# POLÍTICA DE RIESGOS -V2
# 2021

# Contenido

Política de Riesgos …….....3
1. Términos y definiciones ……..3
2. Objetivos de la Política ……5
3. Alcance de la Política ……..5
4. Responsabilidad y Compromiso Frente al Riesgos ……5
5. Contexto estratégico de la E.S.E.……...6
6. Tipología del riesgo en la E.S.E ……8
7. Nivel de Aceptación del Riesgo de Corrupción……11
8. Metodología para la Gestión del Riesgos ……13

Con fundamento en la Ley 87 de 1993, y demás normas reglamentaria; la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 1499 de 2017, la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Yolombó, define su Política de Riesgos atendiendo a los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, de la Función Púbica, 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

**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 (Función Pública, 2020)

**Causa.** Todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo (Función Pública, 2020)

**Capacidad de riesgo.** 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 (Función Pública, 2020)

**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 (Función Pública, 2020)

**Control.** Medida que permite reducir o mitigar un riesgo (Función Pública, 2020)

**Control correctivo.** Control que permite, después de ser detectado el evento no deseado, el restablecimiento de la actividad (elaboración propia). Tipo de control, que permite adoptar acciones necesarias para mejorar la situación generada por la materialización de un riesgo o para mejorar los controles diseñados previamente, si se determina que su funcionamiento no corresponde con las expectativas con las cuales fueron diseñados (Mejía Quijano, 2008)

**Control detectivo.** Control diseñado para detectar una situación no deseada, que se corrija y se tomen las acciones correspondientes (elaboración propia). Tipo de control diseñado para descubrir un evento, anomalía o un resultado no buscado en el momento de su ocurrencia, o posteriormente (Mejía Quijano, 2008)

**Control preventivo.** Control diseñado para evitar un evento no deseado. Este tipo de control intenta evitar la ocurrencia de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos. Mitigan las causas que hacen que el riesgo se materialice (elaboración propia). Tipo de control diseñado para actuar sobre la causa de los riesgos, con el fin de disminuir la probabilidad de su ocurrencia (Mejía Quijano, 2008)

**Control de protección.** Control que mitiga las consecuencias de la materialización del riesgo (elaboración propia). Tipo de control diseñado para disminuir los efectos inmediatos de los riesgos y el alcance de los daños que pueden producir (Mejía Quijano, 2008)

**Impacto.** Las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo (Función Pública, 2020)

**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 puede ser Probabilidad * Impacto, sin embargo, pueden relacionarse las variables a través de otras maneras diferentes a la multiplicación, por ejemplo, mediante una matriz de Probabilidad – Impacto (Función Pública, 2020)

**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 (Función Pública, 2020)

**Riesgo.** Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales. Nota: Los eventos potenciales 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 (Función Pública, 2020)

**Riesgo Inherente.** 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 (Función Pública, 2020)

**Riesgo Residual.** El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente (Función Pública, 2020)
**Tolerancia del riesgo.** Es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del apetito de riesgo determinado por la entidad (Función Pública, 2020)

**Vulnerabilidad.** Representan la debilidad de un activo o de un control que puede ser explotada por una o más amenazas (Función Pública, 2020)

## 2.Objetivos de la Política

Orientar la toma de decisiones oportunas y minimizar efectos adversos al interior de la E.S.E Hospital San Rafael Yolombó, con el fin de dar continuidad a la gestión institucional y asegurar a través de la gestión de los riesgos, el cumplimiento de los compromisos con los Grupos de Interés.

## 3. Alcance de la Política

La política de riesgos es aplicable a todos los procesos definidos en Sistema de Gestión de Calidad en la E.S.E Hospital San Rafael Yolombó y a todas las acciones ejecutadas en el marco del Plan Estratégico Institucional.

## 4. Responsabilidad y Compromiso Frente al Riesgo

Tabla 1. Responsabilidad y compromiso frente al riesgo

| ROL | FUNCIÓN |
|---|---|
| **Alta dirección** | • Establecer política de riesgo.<br>• Realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales. |

| | |
|---|---|
| **Lideres de Procesos** | • Identificar los riesgos y controles asociados al proceso para cada vigencia.<br>• Realizar seguimiento y análisis a los controles de los riesgos según periodicidad establecida.<br>• Actualizar el mapa de riesgos cuando la administración de los mismos lo requiera.<br>• Promover la cultura de riesgos en su grupo de trabajo |
| **Asesor Control Interno** | • Asesorar en la identificación de los riesgos institucionales.<br>• Analizar el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos.<br>• Realizar seguimiento a los riesgos consolidados en los mapas de riesgos.<br>• Reportar seguimiento a los riesgos de corrupción. |
| **Coordinador de Planeación** | • Acompañar y orientar sobre la metodología para la identificación, análisis, calificación y valoración del riesgo.<br>• Consolidar el Mapa de riesgos institucional.<br>• Monitorear cambio de entorno y nuevas amenazas.<br>• 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.<br>• Liderar la construcción de planes de mejoramiento derivados del seguimiento a los riesgos y oportunidades en los diferentes procesos. |
| **Comité Institucional de Gestión y Desempeño** | • Contribuir a la integración de los riesgos y oportunidades a los planes, programas, proyectos, estrategias y herramientas<br>• Realizar monitoreo y control de la implementación de la metodología de riesgos en la institución.<br>• Generar recomendaciones y propuesta de acciones para la mejora del desempeño de los riesgos y el incremento de la cultura de riesgos. |
| **Servidores** | • Apoyar al líder del proceso en la identificación de riesgos<br>• Apoyar al líder del proceso en la aplicación de los controles de riesgos<br>• Participar con el líder en la evaluación y actualización del mapa de riesgos del proceso<br>• Aplicar la metodología de riesgos de la institución en la gestión de sus actividades |

# 5. Contexto estratégico de la E.S.E Hospital San Rafael de Yolombó

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 caracterís- ticas o aspectos esenciales del ambiente en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos. Se pueden con- siderar factores como:

**Recursos y conocimientos con que se cuenta la Institución:**

**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 ineficientes, 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 proceso.
**Responsables del Proceso:** Grado de autoridad, y responsabilidad de los funcionarios 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 Rafael de Yolombó

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.

- **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 nteresado 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 supervisón en poco personal, contrar con compañias 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

- **De investigación y sanción:** Ausencia o debilidad de canales de comunicación, 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, trafico 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, trafico de influencia.

# 7. Nivel de aceptación del riesgo

Teniendo en cuenta la matriz de riesgos definida en la Guía para la Administración de Riegos del Departamento Administrativo de la Función Publica, 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 administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.

| Probabilidad | Nivel | Zonas de Riesgo de Corrupción | | |
|---|---|---|---|---|
| Casi seguro | 5 | Moderada | Alta | Extrema |
| 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 |

PROBABILIDAD

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 identificado:

- 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 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 prevee 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.

## 9. Identificación de riesgos relacionados con posibles actos de corrupción

De acuerdo a los lineamientos establecidos en la guía metodológica de gestión de riesgos y diseño de controles de la Función Pública; desde el “***Mapa de riesgos y oportunidades con los riesgos de corrupción***”.

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:

**Tabla 2.** Medición del Riesgo de Corrupción – Probabilidad

| Medición del Riesgo de Corrupción Probabilidad | | | |
|---|---|---|---|
| **Descriptor** | **Descripción** | **Frecuencia** | **Nivel** |
| **Rara vez** | **Excepcional**<br>Ocurre en excepcionales. | No se ha presentado en los últimos 5 años. | 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Improbable** | **Improbable**<br>Puede ocurrir | Se presentó una vez en los últimos 5 años. | 2 |
| **Posible** | **Posible**<br>Es posible que suceda. | Se presentó una vez en los últimos 2 años. | 3 |
| **Probable** | **Es probable**<br>Ocurre en la mayoría de los casos. | Se presento una vez en el último año. | 4 |
| **Casi seguro** | **Es muy seguro**<br>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 3.** Medición del Riesgo de Corrupción – Impacto

| **Medición del Riesgo de Corrupción Impacto** | | |
|---|---|---|
| **Descriptor** | **Descripción** | **Nivel** |
| **Moderado** | Afectación parcial al proceso y a la dependencia Genera 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 |

# 9. Identificación de riesgos de seguridad de la información

De acuerdo a los lineamientos establecidos en la guía metodológica de gestión de riesgos y diseño de controles de la Función Pública; desde el "***Mapa de riesgos y oportunidades del proceso de Gestión de la Información***", se identifican los riesgos asociados a los activos a través de los cuáles se puede comprometer la seguridad de la información.

Se contempla riesgo asociado a:

- Pérdida de confidencialidad
- Pérdida de integridad
- Pérdida de disponibilidad.

## 9. Metodología para la Gestión del Riesgo en la E.S.E Hospital San Rafael de Yolombó

Los criterios metodológicos para la gestión de los riesgos en la institución, se encuentran enmarcados de conformidad con los lineamientos definidos en el ***"Manual de Gestión de Riesgos y Oportunidades, versión 1"***; definido por la institución.

## 10. Divulgación de la Política de Riesgo de la E.S.E Hospital San Rafael Yolombó

| ACCIÓN | MEDIO |
|---|---|
| **Aprobación** | Mediante Acto Administrativo la Alta Dirección aprueba la Política de Riesgos. |
| **Divulgación** | Medios virtuales (redes sociales |
| | Cartilla de riesgos |
| | Mesas de trabajo de riesgos |
| | Inducción - reinducción |
| **Revisión y actualización** | Anualmente en la revisión por la dirección del Sistema de Gestión de Calidad, la Alta Dirección realiza la revisión de la política de riesgos y analiza su posible actualización según el contexto. |