
 <p>ESSE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA</p> <p>"Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización"</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Santa Fe de Antioquia	CÓDIGO: PD-PD-PT-01
		VERSION: 01
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2019
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	Fecha de actualización: Septiembre de 2019
		Página 1 de 14

CONTENIDO

Política de Riesgos.....	2
1. Términos y Definiciones.....	2
2. Objetivos de la Política	3
3. Alcance de la Política	3
4. Responsabilidad y Compromiso Frente al Riesgos	3
5. Contexto Estratégico de la E.S.E	4
6. Tipología del Riesgo en la E.S.E	6
7. Nivel de Aceptación del Riesgo de Corrupción	8
8. Metodología para la Gestión del Riesgos	10

Elaboró: Alejandro Muñoz A. – Asesor Control Interno	Revisó: Jean Carlo Vanegas -Gerente	Aprobó: Jean Carlo Vanegas - Gerente
Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019

 <p>ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA</p> <p>"Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización"</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Santa Fe de Antioquia	CÓDIGO: PD-PD-PT-01
		VERSION: 01
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2019
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	Fecha de actualización: Septiembre de 2019
		Página 2 de 14

POLÍTICA DE RIESGOS E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA

Con fundamento en la Ley 87 de 1993 y demás normas reglamentarias; la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 1499 de 2017, la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, define su Política de Riesgos atendiendo a los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del riesgo, del Departamento Administrativo de la Función Pública, como mecanismos para identificar, analizar, valorar, monitorear, administrar y tratar los riesgos que pudieran afectar el logro de los objetivos institucionales.

Así mismo teniendo en cuenta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, que integra los sistemas de Gestión de la Calidad y de Desarrollo Administrativo creando un único Sistema de Gestión, articulado con el Sistema de Control Interno, el cual se actualiza y alinea con los mejores estándares internacionales como son el Modelo COSO 2013, COSO ERM 2017 y el Modelo de las Tres Líneas de Defensa, con el fin de entregar a los ciudadanos lo mejor de la gestión para producir cambios en las condiciones de vida, mayor valor público en términos de bienestar, prosperidad general y calidad de vida de la población, así como, fortalecer la lucha contra la corrupción.


1. Términos y definiciones

Riesgo de Gestión: Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

Riesgo de Corrupción: Posibilidad de que por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

Riesgo Inherente: Es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.

Elaboró: Alejandro Muñoz A. – Asesor Control Interno	Revisó: Jean Carlo Vanegas -Gerente	Aprobó: Jean Carlo Vanegas - Gerente
Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019

 <p>“Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización”</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Santa Fe de Antioquia	CÓDIGO: PD-PD-PT-01
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	VERSIÓN: 01
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2019
		Fecha de actualización: Septiembre de 2019
		Página 3 de 14

Riesgo Residual: Nivel de riesgo que permanece luego de tomar medidas de tratamiento del riesgo.

Gestión del Riesgo: Es un 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.

Probabilidad: Se entiende por la posibilidad de ocurrencia del riesgo, ésta puede ser medida con criterios de Frecuencia o Factibilidad.

Impacto: Se entienden por las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Causa: Todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.

Consecuencia: 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.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal.

Confidencialidad: Propiedad de la información que la hace no disponible, es decir, divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados.

Mapa de Riesgos: Documento con la información resultante de la gestión del riesgo.

Apetito al riesgo: Magnitud y tipo de riesgo que una organización está dispuesta a buscar o retener.

Tolerancia al Riesgo: Son los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de objetivos. Pueden medirse y a menudo resulta mejor, con las mismas unidades que los objetivos correspondientes. Para el riesgo de corrupción la tolerancia es inaceptable.

Amenaza: Situación potencial de un incidente no deseado, el cual puede ocasionar daño a un sistema o a una organización.

Control: Medida que modifica al riesgo (Procesos, políticas, dispositivos, prácticas u otras acciones)


Fuente: ICONTEC INTERNACIONAL. (2011). NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 31000. Bogotá D.C.: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC).

ICONTEC Internacional. (2011). NORMA TÉCNICA COLOMBIANA GTC 137. GESTIÓN DEL RIESGO. VOCABULARIO. Bogotá D.C.: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC)

2. Objetivos de la Política

Orientar la toma de decisiones oportunas y minimizar efectos adversos al interior de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, con el fin de dar continuidad

Elaboró: Alejandro Muñoz A. – Asesor Control Interno	Revisó: Jean Carlo Vanegas -Gerente	Aprobó: Jean Carlo Vanegas - Gerente
Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019

 <p>“Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización”</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Santa Fe de Antioquia	CÓDIGO: PD-PD-PT-01
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	VERSIÓN: 01
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2019
		Fecha de actualización: Septiembre de 2019
		Página 4 de 14

a la gestión institucional y asegurar el cumplimiento de los compromisos con los Grupos de Valor.

3. Alcance de la Política


La política de riesgos es aplicable a todos los procesos definidos en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia y a todas las acciones ejecutadas por los funcionarios durante el ejercicio de sus funciones.

4. Responsabilidad y Compromiso Frente al Riesgo

ROL	FUNCIÓN
Alta dirección - Gerente	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer política de riesgo. • Realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales.
Líderes de Procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los riesgos y controles asociados al proceso para cada vigencia. • Realizar seguimiento y análisis a los controles de los riesgos según periodicidad establecida. • Actualizar el mapa de riesgos cuando la administración de los mismos lo requiera.
Asesor Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar en la identificación de los riesgos institucionales. • Analizar el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos. • Realizar seguimiento a los riesgos consolidados en los mapas de riesgos. • Reportar seguimiento a los riesgos de corrupción.
Coordinador de Planeación	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañar y orientar sobre la metodología para la identificación, análisis, calificación y valoración del riesgo. • Consolidar el Mapa de riesgos institucional. • Monitorear cambio de entorno y nuevas amenazas. • Liderar la elaboración y consolidación del mapa de riesgos con cada responsable de las áreas y/o de los procesos, junto con su equipo de trabajo.

Tabla 1. Responsabilidad y compromiso frente al riesgo

Elaboró: Alejandro Muñoz A. – Asesor Control Interno	Revisó: Jean Carlo Vanegas -Gerente	Aprobó: Jean Carlo Vanegas - Gerente
Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019

 <p>“Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización”</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Santa Fe de Antioquia	CÓDIGO: PD-PD-PT-01
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	VERSIÓN: 01
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2019
		Fecha de actualización: Septiembre de 2019
		Página 5 de 14

5. Contexto estratégico de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia

En cada vigencia se analiza el entorno estratégico de la Institución a partir del contexto interno y externo, para el adecuado análisis de las causas asociadas a la posible ocurrencia y/o materialización del riesgo y la gestión del mismo.

5.1 CONTEXTO EXTERNO

Se determinan las características o aspectos esenciales del entorno en el cual opera la Institución. Se pueden considerar factores como:

Económicos y financieros: Disminución del presupuesto, Austeridad en el gasto.

Políticos: Cambio de gobierno con nuevos planes y proyectos de Desarrollo, Falta de continuidad en los programa establecidos, Desconocimiento de la Entidad por parte de otros órganos de gobierno.

Sociales: Ubicación de la Entidad que dificulta el acceso al personal y al público, alteración del orden público por marchas y paros en el municipio.

Tecnológicos: Falta de interoperabilidad con otros sistemas, Fallas en la infraestructura tecnológica, falta de recursos para el fortalecimiento tecnológico.

Ambientales: Contaminación por sustancias perjudiciales para la salud, Mala práctica de clasificación de residuos, cambios en el medio ambiente que afecten la prestación del servicio, manejo de vertimientos.

Comunicación Externa: Múltiples canales e interlocutores de la Institución con los usuarios, servicio telefónico insuficiente, falta de coordinación de canales y medios.


Legales y reglamentarios: Cambios legales y normativos aplicables a la Institución y a los procesos. (Leyes, Decretos, Ordenanzas y Acuerdos)

5.2 CONTEXTO INTERNO

Se determinan las características o aspectos esenciales del ambiente en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos. Se pueden considerar factores como:

Recursos y conocimientos con que se cuenta la Institución:

Elaboró: Alejandro Muñoz A. – Asesor Control Interno	Revisó: Jean Carlo Vanegas -Gerente	Aprobó: Jean Carlo Vanegas - Gerente
Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019

 <p>“Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización”</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Santa Fe de Antioquia	CÓDIGO: PD-PD-PT-01
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	VERSIÓN: 01
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2019
		Fecha de actualización: Septiembre de 2019
		Página 6 de 14

Financieros, bajo presupuesto de funcionamiento que impide el desarrollo de proyectos, demoras en apropiación y ejecución de recursos, dificultades para la definición de proyectos, recuperación de cartera.

Personal, desmotivación de los servidores, falta de incentivos, falta de formación capacitación, alta rotación. Es necesario garantizar la competencia, disponibilidad y seguridad y salud en el trabajo del personal que hace parte de la Institución.

Procesos, incoherencia entre procesos establecidos y ejecutados, desconocimiento de los procesos y procedimientos por parte de los servidores, desactualización de documentos, falta interacción entre los procesos. La Institución debe definir la capacidad, diseño, ejecución, proveedores, entradas, salidas y gestión del conocimiento de los procesos y procedimientos.

Tecnología, sistema de información ineficiente, falta de optimización de sistemas de Información falta de coordinación de necesidades de tecnología. Garantizar la integridad y disponibilidad de los datos, sistemas, desarrollo, producción y mantenimiento de los Sistemas de Información con que se cuenta en la Institución.

Estratégicos, definir claramente los lineamientos y demoras en la Planeación, mapa de procesos desactualizado, estructura organizacional no acordes con procesos, indicadores mal formulados que no aportan a la gestión para toma de decisiones, desconocimiento y aplicación de políticas de operación por parte de los servidores. Garantizar el direccionamiento estratégico, planeación institucional, liderazgo y el trabajo en equipo.

Comunicación Interna: Fortalecer el control sobre los canales establecidos de comunicación, facilitar registros de resultados de reuniones, demoras en transmitir la información, poca efectividad en los canales internos. Se debe garantizar en la Institución canales de comunicación efectivos y flujo de la información necesaria para el desarrollo de las operaciones.

5.3 CONTEXTO DEL PROCESO

Diseño del proceso: Claridad en la descripción del alcance y objetivo del proceso.


Interacciones con otros procesos: Relación precisa con otros procesos en cuanto a insumos, proveedores, productos, usuarios y clientes.

Transversalidad: Procesos que determinan lineamientos necesarios para el desarrollo, de todos los procesos de la Institución.

Procedimientos asociados: Pertinencia en los procedimientos que desarrollan los procesos.

Responsables del proceso: Grado de autoridad, y responsabilidad de los funcionarios

Elaboró: Alejandro Muñoz A. – Asesor Control Interno	Revisó: Jean Carlo Vanegas -Gerente	Aprobó: Jean Carlo Vanegas - Gerente
Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019

 <p>“Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización”</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Santa Fe de Antioquia	CÓDIGO: PD-PD-PT-01
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	VERSIÓN: 01
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2019
		Fecha de actualización: Septiembre de 2019
		Página 7 de 14

frente al proceso.

Comunicación entre los procesos: Efectividad en los flujos de información determinados en la interacción de los procesos.

Activos de seguridad digital del proceso: Información, aplicaciones, hardware entre otros, que se deben proteger para garantizar el funcionamiento interno de cada proceso, como de cara al ciudadano.


6. Tipología del Riesgo de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia

De acuerdo con la naturaleza de la Institución, los objetivos institucionales y el ciclo de operación se han identificado los siguientes riesgos:

6.1 Riesgos de Procesos: Son aquellos riesgos asociados al logro de los objetivos de los procesos institucionales, se identifican y/o validan en cada vigencia por los líderes de proceso y sus respectivos equipos de trabajo y se clasifican en:

- **Estratégicos:** Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten a la administración de la Institución y se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la definición de políticas, diseño y conceptualización de la Institución por parte de la alta gerencia.
- **De imagen:** Relacionado con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la Institución.
- **Operativos:** Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los procesos misionales de la entidad.
- **Financieros:** Relacionado con la posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten el manejo de recursos que incluyen la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería, el manejo sobre los bienes, cartera, central de cuentas, costos.
- **Cumplimiento y conformidad:** Se asocian con la capacidad de la Institución debido a su cumplimiento o desacato a los requisitos legales y obligaciones contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.
- **Tecnológicos:** Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Institución para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión. Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica (hardware, software, redes, etc.) de una entidad.

Elaboró: Alejandro Muñoz A. – Asesor Control Interno	Revisó: Jean Carlo Vanegas -Gerente	Aprobó: Jean Carlo Vanegas - Gerente
Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019

 <p>“Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización”</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Santa Fe de Antioquia	CÓDIGO: PD-PD-PT-01
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	VERSIÓN: 01
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2019
		Fecha de actualización: Septiembre de 2019
		Página 8 de 14


- **De corrupción:** Relacionados con acciones, omisiones, uso indebido del poder, de los recursos o de la información para beneficio privado
- **De Información:** Se asocia a la calidad, seguridad, oportunidad, pertinencia y confiabilidad de la información agregada y desagregada.

6. 2 Riesgos de Corrupción: Son los eventos que, por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia, del Estado, para la obtención de un beneficio particular, se identifican en cada vigencia junto con los riesgos de proceso, se administran mediante el Mapa de Riesgos Institucional y se determinan acciones preventivas permanentes para evitar su materialización.

Los riesgos de corrupción son susceptibles en los siguientes procesos:

- **Direccionamiento estratégico:** Concentración de autoridad o exceso de poder, extralimitación de funciones, ausencia de canales de comunicación y amiguismo y clientelismo.
- **Financieros:** Relacionados con áreas de planeación y presupuesto como lo son: inclusión de gastos no autorizados, inversión de dineros públicos en entidades de dudosa solidez financiera, a cambio de beneficios indebidos para servidores públicos encargados de su administración, inexistencia de registros auxiliares que permiten identificar y controlar los rubros de inversión, inexistencia de archivos contables, afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto en beneficio propio o a cambio de una retribución económica.
- **De contratación:** Estudios previos o de factibilidad deficientes, estudios previos o de factibilidad manipulados por personal interesado en el futuro proceso de contratación. (Estableciendo necesidades inexistentes o aspectos que benefician a una firma en particular), otorgar labores de supervisión y/o interventoría a personal sin conocimiento para ello, concentrar las labores de supervisión en poco personal, contar con compañías de papel que no cuenten con experiencia.
- **De información y documentación:** Ausencia o debilidad de medidas y/o políticas de conflictos de interés, concentración de información de determinadas actividades o procesos en una persona, ausencia de sistemas de información, ocultar la información considerada pública para los usuarios, ausencia o debilidad de canales de comunicación Incumplimiento de la Ley 1712 de 2014.
- **De investigación y sanción:** Ausencia o debilidad de canales de comunicación,

Elaboró: Alejandro Muñoz A. – Asesor Control Interno	Revisó: Jean Carlo Vanegas -Gerente	Aprobó: Jean Carlo Vanegas - Gerente
Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019

 <p>“Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización”</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Santa Fe de Antioquia	CÓDIGO: PD-PD-PT-01
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	VERSIÓN: 01
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2019
		Fecha de actualización: Septiembre de 2019
		Página 9 de 14

dilatar el proceso para lograr el vencimiento de términos o la prescripción del mismo, desconocimiento de la ley, mediante interpretaciones subjetivas de las normas vigentes para evitar o postergar su aplicación, exceder las facultades legales en los fallos.

- **De trámites y/o servicios internos y externos:** Cobros asociados al trámite, influencia de tramitadores, tráfico de influencias, demoras.
- **De reconocimiento de un derecho:** Expedición de licencias y/o permisos, falta procedimientos claros para el trámite, imposibilitar el otorgamiento de licencia o permiso, ofrecer beneficios económicos para aligerar la expedición o para amañar la misma, tráfico de influencia.


A diferencia de metodología de valoración de impacto y probabilidad de los riesgos de proceso, los riesgos de corrupción se apartan de la Metodología de Función Pública en cuanto a esta medición, ajustándose a los lineamientos de la Ley anticorrupción así:

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

Tabla 2. Medición del Riesgo de Corrupción – Probabilidad

Medición del Riesgo de Corrupción Impacto		
Descriptor	Descripción	Nivel

Elaboró: Alejandro Muñoz A. – Asesor Control Interno	Revisó: Jean Carlo Vanegas -Gerente	Aprobó: Jean Carlo Vanegas - Gerente
Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019

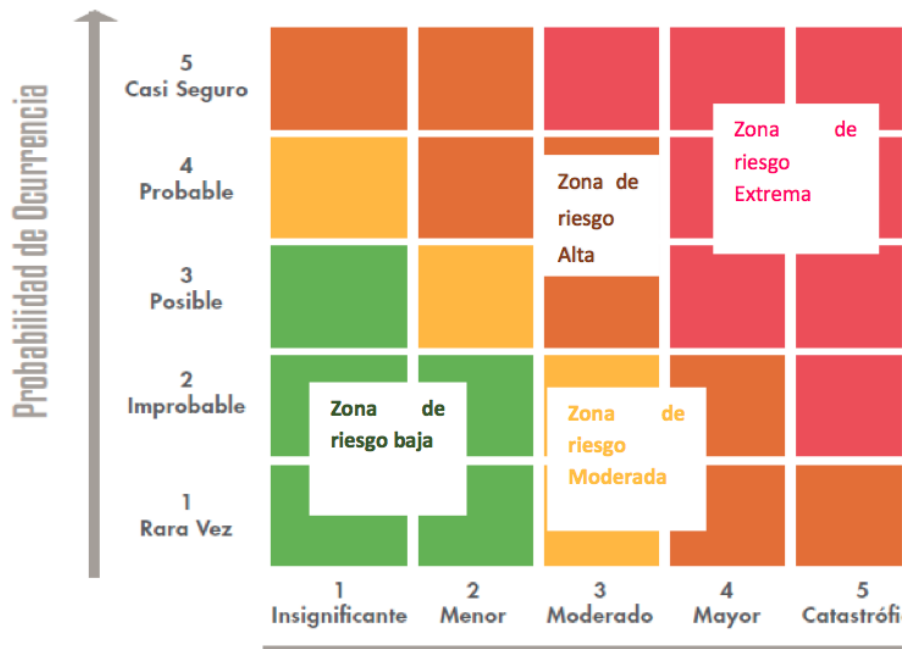
 <p>“Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización”</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Santa Fe de Antioquia	CÓDIGO: PD-PD-PT-01
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	VERSIÓN: 01
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2019
		Fecha de actualización: Septiembre de 2019
		Página 10 de 14

Moderado	Afectación parcial al proceso y a la dependencia genera medianas consecuencias para la Institución.	3
Mayor	Impacto negativo de la Institución genera altas consecuencias.	4
Catastrófico	Consecuencias desastrosas sobre el sector genera consecuencias desastrosas para la Institución.	5

Tabla 3. Medición del Riesgo de Corrupción – Impacto


7. Nivel de aceptación del riesgo

Teniendo en cuenta la matriz de riesgos definida en la Guía para la Administración de Riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), la medición de los riesgos se hace a través de la tabla de probabilidad e impacto así:



Para la medición de los riesgos de corrupción se tiene en cuenta la Guía para la Gestión de Riesgos de Corrupción 2015.

Elaboró: Alejandro Muñoz A. – Asesor Control Interno	Revisó: Jean Carlo Vanegas -Gerente	Aprobó: Jean Carlo Vanegas - Gerente
Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019


 <p>“Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización”</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Santa Fe de Antioquia	CÓDIGO: PD-PD-PT-01
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	VERSIÓN: 01
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2019
		Fecha de actualización: Septiembre de 2019
		Página 11 de 14

	Probabilidad	Nivel	Zonas de Riesgo de Corrupción		
	PROBABILIDAD	Casi seguro	5	Moderada	Alta
Probable		4	Moderada	Alta	Extrema
Posible		3	Moderada	Alta	Extrema
Improbable		2	Baja	Moderada	Alta
Rara vez		1	Baja	Baja	Moderada
Impacto			3	4	5
			IMPACTO		

Conforme a los criterios de Evitar, Reducir, Compartir y Asumir, la Institución establece los siguientes niveles de aceptación y periodicidad de seguimiento los riesgos identificados:

- Cuando se mide la probabilidad e impacto de un riesgo residual en el proceso éste queda catalogado en nivel BAJO, se ASUMIRÁ el riesgo y se administra por medio de las actividades propias del proyecto o proceso asociado y su control y registro de avance se realiza en el reporte mensual de su desempeño. Cuando el nivel del riesgo queda en MODERADO, Se establecen acciones de Control Preventivas que permitan REDUCIR la probabilidad de ocurrencia del riesgo, se administra mediante seguimiento BIMESTRAL y se registran sus avances.
- Cuando el nivel del riesgo residual queda ubicado en la zona de riesgo ALTA, se debe incluir el riesgo tanto en el Mapa de riesgo del Proceso como en el Mapa de Riesgo Institucional y se establecen acciones de Control Preventivas que permitan EVITAR la materialización del riesgo. La Administración de estos riesgos será con periodicidad sugerida al menos MENSUAL y se controla en el mapa de riesgos.
- Si el Nivel del riesgo residual se ubica en la zona de riesgo EXTREMA, se incluye el riesgo en el Mapa de riesgo del Proceso y en el Mapa de Riesgo Institucional, se establecen acciones de control preventivas y correctivas que permitan EVITAR la materialización del riesgo. La Administración de estos riesgos será con

Elaboró: Alejandro Muñoz A. – Asesor Control Interno	Revisó: Jean Carlo Vanegas -Gerente	Aprobó: Jean Carlo Vanegas - Gerente
Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019

 <p>“Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización”</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Santa Fe de Antioquia	CÓDIGO: PD-PD-PT-01
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	VERSIÓN: 01
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2019
		Fecha de actualización: Septiembre de 2019
		Página 12 de 14

periodicidad mínima MENSUAL y su adecuado control se registra. Adicionalmente se debe documentar al interior del proceso planes de contingencia para tratar el riesgo materializado, con criterios de oportunidad, evitando el menor daño en la prestación del servicio; estos planes estarán documentados.

- TODOS los riesgos tipificados como “Corrupción” hacen parte del Mapa de riesgo Institucional y aunque queden en la zona de riesgo BAJA se establecen acciones preventivas con periodicidad mensual para evitar a toda costa su materialización.
- De igual manera, cuando en el seguimiento periódico que realicen los líderes de proceso al respectivo mapa de riesgo se prevé la materialización del riesgo, se establece una acción preventiva de manera inmediata en el Plan de Mejoramiento Institucional, con acciones diferentes a las planificadas inicialmente y se analiza la pertinencia de los controles previamente definidos.
- Una vez materializado un riesgo, el líder del proceso procede de manera inmediata aplica el plan de contingencia que permita la continuidad del servicio o el restablecimiento del mismo (si es el caso), se documenta en el Plan de Mejoramiento Institucional y se replantean los riesgos del proceso.


8. Metodología para la Gestión del Riesgo en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia

De conformidad con los lineamientos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), en la Guía para la Administración del Riesgo, se define los siguientes pasos para la adecuada gestión del riesgo que deben seguir los equipos de trabajo de cada proceso al inicio de cada vigencia:

Paso 1. Establecimiento del contexto: En cada vigencia a partir del análisis del entorno estratégico de la ESE. Dicho análisis se realiza identificando los contextos interno y externo de la Institución y del Proceso, definidos en el apartado 6.1, 6.2 y 6.3.

Paso 2. Identificación del riesgo: Mediante lluvia de ideas al interior del equipo de trabajo del proceso, se identifica y clasifican los riesgos del proceso, los productos que pueden estar asociados al riesgo identificado, se analizan las causas que podrían afectar el cumplimiento del objetivo del proceso y sus posibles efectos.

Elaboró: Alejandro Muñoz A. – Asesor Control Interno	Revisó: Jean Carlo Vanegas -Gerente	Aprobó: Jean Carlo Vanegas - Gerente
Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019

 <p>“Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización”</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Santa Fe de Antioquia	CÓDIGO: PD-PD-PT-01
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	VERSIÓN: 01
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2019
		Fecha de actualización: Septiembre de 2019
		Página 13 de 14

Paso 3. Valoración del riesgo: Haciendo uso de la matriz de probabilidad e impacto se determina el nivel del riesgo inherente.

Paso 4. Tratamiento del riesgo: Seleccionar la acción de control relacionada con el riesgo.

Paso 5. Se valoran los controles y se determina el nuevo nivel del riesgo, se documenta el resultado final como riesgo Residual, calificando su manejo.


Paso 6. Se identifican las acciones a emprender durante cada vigencia para la adecuada administración del riesgo, se determina el responsable de cada una de ellas, periodo de seguimiento, plan de contingencia ante la materialización del riesgo, el mapa de riesgos se envía a la Gerencia y/o Subgerencia de Calidad para su revisión, aprobación, publicación y registro.

Paso 7. La gerencia de la ESE consolida el Mapa de riesgos Institucional con los riesgos en nivel Alto, Extremo y de Corrupción, lo presenta ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y lo publica, debe publicarse antes del 31 de enero de cada vigencia.

Paso 8. Los líderes de los procesos en conjunto con sus equipos deben monitorear y revisar periódicamente el documento del Mapa de Riesgos de Corrupción y si es del caso ajustarlo. Igualmente registran los avances durante los cinco primeros días de cada mes y analizan con sus equipos de trabajo el estado de sus procesos frente a los controles establecidos. Según el resultado de la administración del riesgo, el líder del proceso solicita ajuste a los riesgos o controles y elabora acciones de mejoramiento o correctivas en el Plan de Mejoramiento Institucional.

CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha de aprobación	Descripción del cambio	Responsable
01	Septiembre de 2019	Creación de la política.	Alejandro Muñoz – Asesor Control Interno
Elaboró: Alejandro Muñoz A. – Asesor Control Interno		Revisó: Jean Carlo Vanegas -Gerente	Aprobó: Jean Carlo Vanegas - Gerente
Fecha: Septiembre de 2019		Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019

 <p>ESSE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA</p> <p>"Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización"</p>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Santa Fe de Antioquia	CÓDIGO: PD-PD-PT-01
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	VERSIÓN: 01
		Fecha de elaboración: Septiembre de 2019
		Fecha de actualización: Septiembre de 2019
		Página 14 de 14

Elaboró: Alejandro Muñoz A. – Asesor Control Interno	Revisó: Jean Carlo Vanegas -Gerente	Aprobó: Jean Carlo Vanegas - Gerente
Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019	Fecha: Septiembre de 2019