
	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

## POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS




	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>
<b>ELABORÓ</b>	Diego Fernando Rivera Castro	Jefe Oficina Asesora de Planeación	15-03-2023
<b>VALIDÓ</b>	Comité de Coordinación de Control Interno	Comité de Coordinación de Control Interno	30-04-2023
<b>APROBÓ</b>	Luis Carlos Olarte Contreras	Gerente	30-05-2023

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.


	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

## Contenido

Introducción .....	7
1. Glosario.....	9
2. Marco Normativo.....	23
3. Consideraciones estratégicas .....	26
3.1. Modelo Integrado de Planeación y gestión- MIPG .....	26
3.2. Institucionalidad.....	28
3.3. Modelo de operación por procesos .....	29
3.4. Conocimiento de la Entidad.....	35
3.5. Direccionamiento Estratégico .....	38
3.5.1. Plataforma Estratégica:.....	39
4. Sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas .....	42
5. Metodología para la administración de riesgos.....	48
6. Lineamientos de administración del riesgo. ....	49
6.1. Objetivo: .....	49
6.1. Alcance.....	50
6.2. Generalidades de la política de administración de Riesgos. ....	50
6.3. Actualización de la Política:.....	52
6.4. Estructura para la administración del riesgo.....	53
6.5. Estructura Organizacional .....	54
6.5.1. Roles Determinados por la SNS: .....	55
6.5.1.3. Órganos de control Internos .....	57
7. Identificación del riesgo.....	58
7.1. Análisis de objetivos estratégicos y de los procesos:.....	58
7.1. Identificación de los puntos de riesgos:.....	59
7.2. Identificación de áreas de impacto: .....	59
7.3. Identificación de áreas de factores de riesgos: .....	60
7.4. Descripción del riesgo .....	63

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

7.5. Clasificación del riesgo.....	65
8. Valoración de riesgos.....	67
8.1. Análisis de riesgos.....	67
8.1.1. Determinar la probabilidad:.....	67
8.1.2. Criterios para definir la probabilidad:.....	68
8.1.3. Determinar el impacto.....	69
8.2. Evaluación de riesgos .....	70
8.3. Identificación de puntos de control: .....	71
8.4. Tipología de Controles: .....	73
8.5. Análisis y valoración de los controles: .....	74
8.6. Estrategias para combatir el riesgo (Tratamiento):.....	78
9. Herramientas .....	83
9.1. Gestión de eventos:.....	84
9.2. Indicadores clave del riesgo (KRI).....	84
9.3. Monitoreo y revisión .....	94
10. Subsistemas de administración del riesgo.....	95
10.1. Riesgo en Salud.....	95
10.1.1. Identificación.....	96
10.1.2. Medición y evaluación de riesgos salud.....	96
10.1.3. Tratamiento en riesgos de salud.....	97
10.2. Riesgo Operacional.....	98
10.2.1. Identificación del riesgo operacional.....	99
10.2.2. Medición y evaluación de riesgos operacionales.....	101
10.2.3. Tratamiento y Control del Riesgo Operacional .....	101
10.3. Riesgo Actuarial .....	102
10.3.1. Identificación del Riesgo Actuarial .....	102
10.3.2. Medición y Evaluación del Riesgo Actuarial .....	103
10.3.3. Tratamiento y Control del Riesgo Actuarial.....	105

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


10.4.	Riesgo de Crédito .....	106
10.4.1.	Identificación del Riesgo de Crédito.....	107
10.4.2.	Evaluación y Medición del Riesgo de Crédito .....	107
10.4.3.	Tratamiento y Control del Riesgo de Crédito: .....	108
10.5.	Riesgo de Liquidez.....	110
10.5.1.	Identificación del Riesgo de Liquidez.....	110
10.5.2.	Evaluación y Medición del Riesgo de Liquidez .....	112
10.5.3.	Tratamiento y control del riesgo de liquidez.....	112
10.6.	Riesgo de mercado de capitales. ....	113
10.7.	Gestión del riesgo de grupo .....	114
10.8.	Gestión del riesgo reputacional.....	114
10.8.1.	Identificación del riesgo reputacional .....	115
10.8.2.	Evaluación y Medición del Riesgo Reputacional.....	115
10.8.3.	Tratamiento y Control del Riesgo Reputacional.....	116
11.	Lineamientos sobre los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción	117
11.1.	Generalidades e identificación .....	117
11.2.	Valoración de riesgos.....	119
11.2.1.	Análisis de probabilidad .....	119
11.2.2.	Análisis del impacto: .....	120
11.3.	Valoración de controles.....	123
11.4.	Evaluación de la ejecución de controles .....	126
11.5.	Tratamiento de riesgos de corrupción. ....	128
12.	Gestión de riesgos de Seguridad y Privacidad de la información. ....	131
12.1.	Identificación de activos de seguridad de la información .....	131
12.2.	Identificación del riesgo de seguridad de la información. ....	131
12.3.	Valoración del riesgo.....	134
12.4.	Controles asociados a la seguridad de la información .....	134
10.	Bibliografía.....	135

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Marco normativo.....	23
<b>Tabla 2.</b> Desdoblamiento de Procesos del SGC.....	31
<b>Tabla 3.</b> Líneas y objetivos estratégicos. ....	40
<b>Tabla 4.</b> Elementos mínimos del sistema de Gestión de Riesgos .....	44

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.


	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

<b>Tabla 5.</b> Fuentes generadoras de riesgos. ....	60
<b>Tabla 6.</b> Clasificación del riesgo. ....	65
<b>Tabla 7.</b> Puntos de Control Recomendados. ....	71
<b>Tabla 8.</b> Tipología de Controles. ....	73
<b>Tabla 9</b> Atributos de para el diseño del control. ....	74
<b>Tabla 10.</b> Criterios para elegir estrategias para combatir riesgos de gestión. ....	80
<b>Tabla 11.</b> Estrategias de riesgos de privacidad de la información. ....	81
<b>Tabla 12.</b> KRI en el Hospital Regional de Moniquirá ESE. ....	85
<b>Tabla 13.</b> Formato de Registro de Eventos de Riesgo Operacional. ....	100
<b>Tabla 14 .</b> Criterios para calificar la probabilidad. ....	119
<b>Tabla 15.</b> Encuesta para calificar el impacto en riesgos de corrupción. ....	120
<b>Tabla 16 .</b> Análisis y evaluación del control de acuerdo a 6 variables establecidas. ....	124
<b>Tabla 17.</b> Peso o participación de cada variable en el diseño del control para la mitigación del riesgo. ....	125
<b>Tabla 18</b> Resultados de la evaluación del diseño de control. ....	126
<b>Tabla 19.</b> Resultados de la evaluación de la ejecución del control. ....	126
<b>Tabla 20.</b> Calificación de la solidez del conjunto de controles. ....	127
<b>Tabla 21.</b> Cálculo de riesgo residual en Gestión de Riesgos de Corrupción. ....	127
<b>Tabla 22.</b> Estrategias para el tratamiento de riesgos de corrupción. ....	128

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> Esquema general del modelo integrado de planeación y gestión MIPG. ....	27
<b>Figura 2</b> Operatividad institucional para la administración del riesgo. ....	28
<b>Figura 3</b> Líneas de defensa del modelo de control interno. ....	29
<b>Figura 4.</b> Mapa de procesos. ....	30
<b>Figura 5.</b> Metodología para la administración del riesgo. ....	48

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.


	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

<b>Figura 6.</b> Estructura organizacional para la Gestión de Riesgos .....	54
<b>Figura 7.</b> Redacción de riesgo DAFP .....	63
<b>Figura 8.</b> Criterios para definir el nivel de probabilidad. ....	68
<b>Figura 9.</b> Criterios para definir el nivel de impacto. ....	69
<b>Figura 10.</b> Matriz de calor (Probabilidad vs Impacto) .....	70
<b>Figura 11.</b> Ejemplo aplicado bajo la estructura propuesta para la redacción del control.....	71
<b>Figura 12.</b> Movimiento en la matriz de calor acorde con el tipo de control. ....	78
<b>Figura 13.</b> Estrategias para combatir el riesgo. ....	79
<b>Figura 14</b> Análisis del impacto de riesgos de corrupción. ....	122
<b>Figura 15.</b> Variables a evaluar para el adecuado diseño de controles .....	123

## Introducción

El Hospital Regional de Moniquirá ESE define su política de administración de riesgos tomando como referente los parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) que están basados en los modelos de riesgo del COSO ERM y NTC ISO 31000, así como el modelo de líneas de defensa de la dimensión de control interno de MIPG cuyos lineamientos se reflejan en la Guía para la administración del riesgo de la

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


función pública – versión 5, Diciembre de 2020 que articula los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad digital.

Con el objeto de fortalecer el proceso operativo, técnico y administrativo del Sistema General de seguridad Social en Salud (SGSSS), la Supersalud mediante la circular externa 20211700000004-5 DE 2021 de fecha 15-09-2021, dicta las instrucciones generales relativas del código de conducta y del buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas de administración de riesgos. Por lo cual en la presente política se articulan estos preceptos con los lineamientos del DAFP.

Esta política presenta un enfoque de mejoramiento continuo basado en los preceptos de acreditación que involucra a todos los procesos y subprocesos de la institución en concordancia con la estructura organizacional, por lo cual los líderes de procesos y subprocesos y sus equipos de trabajo deben identificar, analizar, valorar y tratar los riesgos que pudieran afectar la misión y el cumplimiento de los objetivos institucionales en el marco de los programas, proyectos, planes, procesos y en la prestación de servicios del Hospital Regional de Moniquirá ESE, siendo los líderes los responsables en primera línea de una adecuada administración del riesgo, con acompañamiento y asesoría en segunda línea de la oficina asesora de planeación y la evaluación en tercera línea por la oficina asesora de control interno.

La adecuada gestión del riesgo consiste como mínimo en:



	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

a) La identificación y documentación de riesgos de gestión (Contemplando cada proceso), corrupción y de seguridad digital según el mapa de procesos del hospital.

b) El establecimiento de acciones de control con enfoque preventivo y detectivo para evitar la materialización de riesgos.


c) La actuación correctiva y oportuna ante la materialización de los riesgos identificados.

La presente política consolida todos estos componentes mínimos a través de unas máximas desarrolladas según los lineamientos del DAFP y de la SUPERSALUD.

## 1. Glosario

### **Activo:**

(DAFP., 2020) “En el contexto de seguridad digital son elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, Hardware, información física o digital, recurso humano, entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital” (p. 13).

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

### **Apetito de riesgo:**


Es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar, relacionado con sus Objetivos, el marco legal y las disposiciones de la Alta Dirección y del Órgano de Gobierno. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar. (DAFP., 2020, pág. 13)

### **Capacidad de riesgo:**

(DAFP., 2020) “Es el máximo valor del nivel de riesgo que una Entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno que no sería posible el logro de los objetivos de la Entidad”(p.13).

### **Categorías de riesgos prioritarios:**

Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la SNS. Cabe resaltar que las IPS deben gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad y organización que cada entidad les quiera dar para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes riesgos: Riesgo en Salud, Riesgo Actuarial; Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Mercado de Capitales, Riesgo Operacional, Riesgo de Grupo y Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. (Supersalud, 2021, pág. 5)

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

**Causa Inmediata:**

(DAFP., 2020) “Circunstancias bajo las cuales se presenta el riesgo, pero no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo” (p.12).

**Causa Raíz:**

(DAFP., 2020) “Causa principal o básica, corresponde a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo” (p.12).

**Causa:**

(DAFP., 2020) “Todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo” (p.12).


**CIGYD:** Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

**CICCI:** Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

**Ciclo general de gestión de riesgo:**

(Supersalud, 2021) “Son las etapas que incorpora un Subsistema de Administración de Riesgos para cada uno de los tipos o categorías de riesgo identificadas”.(p.5).

**Confidencialidad:**

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

(DAFP., 2020) “Propiedad de la información que la hace no disponible o sea divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados” (p.12).


### **Conflicto de interés:**

Se considera que existe un conflicto de interés cuando por una situación de control, influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas, se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal, desviaciones de recursos de seguridad social, o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector. Estos desequilibrios tienen su fundamento en un “interés privado” que motiva a actuar en contravía de sus obligaciones y puede generar un beneficio personal, comercial o económico para la parte que incurre en estas conductas. (Supersalud, 2021, pág. 5)

### **Consecuencia:**

(DAFP., 2020) “Los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas”. (p.12)

### **Contralor Normativo:**

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

Cargo o área especializada dentro o fuera de la organización, el cual es nombrado por la Junta Directiva o quien haga sus veces, y ejerce control para asegurar la observancia de las disposiciones normativas aplicables. Sus funciones son dependientes de la Junta o quien haga sus veces, a quien debe asesorar y rendir cuentas. (Supersalud, 2021, pág. 5)

**Control:**

(DAFP., 2020) “Medida que permite reducir o mitigar un riesgo” (p.12), estos controles pueden ser implementación de políticas, procesos, prácticas u otras estrategias de gestión.


**Control correctivo:**

(DAFP., 2020) “Control accionado en la salida del proceso y después de que se materializa el riesgo. Estos controles tienen costos implícitos”. (p. 45)

**Control detectivo:**

(DAFP., 2020) “Control accionado durante la ejecución del proceso. Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos”. (p.45)

**Control preventivo:**

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

(DAFP., 2020) “Control accionado en la entrada del proceso y antes de que se realice la actividad originadora del riesgo, se busca establecer las condiciones que aseguren el resultado final esperado”. (p.45).

### **Cultura de autocontrol:**

Concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a la entidad contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda la organización (desde la Junta Directiva y la Alta Gerencia, hasta los propios empleados), los cuales pueden proveer una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la entidad. (Supersalud, 2021, pág. 6)


### **Dueño del Proceso:**

Son los líderes del proceso o subproceso que deben responder integralmente por la gestión del riesgo en primera línea de defensa.

### **Evento:**

(Supersalud, 2021) “Situación que se presenta en un lugar específico y durante un intervalo de tiempo determinado” (p.6).

### **Eventos potenciales:**

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

(DAFP., 2020) “Hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos” (p.12).

**Factores de riesgo:**


Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros. (Supersalud, 2021, pág. 6)

**Gestión de Riesgo:**

(DAFP, 2018) “Proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos” (p.8).

(ISO 31000) “Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo” (p.4).

(Supersalud, 2021, pág. 6):

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


Es un enfoque estructurado y estratégico liderado por la Alta Gerencia acorde con las políticas de gobierno organizacional de cada entidad, en donde se busca implementar un conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia o mitigar el impacto de un evento de riesgo potencial (incertidumbre) que pueda afectar los resultados y, por ende, el logro de los objetivos de cada entidad, así como el cumplimiento de los objetivos en el SGSSS o sus obligaciones. Dentro de este conjunto de acciones se incluye, entre otros, el ciclo general de gestión de riesgo.

### **Gobierno Organizacional:**

Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables a cualquier tipo de entidad, mediante los cuales se dirige y controla la gestión de estas de conformidad con las disposiciones contenidas en la presente Circular y demás disposiciones sobre la materia. Tiene como objeto la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión de las entidades se realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión. (Supersalud, 2021, pág. 6)

### **Grupos de Riesgo:**



	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

(Supersalud, 2021) “Conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios” (p.6)

**Impacto:**

(DAFP., 2020) “Las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo” (p.12).

**Indicadores clave de riesgo:**


Hace referencia a una colección de datos históricos, por periodos de tiempo, relacionados con algún evento cuyo comportamiento puede indicar una mayor o menor exposición a determinados riesgos. No indica la materialización de los riesgos, pero sugiere que algo no funciona adecuadamente y, por lo tanto, se debe investigar. (DAFP., 2020).(pp. 58-59)

**Nivel de riesgo:**

Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos. En general la fórmula del Nivel del Riesgo es Probabilidad \* Impacto, sin embargo, pueden relacionarse

las variables a través de otras maneras diferentes a la multiplicación, por ejemplo,

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

### **Perfil de riesgo:**

(Supersalud, 2021) “Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad”. (p. 6).

### **Probabilidad:**


Se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. La probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año, es decir es una medida de frecuencia o uso. (DAFP., 2020, pág. 12).

### **Pruebas de desempeño o de autocomprobación (Back Testing):**

Se desarrolla para evaluar y calibrar la consistencia y confiabilidad de la medición de los indicadores de riesgos estimados por parte del modelo que se está utilizando, mediante la comparación de los resultados que el modelo arrojó, frente a los resultados observados. De esta manera se pueden identificar y ajustar los supuestos, parámetros y demás elementos que hacen parte del modelo de cálculo. (Supersalud, 2021, pág. 6)

### **Pruebas de tensión (Stress Testing):**

Herramienta de diagnóstico donde bajo varios escenarios de estrés, se simulan diferentes choques extremos a los factores de riesgo para evaluar su sensibilidad

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

e impacto, además de la capacidad de respuesta que las entidades tienen para enfrentarlos. Busca identificar fortalezas y vulnerabilidades de los Subsistemas de Administración de Riesgos de manera individual para cada riesgo, y así cada entidad pueda comprender mejor sus propios perfiles de riesgo y validar los límites establecidos. (Supersalud, 2021, pág. 7)


### **Reputación:**

Percepción agregada que sobre una organización tienen los agentes relacionados con ella, sean estos clientes, accionistas, grupos de interés, partes vinculadas o público en general, la cual tiene el potencial de afectar la confianza en la entidad, influenciando su volumen de negocios, y su situación general. Esta puede variar por factores tales como el desempeño, escándalos, menciones en prensa, entre otros. (Supersalud, 2021, pág. 7)

### **Riesgo:**

Se define como el “Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales” (DAFP., 2020) (p.12).

(Supersalud, 2021) : “Según concepto de la Supersalud se define como la posibilidad que ocurra un evento que pueda afectar negativamente el cumplimiento de la operación de una Entidad y que atenten contra los objetivos del SGSSS” (p.7).

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

(ISO 31000) : Se define como el “Efecto de la incertidumbre sobre los objetivos” (p.4).

**Riesgo de Corrupción:**

(DAFP., 2020) “Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado”. (p.12).


**Riesgo de Seguridad de la Información:** (DAFP., 2020) “Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información. Suele considerarse como una combinación de la probabilidad de un evento y sus consecuencias. (ISO/IEC 27000)” (p.12).

**Riesgo inherente:**

(Supersalud, 2021): “Nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control” (p.7).

(DAFP., 2020) “Nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto, nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad” (12).

**Riesgo neto global:**

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

(Supersalud, 2021) “Resultado de la combinación de cada uno de los riesgos residuales de la entidad, teniendo en cuenta la importancia relativa que a cada categoría de riesgo le haya asignado la Entidad” (p.7).

**Riesgo neto o residual:**

(Supersalud, 2021): “Nivel de riesgo que resulta luego de la aplicación de las medidas de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes” (p.7).

**Riesgo Residual:**

(DAFP., 2020) Es “El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente” (p.12).


**Seguridad del Paciente:**

(Supersalud, 2021) “Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”. (p.7)

**SGI:** Sistema Gestión Institucional.

**Tratamiento del riesgo:**

Es la respuesta establecida por la primera línea de defensa para la mitigación de los diferentes riesgos, incluyendo aquellos relacionados con la corrupción. A la

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


hora de evaluar las opciones existentes en materia de tratamiento del riesgo, y partiendo de lo que establezca la política de administración del riesgo, los dueños de los procesos tendrán en cuenta la importancia del riesgo, lo cual incluye el efecto que puede tener sobre la entidad, la probabilidad e impacto de este y la relación costo-beneficio de las medidas de tratamiento. Pero en caso de que una respuesta ante el riesgo derive en un riesgo residual que supere los niveles aceptables para la dirección se deberá volver a analizar y revisar dicho tratamiento. En todos los casos para los riesgos de corrupción la respuesta será evitar, compartir o reducir el riesgo. (DAFP., 2020, pág. 70)

**Tolerancia del riesgo:**

(DAFP., 2020) “Es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del Apetito de riesgo determinado por la entidad” (p.13).

**Vulnerabilidad:**

(DAFP., 2020) “Representan la debilidad de un activo o de un control que puede ser explotada por una o más amenazas” (P.13)

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

## 2. Marco Normativo

**TABLA 1. MARCO NORMATIVO.**

<b>DECRETO 1083 DE 2015</b>	<p>Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.</p> <p>Actualizado el 3 de agosto de 2022. En el cual su artículo 2.2.21.5.4 nos habla de la administración de riesgos.</p>
	<p>Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función</p>

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.



**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**

**CÓDIGO:**

GR-P-1

**VERSIÓN**

V1-2023

<p>DECRETO 1499 DE 2017</p>	<p>Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.</p> <p>En el artículo 2.2.22.1.1. nos habla del sistema de gestión creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad.</p>
<p>DECRETO 612 DE 2018</p>	<p>Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado.</p>
<p>CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021 (SUPERSALUD)C</p>	<p>Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de</p>





HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO

CÓDIGO:


GR-P-1

VERSIÓN

V1-2023

	riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos
Decreto 780 de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Ley 1797 de 2016	Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1876 del 1994	Señala la naturaleza jurídica de las Empresas Sociales del Estado, su objeto, los principios básicos para cumplir con su objeto, los objetivos de las E.S.E., estructura básica, Juntas Directivas, Gerentes, régimen jurídico de sus actuaciones y de los contratos, determina la obligación de elaborar un Plan de Seguridad Integral Hospitalaria que garantice las prestación de los servicios de Salud en caso de situaciones de emergencia y desastre, y de un plan anual de desarrollo

**Nota:** Elaboración propia.


	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

### 3. Consideraciones estratégicas

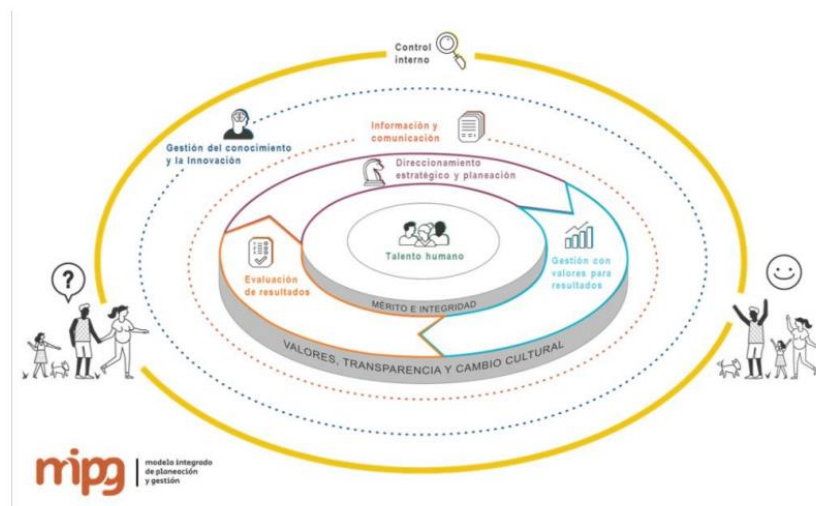
#### 3.1. Modelo Integrado de Planeación y gestión- MIPG

El modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar las actividades de las entidades y organismos públicos, este modelo tiene el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos con integridad y calidad en el servicio (Manual operativo MIPG, 2019, p. 6).

El MIPG opera a través de 7 dimensiones (talento humano, direccionamiento estratégico, gestión con valores para el resultado, evaluación de resultados, información y comunicación, gestión del conocimiento y la innovación y, finalmente, control interno) que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional y que, implementadas de manera articulada e interrelacionada, permitirán que el modelo funcione y opere adecuadamente. La Figura 1 ilustra las 7 dimensiones del modelo:

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


**Figura 1** Esquema general del modelo integrado de planeación y gestión MIPG



**Fuente:** (DAFP., 2020), (p. 14)

De acuerdo con la política de planeación institucional que hace parte de la dimensión “Dirección estratégica y planeación” del MIPG es necesario definir los posibles riesgos que pueden impedir el cabal cumplimiento de las metas, programas y proyectos de la Institución; en este sentido es claro que la identificación y valoración de

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

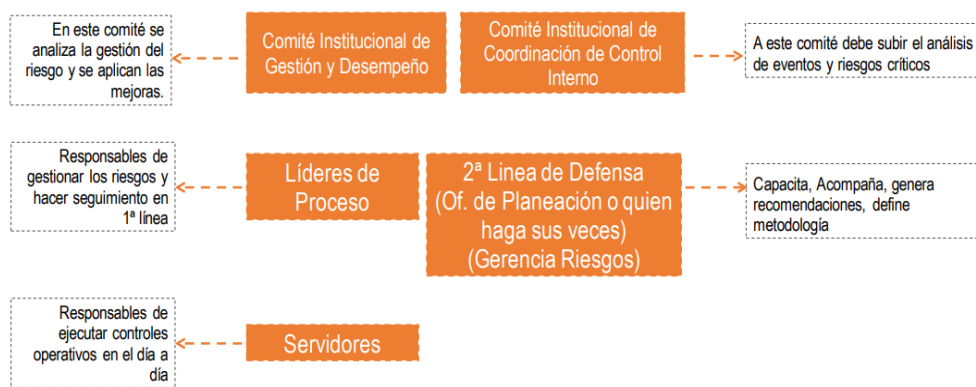
	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

riesgos se integra en el desarrollo de la estrategia, la formulación de los objetivos de la entidad y la implementación de esos objetivos a través de la toma de decisiones cotidiana en cada uno de los procesos. Este desarrollo se da en los diferentes niveles de la organización, por lo que cada entidad, de acuerdo con su esquema de direccionamiento estratégico, procesos, procedimientos, políticas de operación, sistemas de información, tendrá insumos esenciales para iniciar con la aplicación de la metodología propuesta para la administración del riesgo.


### 3.2. Institucionalidad

El modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) define su para su operación el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, regulado por el Decreto 1499 de 2017 y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, reglamentado a través del artículo 13 de la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017, en este marco general, para una adecuada administración del riesgo, dicha institucionalidad opera así:

**FIGURA 2 OPERATIVIDAD INSTITUCIONAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO**



Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

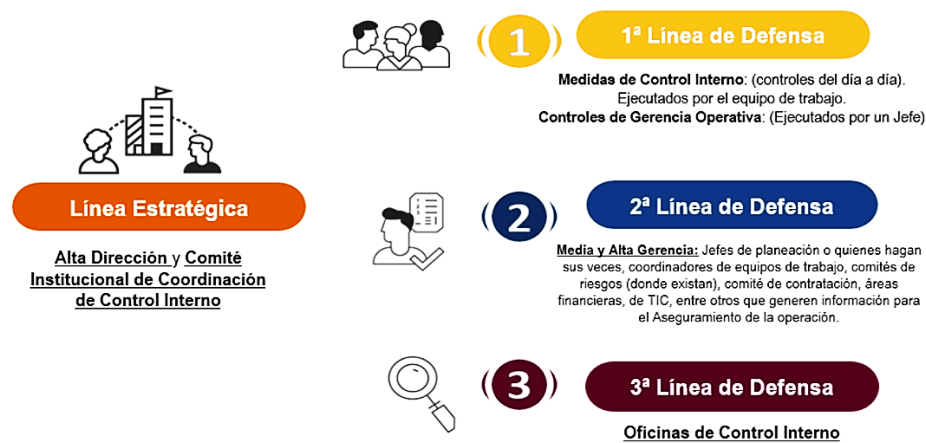
	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

**Fuente:** (DAFP., 2020) (p 20)

La institucionalidad propuesta por el DAFP responde al modelo de líneas de defensa definido por el Instituto Internacional de Auditores (IIA) y adoptado por el MIPG que proporcionar una manera simple y efectiva de mejorar las comunicaciones en la administración del riesgo y control mediante la aclaración de funciones y deberes esenciales relacionados, en la figura 3 se puede observar el esquema del modelo de las tres líneas de defensa.

**FIGURA 3 LÍNEAS DE DEFENSA DEL MODELO DE CONTROL INTERNO.**


**Esquema Líneas de Defensa - Responsables**



**Fuente:** (DAFP, 2019, pág. 15)

### 3.3. Modelo de operación por procesos

Este modelo de operación se basa en el enfoque por procesos de la NTC 9001:2015 sobre requisitos de la gestión de la calidad que a su vez es integrada en el MIPG en los atributos de calidad por dimensiones.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

Este enfoque propende por una gestión más eficiente que tiene como principio la mejora continua en el marco del ciclo PHVA, que busca la satisfacción del cliente (Grupos de valor en el marco de MIPG).

Este enfoque permite a la organización controlar las interrelaciones y dependencias en el sistema de modo que pueda mejorar el desempeño global bajo una perspectiva holística e integradora que cumpla con los objetivos estratégicos de la entidad.

Este enfoque implica la definición sistemática de cada proceso y sus interacciones de acuerdo con la política de calidad y direccionamiento estratégico de la entidad.

A continuación, en la figura 4 se muestra el mapa actual de procesos de la entidad.

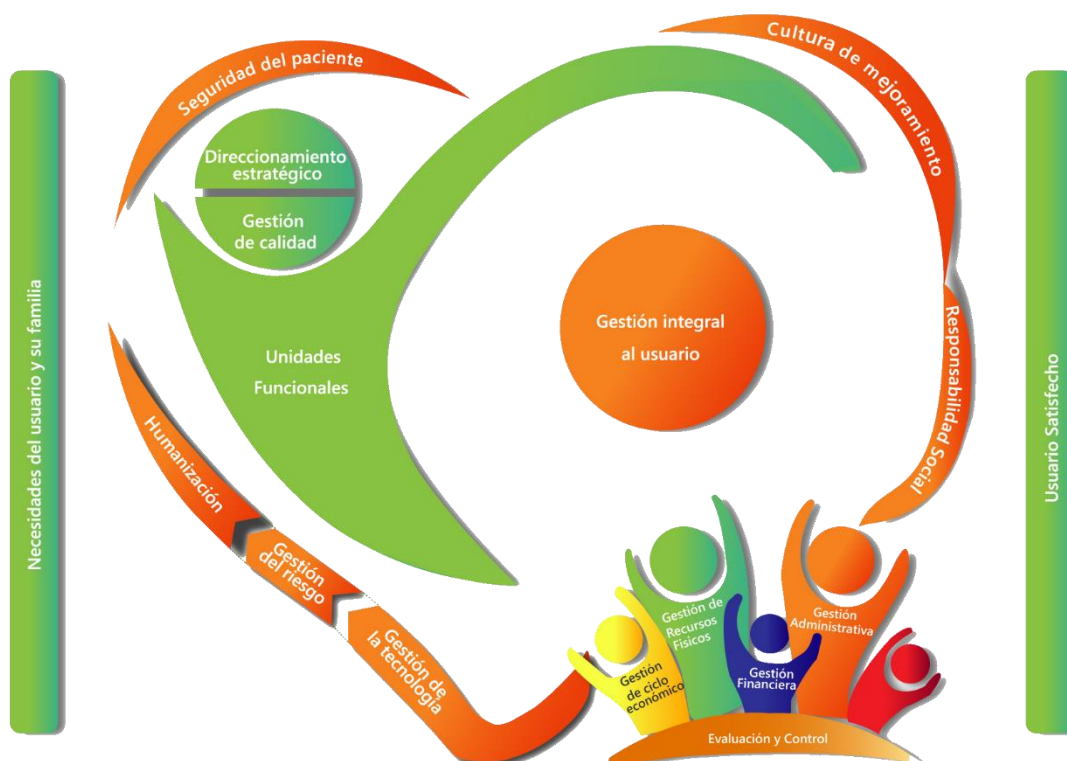
#### **FIGURA 4. MAPA DE PROCESOS**



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E  
POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO

CÓDIGO:	GR-P-1	VERSIÓN	V1-2023
---------	--------	---------	---------



**Fuente:** (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2022)

El Hospital Regional de Moniquirá cuenta con una plataforma web denominada Somos Remo, en la cual se encuentra contenido el Sistema de Gestión Calidad (SGC), en la cual se encuentra la caracterización de cada uno procesos, en donde se encuentra la definición de cada proceso, en el marco del ciclo PHVA, así como identificación general de riesgos y controles.

A continuación, se detalla es desdoblamiento de procesos:

**TABLA 2. DESDOBLAMIENTO DE PROCESOS DEL SGC**

Macropocoso	Proceso	Responsable Proceso	Código	Subproceso
-------------	---------	---------------------	--------	------------

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.



**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**

**CÓDIGO:**

GR-P-1

**VERSIÓN**

V1-2023

<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	Direccionamiento Estratégico	Gerencia	<b>DE</b>	Gerencia
	Direccionamiento Estratégico	Gerencia	<b>DE</b>	Planeación
	Direccionamiento Estratégico	Gerencia	<b>DE</b>	Gestión del Talento Humano
	Gestión del Riesgo	Gerencia	<b>GR</b>	Gestión del Riesgo
	Gestión de Calidad	Gerencia	<b>GC</b>	Calidad
	Gestión de Calidad	Subgerencia Científica	<b>GC</b>	Auditoria de Historia Clínica y GPC
	Gestión de Calidad	Gerencia	<b>GC</b>	Auditoria del SGC
<b>MISIONALES</b>	Seguridad del Paciente	Subgerencia Científica	<b>SP</b>	Seguridad del Paciente
	Seguridad del Paciente	Subgerencia Científica	<b>SP</b>	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - IAAS -PROA
	Gestión Integral al Usuario	Gerencia	<b>GIU</b>	Experiencia del usuario
	Gestión Integral al Usuario	Gerencia	<b>GIU</b>	Humanizacion
	Gestión Integral al Usuario	Gerencia	<b>GIU</b>	Trabajo Social
	Gestión Integral al Usuario	Gerencia	<b>GIU</b>	Responsabilidad Social
	Gestión Integral al Usuario	Subgerencia Administrativa	<b>GIU</b>	Comunicaciones
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	<b>UFA</b>	Académico e Investigativo
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	<b>UFA</b>	SIVIGILA
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	<b>UFA</b>	Extramural -PIC
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	<b>UFA</b>	Farmacia
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	<b>UFA</b>	Terapias

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.





**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**

**CÓDIGO:**

GR-P-1

**VERSIÓN**

V1-2023

	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	UFA	Transporte Asistencial
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	UFA	Laboratorio Clínico
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	UFA	Transfusión Sanguínea
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	UFA	Toma de Muestras
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	UFA	Imágenes Diagnosticas
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	UFA	Mantenimiento de la Salud
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	UFA	Consulta Especializada
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	UFA	Atención del Parto
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	UFA	Consulta General
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	UFA	Odontología
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	UFA	Complementación terapéutica
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	UFA	Hospitalización
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	UFA	UCI
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	UFA	Cirugía



**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**

**CÓDIGO:**


GR-P-1

**VERSIÓN**

V1-2023

	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	<b>UFA</b>	Urgencias
	Unidades Funcionales Asistenciales	Subgerencia Científica	<b>UFA</b>	Procedimientos Menores
<b>Apoyo</b>	Gestión Administrativa	Subgerencia Administrativa	<b>GA</b>	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Gestión Administrativa	Subgerencia Administrativa	<b>GA</b>	Vigilancia y Seguridad Privada
	Gestión Administrativa	Subgerencia Administrativa	<b>GA</b>	Contratos de Personal
	Gestión Administrativa	Subgerencia Administrativa	<b>GA</b>	Compras contratación de bienes y suministros
	Gestión Administrativa	Subgerencia Administrativa	<b>GA</b>	Alimentación Hospitalaria
	Gestión Administrativa	Subgerencia Administrativa	<b>GA</b>	Lavandería
	Gestión Administrativa	Subgerencia Administrativa	<b>GA</b>	Gestión Documental
	Gestión Administrativa	Subgerencia Administrativa	<b>GA</b>	Jurídica
	Gestión de Recursos Físicos	Subgerencia Administrativa	<b>GR F</b>	Almacén
	Gestión de Recursos Físicos	Subgerencia Administrativa	<b>GR F</b>	Limpieza y Desinfección
	Gestión de Recursos Físicos	Subgerencia Administrativa	<b>GR F</b>	Gestión Ambiental
	Gestión de Recursos Físicos	Subgerencia Administrativa	<b>GR F</b>	Mantenimiento e Infraestructura
	Gestión de Recursos Físicos	Subgerencia Administrativa	<b>GR F</b>	Activos Fijos
	Gestión Financiera	Subgerencia Administrativa	<b>GF</b>	Tesorería
	Gestión Financiera	Subgerencia Administrativa	<b>GF</b>	Presupuesto
	Gestión Financiera	Subgerencia Administrativa	<b>GF</b>	Costos
Gestión Financiera	Subgerencia Administrativa	<b>GF</b>	Contabilidad	
Gestión de la tecnología	Subgerencia Administrativa	<b>GT</b>	Sistemas	

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.


	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

	Gestión de la tecnología	Subgerencia Administrativa	<b>GT</b>	Sistemas de información
	Gestión de la tecnología	Subgerencia Administrativa	<b>GT</b>	Gestión Biomédica
	Gestión del Ciclo Interno Económico	Subgerencia Administrativa	<b>GC E</b>	Acceso y Agendamiento
	Gestión del Ciclo Interno Económico	Subgerencia Administrativa	<b>GC E</b>	Autorizaciones
	Gestión del Ciclo Interno Económico	Subgerencia Administrativa	<b>GC E</b>	Facturación
	Gestión del Ciclo Interno Económico	Subgerencia Administrativa	<b>GC E</b>	Glosas, Cartera y recaudo
	Gestión del Ciclo Interno Económico	Subgerencia Administrativa	<b>GC E</b>	Auditoria Concurrente
	Gestión del Ciclo Interno Económico	Subgerencia Administrativa	<b>GC E</b>	Referencia y Contrarreferencia
<b>EVALUACION</b>	Evaluación y Control	Control Interno	<b>EC</b>	Control Interno

***Fuente:**(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2022)*

### **3.4. Conocimiento de la Entidad**


Mediante la Ordenanza 023 del trece (13) agosto de 1999, la honorable Asamblea de Boyacá definió la naturaleza jurídica del Hospital San José del Municipio de Moniquirá, creando el Hospital Regional de Moniquirá como una entidad Especial de carácter público, descentralizada, del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría de Salud de Boyacá, cuyo objeto esencialmente es el de producir y prestar servicios de salud de primero y segundo nivel, a la población de la Provincia de Ricaurte, y sur del departamento de Santander, acordes al perfil de morbilidad y mortalidad, enfocado a las acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de acuerdo con los determinantes sociales de la salud.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

En el año 2004, mediante el convenio de desempeño 0386, se realizó una reestructuración de la ESE, tendiente a lograr una entidad con mayor autonomía administrativa y financiera tendiente a ser autosostenible, en el mismo sentido la institución ha buscado la optimización de los recursos garantizando la prestación de servicios de salud de primer y segundo nivel de complejidad cumplimiento los estándares de calidad y oportunidad de acuerdo a la demanda de servicios de salud de la zona de influencia de la E.S.E.

Durante más de 30 años se desarrolló el proyecto de construcción de la nueva sede del hospital, proyecto que culminó exitosamente en 2019, con la entrega de las instalaciones donde funciona actualmente, con una inversión total de \$ 20.811 millones en infraestructura y \$ 4.055 millones en dotación tecnológica.


La Empresa Social del Estado Hospital Regional Moniquirá, se encuentra ubicado en el municipio de Moniquirá, capital de la provincia de Ricaurte en el departamento de Boyacá; el casco urbano dista 56 km de Tunja, la capital departamental, ciudad en la que se encuentra las entidades de referencia de tercer nivel; el municipio en el que se ubica la E.S.E. se encuentra Situado a 1.700 msnm, el municipio en el que se encuentra la E.S.E., cuenta como afluentes hídricas relevantes los ríos: Moniquirá, Pómeca y Suárez; los suelos se distribuyen en los pisos térmicos templado y frío; La temperatura media anual del casco urbano es de 19 / 20 °C y el promedio de precipitaciones de 2.005 mm. es el séptimo municipio más poblado del departamento con 23.036 habitantes.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

Distribuidos en el área urbana 12.008 habitantes y en área rural 11.028 habitantes. La institución se encuentra encaminada como empresa líder en la prestación de servicios de salud la cual no solo tienen una cobertura territorial para los municipios del Bajo Ricaurte, sino también a municipios pertenecientes al departamento de Santander.

Somos referentes y líderes de la región en ayudas diagnósticas, especialidades como lo son cirugía general, neurocirugía, gineco obstetricia, medicina interna, ginecología, pediatría, ortopedia, entre otras especialidades que proyectan el Hospital Como una UGRI (Unidad de Gestión de Riesgo Integral) de mediana complejidad integral, proyectando servicios de alta complejidad. Contamos con un laboratorio clínico con tecnología de punta para toma de exámenes de mediana y alta complejidad. Todo lo anterior nos sitúa como una institución con prestigio en la prestación de servicios de salud en la región y en el departamento.

El Hospital Regional de Moniquirá ESE, como Empresa Social del Estado del orden Departamental con un portafolio de atención de mediana complejidad Básica, proyectado como mediana complejidad integral, dentro de la red de prestación de servicios del Departamento y teniendo en cuenta el marco normativo vigente en cada momento para la prestación de los servicios, año tras año ha trabajado diferentes estrategias para lograr una entidad con mayor autonomía administrativa y financiera tendiente a ser autosostenible, en el mismo sentido la institución ha buscado la optimización de recursos, garantizando la prestación de servicios de salud con altos


	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

estándares de calidad y oportunidad de acuerdo a la demanda de servicios de salud de la zona de influencia de la E.S.E a través de sólidos proyectos de renovación tecnológica y de infraestructura, los cuales han posicionado a la entidad como una de las mejores del Departamento dentro de su complejidad.

Simultáneamente se han rediseñado los procesos y procedimientos de atención dentro del marco de atención primaria en salud, con enfoque humanizado y de calidad, bajo criterios de gestión ambiental y responsabilidad social, generando espacios de investigación y academia, buscando el reconocimiento a nivel regional en la prestación de servicios de salud integrales, siendo creadores de experiencias favorables que aporten al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios y sus familias.

### **3.5. Direccionamiento Estratégico**

El direccionamiento estratégico de la entidad se actualiza cada 4 años con el cambio de administración según el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016 “los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para períodos institucionales de 4 años” (Congreso de la República de Colombia, 2016), y según el Artículo 2.5.3.8.4.5.2 del Decreto 780 de 2016 en concordancia con Decreto 1876 de 1994 “Las Empresas Sociales del Estado deberán anualmente elaborar Un Plan de Desarrollo , de conformidad con la Ley y Reglamentos” (Presidencia de la República de Colombia, 2016).

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

El actual Plan de Desarrollo Institucional que contiene el direccionamiento estratégico de la entidad para el período comprendido entre 2020 y 2023 fue aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo 005 de 2020.

Este plan de Desarrollo este compuesto de la siguiente plataforma estratégica:


### **3.5.1. Plataforma Estratégica:**

#### **3.5.1.1. Misión**

Somos una institución prestadora del servicio de salud de baja, mediana y alta complejidad líder de la región, que articula acciones preventivas comunitarias e individuales para generar resultados en salud, con un crecimiento y desarrollo económico sostenible, que fundamenta la prestación de los servicios en la humanización, calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia, siendo centro de referencia para la región de Ricaurte y los municipios del sur del departamento de Santander, con un talento humano con profundos valores de honestidad, transparencia, pulcritud y comportamiento ético y responsabilidad social, con un talento humano comprometido, de la más alta calidad técnica y científica, en una infraestructura física moderna amigable con el medio ambiente, con equipos y tecnología de punta, con procesos y procedimientos rigurosos que nos permiten garantizar la excelencia en la prestación del servicio.

#### **3.5.1.2. Visión**

Para el año 2024 llegar a ser una institución de alta complejidad acreditada, líder en el departamento, con la mejor tecnología, autosostenible, con unos servicios acordes

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


con las necesidades de la población, con instalaciones amplias y modernas, contará con recurso humano suficiente, comprometido, competitivo y con la más alta calidad académica técnica y científica, bien remunerado y con alto nivel de bienestar. Brindando servicios de salud seguros con calidad y calidez, centrados en el usuario y su familia.

### 3.5.1.3. Objetivos estratégicos:

**TABLA 3. LÍNEAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.**

No	Objetivo Estratégico
1	Fortalecer durante el cuatrienio el desarrollo de todos los componentes del Sistema obligatorio de garantía de calidad, orientados a la presentación de la ESE ante el ente acreditador.
2	Cumplir con el portafolio de servicios asignado en el rol de la ESE dentro del PTRRM de redes de ESE, con el objetivo de brindar atención integral a los usuarios con oportunidad, calidad e integralidad en la atención
3	Organizar la contratación de venta de servicios asistenciales, para que la ESE fortalezca sus ingresos y logre su autosostenibilidad, antes del 31 de diciembre de 2020.
4	Organizar el sistema de información integral de la ESE basado en un fortalecimiento del software y hardware, antes del 31 de diciembre de 2021
5	Fortalecer la conservación de la infraestructura y fortalecimiento de la dotación tecnológica de la ESE, con el objetivo de cumplir los estándares de calidad permanentemente, en beneficio de los usuarios
6	Fortalecer el área financiera de la ESE, mediante el desarrollo de los componentes de facturación, costos hospitalarios y control de gastos y costos, para obtener recursos oportunos para el normal funcionamiento de la ESE en desarrollo de su objeto social.
7	Desarrollar una política de fortalecimiento del talento humano de la ESE, mediante la conformación de una planta de personal básica acorde a las necesidades de la ESE y la contratación externa de las actividades no misionales acorde con los requerimientos reales de las dependencias
8	Organizar una oficina asesora jurídica que organice todos los procesos relacionados con la contratación, defensa jurídica de la entidad y las acciones de prevención de daño antijurídico, antes del 31 de octubre de 2020
9	Desarrollar el componente de desarrollo de capacidades en ciencia y tecnología en la ESE, mediante convenios con universidades e institutos de ciencia y tecnología, como base del fortalecimiento en la prestación de servicios de salud en condiciones de calidad




	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

10	Cumplir con los lineamientos de organización y conservación de los archivos de la institución, antes del 31 de diciembre de 2021.
----	---

*Fuente:* (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2020)

#### **3.5.1.4. Principios y valores corporativos:**

- La calidad y seguridad en la prestación de servicios
- La importancia de los usuarios como personas plenas de derechos
- El continuo desarrollo humano y técnico de sus empleados
- Compromiso y lealtad con la institución
- Autocontrol, autogestión y autonomía
- Responsabilidad social
- Responsabilidad en el manejo de la información
- Comportamiento ético

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


#### 4. Sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas

Es importante resaltar que aunado a la metodología de gestión de riesgos establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), la cual es la columna vertebral de los lineamientos de la presente política<sup>1</sup>, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) en el marco de su alcance legal y estatutario, y el Hospital Regional de Moniquirá ESE como IPS, que actúa en el marco del SGSSS, se debe tener en cuenta la metodologías de seguimiento, control y vigilancia establecidas en este contexto y en especial en la Ley 1122 de 2007 sobre el modelo de Supervisión Basada en Riesgos (SBR) de la SNS, quien encabeza el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del sector salud.

Por lo cual es necesario articular los lineamientos dispuestos por la SNS a la presente política de riesgos, máxime cuando estos son elementos fundamentales para un cabal ejercicio de la gestión en el marco del SGSSS, enfocado en la Supervisión Basada en Cumplimiento al que está sujeta el Hospital y que permite desarrollar adecuadamente los componentes del sistema de salud.

<sup>1</sup> La metodología estructurada se presenta en el capítulo 5.

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.


	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

Estos lineamientos de la SNS están contenidos y socializados con los vigilados en la Circular Externa 20211700000004-5 de la SNS por la cual “Se imparten Instrucciones Generales Relativas al Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos”.

La SNS en la precitada circular expone el deber y compromiso de los vigilados respecto a la gestión del riesgo, así:

Las entidades deben desarrollar y mantener una estructura organizacional apropiada para la administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de acuerdo con su tamaño, estructura, actividad económica y demás características particulares. Para el efecto, deben establecer y preservar estándares que permitan contar con personal idóneo para la administración de los riesgos. De igual forma, deben quedar claramente asignadas las responsabilidades de las diferentes personas y áreas involucradas en los respectivos procesos y procedimientos, establecer reglas internas dirigidas a prevenir y sancionar conflictos de interés, a controlar el uso y a asegurar la reserva de la información. (Supersalud, 2021, pág. 7)

Para lograr un mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de riesgos es indispensable la implementación y la ejecución de mejores prácticas organizacionales

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

mediante la formulación, implementación, desarrollo y seguimiento de un Código de Conducta y de Buen Gobierno en cada entidad.

El sistema Integrado de Gestión de Riesgos se compone de 8 subsistemas según la Supersalud. Estos subsistemas son:

- Riesgo en Salud
- Riesgo Operacional
- Riesgo Actuarial
- Riesgo de Crédito
- Riesgo de Liquidez
- Riesgo de Mercado de Capitales
- Riesgo de Grupo
- Riesgo Reputacional
- Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

En la tabla 4 se muestran los elementos mínimos que se deben tener en cuenta en el desarrollo de cada subsistema:

**TABLA 4. ELEMENTOS MÍNIMOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS**

<b>PROCESOS/AREAS</b>	<b>ACCIONES</b>
<b>Ciclo general de riesgos</b>	El cual está documentado según la metodología planteada en la presente política. El ciclo se define



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO

CÓDIGO:

GR-P-1

VERSIÓN

V1-2023

	desde la metodología propuesta por el DAFP <sup>2</sup> , el cual es armónico con el ciclo presentado por la SNS.
<b>Políticas de Gestión de Riesgos</b>	Hace referencia al presente documento, debe ser revisada y de ser necesario actualizada, al menos una vez al año, esto es debe de la alta dirección bajo el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación.
<b>Procesos y Procedimientos</b>	El Hospital Regional de Moniquirá cuenta con la plataforma Somos Remo <sup>3</sup> , en el cual reposa el SGC y se encuentran documentados los procesos y procedimientos según el mapa de procesos y los requerimientos del SOGCS.
<b>Documentación</b>	Hace referencia a la documentación mínima, respecto a la administración de riesgos, esta debe contener al menos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política.</li> <li>• Procedimiento.</li> </ul>

<sup>2</sup> Esta metodología se desarrolla en el capítulo 5

<sup>3</sup> <https://www.somos-remo.com/home>

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.



**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**  
**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**


**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**

<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>	V1-2023
----------------	--------	----------------	---------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapa de riesgos por procesos.</li> <li>• Mapa de riesgos de corrupción.</li> <li>• Mapa de riesgos de seguridad digital.</li> <li>• Herramienta de seguimiento diligenciada.</li> <li>• Mapa de aseguramiento<sup>4</sup></li> </ul>
<b>Estructura Organizacional</b>	<p>Hace referencia al cómo se establecen los deberes respecto a la administración del riesgo en el Hospital, según su organigrama.</p> <p>Es importante detallar que en la presente política se documenta, pero que se debe complementar con el esquema de líneas de defensa, según el mapa de aseguramiento.</p>
<b>Infraestructura Tecnológica</b>	<p>Se contará en primera medida con el soporte de la plataforma Somos Remo. Se evaluará por parte de la alta dirección la posibilidad de contar con herramienta tecnológicas para riesgos, esto sujeto a la disponibilidad presupuestal del Hospital.</p>


<sup>4</sup> Se documentará según los lineamientos del DAFP y permitirá tener establecido por proceso el esquema de líneas de defensa, para el seguimiento y control de riesgos.

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

<b>Divulgación de la Información y Capacitaciones</b>	<p>Se encuentra en el Plan Institucional de Capacitaciones, así mismo se socializará en el comité de subgerencias y gerencia, se cargará en la plataforma Somos Remo y serpa compartido en los correos electrónicos institucionales.</p>
---	--

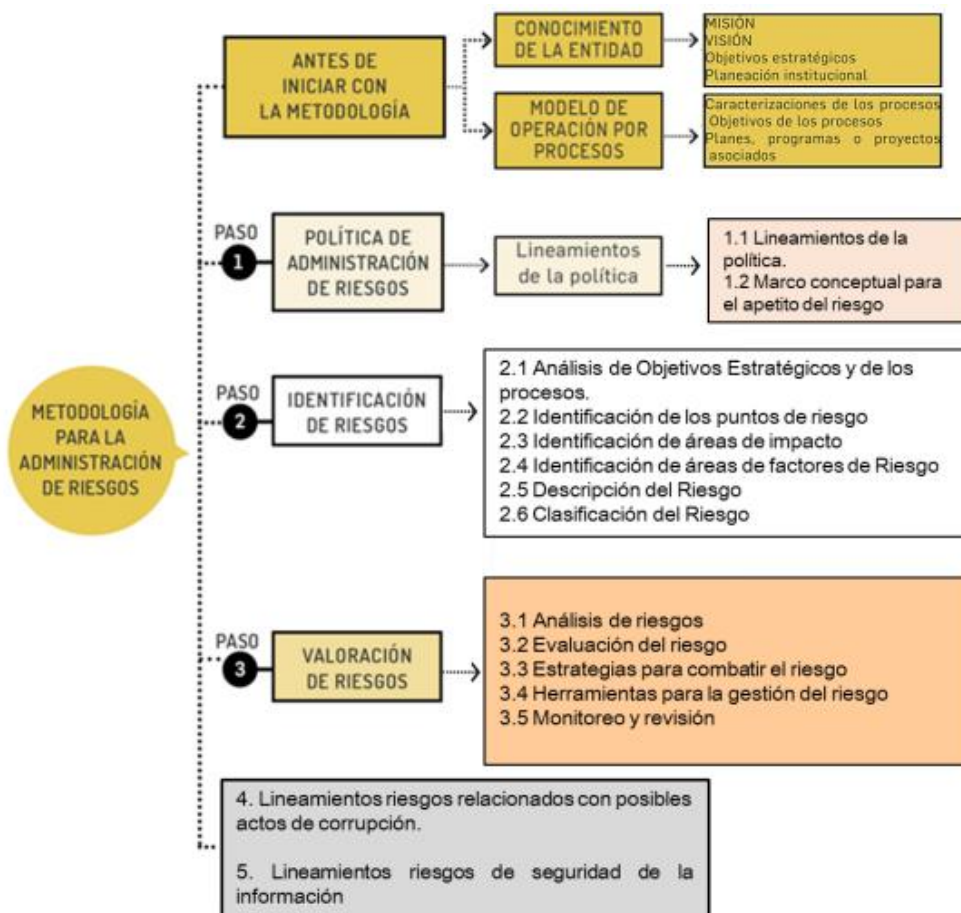
**Fuente:** Adaptado de (Supersalud, 2021) (p. 3) Año 2021

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

## 5. Metodología para la administración de riesgos


El Hospital Regional de Moniquirá ESA toma como referencia la metodología planteada por el DAFP en la guía de administración del riesgo y el diseño de controles para entidades públicas (2020) Versión 5, la cual se muestra en la figura 5.

**FIGURA 5. METODOLOGÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.**



**Fuente:** (DAFP., 2020) (p.20)



	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


## 6. Lineamientos de administración del riesgo.

### 6.1. Objetivo:

Gestionar integralmente el riesgo en cada proceso del Hospital Regional de Moniquirá ESE, con un enfoque preventivo para mejorar la probabilidad de alcanzar los objetivos institucionales y estratégicos, propendiendo por una gobernanza que fomente la gestión proactiva, mejore el aprendizaje organizacional, optimice la gestión de los recursos, minimizando costos y maximizando la eficiencia en la utilización de estos.

#### 6.1.1. Objetivos Específicos

- Realizar una revisión sobre el conocimiento de la entidad, líneas estratégicas y objetivos, con el fin de conocer el enfoque de la metodología para la gestionar integralmente los riesgos.
- Establecer los lineamientos para identificar los riesgos de cada uno de los procesos del Hospital Regional de Moniquirá ESE.
- Establecer los lineamientos para realizar la valoración y tratamiento o controles de los riesgos identificados en los procesos del Hospital Regional de Moniquirá ESE.
- Articular la metodología de administración del riesgo y diseño de controles con los lineamientos de la SNS sobre los subsistemas de gestión del riesgo.
- Definir la estructura y modos para efectuar un adecuado seguimiento y control de los riesgos identificados para evitar su materialización.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

## 6.1. Alcance

El alcance de la presente política se extiende a todos los niveles organizacionales, dependencias y procesos del Hospital Regional de Moniquirá ESE, contemplando riesgos por proceso, de corrupción y de seguridad y privacidad de la información.

Los riesgos por proceso a su vez se desarrollan según los subsistemas planteados por la Supersalud.

Es responsabilidad de cada Líder de Proceso, el seguimiento y monitoreo del día a día respecto a la administración del riesgo.


La segunda línea de defensa estará liderada por la Oficina Asesora de Planeación y se desarrollará en conformidad con el mapa de aseguramiento del Hospital.

La tercera línea de defensa está a cargo de la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión.


La Institucionalidad para la administración de riesgo se presenta en el CIGYD en el cual se analiza la gestión del riesgo y sus opciones de mejora, en el CICCI se evalúan los riesgos y se analizan los riesgos críticos.

## 6.2. Generalidades de la política de administración de Riesgos.

- La presente Política de Administración de Riesgos en deberá ser aprobada por la Junta Directiva, y adoptada por la gerencia mediante acto administrativo.
- Esta política deberá revisada como mínimo una vez al año, su aprobación y sus respectivas modificaciones deben tener constancia en acta de la junta Directiva.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

- El Hospital Regional de Moniquirá ESE deberá contemplar en su Plan Institucional de Capacitaciones los mecanismos de comunicación y socialización con el objetivo de que todos los funcionarios conozcan la política de administración de riesgos.
- La institución establecerá un Comité de Riesgos, o según determinación de gerencia estas funciones se deberán establecer en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
- La oficina asesora de planeación o quien haga sus veces será la encargada de liderar la administración de riesgos de la entidad.
- En el comité Institucional de Coordinación de Control Interno se evaluará la política, sus efectos y resultados en concordancia con el estado del Sistema de Control Interno de la entidad.
- Los líderes de proceso deberán presentar un informe mensual sobre la gestión de riesgos enfocado en los monitoreos de primera línea de defensa que corresponden a los controles del día a día. Este informe debe ser presentado a su jefe inmediato o supervisor de contrato.
- La oficina asesora de planeación o quien haga sus veces presentara un informe trimestral sobre la gestión y monitoreo de la política de riesgos institucional en el Comité de Gestión y Desempeño Institucional.
- Desde el área de gerencia se presentará anualmente ante la junta Directiva un reporte sobre el estado de la administración de los riesgos según resultados obtenidos

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

en el Comité de Riesgos o Comité de Gestión y Desempeño Institucional según corresponda, de igual manera se puede incluir los reportes de evaluación presentados en el Comité institucional de control interno.


- Según requerimientos que realice la junta Directa, el revisor fiscal presentara informe del funcionamiento del sistema de administración de riesgos de la institución.

### 6.3. Actualización de la Política:

El Hospital Regional de Moniquirá actualizará su política de administración de riesgos como mínimo de manera anual, durante el primer trimestre de cada vigencia, este proceso estará a cargo de la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces. Esta actualización constará en una revisión minuciosa sobre la validez de los postulados y lineamientos expuestos, se actualizarán lineamientos, según los siguientes casos:

- En caso de actualizaciones normativas por parte del DAFP o SNS.
- Actualización del direccionamiento estratégico del Hospital.
- Actualización del mapa de procesos y/o estructura organizacional.
- Materialización de Riesgos.
- Solicitud de la Junta Directiva.

En todo caso el presente documento constará en el SGC como la versión 0 y sus respectivas actualizaciones en versiones subsiguientes, lo cual debe constar por escrito en el control del cambio definido por la oficina de calidad.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

Antes de presentar los cambios ante la Junta Directiva para aprobación, la Oficina Asesora de Planeación en su condición de responsable de la administración de riesgos de la Entidad deberá presentar los cambios ante el CICCI.

#### 6.4. Estructura para la administración del riesgo


Para determinar la correcta identificación y evaluación de riesgos que deben ser documentados en los respectivos mapas, se deben adelantar mesas de trabajo con cada uno de los líderes de procesos del Hospital Regional de Moniquirá ESE, la oficina asesora de planeación adelantará el acompañamiento metodológico en las jornadas de actualización de los mapas de riesgo.

Es importante dejar claro que los mapas de riesgos se documentaran por proceso, es decir que existirán tanto mapas de riesgo como procesos existan en el Hospital, en casos excepcionales y según criterio del área encargada de la administración de riesgos, se podrán documentar mapas por subproceso.

El ejercicio de actualización de los mapas de riesgos debe ser anual, tomando como principal insumo la evaluación de los riesgos según las evaluaciones de las líneas de defensa, es decir que algunos riesgos permanecerán, pero con otra valoración según los controles, otros serán suprimidos y otros podrán ser incluidos.

En todo caso se recomienda que por proceso se documenten como mínimo 3 y como máximo 10 riesgos, para poder adelantar de manera práctica y fáctica los controles establecidos. En caso de identificarse más de 10 riesgos con el líder del proceso, se

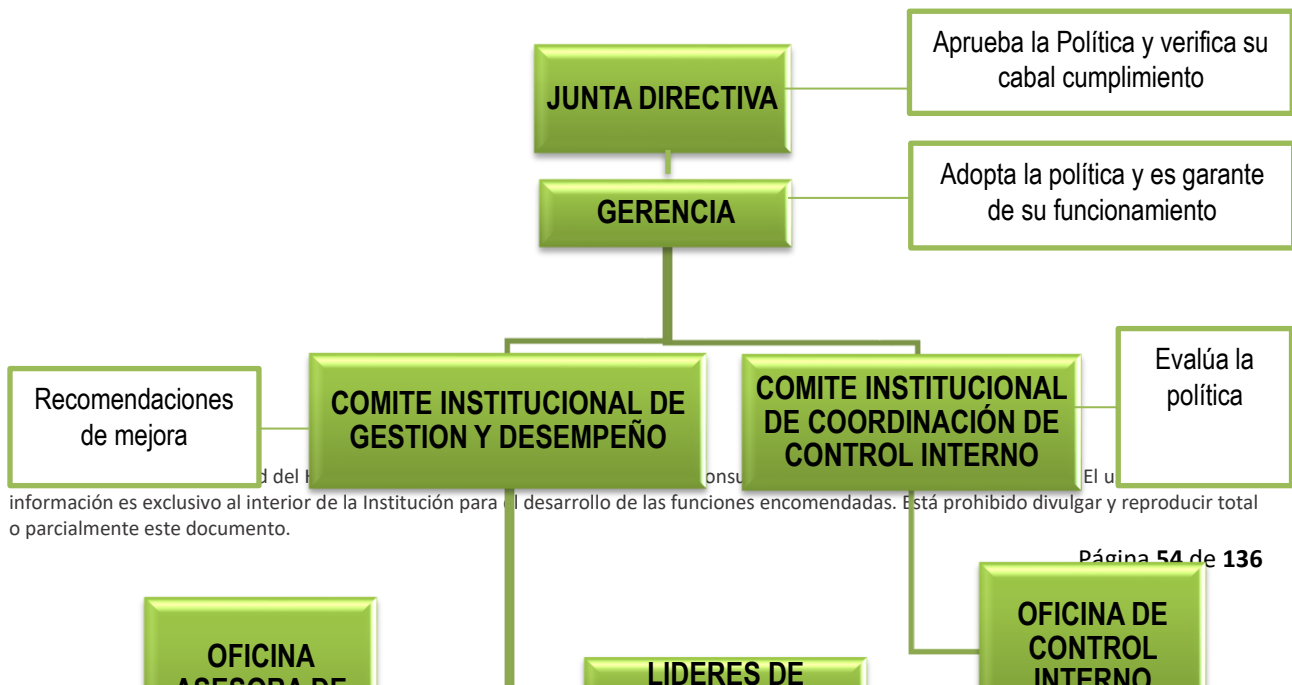
Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


deberá implementar metodologías de priorización y simplificación, estas metodologías deben ser propuestas y desarrolladas por la oficina asesora de planeación.

## 6.5. Estructura Organizacional

**FIGURA 6. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS**



información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

***Fuente:** Elaboración propia*


### **6.5.1. Roles Determinados por la SNS:**

#### **6.5.1.1. Representante legal:**

Será encargado de garantizar el cumplimiento de la política para la administración de riesgos, presentará anualmente a la Junta Directiva el estado actual del sistema de administración de riesgos según avances o conclusiones del CICCI o CIGYD según corresponda. También deberá reportar cualquier novedad del ámbito de riesgos prioritarios mediante oficio dirigido a la superintendencia Nacional de Salud.


#### **6.5.1.2. Área de gestión de riesgos:**

En el Hospital Regional de Moniquirá ESE, la oficina asesora de planeación será el área de gestión de riesgos, le cual tendrá asignadas las siguientes responsabilidades:

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

- Se encargará del diseño de metodologías, identificación, control y monitoreo de los riesgos junto con los líderes de proceso.
- Debe documentar los procedimientos sobre la gestión de riesgos. Así mismo será el responsable de actualizar la política y hacer las respectivas recomendaciones al representante legal y CICCI.
- En lo que respecta a gestión de riesgos actuará como segunda línea de defensa, verificando los controles de la primera línea que corresponderá a los líderes de proceso.
- Debe articular en conjunto con el área de talento humano las capacitaciones y metodologías sobre la comunicación y socialización de la presente política a los trabajadores y colaboradores del Hospital.
- Generar planes de mejoramiento como resultado de los informes de auditoría y/o recomendaciones de la oficina asesora de control interno o de la revisoría fiscal. Debe concertar los planes de mejoramiento con los responsables y hacer monitoreo y seguimiento a su cabal cumplimiento.
- Deberá generar informe trimestral sobre el estado del Sistema de administración de Riesgos, específicamente del seguimiento realizado por la primera línea de defensa (Líder de procesos), este informe será presentado al Representante Legal en el CIGYD o Comité de gerencia, según la operatividad del Hospital.




	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

- Debe monitorear las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 o normas que la sustituyan o modifiquen, este monitoreo debe ser parte del informe trimestral precitado en el párrafo inmediatamente anterior.
- Cuando en los seguimientos se detecten desviaciones, deberá en conjunto con el líder del proceso correspondiente, generar plan de mejoramiento y presentar el consolidado de los mismos ante el CICCI.
- Será el área encargada de la custodia de la información y archivo relacionado con gestión de riesgos.

### 6.5.1.3. Órganos de control Internos

En el Hospital Regional de Moniquirá ESE se cuenta con órganos de control tales como:

- **Oficina Asesora de Control Interno.** (Evaluación independiente), hará evaluación de los controles, según los monitoreos del área encargada de la administración de riesgos; así mismo actuará como tercera línea de defensa, según los lineamientos establecidos legal y estatutariamente en conformidad con la Dimensión de Control Interno del MIPG.
- **Revisoría fiscal;** (órgano delegado de la Junta Directiva de la E.S.E.), hará auditoría y revisión al cumplimiento de la presente política según solicitud de la Junta Directiva.


	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

## 7. Identificación del riesgo

Según la metodología expuesta en el capítulo 5, se contará con las siguientes fases:

### 7.1. Análisis de objetivos estratégicos y de los procesos:

Mediante el análisis de objetivos estratégicos se identificarán los posibles riesgos que afecten el cumplimiento de los mismos; Se deberá analizar los objetivos de cada uno de los procesos, los cuales deberán estar alineados a la estrategia institucional. El objetivo de cada proceso, debe estar contenido en la caracterización de cada proceso.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

Estos objetivos deberán ser evaluados según la metodología SMART (SMART, por sus siglas en inglés Specific, Mensurable, Achievable, Relevant, Timely.), en español, específico, medible, alcanzable, relevante y proyectado en el tiempo.

Este ejercicio debe adelantarse de manera anual, estará liderado por la oficina asesora de planeación en conjunto con el líder de cada proceso, verificando que los objetivos de los mismos se encuentren alineados a la plataforma estratégica del Hospital.

#### 7.1. Identificación de los puntos de riesgos:

Actividades que se realizarán mediante mesas de trabajo como mínimo una vez al año de acuerdo al cronograma establecido en la planeación institucional.


El líder de cada proceso con el acompañamiento metodológico de la oficina asesora de planeación, deberán según la caracterización de procesos<sup>5</sup> y los procedimientos documentados en Somos Remo, identificar los puntos de riesgo, esto se hará desde el conocimiento y experticia del líder del proceso, estos puntos consisten en las etapas del proceso en donde se tienen indicios que pueden ocurrir riesgos.

#### 7.2. Identificación de áreas de impacto:

El área de impacto es la consecuencia económica o reputacional a la cual se ve expuesta la organización en caso de materializarse un riesgo, el objetivo es definir el área de mayor relevancia para el proceso.

<sup>5</sup> En la caracterización de cada proceso, se puede identificar la cadena de valor.

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

Las áreas de impacto se identificarán según los puntos de riesgos identificados previamente.

### 7.3. Identificación de áreas de factores de riesgos:

Son aquellas fuentes generadoras de riesgos, según la operación del Hospital Regional de Moniquirá ESE, estos son:

**TABLA 5. FUENTES GENERADORAS DE RIESGOS.**

<b>FACTOR</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>Procesos</b>	Eventos relacionados con errores en las actividades que deben realizar los servidores de la organización.	Falta de adherencia procedimientos. Si bien se cuenta con un SGC en Somo Remo, existe resistencia a la adherencia rigurosa a los mismos.
		Errores de grabación, autorización. Se deben validar los permisos y accesos en el Software Institucional (Dinámica Gerencial).
		Si bien la Institución cuenta con un software (Dinámica Gerencial), existen

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.



**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**

**CÓDIGO:**

GR-P-1

**VERSIÓN**

V1-2023

		<p>procesos manuales que pueden llevar a Errores en cálculos para pagos, cálculos, etc. Es importante revisar y detallar en cada proceso que actividades se hacen manualmente y podrían migrar al software.</p>
		<p>Falta de capacitación, temas relacionados con el personal. Es necesario revisar el proceso de planeación de las capacitaciones, según los lineamientos del DAFP.</p>
<p><b>Talento humano</b></p>	<p>Incluye seguridad y salud en el trabajo. Se analiza posible dolo e intención frente a la corrupción.</p>	<p>Incumplimiento de los Riesgos propios del desarrollo del SGSST, se debe validar su grado de implementación según el Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 (Ministerio de Trabajo)</p> <p>Posibles comportamientos no éticos de los empleados.</p> <p>Fraude interno (corrupción, soborno)</p>



**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**


**CÓDIGO:**

GR-P-1

**VERSIÓN**

V1-2023

		Hurto de activos y/o mal uso de los mismos.
<b>Tecnología</b>	Eventos relacionados con la infraestructura tecnológica de la entidad.	Daño de equipos
		Caída de aplicaciones
		Caída de redes
		Errores en programas
		Vulnerabilidad de Seguridad y Privacidad de la Información.
<b>Infraestructura</b>	Eventos relacionados con la infraestructura física de la entidad.	Falla en los mantenimientos preventivos.
		Incendios
		Inundaciones
		Daños a activos fijos
<b>Evento externo</b>	Situaciones externas que afectan la entidad.	Suplantación de identidad
		Asalto a la oficina
		Atentados, vandalismo, orden público
<b>Prestación de servicios de salud</b>	Situaciones relacionadas con	No adherencia a las Guías de Práctica Clínica.
		Sobreocupación Hospitalaria.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

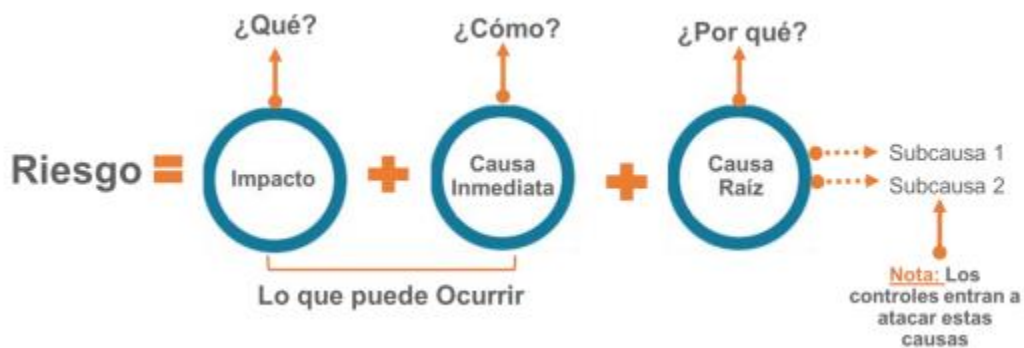
	eventos externos o internos de la entidad	Disponibilidad de Infraestructura inadecuada (Mucha demanda que sobrepasa la capacidad instalada)
--	---	---

**Fuente:** Adaptado de (DAFP., 2020) (p.31).

#### 7.4. Descripción del riesgo

Para describir los riesgos identificados se seguirá la estructura propuesta por el DAFP tomado de (Universidad del Rosario, 2020) que se muestra en la figura 7.


**FIGURA 7. REDACCIÓN DE RIESGO DAFP**



**Fuente:** (DAFP., 2020) (p. 32)

El líder de proceso redactará según su experiencia los riesgos operativos según los puntos, impactos y factores de riesgo identificados previamente, siguiendo estrictamente la estructura expuesta en la figura 7, para lo cual los líderes contarán con la asesoría de la oficina asesora de planeación.


La redacción se hará directamente en la herramienta de mapa de riesgos.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

Es importante así mismo seguir las recomendaciones dadas por el DAFP en la redacción (DAFP., 2020):

- No describir riesgos como omisiones ni desviaciones del control, es decir relacionados con errores humanos
- No describir causas como riesgos. Es necesario tener presente que los riesgos son eventos posibles, que, si bien se pudieron o no materializar en el pasado, no tienen la característica de permanente, es decir que la temporalidad es un criterio para diferenciar entre riesgo y causa, pues los eventos permanentes y/o recurrentes suelen ser causas que pueden derivar en riesgos.
- No describir riesgos como la negación de un control. Si en la descripción del riesgo se identifica que la causa inmediata o raíz consiste en la no activación o ausencia de un control, no se puede considerar riesgo, ahora en este caso también tenemos el criterio temporal, pues la negación de un control suele derivar en problemas permanentes.
- No existen riesgos transversales, lo que pueden existir son causas transversales, es decir cada proceso es muy particular, no se pueden generalizar riesgos, ni siquiera los de corrupción, los cuales también se deben caracterizar por proceso.



	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

## 7.5. Clasificación del riesgo

Según lo planteado por el (DAFP., 2020), los riesgos se clasifican como se muestra en la tabla 6.

**TABLA 6. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO.**

<b>Clase de Riesgo</b>	<b>Tipo de Riesgo</b>	<b>Definición</b>
<b>RIESGOS DE GESTION</b>	<b>Ejecución y administración de procesos</b>	Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos.
	<b>Relaciones laborales</b>	Pérdidas que surgen de acciones contrarias a las leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discriminación.
	<b>Usuarios, productos y prácticas</b>	Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios y que

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.



**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**


**CÓDIGO:**

GR-P-1

**VERSIÓN**

V1-2023

		impiden satisfacer una obligación profesional frente a éstos.
	<b>Daños a activos fijos/ eventos externos</b>	Pérdida por daños o extravíos de los activos fijos por desastres naturales u otros riesgos/eventos externos como atentados, vandalismo, orden público.
<b>RIESGOS DE CORRUPCION</b>	<b>Fraude externo</b>	Pérdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la organización (no participa personal de la entidad).
	<b>Fraude interno</b>	Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones irregulares, comisión de hechos delictivos abuso de confianza, apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales está involucrado por lo menos 1 participante interno de la organización, son realizadas de forma intencional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

<b>RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION</b>	<b>Fallas tecnológicas</b>	Errores en hardware, software, telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.
--	----------------------------	---

*Fuente: (DAFP., 2020), (p.31).*

La clasificación de los riesgos la realizará la oficina de planeación en el mapa respectivo y según los criterios de la tabla 6.


## 8. Valoración de riesgos

Posterior a la identificación de los riesgos y verificando su correcta estructura o descripción se procede a la valoración de los mismos siguiendo los lineamientos del DAFP.

### 8.1. Análisis de riesgos

#### Determinar la probabilidad:

Según DAFP (2020) "...la probabilidad de ocurrencia estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. De este modo, la probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año." (p.37), es decir que la probabilidad en el marco de la presente política no esta relacionada con el concepto estadístico ni con el número de veces que se ha materializado el riesgo, sino más bien con una medida de frecuencia de la actividad.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

Por lo cual, para determinar la probabilidad de ocurrencia de cada riesgo, se identificarán las frecuencias asociadas a cada actividad relacionada con las fuentes generadoras de riesgo, la oficina asesora de planeación tomará en cuenta dos criterios:


- Pregunta directa al líder del proceso en conformidad con la ejecución de sus actividades diaria, semanal, mensual, trimestral anual etc.
- Manual de procesos y procedimientos del Hospital, contenido en el SGC en la plataforma Somos Remo.

### 8.1.1. Criterios para definir la probabilidad:

En el siguiente grafico se describen los criterios para definir la probabilidad según metodología del (DAFP., 2020):

**Figura 8.** Criterios para definir el nivel de probabilidad.

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
<b>Muy Baja</b>	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
<b>Baja</b>	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
<b>Media</b>	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
<b>Alta</b>	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
<b>Muy Alta</b>	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

*Fuente:* (DAFP., 2020), (p. 39).

### Determinar el impacto


Para la identificación de los criterios de afectación económica se deberán tomar en cuenta el presupuesto de la entidad y el histórico de la posible materialización de los riesgos asociados; respecto el impacto reputacional se deberá llegar a acuerdos entre el líder del proceso y la oficina asesora de planeación, teniendo como parámetro, los criterios expuestos en la figura 9.

**Figura 9.** Criterios para definir el nivel de impacto.

	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

*Fuente:* (DAFP., 2020), (p.40)

Cuando en un riesgo se asocien tanto impacto económico, como reputacional, con diferentes niveles, se deberá tomar el más alto para el diligenciamiento del mapa, cuando

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>			
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>			
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>			
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>	V1-2023

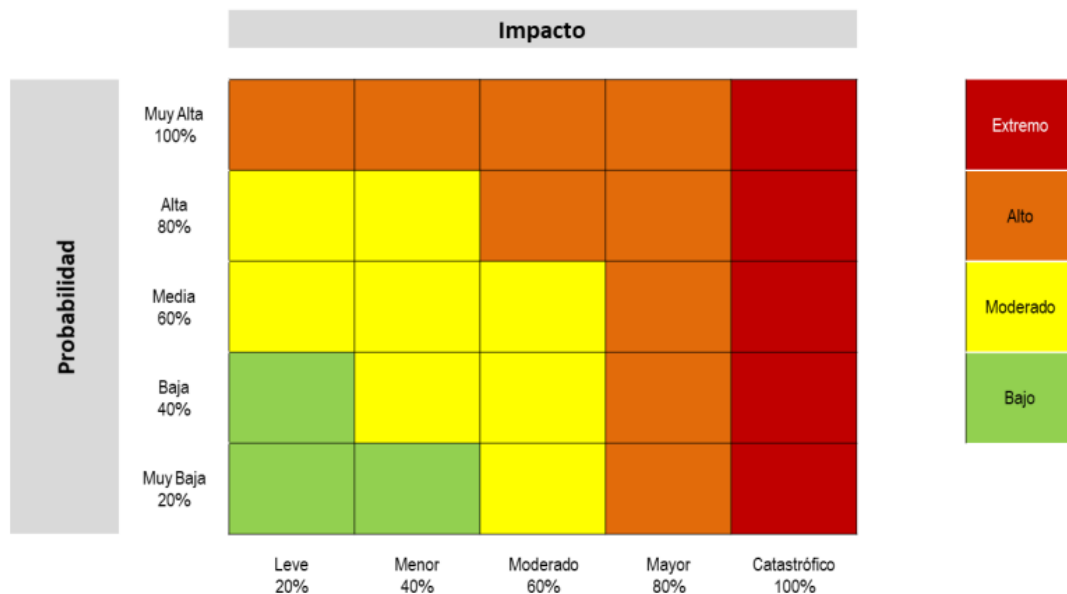
ambos se encuentren en el mismo nivel, el líder de proceso concertará con la oficina asesora de planeación, sobre el criterio a elegir.

## 8.2. Evaluación de riesgos


Posterior a la identificación de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y su consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE).

Esta evaluación se hace al cruzar el nivel de probabilidad con el nivel de impacto, en la matriz de calor, figura 10.

**FIGURA 10. MATRIZ DE CALOR (PROBABILIDAD VS IMPACTO)**



**Fuente:** (DAFP., 2020)(p.42)

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

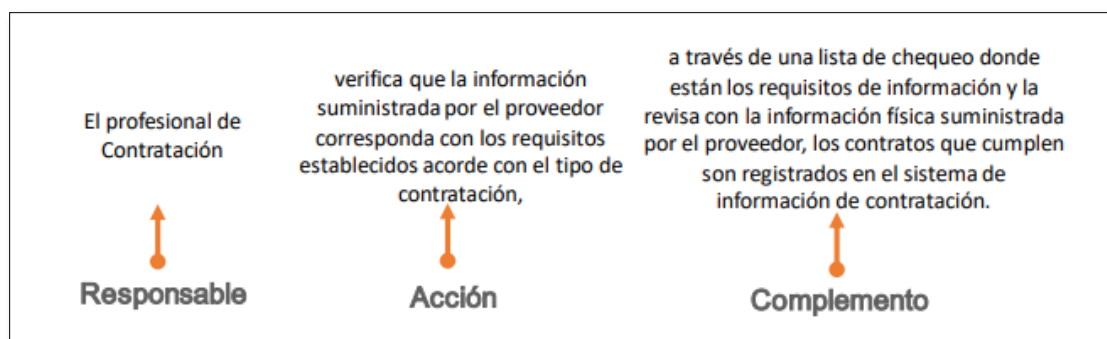
La evaluación preliminar de riesgos estará a cargo de la oficina asesora de planeación, quien registrará los resultados en el respectivo mapa de riesgos en conformidad con los resultados de las respectivas mesas de trabajo con los líderes de proceso.

### 8.3. Identificación de puntos de control:

Así mismo el líder del proceso identificará los puntos de control según su experiencia, para lo cual así mismo contará con la asesoría de la Oficina asesora de planeación. Esto quedará registrado en el respectivo mapa de riesgos.

Para la redacción de los controles se recomienda la siguiente estructura según lineamientos del DAFP:

**FIGURA 11. EJEMPLO APLICADO BAJO LA ESTRUCTURA PROPUESTA PARA LA REDACCIÓN DEL CONTROL.**




**Fuente:** (DAFP., 2020), (p.42)

Por cada riesgo identificado y valorado se deben documentar al menos un punto de control y máximo 6, en conformidad con la zona inherente del riesgo así:

**TABLA 7. PUNTOS DE CONTROL RECOMENDADOS**

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


<b>Zona de Riesgo Inherente</b>	<b>Número de Puntos de Control Recomendados</b>
Bajo	1
Moderado	Entre 1 y 3
Alto	Entre 2 y 4
Extremo	Entre 4 y 6

***Fuente: Elaboración Propia***

Desde la oficina asesora de planeación se debe verificar que los puntos de control no generen reprocesos, teniendo en cuenta los principios de la función administrativa relacionados con la eficacia, eficiencia y economía a que somos llamados como entidades estatales.

De igual manera estos puntos de control deberán ser asignados a cada líder de proceso o responsable. Es necesario aclarar que en conformidad con la operación integral y transversal de los procesos del hospital, no necesariamente el responsable de ejecutar el control es el mismo líder del proceso, por lo cual en el caso de que en los controles intervengan otros procesos, estos se deben notificar por escrito en el medio de comunicación oficial del hospital y debe ser socializado por la oficina asesora de planeación para que el responsable del control tenga el conocimiento de las acciones que debe adelantar.



	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


En todo caso el seguimiento en primera línea de defensa a la cabal ejecución de los controles, corresponderá al dueño del proceso en donde se identificó el riesgo.

#### 8.4. Tipología de Controles:

Los controles se pueden clasificar, según la etapa del proceso en la cual se ejecuten, así:

**TABLA 8. TIPOLOGÍA DE CONTROLES**

<b>Etapa de Proceso</b>	<b>Tipología del Control</b>	<b>Acción</b>
Entradas	Preventivos	Atacan la probabilidad de Ocurrencia, busca hacer control antes de que la actividad generadora de riesgo se ejecute, busca asegurar el proceso.
Interrelaciones	Detectivos	Detecta que algo sucede, devuelve el proceso a los controles preventivos, atacan la probabilidad de ocurrencia, genera reproceso.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>			
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>			
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>			
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>	V1-2023

Salidas	Correctivos	Atacan el impacto frente a la materialización de riesgos, es el más costoso.
---------	-------------	--

**Fuente:** Elaboración propia con información tomada de (DAFP., 2020)

### 8.5. Análisis y valoración de los controles:

La oficina asesora de planeación en conjunto con los líderes responsables de ejecutar segundas líneas de defensa en conformidad con el mapa de aseguramiento del Hospital, valoraran los controles, teniendo en cuenta los criterios relacionados en la tabla 9.

**TABLA 9 ATRIBUTOS DE PARA EL DISEÑO DEL CONTROL.**

Características		Descripción	Peso
<b>Atributos de eficiencia</b>	Tipo	Preventivo Va hacia las causas del riesgo, aseguran el resultado final esperado.	25%
		Detectivo Detecta que algo ocurre y devuelve el proceso a los controles preventivos. Se	15%



**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**

**CÓDIGO:**

GR-P-1

**VERSIÓN**

V1-2023

			pueden generar reprocesos.	
		Correctivo	Dado que permiten reducir el impacto de la materialización del riesgo, tienen un costo en su implementación.	10%
	Implementación	Automático	Son actividades de procesamiento o validación de información que se ejecutan por un sistema y/o aplicativo de manera automática sin la intervención de personas para su realización.	25%
		Manual	Controles que son ejecutados por una persona, tiene	15%



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO

CÓDIGO:

GR-P-1

VERSIÓN

V1-2023

			implícito el error humano	
<b>Atributos informativos</b>	Documentación	Documentado	Controles que están documentados en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso.	-
		Sin documentar	Identifica a los controles que pese a que se ejecutan en el proceso no se encuentran documentados en ningún documento propio del proceso	-



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO

CÓDIGO:

GR-P-1


VERSIÓN

V1-2023

	Frecuencia	Continua	El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo	-
		Aleatoria	El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo	-
	Evidencia	Con registro	El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control.	-
		Sin registro	El control no deja registro de la ejecución del control.	-

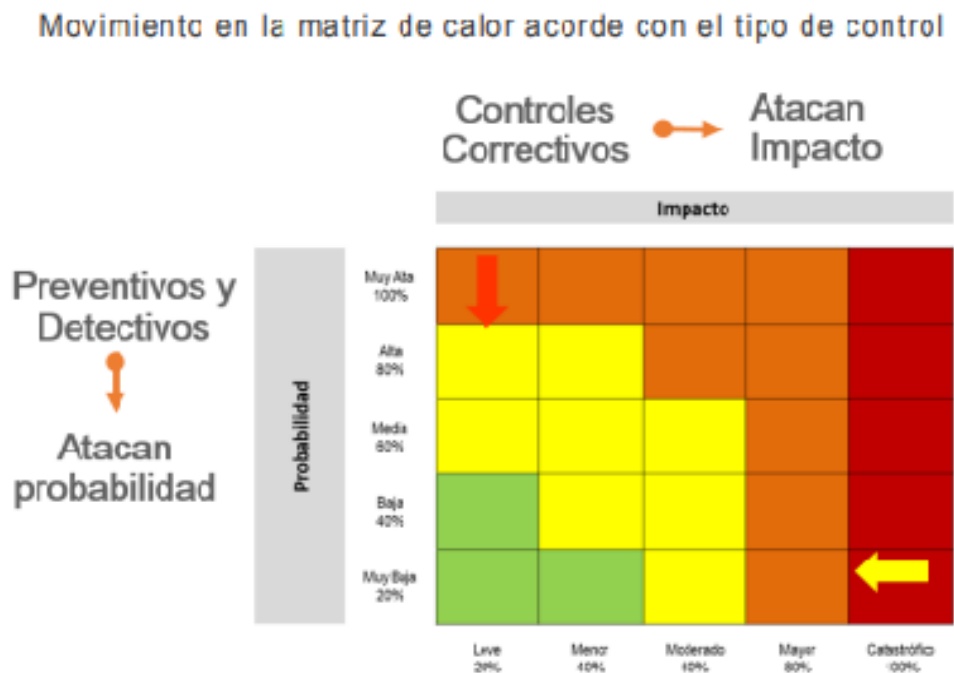
**Fuente:** (DAFP., 2020), (p.45)

Luego de valorar los puntos de control, la oficina asesora de planeación, validará los cálculos matemáticos de reevaluación de cada riesgo, los cuales deben reevaluar la zona en donde se ubica el riesgo, una vez aplicados los controles, denominándose ahora riesgo residual.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>			
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>			
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>			
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>	V1-2023

En la figura 12 se muestra los movimientos de los riesgos en las zonas de severidad del riesgo según la ejecución de controles.

**FIGURA 12. MOVIMIENTO EN LA MATRIZ DE CALOR ACORDE CON EL TIPO DE CONTROL.**




**Fuente (DAFP., 2020), (p.47)**

### 8.6. Estrategias para combatir el riesgo (Tratamiento):

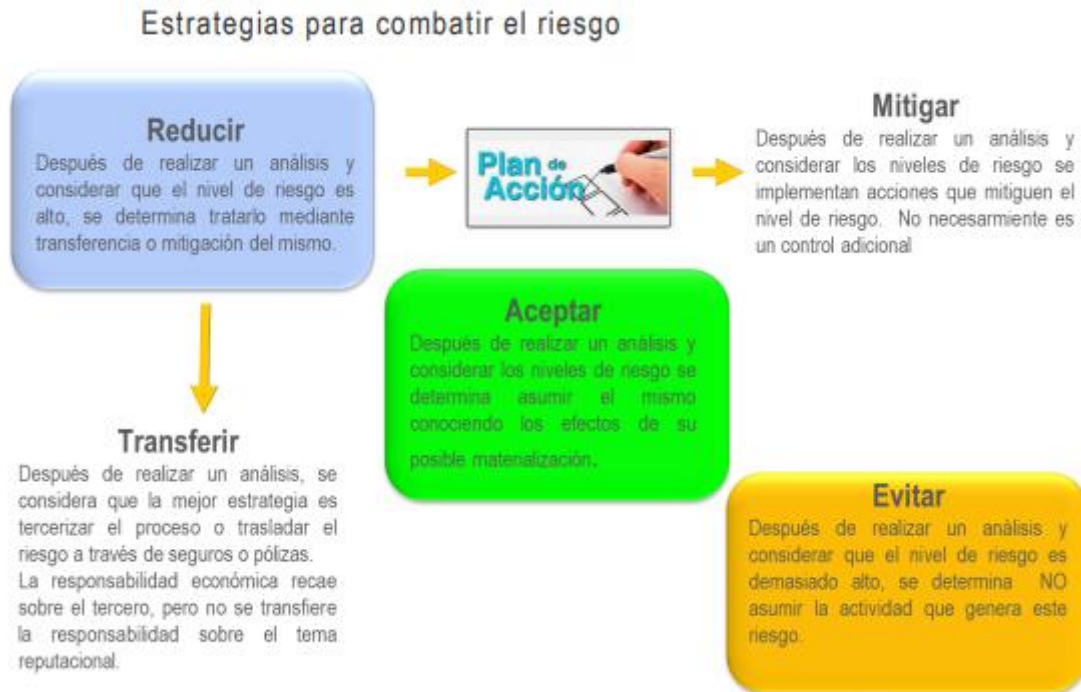
Posterior a la identificación de los riesgos, su valoración y control, se debe elegir una estrategia frente a los riesgos residuales. La gestión de las estrategias estará a cargo de la oficina asesora de planeación, la cual deberá sustentar los resultados al CICCI para aprobación.

En la figura 13 se muestran las estrategias para combatir el riesgo según el DAFP:

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.


	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

**FIGURA 13. ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL RIESGO.**



**Fuente:** (DAFP., 2020), (p.57)

A continuación, se expone los criterios para elegir la estrategia para combatir el riesgo, según el tipo y zona de riesgo:


	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

**TABLA 10. CRITERIOS PARA ELEGIR ESTRATEGIAS PARA COMBATIR RIESGOS DE GESTIÓN**

TIPO DE RIESGO	ZONA DE RIESGO	NIVEL DE ACEPTACIÓN
Riesgos de Gestión (Proceso, Producto y Proyecto)	BAJA	El riesgo debe ser <b>ACEPTADO</b> , se debe prestar especial atención al seguimiento de los controles para evitar la materialización
Riesgos de Gestión (Proceso, Producto y Proyecto)	MODERADA	Se establecen acciones de <b>control preventivas</b> que mitiguen o trasfieran el riesgo y logren <b>REDUCIR</b> el impacto de la ocurrencia del riesgo.
Riesgos de Gestión (Proceso, Producto y Proyecto)	ALTA Y EXTREMA	Se establecen acciones de <b>Control Preventivas y continuas</b> (Se fijan tiempos constantes de revisión del desarrollo de los controles, es decir se deben establecer tiempos más cortos de monitoreo, esto debe ser acordado entre la oficina asesora de planeación y el líder del proceso y aprobado por el

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.



	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

		<p>CICCI) que permitan <b>REDUCIR</b> la materialización del riesgo.</p> <p>Si la alta dirección decide <b>EVITAR</b> el riesgo, esto indica dejar de ejecutar la actividad que genera el riesgo, esto debe ser discutido y aprobado en el comité de gerencia y posteriormente socializado en el CICCI</p>
--	--	--

**Fuente:** Elaboración propia

La Responsabilidad de la gestión de los riesgos asociados a la seguridad y privacidad de la información corresponde al líder de sistemas del hospital. La oficina asesora de planeación verificará las acciones de control que deben ser documentadas en el plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información que hace parte del plan de acción de la Entidad.

**TABLA 11. ESTRATEGIAS DE RIESGOS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN**

TIPO DE RIESGO	ZONA DE RIESGO	NIVEL DE ACEPTACIÓN
Riesgo de seguridad y privacidad de la información	BAJA	Se <b>REDUCE</b> el riesgo y se determina un monitoreo constante, se debe buscar la manera que desde el área de sistemas se automatice el control, en este nivel el control puede ser manual.



**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**

**CÓDIGO:**

GR-P-1


**VERSIÓN**

V1-2023

<p>Riesgo de seguridad y privacidad de la información</p>	<p>MODERADO</p>	<p>Se establecen estrategias de control preventivas que permitan <b>REDUCIR</b> la probabilidad e impacto de ocurrencia del riesgo, se deben establecer desde el área de sistemas controles automáticos con revisiones periódicas manuales en conformidad con los controles documentados.</p>
<p>Riesgo de seguridad y privacidad de la información</p>	<p>ALTA Y EXTREMA</p>	<p><b>REDUCIR</b> la probabilidad o el impacto del riesgo, se deben establecer desde el área de sistemas, controles automáticos, los cuales deben ser revisados de manera diaria y documentar los respectivos resultados del monitoreo a los controles</p> <p>O se decide <b>EVITAR</b>, no llevando a cabo la actividad que trae el riesgo, esto debe ser discutido y aprobado en el comité de gerencia y socializado en el CICCI</p>

*Nota:* Elaboración propia


Una vez documentadas los mapas de riesgo por proceso, la oficina asesora de planeación en conformidad con el direccionamiento estratégico del hospital y con la

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

normatividad vigente aplicable, determinará el apetito de riesgo, estos resultados deben ser presentado en el CICCI.

## 9. Herramientas

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

### 9.1. Gestión de eventos:


El Hospital Regional de Moniquirá ESE contará con las siguientes herramientas para gestionar los eventos relacionados con la gestión del riesgo:

- Indicadores históricos. (Al menos cuatro vigencias, tomando indicadores financieros, de producción y de calidad)
- PQRSDf- (Peticiónes, Quejas, Reclamos, Solicitudes, Denuncias, Felicitaciones)- Al menos de la última vigencia.
- Informes jurídicos sobre defensa judicial, Informes del Comité de conciliaciones, Informes de la evaluación independiente de Control Interno. (De al menos una vigencia)

La base histórica permitirá revisar los puntos de riesgo más preponderantes y estratégicos para la Entidad en conformidad con su quehacer misional y su direccionamiento estratégico, así mismo permite observar si se establecieron controles y el seguimiento de los mismos.

### 9.2. Indicadores clave del riesgo (KRI)

Los KRI permitirá identificar de manera estratégica cuando algo no está funcionando adecuadamente en la administración y puede denotar posibles materializaciones de riesgo que pueden desviar al Hospital del cumplimiento de sus objetivos estratégicos.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>			
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>			
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>			
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>	V1-2023

Según el mapa de procesos del Hospital Regional de Moniquirá, se tomarán en cuenta los siguientes KRI:

**TABLA 12. KRI EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE**

<b>NIVEL DEL PROCESO</b>	<b>PROCESO ASOCIADO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>METRICA</b>	<b>NIVEL DE TOLERANCIA</b>
<b>NIVEL ESTRATEGICO</b>	Direccionamiento estratégico	Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Institucional	Porcentaje de cumplimiento de	90%
		Cumplimiento del Plan de Gestión	Calificación	4.2
	Gestión del Riesgo	Seguimiento a los mapas de riesgos	Número de seguimientos según política	3
	Gestión de Calidad	Ejecución del PAMEC	Porcentaje de cumplimiento	90%
		Autoevaluación y Habilitación	Porcentaje de cumplimiento de estándares	100%



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO

CÓDIGO:

GR-P-1

VERSIÓN

V1-2023

NIVEL DEL PROCESO	PROCESO ASOCIADO	INDICADOR	METRICA	NIVEL DE TOLERANCIA
		Autoevaluación del ciclo de Acreditación	Promedio de calificación de autoevaluación de la vigencia / Promedio de calificación de la autoevaluación vigencia anterior	>= 1,2; Cuando no sea posible a mejora, postulación ante el ente acreditador.
<b>NIVEL MISIONAL</b>	Seguridad del Paciente	Gestión de eventos adversos	Proporción de eventos adversos gestionados	100%
		Nivel de Satisfacción Global de los Usuarios	Proporción de Satisfacción de los Usuarios	90%
	Gestión Integral del Usuario	Nivel de implementación de la política de humanización	Proporción de cumplimiento	90%

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.



**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**

**CÓDIGO:**

GR-P-1

**VERSIÓN**

V1-2023

<b>NIVEL DEL PROCESO</b>	<b>PROCESO ASOCIADO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>METRICA</b>	<b>NIVEL DE TOLERANCIA</b>
		Cumplimiento de la Oportunidad en los servicios de consulta externa	Proporción de servicios que se encuentra en metas según el CMI	100%
		Cumplimiento en las metas de producción según la proyección de presupuesto	Proporción de servicios que se encuentra en metas según el CMI	100%
	Unidades Funcionales Asistenciales	Implementación de GPC	Porcentaje de implementación de GPC adoptada, implementada, socializada y evaluada en los servicios según plan de trabajo.	90%
<b>NIVEL DE APOYO</b>	<b>Gestión Administrativa</b>	Cumplimiento del SGSST	Porcentaje de cumplimiento	90%



**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**

**CÓDIGO:**

GR-P-1

**VERSIÓN**

V1-2023

<b>NIVEL DEL PROCESO</b>	<b>PROCESO ASOCIADO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>METRICA</b>	<b>NIVEL DE TOLERANCIA</b>
		Satisfacción de las necesidades de contratación en los tiempos establecidos en el procedimiento	Porcentaje de cumplimiento	100%
		Causación, cierre y legalización mensual de los contratos según el plan contractual	Porcentaje de cumplimiento	100%
		Contratos que cumplen con el 100% de los requisitos establecidos en el Estatuto y Manual de Contratación	Porcentaje de cumplimiento	100%





**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**

**CÓDIGO:**

GR-P-1

**VERSIÓN**

V1-2023

<b>NIVEL DEL PROCESO</b>	<b>PROCESO ASOCIADO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>METRICA</b>	<b>NIVEL DE TOLERANCIA</b>
		TRD actualizadas según los criterios del AGN	Porcentaje de cumplimiento	100%
		Archivos de Gestión y central cumpliendo los requisitos del AGN	Porcentaje de cumplimiento según autoevaluación	100%
		Contestación de Derechos de petición, tutelas y demás requerimientos normativos oportunamente.	Porcentaje de cumplimiento	100%
		Envío Oportuno de los informes de Ley según Matriz de	Porcentaje de cumplimiento	100%



**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**

**CÓDIGO:**

GR-P-1

**VERSIÓN**

V1-2023

<b>NIVEL DEL PROCESO</b>	<b>PROCESO ASOCIADO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>METRICA</b>	<b>NIVEL DE TOLERANCIA</b>
		cumplimiento del Hospital		
		Cumplimiento del plan de mantenimiento Hospitalario en infraestructura	Porcentaje de cumplimiento	90%
		Cumplimiento del PGIRASA	Porcentaje de cumplimiento	90%
	<b>Gestión de Recursos Físicos</b>	Gestión oportuna y eficaz de la gestión de las solicitudes de procesos en lo referente a recursos físicos	Porcentaje de cumplimiento	100%
	<b>Gestión de la Tecnología</b>	Cumplimiento de los planes asociados al área de sistemas	Porcentaje de cumplimiento	90%

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.



**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**

**CÓDIGO:**

GR-P-1

**VERSIÓN**

V1-2023

<b>NIVEL DEL PROCESO</b>	<b>PROCESO ASOCIADO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>METRICA</b>	<b>NIVEL DE TOLERANCIA</b>
		Incidentes de seguridad y privacidad de la información que se materializan en riesgos	Número de incidentes materializados	0
		Solución de solicitudes efectivas y oportunas referentes al software Institucional	Porcentaje de cumplimiento	100%
		Cumplimiento del plan de mantenimiento Hospitalario en sistemas	Porcentaje de cumplimiento	90%
		Cumplimiento del plan de	Porcentaje de cumplimiento	

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO

CÓDIGO:

GR-P-1

VERSIÓN

V1-2023

NIVEL DEL PROCESO	PROCESO ASOCIADO	INDICADOR	METRICA	NIVEL DE TOLERANCIA
		mantenimiento Hospitalario en equipos biomédicos		90%
	<b>Gestión Financiera</b>	Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Porcentaje de Recaudo comparado con compromisos presupuestales	1
		Porcentaje de EBITDA	Relación de EBITDA con los ingresos	30%
		Implementación metodología ABC en costos, según programación.	Porcentaje de implementación según los centros de costos	100%
	<b>Gestión del Ciclo Económico Interno</b>	Incumplimiento en las citas asignadas	Porcentaje de incumplimiento	5%



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO


CÓDIGO:

GR-P-1

VERSIÓN

V1-2023

NIVEL DEL PROCESO	PROCESO ASOCIADO	INDICADOR	METRICA	NIVEL DE TOLERANCIA
		Porcentaje de Recaudo efectivo	Relación de Recaudo efectivo con la facturación	50%
		Porcentaje de Recaudo de vigencias anteriores	Relación de recaudo de vigencias anteriores comparado con total cartera vigencias anteriores	63%
		Radicación oportuna antes las EAPB	Promedio de días desde que se genera la factura hasta que se radica en la EAPB	7
	<b>Evaluación y Control</b>	Cumplimiento del Plan Anual de Auditorías	Porcentaje de cumplimiento	90%

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>			
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>			
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>			
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>	V1-2023


NIVEL DEL PROCESO	PROCESO ASOCIADO	INDICADOR	METRICA	NIVEL DE TOLERANCIA
<b>EVALUACIÓN</b>		Presentación Oportuna de los informes asignados por Ley a la oficina de control interno	Porcentaje de cumplimiento	100%

**Fuente:** Elaboración propia

### 9.3. Monitoreo y revisión

El monitoreo constante en primera línea siempre corresponderá a los controles del día a día y deberá ser documentado por los líderes de proceso y presentado de manera mensual a su jefe inmediato y/o segunda línea de defensa según el mapa de aseguramiento de la entidad.

Luego de los controles operativos del día a día que documentan los líderes del proceso, la segunda línea de defensa y en conformidad con esta política institucional de administración de riesgos, la oficina asesora de planeación monitoreara los riesgos, los controles y todo lo asociado en los mapas de riesgos por proceso de manera trimestral y presentara su informe en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y según requerimiento en el Comité Institucional de control Interno.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

El sistema de alertas tempranas de la Entidad está establecido por los reportes de la primera línea de defensa. Esta información será recolectada y analizada por la oficina asesora de planeación, el cual presentará informe ante la alta dirección bien sea en el CIGYD o en el comité de gerencia. El compilado de informes será presentado ante el CICCI.

La evaluación de los mapas de riesgo de la entidad corresponderá a la oficina asesora de control interno de gestión, la cual los evaluará cuando menos una vez al año y en conformidad con la planeación institucional contemplada en el plan anual de auditorías y en lo seguimientos periódicos a los que corresponde el plan anticorrupción y de atención al ciudadano.


Es importante resaltar que una vez documentadas los mapas de riesgo por proceso, se debe documentar el mapa de aseguramiento del Hospital en el marco de la gestión integral del riesgo.

## 10. Subsistemas de administración del riesgo.

El modelo planteado por la SNS propone los siguientes subsistemas para la administración de riesgos los cuales se adoptan por medio de la presente política.

### 10.1. Riesgo en Salud

El Hospital Regional de Moniquirá identificará aquellos riesgos no deseados, que pongan en peligro la condición clínica y seguridad del paciente, la gestión está cargo de

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

la profesional con las funciones de coordinación de enfermería y referente de seguridad del paciente en los riesgos de gestión clínica y en lo relacionado con los procesos de financieros de este subsistema, estará a cargo del líder del Ciclo Económico Interno.

Anualmente se deberán efectuar las siguientes actividades:


#### Identificación

- a. Desde el área mercadeo y agendamiento se identificará el contexto contractual con las EAPB, actualizando los convenios vigentes y manual tarifario SOAT.
- b. Caracterización de los usuarios según los grupos de riesgo de población potencialmente usuario, a cargo del área de salud pública.
- c. Caracterización de usuarios desde el área experiencia del usuario, para determinar la demanda de los servicios ex – ante, efectiva y agregada.
- d. Establecer un sistema de reporte institucional de incidentes y eventos adversos, desde el área de seguridad del paciente.
- e. Caracterización de los riesgos existentes en cada uno de los servicios declarados con su respectiva estrategia de prevención (Política de Seguridad del Paciente)

#### Medición y evaluación de riesgos salud

Según (Supersalud, 2021, pág. 21):



	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

a. Determinar la probabilidad de ocurrencia y la severidad de las consecuencias máximas posibles o impacto, sobre la salud de los pacientes, en caso de presentarse un evento derivado de cada riesgo identificado, a cargo de seguridad del paciente

b. Cuantificar el gasto que representa para la institución las posibles glosas según históricos de la entidad y su posible riesgo antijurídico, a cargo del Ciclo Económico Interno.

c. Priorizar los riesgos en salud identificados relacionados con la seguridad del paciente según la criticidad establecida desde el área de seguridad del paciente.


d. Definir los límites de tolerancia para cada riesgo o factor de riesgo identificado de forma tal que se establezcan metas de control o mitigación para el sistema de gestión.

En el mapa de riesgos relacionado con el proceso de seguridad del paciente se deben encontrar los riesgos identificados priorizados.

#### Tratamiento en riesgos de salud.

Los siguientes son los elementos mínimos relacionados por la Supersalud para el tratamiento de los riesgos en salud: (Supersalud, 2021, pág. 22).

a. Planteamiento de indicadores que permita hacer seguimiento de los riesgos identificados en relación a la seguridad del paciente.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

b. Realizar el monitoreo y evaluación de los indicadores de seguridad del paciente, determinando la efectividad de las actividades implementadas. (En el marco del cumplimiento de la política de seguridad del paciente)

c. Definir planes de mitigación o control estos riesgos que se encuentran en niveles mayores al nivel de tolerancia definido por la organización; estos deben generar acciones de capacitación, comunicación y revisión periódica de implementación y resultados


d. Diseñar, implementar, evaluar y seguir procesos y procedimientos institucionales y su articulación. Es necesario documentar los seguimientos realizados respecto a la adherencia de los procedimientos.

e. La gerencia podrá utilizar modelos de contratación y mecanismos de pago con sus proveedores orientados a la obtención de resultados en salud y pago por desempeño e incentivos, los cuales deben ir articulados con el Modelo de Atención en Salud planteado por la entidad.

f. Implementar jornadas de capacitación a su personal, haciendo énfasis en el procedimiento de evaluación, seguimiento, y adherencia a guías, protocolos de práctica clínica, normas técnicas, lineamientos y orientaciones.

## 10.2. Riesgo Operacional

El riesgo operacional se define como “La probabilidad que la entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros”. (Supersalud, 2021, pág. 22)


Los riesgos operacionales pueden generar pérdidas de 3 tipos (Supersalud, 2021):

- “Pérdidas en los resultados en salud de los pacientes, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.
- Pérdidas de satisfacción global, que deben ser tratados en el resultado de la gestión de los riesgos operacionales.
- Pérdidas financieras en la entidad, que corresponden a la contabilización de los eventos de riesgo y los riesgos que se materializaron, tratados en la evaluación de los riesgos financieros.” (Supersalud, 2021, pág. 22)

#### Identificación del riesgo operacional.

En este subsistema se elabora una identificación de los procesos de las actividades de la entidad con las siguientes acciones:

- a. Revisar el SGC y verificar que los procesos y procedimientos se encuentren documentados.
- b. Anualmente se debe actualizar las matrices de riesgos por proceso según la metodología enunciada en el capítulo 5.
- c. Identificación de procesos jurídicos en los que se encuentre el Hospital.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


d. Identificar en conformidad con los mapas de riesgos, aquellos en donde se determinen potenciales pérdidas financieras.

e. Se debe contar con un registro de los eventos de riesgo operacional, el cual será llevado por la oficina asesora de planeación, el registro se hará en el siguiente formato, según lineamiento de la SNS

**TABLA 13. FORMATO DE REGISTRO DE EVENTOS DE RIESGO OPERACIONAL**

<b>Campo</b>	<b>Eventos</b>		
Referencia			
Área o Dependencia			
Fecha de descubrimiento			
Fecha de Inicio			
Fecha de Finalización			
Descripción del evento			
Producto-servicio afectado			
Clase de evento			
Tipo de Pérdida			
Divisa			
Cuantía			
Cuantía total recuperada			
Cuantía Recuperada por seguros			
Cuentas del Plan de cuentas afectadas			
Fecha de Contabilización			
Datos del Registro			

**Fuente:** Adaptado de (Supersalud, 2021)

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

El formato expuesto en la tabla 13, debe ser formalizado en el SGC y cargado en la plataforma Somos Remo.

### Medición y evaluación de riesgos operacionales.

La medición y tratamiento de los riesgos operacionales se realizarán de la siguiente manera:


a. La medición y tratamiento de los presentes riesgos operacionales responderán a la metodología planteada en el capítulo 9 del presente documento que están basados en el manual propuesto por el DAFP.

b. Tener en cuenta dentro de la evaluación, los planes de contingencia, el Plan de Continuidad del Negocio, así como todos los recursos (físicos, humanos, técnicos y financieros) necesarios para que la entidad enfrente la exposición al riesgo operacional bajo cualquier eventualidad; Por lo cual los planes de contingencia deberán actualizarse al menos una vez al año y cada vez que se presenten cambios en la infraestructura o en los procesos del Hospital, esta actividad esta cargo del líder de seguridad y salud en trabajo en coordinación los diferentes líderes de proceso.

El plan de continuidad del negocio se documentará tomando como insumo los diferentes planes de contingencia.

### Tratamiento y Control del Riesgo Operacional

El tratamiento y control de los presentes riesgos se hará en conformidad con la metodología planteada anteriormente en el capítulo 8.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

### 10.3. Riesgo Actuarial


El riesgo actuarial se define como “la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos por venta de servicios (cápita, Grupo Relacionado de Diagnostico, Pago Global Prospectivo entre otros) , de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron”. (Supersalud, 2021, pág. 25).

#### Identificación del Riesgo Actuarial

Para la identificación del riesgo actuarial la se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a. Se debe realizar anualmente una caracterización de la población que incluye los contratos vigentes con las EAPB, teniendo en cuenta análisis tarifarios, insumos, medicamentos, talento humano, el cual será realizado por el líder del área de agendamiento y mercadeo.
- b. Antes de contemplar los tipos de contratación mencionados, la subgerencia administrativa y financiera y el Ciclo Económico Interno deben contemplar las particularidades de cada contrato, así (Supersalud, 2021):

- **Pago por Capitación:** Identificación de las personas incluidas en el contrato e identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos de baja complejidad incluidos en el contrato.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


- **Pago por evento:** Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el contrato para el cálculo de las tarifas y precios a ser aplicadas a las tecnologías en salud.
- **Pago por Grupo Relacionado de Diagnóstico:** Identificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición o condiciones individuales de salud, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos de acuerdo con el grupo de riesgo.
- **Pago Global Prospectivo:** Identificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición o condiciones individuales de salud, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos de acuerdo con el grupo de riesgo. Además, de tener en cuenta la frecuencia estimada de los episodios de atención y/o de tecnologías en salud a ser prestadas con cargo a la suma global.
- En los demás tipos de contratación, es importante identificar el riesgo asumido por el Hospital y las obligaciones de cobertura de servicios cada contrato, así como las características de la tarifa pactada

### Medición y Evaluación del Riesgo Actuarial

La medición y evaluación del riesgo actuarial se realizará de la siguiente manera:

(Supersalud, 2021, pág. 27)

a. Anticipar incrementos inesperados en deterioro de la salud del paciente, así como en los índices de morbi-mortalidad y, por ende, en los costos de atención que

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

puedan sobrepasar el valor pactado en los contratos, el área de salud pública deber monitoreo constante (Mensual) de estos indicadores.


b. Realizar proyecciones que incluyan los posibles impactos y la ocurrencia, entre otros, hechos catastróficos, incrementos en los costos de nueva tecnología y el cambio del perfil sociodemográfico de la población de su área de influencia, que pueden tener efectos sobre la frecuencia y características de la demanda de servicios de salud. Respecto a los cambios en el perfil demográfico del área de influencia del Hospital, el área de salud pública debe hacer monitoreo constante en conformidad con los indicadores de morbi mortalidad.

c. Construcción de modelos de cuantificación que contemplen de manera adecuada, las pérdidas esperadas e inesperadas, a las que se encuentra expuesta la entidad. Estos modelos se construirán en conjunto la dirección financiera y la oficina asesora de planeación, contemplando los datos históricos del Hospital y las prospectivas del mercado.

Estos modelos deben contener como mínimo:

- Probabilidad de ocurrencia con base en frecuencias.
- Cálculo del costo promedio del servicio, que permita determinar la severidad en términos económicos.
- El nivel de exposición del riesgo en unidad de tiempo.



	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

En todo caso los modelos actuariales del Hospital Regional de Moniquirá ESE deberán ser revisados y avalados por la dirección financiera y presentados y aprobados en el comité de gerencia.


### Tratamiento y Control del Riesgo Actuarial

El tratamiento para el riesgo actuarial debe tomar las siguientes medidas (Supersalud, 2021):

a. Establecer una política para estimaciones actuariales para los contratos con las EAPB, como máximo en los seis meses siguientes a la aprobación de la presente política por parte de la Junta Directiva, actualizarla anualmente, los cambios en el sector, esta actividad a cargo del área de mercadeo y agendamiento con la asesoría de la oficina asesora de planeación.

b. Hacer una traza de las medidas tomadas por la administración, en respuesta a los problemas identificados y a las recomendaciones efectuadas, esta actividad se debe documentar en un formato institucional y será responsabilidad del área de agendamiento y mercadeo su diligenciamiento, desde la oficina asesora de planeación se hará seguimiento como parte integral de las actividades de monitoreo a riesgos.

c. Una vez los modelos actuariales sean funcionales, se deben realizar pruebas de estrés y de autocomprobación. Estas pruebas están a cargo de la oficina asesora de planeación y deben ser validadas por la dirección financiera.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

d. Realizar controles de calidad los sistemas de información de la entidad, estos controles deben ser documentados por el área de sistemas y avalados por la subgerencia administrativa y financiera. La periodicidad de los controles debe ser documentada en un procedimiento que debe ser parte del SGC y presentado y aprobado en comité de gerencia.


#### 10.4. Riesgo de Crédito

El riesgo de crédito se define como “La posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones”. (Supersalud, 2021, pág. 27)

Para la gestión de este subsistema se debe tener en cuenta:

a) Un modelo de cálculo de deterioros/provisiones por riesgo de crédito que sea adecuado para reflejar las potenciales pérdidas a las que está expuesta la entidad por el incumplimiento de las EAPB y que se ajuste a la normatividad vigente, a cargo del área de cartera con la validación de la dirección financiera.

b) Documentar procedimientos específicos de seguimiento a la gestión de cartera, dejando explícitamente los medios de reporte a la SNS de los incumplimientos por parte de las EAPB.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

c) El Ciclo Económico Interno deberá documentar una estrategia de glosas ante las EAPB, ADRES o Secretaría Departamental de Salud, según corresponda, en función en el histórico del comportamiento de al menos tres vigencias y su consecuente caracterización para determinar procesos específicos de actuación ante cada tipo de glosa.

#### Identificación del Riesgo de Crédito


Para la identificación del riesgo de crédito se deberá tener en cuenta:

- a. Caracterización de la cartera por EAPB y por edades.

#### Evaluación y Medición del Riesgo de Crédito

La Evaluación y medición de los riesgos de crédito se realizarán teniendo en cuenta:

- a. El cálculo de la probabilidad de incumplimiento de pago por EAPB en un horizonte de 12 meses, con base en el histórico del comportamiento de la cartera de al menos tres vigencias, este cálculo esta a cargo del área de cartera con presentación en el comité técnico de sostenibilidad contable.
- b. El cálculo de la probabilidad del literal a, genera categorías de pago para cada ERP, siendo la entidad con mayor probabilidad, la de mayor riesgo, y viceversa, así mismo en la categorización de cada ERP con cartera vigente, se deben incluir rasgos diferenciadores relacionados con los contratos

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

vigentes, esta caracterización se hará en conjunto con las áreas de cartera y mercadeo y agendamiento.

- c. El área de cartera debe estimar las perdidas en que incurriría el hospital con base en las probabilidades y caracterización que incluya datos históricos de al menos tres vigencias, lo debe presentar ante el comité técnico de sostenibilidad contable.


Para estimar la probabilidad que el deudor/contraparte no cumpla con sus obligaciones en los términos acordados se recomienda que la entidad tenga en cuenta como mínimo los siguientes aspectos (Supersalud, 2021, pág. 29):

- Se debe tener en cuenta los análisis históricos de las cuentas por cobrar de cada deudor según plazos y cumplimientos de pago, teniendo en cuenta los acuerdos y voluntades que se han acordado en la institución
- Se tiene en cuenta en la entidad que a mayor plazo mayor riesgo asociado a la deuda
- Se debe realizar un análisis individual de deudas y cuentas por cobrar a las EAPB
- Se debe estimar las posibles pérdidas o demoras en pagos por parte de las EAPB.

### Tratamiento y Control del Riesgo de Crédito:

El tratamiento y el control del riesgo de crédito se realizará de la siguiente manera:

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.


	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

a. Se deben establecer límites de exposición (Iniciales y potenciales) de la cartera total y por EAPB, definiéndolos en la política de gestión de cartera del Hospital, según la normatividad vigente de la SNS, estableciendo los procedimientos de reporte, según incumplimiento de las EAPB ante los límites potenciales.

b. Se deben revisar las políticas contables respecto a las provisiones y deterioro de cartera, enfocándolas a que el Hospital tenga la capacidad de absorber el riesgo asociado al crédito, calculado en función de la pérdida esperada, esta revisión y de ser necesario actualización de la política contable, estará a cargo del contador de la institución, presentada ante el comité técnico de sostenibilidad contable y luego previo concepto del comité se debe presentar ante la Junta Directiva para aprobación y modificación del Manual de Políticas contables de ser necesario.

c. En la política de cartera se deben establecer lineamientos para la fijación de niveles y límites tolerables en la cartera con cada una de las EAPB, estableciendo porcentajes máximos de acuerdo con la edad de la cartera, al riesgo identificado con cada una de las EAPB, y teniendo en cuenta la política contable de deterioro.

d. Se deberá documentar los procedimientos que permitan tomar medidas oportunas para enfrentar el incumplimiento por parte de las EAPB, éstas

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

deben partir como mínimo de la base histórica de gestión de cartera. Esto será un insumo fundamental para la proyección de flujos de caja que permitirá a su vez gestionar el riesgo de liquidez.

### 10.5. Riesgo de Liquidez

El riesgo de liquidez se define como (Supersalud, 2021, pág. 31): “la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente). Como consecuencia de las actividades y operaciones diarias, las entidades se ven expuestas a este riesgo de liquidez.”

La gestión de liquidez de la entidad está relacionada con:


- a. Una adecuada recuperación de cartera, mínimo 50% de la cartera corriente y 63% de vigencias anteriores.
- b. Un adecuado monitoreo de factores externos relacionados con el sector.
- c. Una adecuada modelación y gestión de la razón combinada entre otros costos e ingresos por venta de servicios de salud contratados.

#### Identificación del Riesgo de Liquidez


Para la identificación y cuantificación del riesgo de liquidez la institución debe tener en cuenta los siguientes aspectos respecto al activo y al pasivo, actividad a cargo del contador del Hospital.

#### a. Activos

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

- Desde el área de contabilidad se identificarán los recursos líquidos de la entidad.
- Identificar los montos y plazos promedio de recuperación de cartera por ERP, con base en un análisis de al menos tres vigencias.
- Identificar los ingresos causados y reconocidos por concepto de venta de servicios de salud.
- Desde el área encargada de cartera se identificará los recursos disponibles, cartera por edades y gestión de cartera por EAPB
- Se identificarán los ingresos causados y recibidos por la prestación de los servicios de salud
- Se debe tener en cuenta la proyección de entradas futuras de efectivo por cualquier concepto.
- b. **Pasivos:** (Supersalud, 2021, pág. 32):
  - Identificar y caracterizar las cuentas por pagar bajo cualquier concepto (insumos y medicamentos, dispositivos médicos o equipo biomédico, salarios, gastos operativos y administrativos, entre otros)
  - identificar el valor causado y pagado de los costos y gastos de operación de la entidad.
  - Proyectar cualquier movimiento de salida futuras de efectivo bajo cualquier concepto.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

### Evaluación y Medición del Riesgo de Liquidez


Las técnicas de modelación para la proyección de liquidez deben abordar como mínimo los siguientes elementos críticos, a cargo del contador de la institución, los cuales deben ser socializadas en el Comité de Técnico de sostenibilidad Contable : (Supersalud, 2021, pág. 33):

- a. Identificación y caracterización de los conceptos de ingresos y egresos más volátiles.
- b. Identificación y caracterización de los recursos líquidos para cubrir las necesidades de liquidez, teniendo en cuenta factores de descuento cuando se considere necesario.
- c. Desde el área contable en coordinación con la dirección financiera, deben identificar los posibles descalces de liquidez en un horizonte no menor de 6 meses, teniendo como herramienta auxiliar el Programa Anual de Caja (PAC), generando alertas tempranas, las cuales deben ser reportadas a la subgerencia administrativa y financiera.
- d. El área contable debe reportar la proyección de flujos de caja en el archivo Tipo FT018 en los plazos y formato que la SNS determine.

### Tratamiento y control del riesgo de liquidez

Para el tratamiento y control del riesgo de liquidez se tendrá en cuenta lo siguiente: (Supersalud, 2021, pág. 37):



	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

a. En el módulo de recaudo de Dinámica Gerencial se debe verificar que este permita identificar y gestionar el recaudo de los ingresos y egresos de la entidad acorde con los diferentes rubros presupuestales.


b. Registro oportuno, de preferencia en tiempo real, de los costos de la entidad, para esto desde la dirección financiera se documentaran los costos por actividades, lo cual debe ser revisado y actualizado anualmente y presentado en el comité de gerencia.

c. Desde el Ciclo Económico Interno se deben Implementar procesos orientados a garantizar el pago oportuno de las obligaciones a los diferentes acreedores de la entidad, según los procedimientos documentados de cartera.

d. Desde el Ciclo Económico Interno se debe verificar que la radicación se haga de manera semanal, en las plataformas electrónicas que las EPS dispongan, se debe entregar informe en el comité de subgerencia administrativa y financiera y comité de gerencia sobre la trazabilidad de la radicación y su respectiva comparación con la facturación de la semana anterior.

#### 10.6. Riesgo de mercado de capitales.

El riesgo de mercado de capitales se define como “La posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de un incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en los parámetros del mercado tales como la tasa de interés, la tasa de

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

cambio o cualquier otra variable de referencia que afecte los precios del mercado financiero y asimismo los estados financieros de la entidad”. (Supersalud, 2021, pág. 37)

Este subsistema se gestionará en caso de que la entidad incursiona en el mercado de capitales. Así mismo en las relaciones con los proveedores no se incurre en este riesgo, ya que, dada la naturaleza pública del hospital, las deudas con los acreedores cumplen el principio de anualidad presupuestal y en caso de cuentas por pagar, en conformidad con los acuerdos contractuales, la Entidad no se ve expuesta a este riesgo.

#### 10.7. Gestión del riesgo de grupo

El riesgo de grupo se define como “el riesgo de grupo corresponde a la posibilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial”. (Supersalud, 2021, pág. 39)


Por la naturaleza jurídica del Hospital, este no participa en grupos empresariales, ni participación de capital privado, por lo cual no se ve expuesto a este riesgo.

#### 10.8. Gestión del riesgo reputacional.

El riesgo reputacional se define como “la posibilidad de toda acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de una entidad, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas, conducta o situación financiera de la entidad”. (Supersalud, 2021, pág. 42)

La Supersalud clasifica los riesgos reputacionales de la siguiente manera:  
(Supersalud, 2021, pág. 42):

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

a. **Riesgo reputacional situacional:** Riesgo reputacional inmediato derivado de una acción imposible de anticipar.

b. **Riesgo reputacional previsto:** Riesgo reputacional derivado de eventos a los cuales la organización puede anticiparse con una gestión adecuada de los riesgos en salud, financieros, y operativos, así como mediante estrategias de comunicación.

### Identificación del riesgo reputacional

En la identificación del riesgo reputacional se tendrá en cuenta lo siguiente: (Supersalud, 2021, pág. 42)


Para la identificación de este riesgo la entidad debe construir un inventario de eventos que tengan posibles efectos sobre la reputación de la entidad. Para ello se debe realizar la selección de procesos servicios y acciones que sean considerados estratégicos formando reputación, que sean cuantificables y que permitan la comparabilidad frente al sector, este inventario estará a cargo de la oficina asesora de planeación y podrá basarse en:

- Eventos que afectan la venta de servicios de salud.
- Costos asociados a multas, compensaciones entre otros.
- Otros que afecten la imagen institucional, en este aspecto se contará con la participación de comunicaciones y experiencia del usuario.

### Evaluación y Medición del Riesgo Reputacional

Las fuentes de información para la medición del riesgo reputacional será los reportes de de Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes, Denuncias y Felicitaciones:

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

(PQRSDF), las diversas encuestas sectoriales, las encuestas propias y la información de medios, entre otros, esta evaluación estará a cargo de experiencia del usuario.

### Tratamiento y Control del Riesgo Reputacional


Teniendo en cuenta la naturaleza de este riesgo, se recomiendan las siguientes medidas (Supersalud, 2021, pág. 43)

a. Incorporar en el Código de Conducta y Buen Gobierno políticas encaminadas a la medición, evaluación y seguimiento continuo de la reputación de la entidad y la toma de acciones, con el fin de mejorar los procesos que tienen relación directa o indirecta con la reputación, a cargo de la oficina asesora de planeación.

b. Tomar acciones y decisiones en los procesos que permitan mejorar la percepción sobre la entidad, de acuerdo con el análisis de PQRSFD, y las encuestas de satisfacción, según análisis en el comité de ética.

c. Implementación de un protocolo de manejo de comunicaciones públicas y que se encuentre incluido o articulado con el Plan de Comunicaciones Institucional.

d. Adopción de metodologías de valoración continua de su posición reputacional en el mercado, ya sea a través de rankings o de rastreo de medios o por encuestas propias, al menos una vez al año, en estrategia conjunta de comunicaciones y experiencia del usuario.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

## 11. Lineamientos sobre los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción


### 11.1. Generalidades e identificación

La gestión de riesgos de corrupción estará a cargo de la Alta Dirección con la asesoría de la oficina de planeación. Este mapa se actualizará de manera anual y se publicará anexo al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, en conformidad con el artículo 2.1.1.2.1.4. del Decreto 1081 de 2015.

En el mapa de riesgos de corrupción se debe tener en cuenta lo contenido en los artículos 18 y 19 de la Ley 1712 de 2014, respecto a la información clasificada y reservada, por lo cual se deberá anonimizar la información relacionada con posibles actos de corrupción y su reporte en los medios debidamente establecidos por el Hospital Regional de Moniquirá ESE.

El mapa de riesgos de corrupción podrá ser actualizado en el transcurso de la vigencia, para lo cual la oficina asesora de planeación deberá presentar y justificar ante

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

 <p>Hospital Regional de Moniquirá E.S.E.</p>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

el CICCI los cambios, esto deberá constar en la respectiva acta antes de su respectiva publicación.

Según la cultura de autocontrol establecida en el MECI, cada líder de proceso y subproceso deberá monitorear en primera línea de defensa los riesgos identificados en su proceso, al tiempo con el monitoreo de los riesgos operativos de sus respectivos mapas de riesgo. La oficina asesora de planeación en su condición de segunda línea de defensa verificará en el monitoreo del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) los monitoreos de primera línea.

La oficina de control interno de gestión del hospital hará seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción en el marco del seguimiento del PAAC.


La oficina asesora de planeación definirá los métodos para socializar con los servidores públicos y contratistas del Hospital, el mapa de riesgos de corrupción antes de su publicación y/o actualización.

Según el (DAFP., 2020, pág. 64), la forma correcta de redactar los riesgos de corrupción es:

ACCIÓN U OMISIÓN + USO DEL PODER + DESVIACIÓN DE LA GESTIÓN DE LO PÚBLICO  
+ EL BENEFICIO PRIVADO.

Los riesgos de corrupción se establecen sobre los procesos, según el mapa de procesos vigente del Hospital.

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

La identificación de los riesgos de corrupción por proceso, la deberá la oficina asesora de planeación, el respectivo líder de proceso y la subgerencia administrativa y financiera y la subgerencia científica según corresponda.


## 11.2. Valoración de riesgos.

### Análisis de probabilidad

La oficina asesora de planeación junto con el líder del proceso y la respectiva subgerencia, calificarán la probabilidad del riesgo identificado, siguiendo los parámetros de la tabla 14.

**TABLA 14 . CRITERIOS PARA CALIFICAR LA PROBABILIDAD.**

<b>NIVEL</b>	<b>DESCRIPTOR</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>
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

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

1	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales).	No se ha presentado en los últimos 5 años.
---	----------	--	--

*Fuente: (DAFP., 2020), (p.67)*

#### Análisis del impacto:

Según el (DAFP., 2020) el impacto se debe analizar y calificar a partir de las consecuencias identificadas en la fase de descripción del riesgo, por lo cual, el líder de proceso deberá diligenciar la tabla 15, respecto a los riesgos de corrupción identificados en su proceso

**TABLA 15. ENCUESTA PARA CALIFICAR EL IMPACTO EN RIESGOS DE CORRUPCIÓN**

N°	PREGUNTA: SI EL RIESGO DE CORRUPCION SE MATERIALIZA PODRIA...	RESPUESTA	
		SI	NO
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?		
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?		
3	¿Afectar el cumplimiento de la misión de la entidad?		
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la entidad?		





**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E**

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO**

**CÓDIGO:**


GR-P-1

**VERSIÓN**

V1-2023

5	¿Generar Pérdida de confianza en la entidad, afectando su reputación?		
6	¿Generar Pérdida de recursos económicos?		
7	¿Afectarla generación de los productos o la prestación de servicios?		
8	¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicios o recursos públicos		
9	¿Generar perdida de información de la entidad?		
10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la fiscalía u otro ente?		
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?		
12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?		
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?		
14	¿Dar lugar a procesos penales?		
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?		
16	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas?		
17	¿Afectar la imagen regional?		
18	¿Afectar la imagen nacional?		

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>			
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>			
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>			
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>	V1-2023

19	¿Generar daño ambiental?		
----	--------------------------	--	--

**Fuente:** (DAFP., 2020), (p.68)

Según (DAFP., 2020), “Responder afirmativamente de una a cinco preguntas(s) genera un impacto moderado. responder afirmativamente seis a once preguntas genera un impacto mayor. responder afirmativamente doce a diecinueve preguntas genera impacto catastrófico”

Las consecuencias que puede generar estos impactos son (DAFP., 2020) :

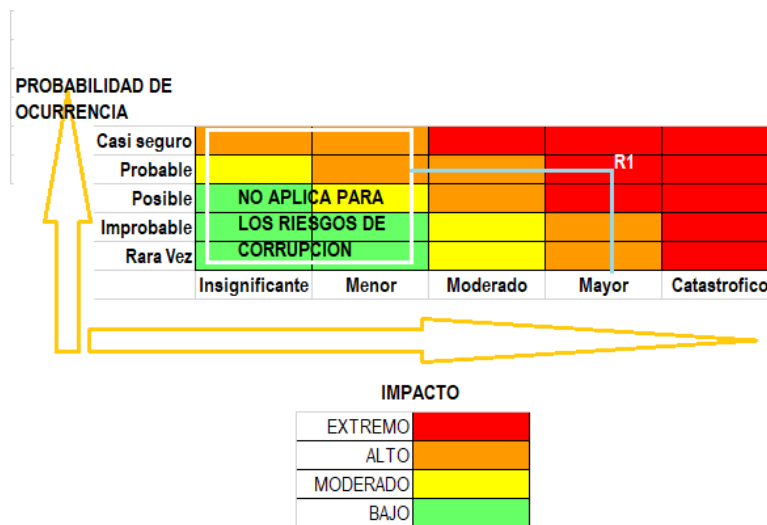
MODERADO: Genera medianas consecuencias sobre la entidad


MAYOR: Genera altas consecuencias sobre la entidad

CATASTROFICO: Genera consecuencias desastrosas para entidad

Por lo tanto, el mapa de calor que se genera a partir de la valoración de riesgos de corrupción es:

**FIGURA 14 ANÁLISIS DEL IMPACTO DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.**



	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

**Fuente:** (DAFP., 2020), (p.69)

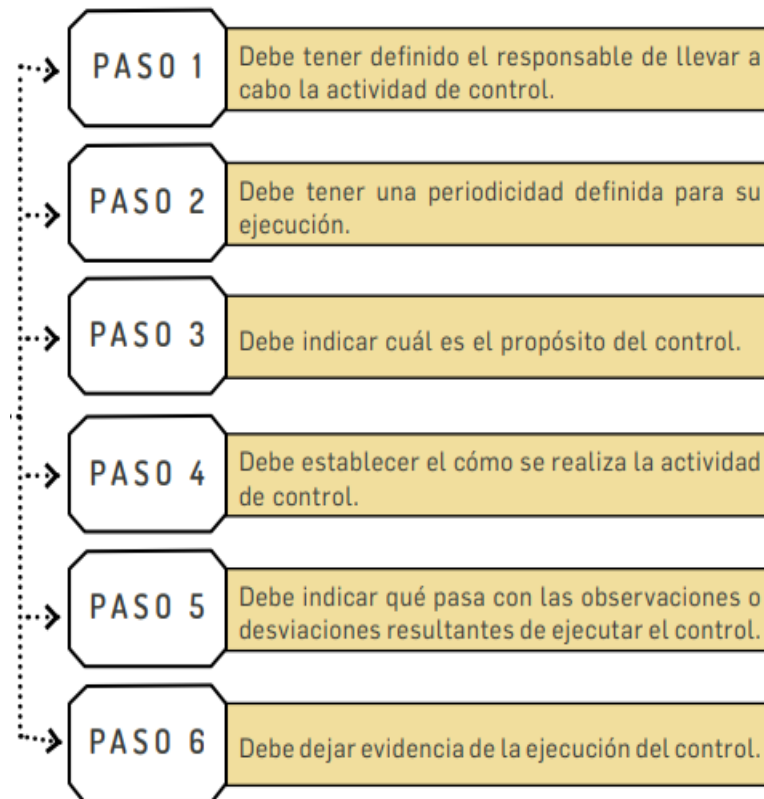
Por lo cual, en gestión de riesgos de corrupción, el mínimo impacto es el moderado, por lo cual no existen zonas de riesgo bajos ni en los riesgos inherentes ni en los residuales.


### 11.3. Valoración de controles

La valoración estará a cargo de la Oficina Asesora de planeación en conjunto con el líder de proceso y la subgerencia que corresponda.

Los criterios definir los controles se ilustran en la figura 15, y las tablas 16 y 17.

**FIGURA 15. VARIABLES A EVALUAR PARA EL ADECUADO DISEÑO DE CONTROLES**




	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

**Fuente:** (DAFP, 2018), (p.49)

**TABLA 16 .ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL CONTROL DE ACUERDO A 6 VARIABLES ESTABLECIDAS.**

<b>CRITERIO DE EVALUACIÓN</b>	<b>ASPECTO A EVALUAR EN EL DISEÑO DEL CONTROL</b>	<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	
1. Responsable	¿Existe un responsable asignado a la ejecución del control?	Asignado	No asignado
	¿El responsable tiene la autoridad y adecuada segregación de funciones en la ejecución del control?	Adecuado	Inadecuado
2. Periodicidad	¿La oportunidad en que se ejecuta el control ayuda a prevenir la mitigación del riesgo o a detectar la materialización del riesgo de manera oportuna?	Oportuna	Inoportuna
3. Propósito	¿Las actividades que se desarrollan en el control realmente buscan por si sola prevenir o detectar las causas que pueden dar origen al riesgo, Ej.: verificar, validar, cotejar, comparar, revisar, etc.?	Prevenir o detectar	No es un control
4. Cómo se realiza la actividad de control	¿La fuente de información que se utiliza en el desarrollo del control es información confiable que permita mitigar el riesgo?	Confiable	No confiable
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	¿Las observaciones, desviaciones o diferencias identificadas como resultados de la ejecución del control son investigadas y resueltas de manera oportuna?	Se investigan y resuelven oportunamente	No se investigan y resuelven oportunamente.
6. Evidencia de la ejecución del control	¿Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control que permita a cualquier tercero con la evidencia llegar a la misma conclusión?	Completa	Incompleta / no existe

**Fuente:** (DAFP, 2018) (p.60)


	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

**TABLA 17. PESO O PARTICIPACIÓN DE CADA VARIABLE EN EL DISEÑO DEL CONTROL  
PARA LA MITIGACIÓN DEL RIESGO.**

<b>CRITERIO DE EVALUACIÓN</b>	<b>OPCION DE RESPUESTA AL CRITERIO DE EVALUACIÓN</b>	<b>PESO PORCENTUAL EN LA EVALUACIÓN DEL CONTROL</b>
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15
	No Asignado	0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15
	Inadecuado	0
2. Periodicidad	Oportuna	15
	Inoportuna	0
3. Propósito	Prevenir	15
	Detectar	10
	No es un control	0
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15
	No confiable	0
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	15
	No se investigan y resuelven oportunamente	0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10
	Incompleta	5
	No existe	0

*Fuente: (DAFP, 2018), (p.61)*

Los controles diseñados se evalúan según el criterio de la tabla 18.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

**TABLA 18 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DE CONTROL.**

<b>RANGO DE CALIFICACION DEL DISEÑO</b>	<b>RESULTADO-PESO EN LA EVALUACION DEL DISEÑO DEL CONTROL</b>
FUERTE	Calificación entre 96 y 100
MODERADO	Calificación entre 86 y 95
DEBIL	Calificación entre 0 y 85

*Fuente: (DAFP, 2018), (p.62)*

Si el resultado de las calificaciones del control, o el promedio en el diseño de los controles, está por debajo de 96%, se debe establecer un plan de acción que permita tener un control o controles bien diseñados.

Es importante señalar que los riesgos residuales de corrupción solo disminuyen en la probabilidad después de los controles, no pueden disminuir en el impacto.


#### 11.4. Evaluación de la ejecución de controles

En las tablas número 19 y 20 se presentan los criterios para evaluar la ejecución del control, esto servirá de insumo para los seguimientos realizados por parte de la oficina de control interno de gestión.

**TABLA 19. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL.**

<b>RANGO DE CALIFICACION DE LA EJECUCION</b>	<b>RESULTADO-PESO DE LA EJECUCION DEL CONTROL</b>
FUERTE	El control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable.
MODERADO	El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable.
DEBIL	El control no se ejecuta por parte del responsable.

*Fuente: (DAFP, 2018), (p.62)*

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

**TABLA 20. CALIFICACIÓN DE LA SOLIDEZ DEL CONJUNTO DE CONTROLES**

<b>CALIFICACIÓN DE LA SOLIDEZ DEL CONJUNTO DE CONTROLES</b>	
<b>FUERTE</b>	El promedio de la solidez individual de cada control al sumarlos y ponderarlos es igual a 100.
<b>MODERADO</b>	El promedio de la solidez individual de cada control al sumarlos y ponderarlos está entre 50 y 99.
<b>DEBIL</b>	El promedio de la solidez individual de cada control al sumarlos y ponderarlos es menor a 50.

*Fuente: (DAFP, 2018), (p.64)*


La solidez del conjunto de controles se obtiene calculando el promedio aritmético simple de los controles de cada riesgo. La calificación de cada riesgo de corrupción se hace en conformidad con lo expuesto en la tabla 17.

Para la calcular el riesgo residual se tendrá el criterio expuesto en la tabla 21.

**TABLA 21. CÁLCULO DE RIESGO RESIDUAL EN GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.**

<b>SOLIDEZ DEL CONJUNTO DE LOS CONTROLES.</b>	<b>CONTROLES AYUDAN A DISMINUIR LA PROBABILIDAD</b>	<b>CONTROLES AYUDAN A DISMINUIR IMPACTO</b>	<b># COLUMNAS EN LA MATRIZ DE RIESGO QUE SE DESPLAZA EN EL EJE DE LA PROBABILIDAD</b>
FUERTE	Directamente	Directamente	2
FUERTE	Directamente	Indirectamente	2
FUERTE	Directamente	No disminuye	2
FUERTE	No disminuye	Directamente	0
MODERADO	Directamente	Directamente	1
MODERADO	Directamente	Indirectamente	1
MODERADO	Directamente	No disminuye	1
MODERADO	No disminuye	Directamente	0

*Fuente: (DAFP, 2018), (p.66)*

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


### 11.5. Tratamiento de riesgos de corrupción.

El tratamiento de los riesgos de corrupción es responsabilidad de la primera línea de defensa, es decir de los líderes de proceso.

**TABLA 22. ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.**

ZONA DE RIESGO	NIVEL DE ACEPTACIÓN
MODERADO	<b>REDUCIR</b> la probabilidad, por lo general conlleva a implementar de controles que permitan transferir o mitigar el riesgo. Los cuales estará en constante vigilancia para verificar su cumplimiento. Se debe fijar por lo mínimo dos controles
ALTA Y EXTREMA	<b>REDUCIR</b> la probabilidad; por lo general conlleva a implementar controles más constantes y estrictos, los cuales quedaran fijados en la matriz de riesgos de corrupción, definiendo responsables, fechas de implementación y seguimientos. Se debe fijar por lo mínimo tres controles



	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


	<p><b>EVITAR,</b> Se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo, decidiendo no iniciar o no continuar con la actividad que causa el riesgo.</p>
	<p><b>TRANSFERIR O COMPARTIR</b> una parte del riesgo para reducir la probabilidad y prevenir la materialización por parte de los procesos a cargo de los mismos. Este puede ser compartido con otra parte o entidad interesada que pueda gestionarlo con más eficacia.</p>

**Fuente:** Elaboración propia


La estrategia para tratar el riesgo que deben asumir los líderes de proceso, debe ser aprobada por el CICCI.

Se debe priorizar los controles preventivos en el enfoque de prevención de riesgos, minimizando los controles Detectivos, no se aceptarán controles correctivos.

La oficina asesora de planeación documentará una matriz para velar por el cabal monitoreo de la primera, verificación de la segunda y seguimiento normativo de la tercera

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

línea de defensa. Esta matriz debe ser socializada a los líderes de proceso en el comité de gerencia.

 <p>Hospital Regional de Moniquirá E.S.E</p>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

## 12. Gestión de riesgos de Seguridad y Privacidad de la información.

### 12.1. Identificación de activos de seguridad de la información

El área de sistemas del Hospital Regional de Moniquirá ESE será la encargada de realizar la actualización anual de los activos de información con los cuales cuenta la entidad, siguiendo la metodología planteada por Min Tic.


La matriz de activos de información debe ser actualizada anualmente.

### 12.2. Identificación del riesgo de seguridad de la información.

Los tres riesgos inherentes identificados según (DAFP., 2020) son:

- Perdida de confidencialidad
- Perdida de integridad
- Perdida de disponibilidad.


Para la identificación de riesgos de seguridad y privacidad de la información se debe tener en cuenta que estos se identifican sobre los activos de información y no sobre los procesos, por lo cual el área de sistemas debe detallar las amenazas y vulnerabilidades de cada activo, para esto se debe tener en cuenta los lineamientos del Min Tic contenidos en el Modelo Nacional de gestión de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información para Entidades Públicas.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

Según el (DAFP., 2020), las vulnerabilidades en sí mismas no causan daños, si no existe una amenaza que explote esta debilidad. Aún así una vulnerabilidad sin amenaza puede requerir un control, para esto se acude al criterio experto del área de sistemas.

Cada activo de información tiene asociado por lo menos un riesgo, lo cual será registrado por el área de sistemas. Por lo cual el área de sistemas elaborará una matriz según los lineamientos del Min Tic en donde incluya la identificación de los activos de información por proceso, que como mínimo contenga los siguientes campos:

- Proceso
- Activo
- Descripción.
- Dueño del activo.
- Tipo de activo.
- Ley 1712 de 2014 (Información Reservada)
- Ley 1581 de 2012 (Datos personales)
- Criticidad Respecto a su confidencialidad.
- Criticidad Respecto a su completitud o Integridad.
- Criticidad Respecto a su disponibilidad.
- Nivel de Criticidad.
- Vulnerabilidad

 <p>Hospital Regional de Moniquirá E.S.E</p>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


- Amenaza.

La oficina asesora de planeación diseñara una matriz que permita describir los riesgos de seguridad y privacidad de la información, esta matriz deberá contener como mínimo los siguientes campos:

- Riesgo.
- Activo.
- Descripción del Riesgo.
- Amenaza.
- Tipo
- Causas / Vulnerabilidades.
- Consecuencias.

El responsable de diligenciar la matriz es el líder de sistemas.

Es importante resaltar que la descripción de los riesgos de seguridad y privacidad de la información no obedecen a la metodología de descripción de los riesgos operativos la descripción se hará con base en el análisis de vulnerabilidades y amenazas identificadas por el por el área de sistemas.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

### 12.3. Valoración del riesgo.

La valoración la hará el área de sistemas con el acompañamiento metodológico de la oficina asesora de planeación. Se utilizarán los criterios descritos en la figura 9 (probabilidad) y figura 9 (Impactos)


### 12.4. Controles asociados a la seguridad de la información

Para la definición de los controles asociados a la seguridad de la información, el Hospital Regional de Moniquirá ESE, tomará como base el Anexo A de la ISO/IEC 27001:2013, estos controles se encuentran en el anexo 4. “Modelo Nacional de Gestión de riesgo de seguridad de la Información en entidades públicas”

El área de sistemas revisará el modelo determinará la información aplicable.

La oficina asesora de planeación en el marco del monitoreo de riesgos operativos, hará seguimiento al cumplimiento de las disposiciones incluidas en la presente política respecto a los riesgos de seguridad y privacidad de la información por parte del área de sistemas, quien actuará como primera línea de defensa.

La gestión de riesgos de seguridad y privacidad de la información no exonera la documentación de los riesgos del proceso de gestión de la tecnología (Sistemas).

 <p>Hospital Regional de Moniquirá E.S.E</p>	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>


## Bibliografía

Congreso de la República de Colombia. (2016). *Ley 1797 de 2016*. Bogotá D.C.

Obtenido de [https://www.suin-](https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30021684#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20por,Social%20en%20Salud%20(SGSSS).)

[juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30021684#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20por,Social%20en%20Salud%20\(SGSSS\).](https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30021684#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20por,Social%20en%20Salud%20(SGSSS).)

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. Copias consultadas fuera del SGC no tienen validez. El uso de la información es exclusivo al interior de la Institución para el desarrollo de las funciones encomendadas. Está prohibido divulgar y reproducir total o parcialmente este documento.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S. E</b>		
	<b>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>		
	<b>PROCESO Y SUBPROCESO GESTIÓN DEL RIESGO</b>		
	<b>CÓDIGO:</b>	GR-P-1	<b>VERSIÓN</b>

DAFP. (2018). *Guía para la administración del riesgo y del diseño de controles en entidades públicas. Version 4.* Bogota: DAFP.

DAFP. (2019). *Esquema Lineas de Defensa.* Bogota: DAFP.

DAFP. (2020). *Guía para la administración del riesgo y del diseño de controles en entidades públicas.* Bogota: DAFP.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2020). *Plan Estratégico, Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023.* Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2022). *Mapa de Procesos, plataforma Somos Remo.* Moniquirá.

ISO 31000. (s.f.). *Norma Técnica Colombiana 2011.* Bogota: ICONTEC.

Presidencia de la República de Colombia. (2016). *Decreto 780 de 2016. Único Reglamentario del sector salud.* Bogotá D.C. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf)

Supersalud. (2021). *CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021.* Bogota D.C.: Supersalud.

Universidad del Rosario. (2020). *Curso Riesgo Operativo.* Bogotá D.C.

#### CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Descripción del Cambio	Aprobó	Fecha