

HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILFAFAÑE



POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO 2025



INTRODUCCIÓN

El Hospital Regional José David Padilla Villafañe define su política de riesgo adoptando los lineamientos de la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas” propuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública, con ocasión de la entrada en vigencia del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que integra los Sistemas de Gestión de la Calidad y de Desarrollo Administrativo, crea un único Sistema de Gestión, lo articula con el Sistema de Control Interno y las Tres Líneas de Defensa.

El nivel directivo de la entidad considera que la administración de riesgos se constituye en una herramienta de gestión que permite evaluar periódicamente los factores operacionales de riesgo, que pueden afectar la calidad del servicio prestado por la entidad o la integridad de los recursos disponibles para su funcionamiento. Por lo tanto, los coordinadores y/o líderes de procesos o dependencias, son responsables de la implementación y el monitoreo de las acciones derivadas del tratamiento de los riesgos.

Para el éxito en la implementación de una adecuada administración de riesgos, es indispensable el compromiso de la Alta Gerencia como encargada de estimular la cultura para la identificación y prevención de los riesgos y en segunda instancia de definir las políticas como criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior de la entidad.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Generar una cultura de conocimiento y manejo de los riesgos que prevengan la ocurrencia de situaciones o eventos que tengan un impacto o consecuencia sobre el cumplimiento de la misión y objetivos estratégicos, generando un ambiente de control al interior de la E.S.E. Hospital Regional José David Padilla Villafañe

1.2. Objetivos Específicos

- Establecer mecanismos para identificar, valorar y minimizar los riesgos de corrupción a los que constantemente está expuesta la Entidad, y poder de esta manera fortalecer el Sistema de Control Interno.
- Gestionar y administrar los riesgos establecidos en los procesos para evitar su materialización.



- Garantizar el debido proceso para analizar las situaciones de corrupción o cualquier otra conducta ilegal que se pueda presentar al interior de la Entidad, así mismo los posibles conflictos de interés que puedan tener los servidores públicos en cumplimiento de sus funciones y a esta Política.
- Promover una cultura de transparencia, que integre los diferentes sistemas de gestión orientados a la identificación, detección, evaluación, mitigación, monitoreo, investigación, prevención y corrección de conductas relacionadas con la corrupción.
- Promover una cultura ética como elemento indispensable para la prevención, detección e investigación del fraude o corrupción.
- Proteger los bienes del Hospital ante la ocurrencia de posibles riesgos de Gestión y Corrupción.

2. ALCANCE

La política de riesgos es aplicable a todos los procesos y procedimientos de la E.S.E. Hospital Regional José David Padilla Villafañe y a todas las acciones ejecutadas por los servidores públicos durante el ejercicio de sus funciones.

3. MARCO LEGAL

- **LEY 87 DE 1993**, por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones. Artículo 2°. Objetivos del Sistema de Control Interno, literal a) “Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten”. 2 literal f). “Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos”.
- **LEY 489 DE 1998**. Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública. Artículos 27,28 y 29, Crea el Sistema de Control Interno con el objeto de integrar en forma armónica, dinámica, efectiva, flexible y suficiente el funcionamiento del Control Interno de las instituciones públicas.
- **DECRETO 2145 DE 1999**, por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y territorial y se dictan otras disposiciones. Modificado parcialmente por el Decreto 2593 de 2000. Define el S N C I las instancias de articulación y sus competencias, la Unidad Básica del mismo su operatividad y el fortalecimiento del Control Interno.
- **DIRECTIVA PRESIDENCIAL 09 DE 1999**, la cual define los lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción por parte del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, creado mediante el Decreto 2405 de 1998, tiene como propósito central coordinar, tanto la implementación de las iniciativas gubernamentales para hacerle frente a este flagelo, como



su articulación con aquellas que en el mismo sentido adelanten los organismos de control y la sociedad civil.

- **Decreto 2145 de noviembre 04 de 1999:** “Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones” que pretende lograr el funcionamiento armónico del Sistema Nacional de Control Interno.

- **DECRETO 1537 DE 2001**, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el Sistema de Control Interno, en su Artículo 3º establece el rol que deben desempeñar las oficinas de control interno. Establece en el artículo 4º que todas las entidades de la Administración Pública deben contar con una política de Administración de Riesgos tendiente a darle un manejo adecuado a los riesgos, con el fin de lograr de la manera más eficiente el cumplimiento de sus objetivos y estar preparados para enfrentar cualquier contingencia que se pueda presentar. Así mismo establece la Administración de Riesgos, como proceso permanente e interactivo entre la Administración y las Oficinas de Control Interno, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en acciones de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y dichas oficinas.

- **Decreto 4485 de 2009:** Por el cual se adopta la actualización de la NTCGP 1000-2009. Numeral 4.1 Requisitos generales literal g) “establecer controles sobre los riesgos identificados y valorados que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad; cuando un riesgo se materializa es necesario tomar acciones correctivas para evitar o disminuir la probabilidad de que vuelva a suceder”. Este decreto aclara la importancia de la Administración del riesgo en el Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades.

- **Ley 1474 de 2011:** Estatuto Anticorrupción. Artículo 73. “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” que deben elaborar anualmente todas las entidades, incluyendo el mapa de riesgos de corrupción, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

- **Decreto No. 943 de 2014** " Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno" compilado en el Decreto 1083 de 2015, adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI 2014, el cual establece el componente de Evaluación Independiente como un conjunto de elementos de control que garantizan el examen autónomo y objetivo del Sistema de Control Interno, la gestión y los resultados de la entidad pública por parte de la Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoría Interna o quien haga sus veces.

- **Decreto No. 1083 de mayo 26 de 2015** “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública” en el Artículo 2.2.4.7 define las Competencias



comportamentales comunes que debe acreditar todo servidor público, independientemente de la función, jerarquía y modalidad laboral al realizar las funciones y cumplir los compromisos organizacionales con eficacia, calidad y oportunidad conductas Adopta medidas para minimizar riesgos. Así mismo define en el Artículo 2.2.21.5.4 Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspectos tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos.

● **Decreto 648 de abril 17 de 2017** “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”. Establece como función del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, como órgano asesor e instancia decisoria en los asuntos de control interno, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la Administración.

4. TERMINOS Y DEFINICIONES

- **Mapa de Riesgos:** Herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos ordenada y sistemáticamente, definiéndolos, haciendo la descripción de cada uno de estos y las posibles consecuencias y sus acciones preventivas.
- **Riesgo de Corrupción:** La posibilidad de 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.
- **Riesgo Inherente:** es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.
- **Riesgo Residual:** nivel de riesgo que permanece luego de tomar medidas de tratamiento de riesgo
- **Riesgo:** Es el resultado de la combinación entre la probabilidad de ocurrencia de un evento y sus posibles consecuencias que tendrán un impacto mayor o menor sobre la capacidad de lograr los objetivos.
- **Valoración del Riesgo:** Elemento de Control, que determina el nivel o grado de exposición de la entidad pública al impacto del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.
- **Monitorear:** Comprobar, supervisar, observar o registrar la forma en que se lleva a cabo una actividad con el fin de identificar posibles cambios.



- **Aceptar el Riesgo:** Decisión informada de aceptar la consecuencia y la probabilidad de un riesgo en particular.
 - **Administración (Gestión) del Riesgo:** Conjunto de elementos de control que al interrelacionarse permiten a la Entidad evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función.
 - **Análisis de Riesgos:** Uso sistemático de la información disponible, para determinar la frecuencia con la que pueden ocurrir eventos especificados y la magnitud de sus consecuencias. Dependiendo de la información disponible pueden emplearse desde modelos de simulación, hasta técnicas colaborativas.
 - **Causas:** Son los medios, circunstancias y agentes generadores del riesgo.
 - **Compartir el Riesgo:** Reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, procesos, como en el caso de los contratos de seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido. Es así como, por ejemplo, la información de gran importancia se puede duplicar y almacenar en un lugar distante y de ubicación segura, en vez de dejarla concentrada en un solo lugar.
 - **Consecuencias:** El resultado real o potencial sea este una pérdida, perjuicio, desventaja o ganancia, frente a la consecución de los objetivos del proceso o de la entidad.
 - **Contexto Externo:** Ambiente externo en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos que puede ser: ambiente cultural, social, político, legal, reglamentario, financiero, tecnológico, económico, natural y competitivo, nacional, regional o local.
- Contexto Interno:** Ambiente interno en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos, el cual puede ser: gobierno, estructura organizacional, funciones, responsabilidades, políticas, normas, directrices adoptadas por la organización, objetivos, estrategias implementadas, recursos (capital, tiempo, personas, procesos, sistemas, tecnologías).
- **Contexto Estratégico:** Insumo básico para la identificación de los riesgos en los procesos y actividades, el análisis se realiza a partir del conocimiento de situaciones internas y externas de la institución.
 - **Control:** Acciones establecidas para disminuir la probabilidad de ocurrencia del riesgo, el impacto de los riesgos y/o asegurar la continuidad del servicio en caso de llegarse a materializar el riesgo.
 - **Controles Correctivos:** Aquellos que permiten el restablecimiento de la actividad después de ser detectado un evento no deseable; también permiten la modificación de las acciones que propiciaron su ocurrencia.



- **Controles Preventivos:** Aquellos que actúan para eliminar las causas del riesgo, para prevenir su ocurrencia o materialización.
- **Evaluación del Riesgo:** Proceso utilizado para determinar las prioridades de la administración del riesgo, comparando el nivel de un determinado riesgo con respecto a un estándar determinado.
- **Evento:** Incidente o situación potencial que puede ocurrir en un lugar determinado durante un periodo determinado. Este puede ser cierto o incierto y su ocurrencia puede ser única o ser parte de una serie de causas.
- **Evitar el Riesgo:** Tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Es siempre la primera alternativa a considerar, se logra cuando al interior de los procesos se genera cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas.
- **Frecuencia:** Medida del coeficiente de ocurrencia de un evento expresado como la cantidad de veces que ha ocurrido un evento en un tiempo dado.
- **Identificación del Riesgo:** Proceso para determinar lo que puede suceder, por qué y cómo. Puede hacerse a cualquier nivel: total, por áreas, por procesos, incluso, bajo el viejo paradigma, por funciones; desde el nivel estratégico hasta el más sencillo operativo.
- **Impacto:** Consecuencias que puede ocasionar a la entidad la materialización del riesgo.
- **Modelo de Operación:** Estándar organizacional que soporta la operación de la Entidad, armonizando con visión sistémica la función, misión y visión con los componentes corporativos que la conforman los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto, factor clave para su ejecución, garantizan una ejecución eficiente y el cumplimiento de los objetivos de Hospital
- **Modelo de Operación por Procesos:** Define las interacciones o acciones secuenciales, mediante las cuales se logra la transformación de unos insumos hasta obtener un producto con las características previamente especificadas, de acuerdo con los requerimientos del cliente o grupos de interés interno o externo del Hospital, que lo requiera.
- **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.
- **Plan de Manejo del Riesgo:** Parte del plan de manejo de riesgos que contiene las acciones a ejecutar en caso de la materialización del riesgo, con el fin de dar continuidad a los objetivos de la entidad.
- **Política de Riesgos:** Intención global u orientación de una entidad frente a la gestión del riesgo.



- **Probabilidad:** Grado en el cual es probable que ocurra un evento, que se debe medir a través de la relación entre los hechos ocurridos realmente y la cantidad de eventos que pudieron ocurrir.
- **Proceso:** Secuencia de actividades lógicamente relacionadas que, tomadas en su conjunto, generan un resultado en términos de los objetivos del proceso.
- **Amenazas:** Situación potencial de un incidente no deseado, el cual puede ocasionar daño a un sistema o a una organización.

5. ROLES Y RESPONSABILIDADES

Los roles y responsabilidades en la Gestión del Riesgo son de carácter participativo con los líderes de procesos, en el cual se determinaron los siguientes:

Alta Dirección:

- Revisar el cumplimiento de la Política de Administración de Riesgos de manera periódica y evaluar su impacto.
- Establecer los lineamientos a todos los centros de gestión de la entidad en la identificación, valoración y monitoreo de los riesgos.
- Apoyar a los líderes de los procesos cuando se requiera en las actividades a realizar para que la gestión del riesgo sea eficaz en colaboración con los servidores de los centros de gestión.
- Prestar asesoría a los procesos en la identificación y valoración de los riesgos institucionales y de corrupción, así como las acciones de contingencia que se requieran.
- Revisar y aprobar la matriz de identificación y valoración del riesgo y el plan de tratamiento del riesgo a fin de minimizar la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
- Realizar de forma permanente el seguimiento a los controles establecidos en cada uno de los riesgos del proceso.
- Monitorear y analizar los cambios en el entorno (contexto interno y externo) que puedan tener un impacto significativo en la operación de la entidad y que puedan generar cambios en la estructura de riesgos y controles.

Líderes de Proceso y sus Equipos de Trabajo

- Llevar a cabo las acciones asociadas a los controles establecidos para cada uno de los riesgos identificados en su proceso de acuerdo a la periodicidad establecida. Durante la aplicación de las acciones de seguimiento cada líder de proceso debe mantener la documentación respectiva de todas las actividades realizadas.
- Cumplir con los lineamientos establecidos en la política y aplicarlos.
- Conocer el proceso e identificar los eventos del mismo.



- Revisar y aprobar la matriz de identificación y valoración del riesgo y el plan de tratamiento del riesgo a fin de minimizar la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
- Realizar de forma permanente el seguimiento a los controles establecidos en cada uno de los riesgos del proceso.
- Actualizar el mapa de riesgos cuando existan cambios durante la vigencia

Oficina de Control Interno.

- Verificar y analizar la idoneidad de los controles establecidos en los procesos, determinando si son o no adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de los procesos.
- Realizar seguimiento a los riesgos consolidados en los mapas de riesgos.
- Reportar el seguimiento a los riesgos identificados.
- Recomendar mejoras a la Política de Administración del Riesgo

Las Responsabilidades en Relación con las Líneas de Defensa:

Línea Estratégica: Hace parte la alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno y deben cumplir las siguientes funciones:

- Establecer objetivos institucionales alineados con el propósito fundamental, metas y estrategias del Hospital
- Establecer la Política de Administración del Riesgo.
- Asumir la responsabilidad primaria del Sistema de Control Interno - SCI y de la identificación y evaluación de los cambios que podrían tener un impacto significativo en el mismo. Específicamente el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, debe evaluar y dar línea sobre la administración de los riesgos.
- Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles. Así mismo, hacer seguimiento a su gestión, gestionar los riesgos y aplicar los controles.
- Analizar las evaluaciones de la gestión del riesgo, elaboradas por la segunda línea de defensa.

1. Primera Línea de Defensa: Está conformada por el Gerente y líderes de procesos y sus funciones son las siguientes:

- Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales.
- Definir y diseñar los controles a los riesgos.



- A partir de la política de administración del riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección. Con base en esto, establecen los mapas de riesgos.

- Identificar y controlar los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones y el cumplimiento de sus objetivos, así como en la prestación del servicio y/o relacionados con el logro de los objetivos.

2.Segunda Línea de Defensa: Hacen parte el jefe de planeación, el jefe de talento humano supervisores, interventores, coordinadores de otros sistemas y sus funciones son las siguientes:

- informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada.

- Consolidar los seguimientos a los mapas de riesgo.

- Establecer un líder de la gestión de riesgos para coordinar las actividades en esta materia.

- Elaborar informes consolidados para las diversas partes interesadas. Seguir los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos, cuando haya lugar.

3.Tercera Línea de Defensa: Hace parte la Oficina de Control Interno y sus funciones son:

- Asesorar en metodologías para la identificación y administración de los riesgos, en coordinación con la Segunda Línea de Defensa.

- Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna.

- Comunicar al Comité de Coordinación de Control Interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, detectados en las auditorías.

- Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la Institución.

- Alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas.

6. ETAPAS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO





6.1 Establecimiento del contexto. El contexto estratégico se establece para cada uno de los procesos del Sistema Integrado de Gestión a partir de la identificación y análisis de los factores internos, externos y del proceso. Los aspectos objeto del análisis interno o externo son definidos por el responsable del proceso o el equipo de trabajo designado teniendo en cuenta la naturaleza del proceso y las variables que permitan identificar los factores generadores de riesgo.

6.1.1 Elaboración del Análisis Interno: El análisis interno se realiza, identificando debilidades que representen situaciones de riesgos para el logro de los objetivos institucionales y de los procesos, el cual se realizará cada vigencia. Se consideran aspectos como estratégicos, personal, tecnología, comunicación interna, financieros, procesos, entre otros.

- **Estratégicos:** Falta de 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 falta de aplicación de políticas de operación por parte de los servidores.
- **Personal:** Desmotivación de los servidores, falta de incentivos, carrera administrativa sin posibilidades de ascenso, falta de capacitación para desarrollar proyectos, alta rotación.
- **Tecnología:** Falta de interoperabilidad con otros sistemas, fallas en la infraestructura tecnológica, falta de recursos para el fortalecimiento tecnológico.
- **Comunicación Interna:** Falta de control sobre los canales establecidos, Falta de registros de resultados de reuniones, demoras en bajar la información, poca efectividad en los canales internos.
- **Financieros:** Presupuesto de funcionamiento, recursos de inversión, infraestructura, capacidad instalada.
- **Procesos:** Capacidad, diseño, ejecución, proveedores, entradas, salidas, gestión del conocimiento.
- **Seguridad en la información:** Preservación de la confidencialidad, integridad, y disponibilidad de la información de la entidad.

6.1.2 Elaboración del Análisis Externo: Se identifican los factores o circunstancias externas a la entidad, amenazas que pueden afectar el cumplimiento de planes, programas y el logro de los objetivos institucionales y de los procesos tales como:

- **Económicos:** Disminución del presupuesto por prioridades del Gobierno, Austeridad en el gasto.
- **Políticos:** Cambios de gobierno, legislación, políticas públicas, regulación.
- **Legales:** Cambios legales y normativos aplicables a la Entidad y a los procesos.
- **Sociales:** Cambio de gobierno con nuevos planes y proyectos de Desarrollo, falta de continuidad en los programas establecidos, desconocimiento de la Entidad por parte de otros órganos de gobierno.



- Tecnológicos: Sistemas de gestión ineficientes, falta de optimización de sistemas de gestión, falta de coordinación de necesidades de tecnología.
- Medioambientales: Contaminación por sustancias perjudiciales para la salud, mala práctica de clasificación de residuos.
- Comunicación Externa: Múltiples canales e interlocutores de la Entidad con los usuarios, Servicio telefónico insuficiente, falta de coordinación de canales y medios.

6.2 Identificación del Riesgo La identificación del riesgo se lleva a cabo determinando las causas con base en el contexto interno, externo y del proceso que pueden afectar el logro de los objetivos. Algunas causas externas no controlables por la entidad se podrán evidenciar en el análisis del contexto externo, para ser tenidas en cuenta en el análisis y valoración del riesgo.

A partir de este contexto se identifica el riesgo, el cual estará asociado a aquellos eventos o situaciones que pueden entorpecer el normal desarrollo de los objetivos del proceso o los estratégicos. Las preguntas claves para la identificación del riesgo permiten determinar:

¿QUÉ PUEDE SUCEDER? Identificar la afectación del cumplimiento del objetivo estratégico o del proceso según sea el caso.

¿CÓMO PUEDE SUCEDER? Establecer las causas a partir de los factores determinados en el contexto.

¿CUÁNDO PUEDE SUCEDER? Determinar de acuerdo con el desarrollo del proceso.

¿QUÉ CONSECUENCIAS TENDRÍA SU MATERIALIZACIÓN? Determinar los posibles efectos por la materialización del riesgo.

6.2.1. Identificación de áreas de factores de Riesgo: Son las fuentes generadoras de riesgos los siguientes:



Tabla 1 Factores de Riesgo

Factor	Definición		Descripción
Procesos	Eventos relacionados con errores en las actividades que deben realizar los servidores de la Entidad.		Falta de procedimientos
			Errores de grabación, autorización
			Errores en cálculos para pagos internos y externos
			Falta de capacitación, temas relacionados con el personal
Talento humano	Incluye seguridad y salud en el trabajo. Se analiza posible dolo e intención frente a la corrupción.		Hurtos activos
			Posibles comportamientos no éticos de los empleados
			Fraude interno (corrupción, soborno)
Tecnología	Eventos relacionados con la infraestructura tecnológica de la Entidad.		Daño de equipos
			Caída de aplicaciones
			Caída de redes
			Errores en programas
Infraestructura	Eventos relacionados con la infraestructura física de la Entidad.		Derrumbes
			Incendios
			Inundaciones
			Daños a activos fijos
Evento externo	Situaciones externas que afectan la Entidad.		Suplantación de identidad
			Asalto a la oficina
			Atentados, vandalismo, orden público

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en Entidades públicas Versión 5 - diciembre de 2020

6.2.2 Tipos de Riesgos

- **Estratégico:** Se asocia con la forma en que se administra la Entidad. Se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta dirección.
- **Imagen:** Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la entidad.
- **Operativos:** Comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, de la definición de los procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias.



- **Financieros:** Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluyen la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.
- **De Cumplimiento:** Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.
- **De Tecnología:** Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión.
- **De Corrupción:** Se asocian a uso del poder para desviar la gestión de lo público hacia el beneficio privado.
- **Seguridad Digital:** Refiere a la combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de los objetivos institucionales y afectar la autonomía, principios e integridad de la entidad. Incluye aspectos como el ambiente físico y digital, como temas de seguridad de la información.

6.2.3 Riesgos de Corrupción:

Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia el beneficio privado. Esto implica que las prácticas corruptas son realizadas por actores públicos y o privados con poder e incidencia en la toma de decisiones y la administración de los bienes públicos. (Conpes N°167 de 2013).

Es necesario que en la descripción del riesgo estén los componentes de su definición así: Acción u omisión uso del poder desviación de la gestión de lo público el beneficio privado.

Matriz Definición del Riesgo de Corrupción				
Descripción del Riesgo	Acción u Omisión	Uso del Poder	Desviar la Gestión de lo Público	Beneficio Privado

6.3 Valoración del Riesgo: Se realiza a través de la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización del riesgo.

6.3.1 Análisis de la Probabilidad La probabilidad de ocurrencia representa el número de veces que el riesgo se ha presentado en un determinado tiempo o puede llegar a presentarse y el impacto hace referencia a la magnitud de sus efectos. En las siguientes tablas se presentan los valores de



calificación de la probabilidad: Valores calificación probabilidad para riesgos institucionales y de corrupción:

DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA	NIVEL
RARA VEZ	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales. (poco comunes o anormales)	No se ha presentado en los últimos 5 años	1
IMPROBABLE	El evento puede ocurrir en algún momento.	Al menos de 1 vez en los últimos 5 años	2
POSIBLE	El evento podría ocurrir en algún momento	Al menos de 1 vez en los últimos 2 años.	3
PROBABLE	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias.	Al menos de 1 vez en el último año	4
CASI SEGURO	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de 1 vez al año.	5

Valores Calificación de la Consecuencia para Riesgos Institucionales:

VALORES CALIFICACIÓN CONSECUENCIA PARA RIESGOS INSTITUCIONALES Y DE CORRUPCIÓN		
DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN	NIVEL
RARA VEZ	Muy baja, los efectos causados serían imperceptibles para la entidad y para sus ciudadanos.	1
IMPROBABLE	Baja, los efectos causados serían percibidos por la entidad, pero no por los ciudadanos	2
POSIBLE	Media, los efectos causados serían percibidos por la entidad y por los ciudadanos.	3
PROBABLE	Alta, además de ser percibidos, los efectos causarían una pérdida media de capacidad institucional para cumplir con sus funciones	4
CASI SEGURO	Muy Alta, los efectos causados generarían una pérdida alta de capacidad institucional para cumplir con sus funciones y se Verían afectados los ciudadanos.	5



6.3.2 Análisis del impacto: Para determinar el impacto de los riesgos de corrupción se diligenciará esta tabla teniendo en cuenta que para este caso serán siempre de impacto negativo

FORMATO PARA DETERMINAR EL IMPACTO DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN.				
Nº	FACTOR	Pregunta: Si el riesgo de Corrupción se materializa podría...	RESPUESTA	
			SI	NO
1	TECNOLOGÍA	Pérdidas derivadas del hardware, software, telecomunicaciones?		
2		Combinación de amenaza y vulnerabilidades en el entorno digital?		
3		Hackear las cuentas bancarias de la Institución?		
4	LEGALES	Procesos Sancionatorios? Procesos Disciplinarios, Procesos Penales, Procesos fiscales		
5		Intervención de los órganos de control?		
6	ESTRATÉGICOS	Afectar el cumplimiento de misión de la Entidad?		
7		¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?		
8		Afectar al grupo de funcionarios del proceso?		
9		¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?		
10	INFRAESTRUCTURA	Pérdida por daños o extravíos de los activos físicos por desastres naturales y otros eventos?		
11	IMAGEN	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?		
12		¿Generar pérdida de confianza de la Entidad, afectando su reputación?		
13		Afectar la imagen local y regional?		
14	RECURSOS	¿Generar pérdida de recursos económicos?		
15	CIUDADANÍA	¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien o servicios o los recursos públicos?		
16		Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas?		
17	INFORMACIÓN	¿Generar pérdida de información de la Entidad?		
18	PROCESOS	Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de los procesos?.		

Respuestas Afirmativas: (Cantidad de respuestas)

Respuestas Negativas: (Cantidad de respuestas)

Contabilizaremos la cantidad de respuestas negativas y positivas y estas se clasificarán de la siguiente manera:

Moderado: De 1 A 5 preguntas con respuesta afirmativa, genera un impacto Moderado.

Mayor: De 6 a 11 preguntas con respuesta afirmativa, genera un impacto Mayor

Catastrófico: De 12 a 18 preguntas con respuesta afirmativa, genera un impacto Catastrófico.



Los criterios para calificar el impacto de los riesgos asociados a la gestión se encuentran en la siguiente tabla:

Nivel	Impacto Consecuencias Cuantitativo	Impacto Consecuencias Cualitativo
CATASTRÓFICO	<p>*Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 50\%$ *Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 50\%$.</p> <p>*Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 50\%$</p> <p>*Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 50\%$ del presupuesto general de la entidad.</p>	<p>*Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de cinco (5) días.</p> <p>*Intervención por parte de un ente de control u otro ente regulador.</p> <p>*Pérdida de Información crítica para la entidad que no se puede recuperar.</p> <p>*Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave la ejecución presupuestal.</p> <p>*Imagen institucional afectada en el orden nacional, regional o local por actos o hechos de corrupción comprobados.</p>
MAYOR	<p>*Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 20\%$ *Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 20\%$.</p> <p>*Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 20\%$</p> <p>*Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 20\%$ del presupuesto general de la entidad.</p>	<p>*Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de dos (2) días.</p> <p>*Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta.</p> <p>* Sanción por parte del ente de control u otro ente regulador.</p> <p>*Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales.</p> <p>*Imagen institucional afectada en el orden nacional, regional o local por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.</p>
MODERADO	<p>*Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 5\%$ *Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 10\%$.</p> <p>*Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 5\%$</p> <p>*Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 5\%$ del presupuesto general de la entidad.</p>	<p>*Interrupción de las operaciones de la Entidad por un (1) día.</p> <p>*Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad.</p> <p>*Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios.</p> <p>*Reproceso de actividades y aumento de carga laboral.</p> <p>*Imagen institucional afectada en el orden nacional, regional o local por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.</p> <p>*Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias</p>
MENOR	<p>*Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 1\%$ *Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 5\%$.</p> <p>*Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 1\%$</p> <p>*Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 1\%$ del presupuesto general de la entidad.</p>	<p>*Interrupción de las operaciones de la Entidad por algunas horas.</p> <p>*Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias.</p> <p>*Imagen institucional afectada localmente por retrasos en la prestación del servicio a los Usuarios o ciudadanos.</p>
INSIGNIFICANTE	<p>*Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 0,5\%$ *Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 1\%$.</p> <p>*Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 0,5\%$</p> <p>*Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 0,5\%$ del presupuesto general de la entidad.</p>	<p>*No hay interrupción de las operaciones de la entidad.</p> <p>* No se generan sanciones económicas o administrativas.</p> <p>*No se afecta la imagen institucional de forma significativa.</p>



Calificación Riesgos Corrupción Impacto

PROBABILIDAD	IMPACTO		
	MODERADO (5)	MAYOR (10)	CATASTRÓFICO(20)
RARO (1)	Baja (5)	Baja (10)	Moderada (100)
IMPROBABLE(2)	Baja (10)	Moderada (20)	Alta (100)
POSIBLE (3)	Moderada (15)	Alta (30)	Extrema (100)
PROBABLE (4)	Moderada (20)	Alta (40)	Extrema (100)
CASI SEGURO (5)	Moderada (25)	Alta (50)	Extrema (100)

Calificación Riesgos Institucionales Impacto

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	Insignificante (1)	Menor (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	Catastrófico (5)
RARO (1)	Baja	Baja	Moderada	Alta	Alta
IMPROBABLE (2)	Baja	Baja	Moderada	Alta	Extrema
POSIBLE (3)	Baja	Moderada	Alta	Extrema	Extrema
PROBABLE (4)	Moderada	Alta	Alta	Extrema	Extrema
CASI SEGURO (5)	Alta	Alta	Extrema	Extrema	Extrema

6.3.3 Mapa de Calor: Es una herramienta que ayuda a identificar la zona en que se ubica el riesgo una vez valorado bajo los criterios de probabilidad e impacto, con el fin de priorizar el tratamiento de los riesgos mediante la formulación de acciones. De esta manera, es posible visualizar la exposición de la entidad ante los riesgos si no existiera ningún control (zona de riesgo inherente). Para tal fin, se ubican las calificaciones de la probabilidad y del impacto en la fila y columnas correspondientes y se establece el punto de intersección entre ambas y ese punto es el que corresponde al nivel de riesgo. Por ejemplo, suponiendo que un riesgo fue calificado con probabilidad “probable” e impacto “mayor”, la zona de riesgo en la que se ubica es la “extrema”, es decir que, en caso de materializarse, el riesgo genera impactos graves significativos para la Entidad.



Mapa de Calor Riesgos						
P R O B A B I L I D A D	MAPA DE CALOR (Riesgo Inherente)					
	Casi Seguro					
	Probable			R1		
	Posible					
	Improbable					
	Rara vez					
		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
IMPACTO						
			Extremo	Alto	Moderado	Bajo

Mapa de Calor Riesgos de Corrupción					
P R O B A B I L I D A D	Resultados de la Calificación del Riesgo de Corrupción				
	Probabilidad	Puntaje	Zonas de Riesgo de Corrupción		
	Casi Seguro	5	Moderada (25)	Alta (50)	Extrema (100)
	Probable	4	Moderada (20)	Alta (40)	Extrema (80)
	Posible	3	Moderada (15)	Alta (30)	Extrema (60)
	Improbable	2	Baja (10)	Moderada (20)	Alta (40)
	Rara vez	1	Baja (5)	Baja (10)	Moderada (20)
		Impacto		Moderada	Mayor
	Puntaje		5	10	20
IMPACTO					

6.4 Tratamiento del Riesgo: Consiste en evaluar las opciones para la mitigación de los riesgos considerando su importancia, probabilidad e impacto. Las acciones pueden ser establecidas con base en los siguientes criterios:



Criterios para el Tratamiento del Riesgo

Criterio	Definición
Asumir el Riesgo	Cuando un riesgo se ubica en la zona baja del mapa de calor, se acepta el riesgo, es decir que no será necesario adoptar medidas que afecten la probabilidad o impacto del riesgo. Este criterio aplica también para aquellos riesgos a los que no se les puedan establecer controles. Es importante tener en cuenta que ningún riesgo de corrupción puede ser aceptado
Evitar el Riesgo	En este caso se debe decidir no realizar o no continuar con la actividad que origina el riesgo y aplica cuando los riesgos son demasiado extremos.
Compartir o transferir el Riesgo	El riesgo puede ser compartido o transferido con otras organizaciones cuando se considere que no se cuenta con la capacidad o experticia suficiente para gestionarlo. Las formas más comunes de compartir o transferir un riesgo son mediante seguros o tercerización. Los mecanismos de transferencia del riesgo deben respaldarse bajo un acuerdo contractual.
Reducir el Riesgo	Implica la implementación de controles para minimizar la probabilidad de ocurrencia e impacto del riesgo o ambos

Fuente: Guía para la Gestión del Riesgo y diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública 2018.

La siguiente tabla describe el nivel de aceptación del riesgo:

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

Calle 5ª No. 30A – 56 Conmutador 5654854 – Extensión 123 Aguachica – Cesar

www.hospitalregionaldeaguachica.gov.co controlinterno@hospitalregionaldeaguachica.gov.co

Trabajamos por su Bienestar



	genera impactos sustancialmente débiles para la entidad.		necesario realizar seguimiento continuo del riesgo	
--	--	--	--	--

Cuando el impacto de la materialización del riesgo sea extrema o alta, los responsables de los procesos deben establecer planes de contingencia que permitan proteger la institución en caso de su ocurrencia. Si se materializa el riesgo, el líder del proceso debe solicitar al secretario del Comité Institucional de Control Interno, que se cite extraordinariamente a comité para el análisis puntual del caso y revisar el plan de contingencia. Si se materializa un riesgo de corrupción se debe reportar al Líder del proceso, quien analizará la situación y definirá las acciones a que haya lugar y proseguir con la denuncia ante la instancia de control correspondiente

6.5 Clasificación de los Controles

- **Control Preventivo:** Estos controles se orientan a eliminar las causas del riesgo para evitar que ocurran, como, por ejemplo, controlar el acceso a las Instalaciones físicas, respaldar la información en archivos, revisar el cumplimiento de los requisitos contractuales en el proceso de selección del contratista etc.
- **Control Correctivo:** Este tipo de controles permiten enfrentar un evento no deseado una vez que se ha presentado y permiten continuar con la operación normal de la Entidad. Ejemplo: Aplicar un mecanismo para la protección de archivos físicos después de que han sido vulnerado, procedimiento de copias de seguridad, planificación de contingencias.

Las medidas de control preventivo ayudan a minimizar la probabilidad de ocurrencia, mientras que las correctivas contribuyen a minimizar el impacto del riesgo.

6.5.1 Variables a Evaluar para el Adecuado Diseño de los Controles:

- Debe tener definido el responsable de realizar la actividad de control.
- Debe tener una periodicidad para su ejecución.
- Debe identificar cual es el propósito del control.
- Debe establecer cómo se realiza la actividad de control.
- Debe indicar que pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de la ejecución del control.
- Debe dejar evidencia de la ejecución del control.

6.5.2 Evaluación de los Controles: Los controles se califican asignando un puntaje a unos criterios de evaluación, tal como se indica en la siguiente tabla:

1. Se analiza y evalúa el diseño del control según las 6 variables establecidas



Criterio de Evaluación	Aspecto a evaluar en el diseño del Control	Opciones de Respuesta		Peso en la Evaluación del diseño del Control
1. Responsable	¿Existe un responsable asignado a la ejecución del control ?	Asignado	Asignado	15
	segregación de funciones en la ejecución del control?	Adecuado	Inadecuado	0
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	15
				0
3. Propósito	¿ Las actividades que se desarrollan en el control realmente buscan por si sola prevenir o detectar las causas que puedan dar origen al riesgo, ejemplo: validar, verificar, comparar, revisar etc ?	Prevenir ,Detectar	No es un Control	15
				0
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	15
				0
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 se resuelven oportunamente	No se investigan y resuelven oportunamente	15
				0
6. Evidencia de la Ejecución de 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	10
				5
				0

2. Resultados de la Evaluación del Diseño del Control

Rango de Calificación del diseño	Resultado- Peso en la Evaluación del diseño del Control
Fuerte	Calificación entre 96 y 100
Moderado	Calificación entre 86 y 95
Débil	Calificación entre 0 y 85

7. Monitoreo y Revisión:

Una vez se han implementado el plan de manejo del riesgo para la vigencia, se debe realizar un monitoreo a través de seguimientos programados, evaluaciones o auditorías con el fin de evaluar la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y si éstas han impactado (efectividad).



Hospital Regional
José David
Padilla Villafañe
Empresa Social del Estado

La entidad debe asegurar para aquellos riesgos que exista la probabilidad de materializarse y su impacto pueda ser importante en el logro de los objetivos institucionales y de sus procesos, incluyendo los riesgos de Corrupción, que estos se están mitigando de manera adecuada y en caso de que se identifiquen que los objetivos de desempeño y los indicadores relacionados en las Dimensiones de MIPG de Direccionamiento Estratégico y Planeación y de Evaluación de Resultados no se están cumpliendo o se han materializado riesgos- incluyendo riesgos de corrupción, se están implementando los correctivos de manera oportuna y en el mejor de los casos, evitar en lo posible que este tipo de riesgo no se vuelva a presentar en la entidad.

Los Líderes de procesos, como primera línea de defensa, reportan el estado de avance del tratamiento de los riesgos a cargo. La consolidación de los riesgos en todos los niveles será reportada por la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa hacia la alta dirección.

El monitoreo y revisión de los riesgos se desarrolla a través de los “Roles y Responsabilidades” descritos en el numeral 5 de la presente política.

Su importancia radica en la necesidad de llevar a cabo un seguimiento constante a la gestión del riesgo y a la efectividad de los controles establecidos. Teniendo en cuenta que la corrupción es, por sus propias características, una actividad difícil de detectar.



“Una vida sin riesgo es
una vida gris, pero
una vida sin control
probablemente será
una vida corta”
Bertrand Russell