versión:3.0

Vigencia:11/11/2020

Página 2 de 8
Resol. N° 233 de 2021

Que el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Versión 3, de diciembre de 2019, expedido por Departamento Administrativo de la Función Pública en la 7ª Dimensión de Control Interno, en su segundo componente gestión del riesgo en la entidad, hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. Previo a la Gestión del Riesgo, la entidad establece sus objetivos alineados con la planeación estratégica, dirigidos al cumplimiento de la normatividad vigente; partiendo del análisis del contexto interno, externo de la entidad y el del proceso, se identifican los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles y los analiza como base para determinar cómo deben gestionarse, para lo cual la entidad debe contar con mecanismos efectivos de evaluación de riesgos, con el fin de establecer en nivel de riesgo inherente y residual.

Teniendo en cuenta que la ESE en la vigencia 2017, definió y adoptó una política de administración del riesgo, la cual al llevarse a revisión las políticas institucionales y al ser analizada la de administración del riesgo, se evidenciaron cambios significativos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 4, de Noviembre de 2020, para lo cual en Comité Coordinador de Control Interno N° 03 del 25 de Marzo de 2021, se formuló la actualización de la política de administración del riesgo, que permita el cumplimiento de la plataforma estratégica, los objetivos institucionales y normatividad vigente sobre la política de administración de riesgo.

Que en comité de Gestión y Desempeño N° 03 del día 16 de abril de 2021, se puso en consideración la actualización de la política de administración del riesgo y se apropia la metodología suministrada por el DAFP para la gestión de riesgo de la ESE, lo cual fue aprobada por todos los miembros.

Que, en mérito de lo anterior,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: ADOPTAR Y ACTUALIZAR LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIVEL II de San Juan del Cesar, la cual es parte esencial e integral de la plataforma estratégica y gestión administrativa de la institución, la cual quedará con la siguiente estructura:

La ESE Hospital San Rafael Nivel II De San Juan Del Cesar, se compromete a gestionar las estrategias necesarias para una adecuada administración del riesgo de la entidad, que permita que desde cada proceso se realice la identificación, valoración, análisis y tratamiento de los riesgos, contribuyendo así al cumplimiento de la plataforma estratégica, planes y proyectos institucionales.

ARTICULO SEGUNDO: ALCANCE: La Política de Administración del Riesgo aplica a los planes de direccionamiento y procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación de la ESE Hospital San Rafael Nivel II de San Juan del Cesar, desde las actividades de identificación de los riesgos incluyendo el análisis, valoración, monitoreo, hasta la evaluación y



NIT:892115010-5
COD: 4465000286

RESOLUCION

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

Código: GDE-F-RES-04

Versión:3.0

Vigencia:11/11/2020

Página 3 de 8
Resol. N° 233 de 2021

seguimiento de los mismos y a todas las acciones ejecutadas por los servidores durante el ejercicio de sus funciones

ARTÍCULO TERCERO: OBJETIVOS: La Política de Administración del Riesgo de la ESE Hospital San Rafael Nivel II de San Juan del Cesar, perseguirá el cumplimiento de los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL: Es orientar y guiar la toma de decisiones respecto al tratamiento de los riesgos y minimizar los efectos adversos al interior de a Hospital San Rafael Nivel II de San Juan del Cesar, con el fin de garantizar el cumplimiento la misión, visión y de los objetivos institucionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Formalizar al interior de la entidad una metodología para administrar los riesgos de toda naturaleza a los que se enfrenta la entidad, los cuales son entre otros, de gestión y de corrupción.
- Manejar las escalas de valoración para la probabilidad de ocurrencia y el impacto de cada factor de riesgo identificado.
- Fomentar al interior del Talento Humano de la ESE, la actitud preventiva direccionada a identificar, analizar el contexto y administrar los riesgos.
- Realizar seguimiento al registro de los controles precisados, con el fin de lograr mitigar, asumir o trasladar los riesgos identificados.

ARTÍCULO CUARTO: ROLES Y RESPONSABILIDADES: Los roles y responsabilidades en la Gestión del Riesgo es de carácter participativo con los líderes de procesos, el cual se determinaron de acuerdo a las líneas de defensa así:

LÍNEAS DE DEFENSA	DE	RESPONSABLES	RESPONSABILIDAD FRENTE AL RIESGO.
Estratégica		Alta Dirección	<ul style="list-style-type: none">➤ Establecer objetivos institucionales alineados con el propósito fundamental, metas, y estrategias de la entidad.➤ Promover el reporte de la identificación y prevención del riesgo➤ Apoyar los canales de comunicación, propiciar espacios y asignar los recursos necesarios para la prevención o control de los riesgos.➤ Garantizar el cumplimiento de los planes de la entidad.



NIT: 892115010-5
 COD: 4465000286

RESOLUCION

Código: GDE-F-RES-04

Versión: 3.0

Vigencia: 11/11/2020

Página 4 de 8
 Resol. N° 233 de 2021

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

	<p>Comité de Gestión y Desempeño. Comité de Control Interno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definir y aprobar el marco general para la gestión del riesgo y supervisar su cumplimiento. ➤ Analizar los riesgos, vulnerabilidades, amenazas y escenarios de pérdida institucionales que pongan en peligro el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes institucionales, metas, compromisos de la entidad y capacidades para prestar servicios. ➤ Definir y aprobar la política para la administración del riesgo. ➤ Retroalimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo.
<p>Primera línea</p>	<p>Líderes de proceso</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales y actualizarlos cuando se requiera. ➤ Definir y diseñar los controles a los riesgos identificados. ➤ Supervisar los controles aplicados por el equipo de trabajo en la gestión del día a día, detectar la diferencia y el determinar las acciones de mejora a que haya lugar. ➤ Informar a segunda línea de defensa sobre los riesgos materializados e informar las alertas respectivas. ➤ Reportar los avances y evidencias de la gestión de los riesgos dentro de los plazos establecidos.
<p>Segunda línea.</p>	<p>Oficina Asesora de Planeación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo residual. ➤ Consolidar el mapa de riesgos institucional, riesgos de mayor criticidad frente al logro de los objetivos) y presentarlo para análisis y seguimiento ante el comité institucional de gestión y desempeño. ➤ Presentar al comité institucional de control interno el resultado de la medición del nivel de eficacia de los controles para el tratamiento de los riesgos identificados en las áreas en los diferentes niveles de operación de la entidad. ➤ Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis, valoración y evaluación del riesgo. ➤ Supervisar en coordinación con los demás responsables de esta segunda línea de defensa, que la primera línea identifique, analice, valore, evalúe y realice el tratamiento de los riesgos, que se adopten los controles para la mitigación de los riesgos identificados y se apliquen las acciones pertinentes para reducir la probabilidad o impacto de los riesgos. ➤ Monitorear los controles establecidos por la primera línea de defensa acorde con la información suministrada por los líderes de procesos. ➤ Evaluar que la gestión de los riesgos este acorde con la presente política de la entidad y que sean monitoreados por la primera línea de defensa.



NIT:892115010-5
COD: 4465000286

RESOLUCION

Código: GDE-F-RES-04

Versión:3.0

Vigencia:11/11/2020

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

Página 5 de 8
Resol. N° 233 de 2021

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles seleccionados para el tratamiento de los riesgos identificados. ➤ Identificar cambios en el apetito del riesgo en la entidad, especialmente en aquellos riesgos ubicados en zona baja y presentarlos para la aprobación del Comité institucional de control interno.
Segunda línea.	Subdirectores, coordinadores de área y de sistemas de gestión, supervisores de contratos, responsables de proyectos, Comité de Contratación.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acompañar a los líderes de procesos en la identificación, análisis, valoración, evaluación del riesgo, la definición de controles y las estrategias de continuidad de negocio asociadas a los escenarios de continuidad de negocio bajo su responsabilidad y los temas a su cargo. ➤ Monitorear los riesgos identificados y controles definidos por la primera línea de defensa acorde con la estructura de los temas a su cargo. • Realizar el seguimiento al mapa de riesgos de su proceso. • Reportar a la oficina de planeación o delegar a un profesional de la dependencia o grupo a su cargo, el registro y envío de los avances en la gestión del riesgo. ➤ Proponer las acciones de mejora a que haya lugar posterior al análisis, valoración, evaluación o tratamiento del riesgo. ➤ Orientar a la primera línea de defensa para que identifique, valore, evalúe y gestione los riesgos y escenarios de pérdida de continuidad de negocio en los temas de su competencia. ➤ Supervisar la implementación de las acciones de mejora o la adopción de buenas prácticas de gestión del riesgo asociado a su responsabilidad. ➤ Los supervisores e interventores de contrato deben realizar seguimiento a los riesgos de estos e informar las alertas respectivas. ➤ Comunicar al equipo de trabajo a su cargo la responsabilidad y resultados de la gestión del riesgo.
Tercera línea	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asesorar en metodologías para la identificación del riesgo en coordinación con la segunda línea. ➤ Identificar y evaluar cambios que impacten significativamente el sistema de control interno durante sus evaluaciones periódicas de riesgo y en el curso de las auditorias. ➤ Comunicar al comité de coordinación de control interno cambios o impactos en la evaluación del riesgo detectados. ➤ Revisar la efectividad y aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad. ➤ Alertar sobre las probabilidades de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas. ➤ Recomendar mejoras a la política de operación para la administración del riesgo.



NIT:892115010-5
COD: 4465000286

RESOLUCION

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

Código: GDE-F-RES-04

Versión:3.0

Vigencia:11/11/2020

Página 6 de 8

Resol. N° 233 de 2021

ARTÍCULO QUINTO: METODOLOGIA: Adoptar para la Administración del Riesgo en la ESE Hospital San Rafael Nivel II, la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP; y lo reglamentado en la Norma Técnica Colombiana NTC_ISO 31000 2-02-2011. Adoptada por medio de la “Guía Institucional de Administración del Riesgo” de código: COI-G-GIAR-01, acá se encuentra el formato de mapa de riesgo como la herramienta conceptual y metodológica para la valoración de los riesgos en la ESE y contendrá los indicadores de seguimiento de la política.

ARTÍCULO SEXTO: NIVELES DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO: La Gestión de Riesgos implica tomar decisiones y según la zona de riesgo se estableció la siguiente tabla de aceptación del riesgo:

Zona de riesgo	Significado	Nivel de aceptación	Tratamiento
Extrema	En caso de materializarse, el riesgo genera impactos graves significativos para la entidad.	No aceptable	Las acciones que se emprendan para tratar el riesgo extremo deben orientarse a evitar, reducir, compartir o transferir el riesgo.
Alta	En caso de materializarse, el riesgo genera impactos graves para la entidad.	No aceptable	Considerando el impacto de estos riesgos, las acciones deben estar enfocadas a evitar, reducir, compartir o transferir el riesgo.
Moderada	En caso de materializarse, el riesgo genera impactos mínimos para la entidad.	No aceptable	Las acciones deben estar enfocadas a reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
Baja	En caso de materializarse, el riesgo genera impactos sustancialmente débiles para la entidad	Aceptable	El riesgo catalogado en nivel bajo se asume y es necesario realizar seguimiento continuo del riesgo.

Tabla 1. Niveles de aceptación del riesgo

ARTICULO SEPTIMO: NIVELES PARA CALIFICAR EL IMPACTO Y LA PROBALIDAD: En la gestión del riesgo, se debe evaluar la probabilidad e impacto de cada riesgo, por lo cual se establecieron las siguientes tablas a utilizar:

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%



NIT: 892115010-5
COD: 4465000286

RESOLUCION

Código: GDE-F-RES-04

Versión: 3.0

Vigencia: 11/11/2020

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

Página 7 de 8
Resol. N° 233 de 2021

Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%
-----------------	--	------

Tabla 2. Nivel de probabilidad

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

Tabla 3. Nivel de impacto

ARTICULO OCTAVO: TRATAMIENTO DE RIESGOS: Para la gestión de los riesgos se utilizan diferentes medidas de respuesta, que se aplican de acuerdo con la probabilidad de ocurrencia y/o impacto del riesgo evaluado, las características de cada medida, el análisis costo beneficio; por lo cual la ESE en su Comité de Control Interno acordó la siguiente tabla de Criterios, estrategias y periodicidad para el tratamiento del riesgo:

ZONA DE RIESGO	CRITERIO	ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO	DE PERIODICIDAD DEL MONITOREO
Baja	Aceptar el Riesgo.	Cuando un riesgo se ubica en la zona baja del mapa de calor, se acepta el riesgo, es decir que no será necesario adoptar medidas que afecten la probabilidad o impacto del riesgo. Este criterio aplica también para aquellos riesgos a los que no se les puedan establecer controles. Es importante tener en cuenta que ningún riesgo de corrupción puede ser aceptado.	Se realizará monitoreo por la primera línea de defensa con periodicidad Trimestral.
Moderada	Reducir el Riesgo	Implica la implementación de acciones preventivas para minimizar la probabilidad de ocurrencia e impacto del riesgo o ambos.	Se realizará monitoreo por la primera línea de defensa con periodicidad Trimestral.
Alta	Evitar el Riesgo	Implica la implementación de acciones de Control Preventivas que permitan evitar la materialización del riesgo. Se debe incluir el riesgo tanto en el Mapa de riesgo del Proceso	Se realizará monitoreo por la primera línea de defensa con periodicidad mensual



NIT:892115010-5
 COD: 4465000286

RESOLUCION

Código: GDE-F-RES-04

Versión:3.0

Vigencia:11/11/2020

Página 8 de 8
 Resol. N° 233 de 2021

GESTION DIRECTIVA Y ESTRATEGICA

		como en el Mapa de Riesgo Institucional.	
Extrema	Evitar el Riesgo	Implica la implementación de acciones de Control Preventivas que permitan evitar la materialización del riesgo. Se debe incluir el riesgo tanto en el Mapa de riesgo del Proceso como en el Mapa de Riesgo Institucional.	Se realizará monitoreo por la primera línea de defensa con periodicidad mensual.

Tabla 4. Tratamiento de los riesgos

ARTÍCULO NOVENO: MONITOREO, EVALUACION Y PERIODICIDAD: Para realizar el seguimiento a las acciones de respuesta y efectividad se realizará monitoreo por parte de la primera y segunda línea de defensa, según la periodicidad establecida en la Tabla 4. Tratamiento de los riesgos.

La oficina Asesora de Planeación consolidará un Informe de seguimiento a los mapas de riesgos con periodicidad trimestral y la tercera línea de defensa evaluará los controles de los mapas de riesgos cuatrimestralmente, y los mismos deberán ser presentados al Comité Coordinador de Control Interno.

ARTÍCULO DECIMO: DIVULGACION: La Política de Administración de Riesgo, formato de mapa de riesgo y guía, se divulgarán a todos los funcionarios de la ESE a través de los medios masivos de comunicación (correos electrónicos, página web) charlas informativas, así como la socialización al interior cada proceso por parte de su líder.

ARTICULO DECIMO PRIMERO: VIGENCIA: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga la resolución 305 del 7 de abril de 2017, y cualquier otra que versen sobre la misma materia y/o le sea contrarias.

NOTIFIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE:

Dada en San Juan del Cesar- La Guajira, a los 23 días del mes de abril de 2021.

MARIA ISABEL CRISTINA GONZALEZ SUAREZ
GERENTE.

Proyectó: **María Andrea Daza Urbina** - Asesora de Control Interno.
 Revisó Aspectos Técnicos: **Aura Isabel Orozco Vega** - Asesora externa.
 Revisó Aspectos Jurídicos: **Rossana Mejía Fuentes** – Prof. Universitario Jurídica