

 <p><b>MIC MORENO &amp; CLAVIJO</b> Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	GPL-OD-003
	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	Versión: 002
		Página: 1 de 4

**Resolución N° 294 de 2022**

**(Noviembre 25 del 2022)**

"Por medio de la cual se actualiza la **Política de Administración del Riesgo** de la **ESE Departamental Moreno y Clavijo**, que define el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de Administración, Gestión y Control del Riesgo en la **ESE Moreno y Clavijo**.

El Gerente De la **ESE Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo**, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias conferidas en la Ley 1474 de 2011, Ley 1712 de 2014 y Ley 1757 de 2015.

**Considerando:**

**1. Que la constitución Política de Colombia en su artículo 209, en armonía con el artículo 269,** establece la existencia de un control Interno en todos los ámbitos de la administración pública.

**2. Qué en desarrollo del artículo 209 de la Constitución Política, el Congreso de la República expidió la ley 87 de 1993,** la cual ordena la obligación de las entidades públicas del orden nacional y territorial adoptar los mecanismos necesarios para el control interno de éstas.

**3. Que la Ley 87 de 1993,** establece las normas para el ejercicio del control interno de las entidades y organismos del Estado y define la oficina de control interno (o quien haga sus veces) como uno de los componentes del sistema de control interno encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la revaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

**4. Que la Directiva Presidencial 09 de 1999 y el Decreto 1537 de 2001,** establecen los lineamientos para la implementación de la política contra la corrupción y los elementos técnicos y administrativos que fortalecen el sistema de control interno de las entidades u organismos del estado.

**5. Que el artículo 4 del Decreto 1537 de 2001,** establece que todas las entidades de la Administración Pública deben contar con una **Política de Administración del**

**Riesgo** 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.

**6. Que mediante la Ley 1474 de 2011**, relativa a las medidas anticorrupción que deben adoptar las entidades públicas, en su artículo 73, orienta para que construya el **Mapa de Riesgos de Corrupción** en la respectiva entidad, y se fijen las **medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti trámite y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.**

**7. Que el Decreto 1083 de 2015**, establece que la **oficina de control interno** o quien haga sus veces, **desarrollarán** su labor a través de los **roles de liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control.**

**8. Que el mismo Decreto** establece que el **Comité Institucional de Coordinación de Control Interno** tiene dentro de sus funciones, la de diseñar, aprobar y difundir lineamientos generales para la gestión y el control de los riesgos, así como verificar su cumplimiento.

Que el decreto 1499 de 2017, modificó el Decreto 1083 de 2015 y **creó el Sistema de Gestión** que integra los sistemas de desarrollo administrativo y de gestión de la calidad y lo articuló con el sistema de control interno en el marco del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG** a través de los mecanismos de control y verificación que permite el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

**9. Que el artículo 2.2.221.5.4 del Decreto 1083 de 2015, establece la Administración del Riesgo** como parte integral de 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 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.

**10. Qué el departamento Administrativo de la Función Pública DAFP**, dentro del ejercicio de la implementación de MIPG, ha desarrollado metodologías y herramientas para aplicación de todos los entes de la administración pública, entre ellas, la metodología actualizada para la gestión y control del riesgo.

**11. Que el Departamento Administrativo de la Función Pública** a través de su espacio virtual de asesoría — EVA — en la Web del DAFP, ha dispuesto el curso virtual sobre el ' Modeló Integrado de Planeación y Gestión — MIPG-, que el módulo 7 de la Dimensión Control Interno, Política de Control Interno, establece las acciones de cada línea de defensa frente a los componentes del **Modelo Estándar de Control Interno – MECI**.

**12. Que la Administración de la ESE Moreno y Clavijo**, mediante esta Resolución, adopta la Política y Lineamientos para la Administración del Riesgo tomando como base metodologías anteriores, que por obsolescencia deben ser modificadas.

**13. Que el Decreto 1499 de 2017 creó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG**, generando el Sistema Integrado de Gestión articulado con el **Sistema de Control Interno**, a través del **Modelo “las Líneas de Defensa”** para la Gestión y el Control, por lo que se hace necesario definir e integrar el modelo de las líneas de defensa en la ESE Moreno y Clavijo y generar las responsabilidades de cada una de las líneas de defensa en la administración, gestión y control de los riesgos.

**14. Que la Administración de la ESE Moreno y Clavijo**, definió quienes integran cada una de las líneas de defensa para la gestión y el control como mecanismos articulados de los sistemas integrados de gestión y de control interno dentro del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG**.

**15. Que teniendo en cuenta que el 20 de diciembre de 2020, la función pública genero la guía de administración de riesgo versión 5** en el cual se realizaron cambios en la estructura conceptual, con precisiones en los siguientes aspectos:

- a. Ajustes en definición riesgo y otros conceptos relacionados con la gestión del riesgo. Se articula la institucionalidad de MIPG con la gestión del riesgo.
- b. En paso 1: identificación del riesgo, se estructura propuesta para la redacción del riesgo.
- c. Se amplían las tipologías de riesgo.
- d. En paso 2 valoración del riesgo: se precisa análisis de probabilidad e impacto y sus tablas de referencia, así como el mapa de calor resultante.
- e. Se ajusta tabla de calificación para el diseño y evaluación de los controles.
- f. Se reubica y precisan las opciones de tratamiento del riesgo.
- g. Se incluyen indicadores clave de riesgo.
- h. Se precisan términos y uso relacionados con los planes de tratamiento del riesgo.
- i. Se incluye en la caja de herramientas una matriz para el mapa de riesgos.
- j. Se amplía el alcance de la seguridad digital a la seguridad de la información.

 <p><b>MIC MORENO &amp; CLAVIJO</b> Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	GPL-OD-003
	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	Versión: 002
		Página: 4 de 4

**16.** Que, en virtud de lo anterior, se hace necesario actualizar la **Política de Administración de Riesgos** de la **ESE Moreno y Clavijo**, con el fin de definir y regular las responsabilidades y generalidades del ejercicio de la administración, diseño, gestión y control de los riesgos de acuerdo a la actualización definida por Función Pública.

**RESUELVE:**

**Artículo Primero:** Actualizar para la Empresa Social del Estado de I Nivel Moreno y Clavijo la "Política de Administración de Riesgos", la cual hace parte integral del presente Acto Administrativo y consta de veinticuatro (26) folios útiles.

**Artículo Segundo:** La presente Resolución rige a partir de su expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

**Notifíquese y Cúmplase**



**Wilder Hernández Ortiz Bueno**  
**Gerente**

Digito: Nelly Rosmira Márquez Cantor – Prof. Apoyo planeación / ESE Moreno y Clavijo  
Reviso: Jenny Alejandra Riaño Díaz – Asesora Jurídica/ ESE Moreno y Clavijo  
Aprobó: Ruth Leonora Díaz Ayala Asesora de planeación (E) ESE Moreno y Clavijo

# **POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
DEPARTAMENTAL DE PRIMER NIVEL  
MORENO Y CLAVIJO**

**TAME - 2023**

## Contenido

<b>1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>3</b>
1.1 Misión:	4
1.2 Visión:	4
1.3 Objetivos estratégicos	5
1.4 Valores	5
1.5 Principios Institucionales:	5
<b>2. MAPA DE PROCESOS DE LA EMPRESA</b>	<b>6</b>
<b>3. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</b>	<b>7</b>
3.1 DEFINICIONES	7
3.2 OBJETIVO GENERAL DE LA POLÍTICA DE RIESGOS	9
3.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS:	9
3.4 ALCANCE DE LA POLÍTICA	9
3.5 RIESGOS A CONTROLAR	9
3.6 NIVELES DE RESPONSABILIDAD SEGÚN LOS ROLES	10
3.7 TIPOLOGÍA DE RIESGOS.	11
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>11</b>
4.1 TIPOS DE RIESGOS.	12
4.2 CLASIFICACIÓN DE RIESGOS.	12
4.3 CRITERIOS PARA CALIFICAR IMPACTO.	13

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	GPL-OD-003
	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	Versión: 002
		Página: 3 de 22

## 1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

La ESE Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo, constituida mediante Decreto número 334 de 18 de julio de 2005, se encuentra ubicada en el departamento de Arauca y cuenta con sedes habilitadas en cinco municipios, el domicilio y sede de los órganos administrativos es la ciudad de Arauca. Actualmente su estructura orgánica está definida en la Resolución No. 153 de 28 de mayo de 2015 expedida por la ESE Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo. A continuación, se describe su conformación:

- **Procesos estratégicos:** Conformado por la Junta Directiva y el Gerente. La Junta Directiva cuenta con una línea staff conformada por la Revisoría Fiscal Externa. La Gerencia con una línea de staff conformada por el Asesor de planeación y Aseguramiento de la calidad.
- **Procesos Misionales:** Liderado por la Subgerencia en Salud, cuya función principal es la dirección de los procesos asistenciales con miras a garantizar la idoneidad técnico científica de los mismos y la resolución efectiva y oportuna de las necesidades de salud de los usuarios. Se encuentra integrada por los procesos de Protección específica y Detección temprana, Sala de Parto y Quirófano, Gestión apoyo diagnóstico y terapéutico, Referencia y contra referencia, Hospitalización, Urgencias, Consulta Externa, Gestión Farmacia, Vigilancia Epidemiológica, que operan en los municipios de Tame, Arauquita, Fortul, Puerto Rondón y San José de Cravo Norte, a través de los hospitales, centros y puestos de salud.
- **Procesos de apoyo:** Está conformada por Gestión Financiera, Gestión de talento Humano, Gestión de Información, Gestión Jurídica, Gestión Infraestructura, Gestión Recursos Físicos y Gestión de Calidad.
- **Procesos de evaluación:** Está conformado por Gestión Integral de seguimiento y Control.

Teniendo en cuenta la estructura orgánica y funcional el organigrama es el siguiente:



La Plataforma Estratégica de la ESE Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo, fue adoptada mediante el Decreto número 334 de 18 de julio de 2005, y actualizada mediante Resolución No 0242 de 2021, está integrada por la misión, visión, objetivos estratégicos, principios y valores institucionales.

### 1.1 Misión:

La ESE Departamental Moreno y Clavijo de Arauca, ofrece sus servicios a través de un Modelo de Prestación Integral en Salud, con énfasis en atención primaria, cumplimiento de atributos de calidad, eficiencia administrativa y financiera, logrando la afectación positiva de los determinantes sociales de nuestros usuarios.

### 1.2 Visión:

En el año 2031 seremos la Empresa Social del Estado líder en la Orinoquía en prestación de servicios integrales de salud con estándares superiores de calidad y un equipo interdisciplinario con sentido de pertenencia, garantizando una atención humanizada a los usuarios y sus familias, enmarcados en la sostenibilidad social, ambiental y económica.

 <p><b>MIC MORENO &amp; CLAVIJO</b> Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	GPL-OD-003
	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	Versión: 002
		Página: 5 de 22

### 1.3 Objetivos estratégicos

- ⇒ Posicionar la ESE como referente regional en salud
- ⇒ Mejorar el estado de salud de la población objeto de la ESE.
- ⇒ Lograr la sostenibilidad financiera de la ESE.
- ⇒ Incrementar fidelización de los usuarios
- ⇒ Incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios
- ⇒ Alcanzar estándares superiores de calidad en salud
- ⇒ Implementar sistemas integrales de gestión de la ESE.
- ⇒ Fortalecer competencias del Talento Humano.
- ⇒ Fortalecer los sistemas de información y de comunicaciones.

### 1.4 Valores

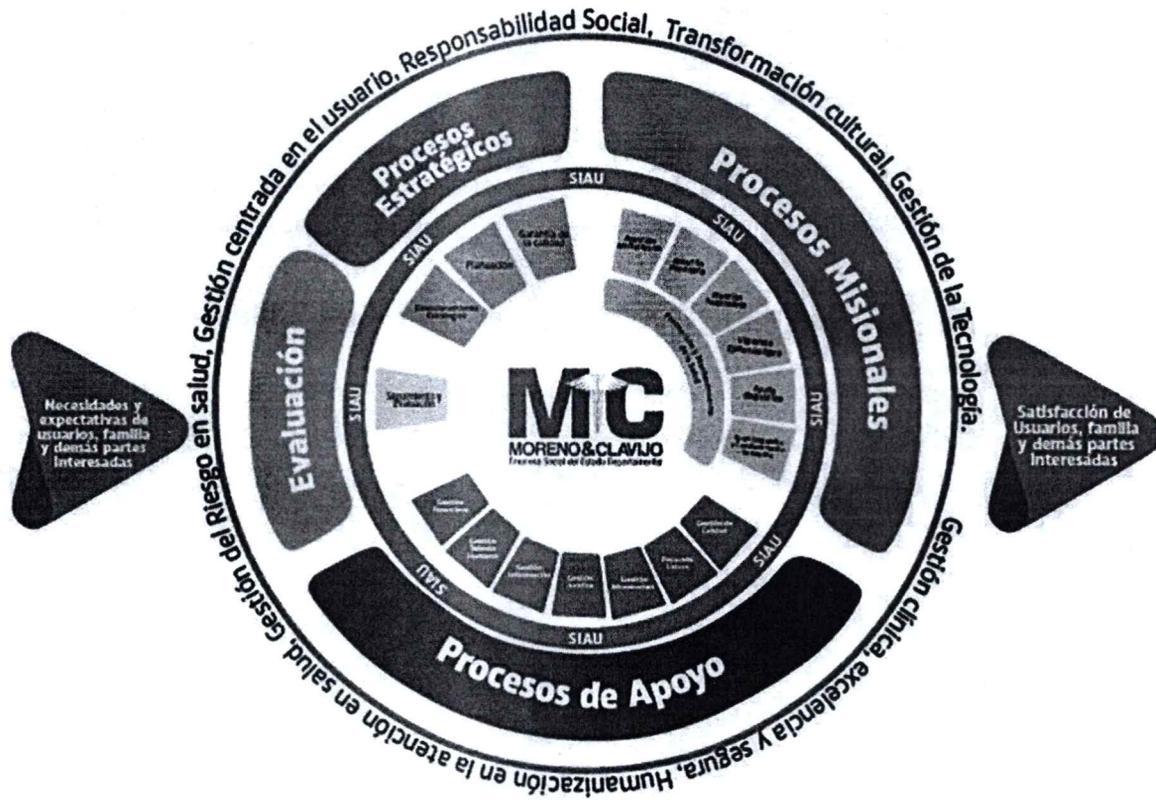
La "ESE MORENO Y CLAVIJO" para alcanzar su Misión, Visión y Objetivos en beneficio de la población del Departamento de Arauca se regirá por los siguientes valores:

- ⇒ Honestidad
- ⇒ Respeto
- ⇒ Compromiso
- ⇒ Justicia
- ⇒ Diligencia
- ⇒ Resiliencia.

### 1.5 Principios Institucionales:

- ⇒ Humanización
- ⇒ Universalidad
- ⇒ Integralidad
- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Eficacia
- ⇒ Solidaridad
- ⇒ Calidad
- ⇒ Equidad

2. MAPA DE PROCESOS DE LA EMPRESA



	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	GPL-OD-003
	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	Versión: 002
		Página: 7 de 22

### 3. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La ESE Departamental de Primer Nivel Moreno y Clavijo, cumpliendo con lo estimado para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, haciendo uso de la herramienta para la consecución de los objetivos institucionales, a través de la administración del riesgo, presenta su Política de Administración del Riesgo de Gestión, establecida y concordante con las directrices impartidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 5 de diciembre de 2020.

#### 3.1 CONCEPTOS BASICOS:

- ☞ **Riesgo:** posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la Empresa y le impidan el logro de los Objetivos Institucionales.
- ☞ **Gestión de Riesgos:** es un método lógico y sistemático para establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorear y comunicar los riesgos asociados a una actividad, función o proceso, de forma que permita al Hospital minimizar pérdidas y maximizar oportunidades.
- ☞ **Administración de Riesgos:** Conjunto de elementos de control que, al interrelacionarse, permiten a la entidad pública 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. Se constituye en el componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la entidad pública auto controlar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos.
- ☞ **Gestión de la Continuidad:** proceso mediante el cual se identifican impactos potenciales que pueden amenazar la continuidad institucional, se desarrollan estrategias y se construyen anticipadamente respuestas para salvaguardar los compromisos de las partes interesadas, la gobernabilidad, imagen y actividades de creación de valor del Hospital.
- ☞ **Gestión Integral de Riesgos:** Es la implementación comprobada y sistemática de un conjunto de acciones tendientes al manejo óptimo de todos los riesgos del Hospital, que tiene como objetivo mantener la estabilidad y garantizar la sostenibilidad de la Institución, enmarcado dentro del nivel de tolerancia al riesgo definido, mediante la interacción de los componentes complementarios: Gestión de Riesgos y Gestión de la Continuidad de la Institución.

- ☞ **Aceptar el riesgo:** Decisión informada de aceptar las consecuencias y probabilidad de un riesgo en particular.
- ☞ **Control correctivo:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.
- ☞ **Control preventivo:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.
- ☞ **Autoevaluación del control:** Elemento de control que, basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación, determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas. Se basa en una revisión periódica y sistemática de los procesos de la entidad para asegurar que los controles establecidos son aún eficaces y apropiados.
- ☞ **Compartir el riesgo:** Se asocia con la forma de protección para disminuir las pérdidas que ocurran luego de la materialización de un riesgo, es posible realizarlo mediante contratos, seguros, cláusulas contractuales u otros medios que puedan aplicarse
- ☞ **Consecuencia:** Es el resultado de un evento expresado cualitativa o cuantitativamente, sea este una pérdida, perjuicio, desventaja o ganancia, frente a la consecución de los objetivos de la entidad o el proceso.
- ☞ **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 que ocurre en un lugar determinado durante un periodo de tiempo determinado. Este puede ser cierto o incierto y su ocurrencia puede ser única o ser parte de una serie.
- ☞ **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:** elemento de control, que posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no bajo el control de la entidad pública, que ponen en riesgo el logro de su misión, estableciendo los agentes generadores, las causas y los efectos de su ocurrencia. se puede entender como el proceso que permite determinar qué podría suceder, por qué sucedería y de qué manera se llevaría a cabo.
- ☞ **Monitorear:** Comprobar, Supervisar, observar, o registrar la forma en que se lleva a cabo una actividad con el fin de identificar sus posibles cambios.
- ☞ **Pérdida:** Consecuencia negativa que trae consigo un evento.
- ☞ **Probabilidad:** grado en el cual es probable que ocurra de un evento, este se debe medir a través de la relación entre los hechos ocurridos realmente y la cantidad de eventos que pudieron ocurrir.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	GPL-OD-003
	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	Versión: 002
		Página: 9 de 22

- ☞ **Proceso de administración de riesgo:** aplicación sistemática de políticas, procedimientos y prácticas de administración a las diferentes etapas de la administración del riesgo.
- ☞ **Reducción del riesgo:** aplicación de controles para reducir las probabilidades de ocurrencia de un evento y/o su ocurrencia.
- ☞ **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.

### 3.2 OBJETIVO GENERAL:

Instituir los lineamientos para el control y la gestión de los riesgos de gestión, corrupción y/o fraude y de seguridad de la información que está expuesta la E.S.E. Moreno y Clavijo, con el objetivo de minimizar su incidencia sobre la consecución de los objetivos estratégicos y de los procesos, en la búsqueda constante de garantizar una eficiente y efectiva prestación del servicio de salud.

### 3.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ☞ Garantizar la continuidad de los servicios de salud y la sostenibilidad Institucional.
- ☞ Apoyar al mejoramiento de la eficiencia Institucional mediante la mitigación de vulnerabilidad ante las amenazas e impacto de incidentes y eventos adversos.
- ☞ Administrar, planificar y gestionar de forma anticipada los riesgos o eventos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales, permitiendo la toma adecuada de decisiones estratégicas.
- ☞ Fortalecer el mejoramiento continuo en la gestión de los procesos y el sistema de Control Interno.

### 3.4 ALCANCE DE LA POLÍTICA

La política de riesgos es aplicable a todos los procesos y proyectos de la Entidad y a todas las acciones ejecutadas por el personal durante el ejercicio de sus funciones y/o cumplimiento de sus actividades.

### 3.5 RIESGOS A CONTROLAR

Los riesgos a controlar serán los priorizados y consolidados en las Matrices de: Mapa del Riesgo Institucional el cual está, tanto en los riesgos administrativos y de corrupción por procesos, de acuerdo a su calificación de Riesgo Extremo, Riesgo Alto, Riesgo Moderado y Riesgo Bajo según los niveles de importancia que le sea asignado por el líder del proceso.

### 3.6 NIVELES DE RESPONSABILIDAD SEGÚN LOS ROLES

PASOS DE LA POLITICA	FUNCIONES
<p><b>Elaboración y Aprobación de la Política para la administración del riesgo.</b></p>	<p><b>GERENCIA:</b> El Gerente como presidente del Comité Técnico de Gerencia.</p> <p><b>Oficina de Planeación:</b> Responsable de liderar el proceso de formulación y elaboración de la Política de Administración del Riesgo para que el Comité de Gestión y Desempeño lo someta a aprobación.</p>
<p><b>Seguimiento y Monitoreo</b></p>	<p><b>LIDER DEL PROCESO:</b> Realizar el seguimiento correspondiente al mapa de riesgos de su proceso y ajustarlo cada vez que se requiera e informar inmediatamente al Asesor de planeación.</p> <p><b>COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO:</b> Hacer seguimiento a la Política, en especial a la prevención y detección de fraude y mala conducta.</p> <p><b>ASESORA DE PLANEACIÓN:</b> Consolidar los riesgos de los procesos de la Entidad, paso básico para el seguimiento a los riesgos críticos de la ESE.</p> <p><b>ASESORA DE CONTROL INTERNO:</b> Desde su rol de evaluación y seguimiento, debe realizar el monitoreo de los mapas de riesgos de corrupción, incluyéndolo dentro del programa y plan de auditorías anual, complementando entre otras actividades las siguientes: Revisión de las causas, de los riesgos y su evolución, asegurar que los controles sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, debiéndose realizar de forma cuatrimestral con corte a las fechas: 30 de abril, 31 de agosto y 31 de diciembre, para surtir la publicación correspondiente dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes siguiente en la página web de la Empresa o en lugar de fácil acceso al ciudadano.</p> <p><b>ASESORA DE CONTROL INTERNO:</b> Como integrante del Comité de Control Interno presentará un informe semestral en el marco del comité sobre los resultados obtenidos en las auditorías de mapas de riesgos.</p>

<p><b>Identificación del Riesgo</b></p>	<p><b>LIDER DEL PROCESO:</b> Analizar el contexto para el proceso del cual es líder en conjunto con su equipo de trabajo. Identificar los riesgos administrativos y los riesgos de corrupción.</p> <p><b>ASESORA DE CONTROL INTERNO:</b> Desde el rol de asesoría debe mantener un canal de comunicación con la Asesora de Planeación suministrando las herramientas necesarias a los procesos de levantamiento de los mapas de riesgo en cada una de sus etapas.</p> <p><b>ASESORA DE PLANEACIÓN:</b> Trabajar de forma coordinada con Gestión Integral de Control, con el fin de acompañar los procesos del levantamiento de los mapas de riesgo en cada una de sus etapas (incluyendo los riesgos de corrupción).</p>
<p><b>Análisis y Valoración del Riesgo</b></p>	<p><b>LIDER DEL PROCESO:</b> Realizar el análisis y valoración para el proceso.</p> <p><b>ASESORA CONTROL INTERNO:</b> Desde el rol de asesoría debe mantener un canal de comunicación con los procesos, facilitando técnicas a Gestión Planeación para el proceso de levantamiento de los mapas de riesgo en cada una de sus etapas.</p> <p><b>ASESORA DE PLANEACIÓN:</b> Trabajar de forma coordinada con Gestión Integral de Control, con el fin de acompañar los procesos en el levantamiento de los mapas de riesgo en cada una de sus etapas (incluyendo los riesgos de corrupción).</p>

### 3.7 TIPOLOGÍA DE RIESGOS.

De acuerdo a su tipo los riesgos pueden ser:

- ✚ **Riesgos de gestión:** Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales. 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.
- ✚ **Riesgos de corrupción y/o fraude:** Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
- ✚ **Riesgos de seguridad de la información:** Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información. Suele considerarse como una combinación de la probabilidad de un evento y sus consecuencias.

## 4. METODOLOGIA

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	GPL-OD-003
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	Versión: 002
		Página: 12 de 22

Para la aplicación de la Administración del Riesgo en la entidad, se tendrán en cuenta la Guía para la Administración de Riesgo y el diseño de Controles en entidades públicas, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – Versión 5 y el procedimiento y formatos que a partir de la misma se establezcan en la entidad.

#### 4.1 TIPOS DE RIESGOS.

De acuerdo a su tipo los riesgos pueden ser:

- ✚ **Riesgos de gestión:** Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales. 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.
- ✚ **Riesgos de corrupción y/o fraude:** Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
- ✚ **Riesgos de seguridad de la información:** Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información. Suele considerarse como una combinación de la probabilidad de un evento y sus consecuencias.

#### 4.2 CLASIFICACIÓN DE RIESGOS.

Los riesgos identificados se pueden clasificar en las siguientes categorías:

- ✓ **Ejecución y administración de procesos:** Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos.
- ✓ **Fraude externo:** Perdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la organización (No participa personal de la entidad).
- ✓ **Fraude interno:** Perdida debido a actos de fraude, actuaciones irregulares, comisión de hechos delictivos, abuso de confianza, apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales está involucrado por lo menos un participante interno de la organización, son realizadas de forma intencional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	GPL-OD-003
	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	Versión: 002
		Página: 13 de 22

- ✓ **Fallas tecnológicas:** Errores en hardware, telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.
- ✓ **Relaciones laborales:** Pérdidas que surgen de acciones contrarias a las leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discriminación.
- ✓ **Usuarios, productos y prácticas:** Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios y que impiden satisfacer una obligación profesional frente a estos.
- ✓ **Daños a activos fijos/eventos externos:** Pérdida por daños o extravíos de los activos fijos por desastres naturales u otros riesgos/eventos externos como atentados, vandalismo, orden público.

#### 4.3 CRITERIOS PARA CALIFICAR IMPACTO.

##### ➤ CRITERIOS PARA CALIFICAR EL IMPACTO EN RIESGOS DE GESTIÓN Y DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.

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

➤ **CRITERIOS PARA CALIFICAR EL IMPACTO EN RIESGOS DE CORRUPCIÓN.**

No	Pregunta	Respuesta	
		SI	NO
	Si el riesgo de corrupción se materializa podría...		
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?		
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?		
3	¿Afectar el cumplimiento de misión de la Entidad?		
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la Entidad?		
5	¿Generar pérdida de confianza de la Entidad, afectando sureputación?		
6	¿Generar pérdida de recursos económicos?		
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?		
8	¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por lapérdida del bien o servicios o los recursos públicos?		
9	¿Generar pérdida de información de la Entidad?		
10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la Fiscalía, u otro ente?		
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?		
12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?		
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?		
14	¿Dar lugar a procesos penales?		
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?		
16	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas?		
17	¿Afectar la imagen regional?		
18	¿Afectar la imagen nacional?		
19	¿Generar daño ambiental?		
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>0</b>

- Responder afirmativamente de UNA a CINCO preguntas genera un impacto Moderado.
- Responder afirmativamente de SEIS a ONCE preguntas genera un impacto Mayor.
- Responder afirmativamente de DOCE a DIECINUEVE preguntas genera un impacto Catastrófico.

➤ **MAPA DE CALOR**

A continuación, se muestra el mapa de calor que se tendrá en cuenta para determinar la intersección entre la probabilidad y el impacto y con ello determinar el nivel de severidad del riesgo.

<b>PROBABILIDAD</b>	Muy alta 100%					
	Alta 80%					
	Media 60%	No aplica Riesgos de	para los Corrupción			
	Baja 40%					
	Muy baja 20%					
		Leve 20%	Menor 40%	Moderado 60%	Mayor 80%	Catastrófico 100%

➤ **IMPACTO**

B	Bajo
M	Moderado
A	Alto
E	Extremo

➤ **NIVEL DE ACEPTACIÓN Y TRATAMIENTO DE RIESGOS**

TIPO DE RIESGO	NIVEL DE SEVERIDAD DEL RIESGO	NIVEL DE ACEPTACIÓN
Riesgo de Gestión y Riesgo de Seguridad Digital	Bajo	- Se acepta el riesgo y los posibles efectos de su materialización. Se gestiona mediante las actividades y/o controles el proceso o proyecto. El riesgo debe ser objeto de seguimiento continuo.
	Moderado	- Se mitiga el riesgo mediante acciones, no necesariamente corresponden a controles adicionales. - Se hace seguimiento bimensual.

	Alto y Extremo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se mitiga el riesgo mediante acciones, no necesariamente corresponden a controles adicionales.</li> <li>- Se evita el riesgo, cancelando la actividad o actividades que causan los riesgos.</li> <li>- Se terceriza el proceso o proyecto o se traslada el riesgo.</li> <li>- Se hace seguimiento mensual.</li> </ul>
Riesgo de corrupción	Moderado, Alto y Extremo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ningún riesgo de corrupción es aceptado.</li> <li>- Se mitiga el riesgo mediante acciones, no necesariamente corresponden a controles adicionales</li> <li>- Se evita el riesgo, cancelando la actividad o actividades que causan los riesgos.</li> <li>- Se terceriza el proceso o proyecto o se traslada el riesgo.</li> <li>- Se hace seguimiento mensual</li> </ul>

➤ **ACCIONES A EMPRENDER ANTE LA MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS.**

TIPO DE RIESGO	RESPONSABLE	ACCIONES
Riesgo de corrupción	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno e informar sobre los hechos detectados, desde donde se tomarán las decisiones para iniciar la investigación de los hechos.</li> <li>• Dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), realizar la denuncia ante el ente de control respectivo.</li> <li>• Facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos y sus controles asociados.</li> <li>• Verificar que se tomaron las acciones y se actualizó el mapa de riesgos.</li> </ul>

	Líder del proceso u otro(s) funcionario(s) que participa(n) o interactúa(n) con el proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar a la Alta Dirección y a la oficina de control interno sobre el hecho encontrado.</li> <li>• De considerarlo necesario, realizar la denuncia ante el ente de control respectivo.</li> <li>• Iniciar con las acciones de contingencia necesarias.</li> <li>• Realizar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora.</li> <li>• Análisis y actualización del mapa de riesgos.</li> </ul>
Riesgo de Gestión y de Seguridad Digital (Zona de riesgo Extrema, Alta y Moderada)	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al líder del proceso sobre el hecho encontrado.</li> <li>• Orientar al líder del proceso para que realice la revisión, análisis y acciones correspondientes para resolver el hecho.</li> <li>• Verificar que se tomaron las acciones y que se actualizó el mapa de riesgos correspondiente.</li> <li>• Convocar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno e informar sobre la actualización realizada.</li> </ul>
	Líder del proceso u otro(s) funcionario(s) que participa(n) o interactúa(n) con el proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar las acciones de contingencia necesarias, dependiendo del riesgo materializado.</li> <li>• Iniciar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y/o de mejora.</li> <li>• Analizar y actualizar el mapa de riesgos.</li> <li>• Informar a la Alta Dirección sobre el hallazgo y las acciones tomadas.</li> </ul>
Riesgo de Gestión y de Seguridad Digital (Zona de riesgo Baja)	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar la líder del proceso sobre el hecho.</li> <li>• Orientar técnicamente sobre las acciones determinadas en la política de Riesgos institucional.</li> </ul>
	Líder del proceso u otro(s) funcionario(s) que participa(n) o interactúa(n) con el proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y/o de mejora.</li> <li>• Analizar y actualizar el mapa de riesgos</li> </ul>

➤ **ACCIONES DE CONTINGENCIA.**

Para los riesgos ubicados en zonas de riesgo Moderada, Alta y Extrema, los responsables de los procesos y/o proyectos deberán establecer acciones de

contingencia, entendidas éstas como las acciones que se implementarán una vez un riesgo se materializa.

➤ **ROLES Y RESPONSABILIDADES.**

En la entidad E.S.E. Moreno y Clavijo son responsables de la Administración del riesgo, las siguientes instancias:

Línea de defensa	Responsables	Responsabilidades frente al riesgo
Estratégica	Alta dirección Comité Institucional de coordinación de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establece y aprueba la Política de Administración del Riesgo.</li> <li>• Analiza los cambios en el entorno tanto interno como 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.</li> <li>• Hace seguimiento a cada una de las etapas de la gestión del riesgo.</li> <li>• Realiza seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales</li> <li>• Identifica posibles riesgos que se estén materializando.</li> <li>• Revisa periódicamente informes de riesgos que se han materializado.</li> <li>• Realimenta al Comité de Gestión y Desempeño sobre los ajustes que se deban hacer frente a la gestión del riesgo</li> </ul>
Primera Línea	Servidores públicos en todos los niveles de la entidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifican y valoran los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales.</li> <li>• Definen y diseñan los controles a los riesgos.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir de la política de administración del riesgo, establecen 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.</li> <li>• Identifican y controlan 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.</li> <li>• Implementan procesos para identificar, disuadir y detectar fraudes; y revisan la exposición de la entidad al fraude con el auditor interno de la entidad</li> </ul>
Segunda Línea	Subgerencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informan sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evalúan si la valoración del riesgo es la apropiada.</li> <li>• Aseguran que las evaluaciones de riesgo y control incluyan riesgos de fraude.</li> <li>• Monitorean cambios en el riesgo legal, regulatorio y de cumplimiento.</li> <li>• Consolidan los seguimientos a los mapas de riesgo.</li> <li>• Elaboran informes consolidados para las diversas partes interesadas.</li> <li>• Siguen los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos, cuando haya lugar.</li> <li>• Los supervisores y/o interventores de contratos realizan seguimiento a los riesgos de estos e informan las alertas respectivas.</li> </ul>
Tercera Línea	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesorar en la metodología para la identificación y administración de los riesgos, en coordinación con la segunda línea de defensa.</li> </ul>

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	GPL-OD-003
	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	Versión: 002
		Página: 20 de 22

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Comunicar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, detectados en las auditorías.</li> <li>• Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad.</li> <li>• Alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas.</li> </ul>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

➤ **ACCIONES PARA LA APROPIACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO.**

Para contribuir a una adecuada gestión del riesgo al interior de la entidad, sellevarán a cabo las siguientes acciones:

- Capacitaciones para el fortalecimiento conceptual y operativo de la gestión del riesgo, que garanticen la competencia necesaria del personal de la Entidad.
- Sensibilización y comunicación, que promuevan el pensamiento basado en riesgos.
- Asesoría y acompañamiento para el desarrollo del enfoque de administración de riesgos en las actividades diarias.
- Seguimiento a los riesgos identificados en los procesos y que hacen parte del mapa de riesgos institucional.
- Divulgación de los resultados de la gestión de riesgos en la Entidad.

➤ **REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN.**

Los mapas de riesgos por proceso y/o proyecto y el mapa de riesgos institucional, serán objeto de revisión y actualización mínimo una vez al año, o cuando las circunstancias de los procesos, proyectos y/o eventualidades

institucionales así lo ameriten, a partir de cualquier hecho de carácter interno o externo que los afecte. Para tal resultado se tendrá en cuenta la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública y el procedimiento documentado al interior de la entidad.

### ➤ MONITOREO Y REVISIÓN.

El monitoreo y revisión de la gestión del riesgo al interior de la entidad está asignada de la siguiente manera:

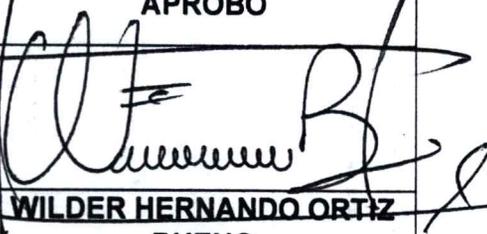
Línea de defensa	Responsables	Responsabilidades frente al riesgo
Estratégica	Alta dirección Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir el marco general para la gestión del riesgo y el control y supervisar su cumplimiento.</li> </ul>
Primera Línea	Servidores públicos en todos los niveles de la entidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseñar, implementar y monitorear los controles y gestionar de manera directa en el día a día los riesgos de la entidad.</li> <li>Orientar el desarrollo e implementación de políticas y procedimientos internos y asegurar que sean compatibles con las metas y objetivos de la entidad y emprenden las acciones de mejoramiento para su logro.</li> </ul>
Segunda Línea	Subgerencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorear la gestión del riesgo y control, ejecutada por la primera línea de defensa complementando su trabajo.</li> </ul>
Tercera Línea	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar un aseguramiento basado en el más alto nivel de independencia y objetividad sobre la efectividad del sistema de control interno.</li> </ul>

### ➤ SEGUIMIENTO.

El seguimiento a los riesgos está a cargo de la Oficina de Control interno, este se ejecutará de manera periódica y de los mismos se elaborarán los informes correspondientes que serán dados a conocer a la alta dirección.

El seguimiento a los riesgos de corrupción deberá ser objeto de publicación en la página web de la entidad, dentro de los diez (10) primeros días siguientes a la culminación del cuatrimestre correspondiente.

**CONTROL DE REVISIONES Y CAMBIOS DEL DOCUMENTO**

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>FIRMA:</b>			
<b>NOMBRE:</b>	PEDRO JOSÉ ÁNGEL SARMIENTO	PAULA ANDREA DUARTE	WILDER HERNANDO ORTIZ BUENO
<b>CARGO:</b>	PROFESIONAL FINANCIERO	ASESORA PLANEACIÓN	GERENTE
<b>FECHA:</b>	07 de febrero de 2023	07 de febrero de 2023	07 de febrero de 2023

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
01	12 de noviembre de 2019	Emisión del documento
02	07 de febrero de 2023	Se actualizo de acuerdo a la última versión de la guía del DAFP. (Departamento Administrativo de la Función Pública)