

1. NORMATIVA

- **Constitución Política de 1991 - Artículo 49:** Referente a la atención en Salud.
- **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”.
- **Decreto 1537 de 2001:** Reglamentó parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de Control Interno de las Entidades y el Estado, por lo que en el Artículo 4 de la presente Ley se dice que la Administración de Riesgos es parte integral del fortalecimiento de los Sistemas de Control Interno en las Entidades Públicas, para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y la oficina de Control Interno.
- **Decreto 723 de 1997:** Por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.
- **Acuerdo 117 de 1998:** Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- **Decreto 4110 de 2004:** Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.
- **Decreto 1599 de 2005:** Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.
- **Ley 1122 de 2007:** Hace algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS- en donde el Artículo 14 de la presente Ley se introduce el concepto de riesgo en el Sector Salud, que señala a las Entidades Promotoras en Salud (EPS), como las encargadas del aseguramiento de la salud, entendiéndose este concepto, como la administración del riesgo financiero, la gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador (IPS) y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.
- **Decreto 574 de 2007:** Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.
- **Decreto 1698 de 2007:** Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.
- **Resolución 1740 de 2008:** Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas previstas en el Sistema de Habilitación – Condiciones financieras y de suficiencia patrimonial, se definen las fases para su implementación y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 1474 de 2011:** Artículo 12 fija la obligación legal de crear el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas financieras y de atención en la Salud del SGSSS, con el objeto de identificar, registrar y monitorear oportunamente conductas riesgosas, en consecuencia, se le encomienda a la Superintendencia Nacional de Salud no solo ejercer los poderes de inspección, vigilancia y control sobre su vigilados, sino además definir medidas de control preventivas, que incluyan los indicadores para la alerta temprana del riesgo, logrando la identificación, prevención y reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude dentro del SGSSS.
- **NTC 31000 de 2018:** Norma Técnica Colombiana- Gestión de Riesgo. Principios y Directrices.
- **NTC GTC 137 de 2011:** Norma Técnica Colombiana -Suministra las definiciones de términos genéricos relacionados con la gestión del riesgo el objetivo es fomentar un entendimiento mutuo y consistente de la descripción de las actividades relacionadas con esta gestión.
- **Resolución 2031 de 2022:** Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública
- **Decreto 1083 de 2015:** Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en donde el artículo 1.1.1.1 establece al Departamento Administrativo de la Función Pública como cabeza del Sector de la Función Pública, encargado de formular las políticas generales de Administración Pública, en especial en materias relacionadas con Empleo Público, Organización Administrativa, Control Interno

- y Racionalización de Trámites de la Rama Ejecutiva de Poder Público.
- **Decreto 1499 de 2017:** Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
 - **Decreto 591 de 2018:** Por medio del cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión Nacional y se dictan otras disposiciones.
 - **Resolución 5095 de 2018:** Por el cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1.
 - **Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022:** Pacto por Colombia, pacto por la equidad.
 - **Resolución 3384 de 2000:** Expedido por el Ministerio de Salud mediante el cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000.
 - **Resolución 2626 de 2019:** Ministerio de Salud y Protección Social por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE.
 - **Resolución 1147 de 2020:** Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se modifican los artículos de la Resolución 2626 de 2019 en relación con ampliación de plazos referidos en el artículo 9 de la Resolución 2626 de 2019.
 - **Circular Externa 20211700000004-5 de 2021** Por la cual se imparten Instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus subsistemas de Administración de Riesgos.
 - **Circular Externa 20211700000005 – 5 de 2021** – Instrucciones Generales Relativas al Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) Modificaciones a las circulares Externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.
 - **Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001:** Es la base del Sistema de Gestión de Calidad que se centra en todos los elementos de la gestión de la calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios.
 - **Norma Técnica Colombiana NTC-ISO-IEC 27001:** Norma Internacional emitida por la Organización Internacional de Normalización (ISO) y describe cómo gestionar la seguridad de la información en una empresa.
 - **Norma Técnica Colombiana NTC GTC137 numeral 3.7.1.6:** Establece los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de los objetivos de la entidad.
 - **Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas** versión IV/2018 y, V/2020 del Departamento Administrativo de Función Pública.
 - **Acuerdo 761 de 2020:** Por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social y ambiental y de obras públicas del distrito capital 2020-2024, "un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI".
 - **Acuerdo 074 de 2020 Junta Directiva:** Por el cual se aprueba el Plan de Desarrollo Institucional 2020-2024.
 - **Circular Externa 2022151000000053 – 5 de 2022** – Lineamientos respecto al Programa de Transparencia y Ética Empresarial y, mejores prácticas organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno

2. ALINEACIÓN CON EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

La Política de Gestión de Riesgos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., se articula con la Plataforma estratégica desde el enfoque:

Misión: La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., presta Servicios de Salud a través de un Modelo de Atención Integral en Red, **bajo los enfoques de gestión integral del riesgo** y seguridad, fortaleciendo la formación académica orientada a la investigación científica e innovación, con un Talento Humano comprometido, humanizado y competente que **contribuye al mejoramiento de las condiciones de salud de nuestros usuarios** urbanos y rurales de las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Sumapaz.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

Visión: En el año 2024 seremos una Empresa Social del Estado referente en el Distrito por la prestación de servicios de salud con **estándares superiores de calidad, consolidada, sostenible**, referente en investigación, docencia e innovación, con enfoque diferencial, territorial y comunitario, que promueven el cambio, la intersectorialidad, **impactando positivamente la salud y calidad de vida de nuestros usuarios.**

En relación con los objetivos estratégicos, la política se articula de manera transversal con:

Objetivo Estratégico Nro. 1: Consolidar el Modelo de Atención Integral en Red, garantizando la prestación de servicios integrales de salud, **con enfoque en la gestión de riesgo**, servicios humanizados, accesibles y oportunos, impactando positivamente las condiciones de salud de nuestros usuarios, familia y comunidad.

Objetivo Estratégico Nro. 2: Alcanzar estándares superiores de calidad en salud, mediante la implementación de **acciones progresivas que contribuyan al fortalecimiento del desempeño institucional** y reconocimiento como **Hospital Universitario de la Subred Sur E.S.E.** optimizando la atención centrada en los usuarios.

Objetivo Estratégico Nro. 3: Administrar adecuadamente, eficaz, eficiente y transparente los recursos financieros que conlleven a una sostenibilidad financiera de la Subred Sur que contribuya en la prestación integral de servicios.

Objetivo Estratégico Nro. 4: Fortalecer la cultura organizacional y el crecimiento del Talento Humano a través del desarrollo de competencias laborales, que promuevan una cultura de servicio humanizado y de mejoramiento continuo facilitando la implementación del Modelo de Atención en Red.

Objetivo Estratégico Nro. 5: Mantener los niveles de satisfacción de los usuarios, familia y comunidad, desarrollando estrategias que promuevan los espacios de participación y fortalecimiento del control social a parir del Modelo de Atención en Red.

3. ENUNCIADO

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, en el marco de sus Plataforma Estratégica, se compromete a implementar el Sistema Integrado Institucional de Gestión del Riesgo, a través de la estructura de los Subsistemas de Administración del Riesgo, acorde a la capacidad de identificar, evaluar, controlar, prevenir y mitigar los eventos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos estratégicos, bajo los enfoques del Modelo de Atención vigente y la Política de Atención Integral en Salud.

4. OBJETIVO DE LA POLÍTICA

Implementar los lineamientos que permitan el desarrollo del ciclo de la gestión de los riesgos prioritarios de forma eficiente y oportuna, propiciando un ambiente de ejecución, autocontrol y evaluación de los Subsistemas de Administración de Riesgos, que contribuya con la transparencia, integridad, confiabilidad y oportunidad en la información generada por la entidad y gestión de los procesos, con un enfoque de riesgos permitiendo el logro de los objetivos estratégicos.

5. ALCANCE DE LA POLÍTICA

La Política de Gestión de Riesgos, aplica a todos los procesos de la entidad, subsistemas del Sistema Integrado Institucional de Gestión del Riesgo, haciendo partícipes a todos los grupos de valor, como actores responsables del desempeño, opera desde la política, su estructura funcional, las fases del ciclo de gestión con su máximo



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALA 111
Calle 111, Avenida de los Niños
N.º 111, Bogotá D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

POLÍTICA: POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

nivel de aceptación en responsabilidad de las cuatro líneas de aseguramiento, el cierre de los ciclos de mejora a que haya lugar, su infraestructura tecnológica, la divulgación de la información y capacitaciones.

6. DEFINICIONES

ACTIVO: En el Contexto de Seguridad Digital corresponden a los elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, hardware, información física y digital, recurso humano entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital.

ANÁLISIS DEL RIESGO: Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del riesgo.

APETITO DE RIESGO: Es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar en relación con sus objetivos, el marco legal y las disposiciones de la alta dirección. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar.

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios o tecnologías en salud suministrados a los individuos y a la comunidad para promover, mantener, monitorizar o restaurar el estado de salud.

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS: Componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la Entidad Pública autocontrolar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos.

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

CANAL ANTICORRUPCIÓN: Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de fraude, opacidad o corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.

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

CIBERCRIMEN: Actividades ilícitas que se llevan a cabo para robar, alterar, manipular, enajenar o destruir información o activos (como dinero, valores o bienes desmaterializados) de compañías, valiéndose de herramientas informáticas y tecnológicas.

COHECHO: Delito que comete un particular, que ofrece a un funcionario público o persona que participa en el ejercicio de la función pública dádiva, retribución o beneficio de cualquier clase para sí o para un tercero, para que ejecute una acción contraria a sus obligaciones, o que omita o dilate el ejercicio de sus funciones

COLUSIÓN: Pacto o acuerdo ilícito, es decir, acuerdo anticompetitivo para dañar a un tercero en procesos de contratación pública.

CONCUSIÓN: Acción realizada por un funcionario público en abuso de su cargo, para inducir a otra persona a dar o prometer a él mismo o a una tercera persona, el pago de dinero u otra utilidad indebida.

CONDUCTA IRREGULAR: Hace referencia a incumplimientos de leyes, regulaciones, políticas internas, reglamentos o expectativas de las organizaciones respecto a la conducta, ética empresarial y comportamientos no habituales.

CONSECUENCIA: Efectos generados por la ocurrencia de un riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la entidad. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento.

CONTRAPARTE(S): Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la organización y sus filiales y subordinadas tiene vínculos comerciales; de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Es decir, accionistas, socios, colaboradores o empleados de la empresa, clientes y proveedores de bienes y servicios.

CONTROL DE RIESGOS: Parte de la administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos para minimizar los riesgos adversos.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

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

CAPACIDAD DE RIESGO: Es el máximo valor del nivel de riesgo que una entidad puede soportar y a partir del cual la alta dirección considera que no sería posible el logro de los objetivos de la entidad.

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

CONSECUENCIA: Los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.

CONTROL DEL RIESGO: Medida que permite reducir o mitigar un riesgo.

CONTROL DETECTIVO: Alerta sobre ocurrencia del algo y devuelve el proceso a los controles preventivos; se pueden generar reprocesos.

CONTROL CORRECTIVO: Actividad que reduce el impacto de la materialización del riesgo, tiene un costo en su implementación

CONTROL PREVENTIVO: Va hacia la causa del riesgo, aseguran el resultado final esperado

CONTEXTO EXTERNO: Se determinan las características o aspectos esenciales del entorno en el cual opera la entidad. Se pueden considerar factores como: Legales, Políticos, Sociales, Tecnológicos, Financieros, Sectoriales.

CONTEXTO INTERNO: Se determinan las características o aspectos esenciales del ambiente en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos. Se pueden considerar factores como: Talento Humano, Infraestructura, Planeación, Recursos financieros, entre otros.

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.

CORRUPCIÓN: Obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso

indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información¹³. de una sociedad, asociación o fundación una dádiva o cualquier beneficio no justificado para que le favorezca a él o a un tercero, en perjuicio de aquella. En este tipo el beneficio es para una persona natural o empresa privada.

CORRUPCIÓN PÚBLICA: Cuando en el acto de Corrupción intervienen funcionarios públicos y/o la acción reprochable recaiga sobre recursos públicos

CORRUPCIÓN PRIVADA: El que directamente o por interpuesta persona prometa, ofrezca o conceda a directivos, administradores, empleados o asesores

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

DENUNCIA: Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

ESTAFA: Es un delito contra el patrimonio económico, donde una persona denominada estafador, genera una puesta en escena y se aprovecha de la buena voluntad para presentar negocios inexistentes y obtener algún beneficio como sumas de dinero.

EVENTO: Incidente o situación que ocurre en la empresa durante un intervalo particular de tiempo. Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.

EVALUACIÓN DEL RIESGO: Proceso de comparación de resultados del análisis del riesgo con los criterios técnicos para determinar si el riesgo, su magnitud (nivel) o ambos son aceptables o tolerables.

DESEMPEÑO DEL CONTROL: número de eventos/frecuencia del riesgo (número de veces que se hace la actividad).

EVALUACIÓN DEL RIESGO: Comparación de resultados para determinar el tratamiento del riesgo.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CALLE 8 SUR 100-100
TELÉFONO 476 4760

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

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.

FACTOR DE RIESGO: Elemento que solo o en combinación tiene el potencial intrínseco de originar un Riesgo.

FAVORITISMO: Preferencia dada al "favor" sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante.

FRAUDE: Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios

FRAUDE EXTERNO: Se define como los actos realizados por una persona externa a la entidad, que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de la misma o incumplir normas o leyes.

FRAUDE INTERNO: Se define como todos aquellos actos que de forma intencional buscan la apropiación indebida de activos o busca causar las pérdidas que se ocasionan por actos cometidos con la intención de defraudar, malversar los activos o la propiedad de la entidad. Estos actos son realizados por al menos un empleado o administrador de la Entidad.

GESTIÓN DE RIESGO EN SALUD: La gestión del riesgo en salud se puede comprender como el proceso de afrontar la incertidumbre sobre la situación de salud de una población o de una persona que busca reducir o mantener la ocurrencia de enfermedades en niveles aceptables.

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

GRUPOS DE VALOR: La Subred realizó la caracterización de los grupos de valor los cuales son: usuario, familia y comunidad, colaboradores, proveedores, servicios tercerizados, gobierno, medio ambiente, Educación y Formación.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Proceso para encontrar, reconocer y describir el Riesgo.

IMPACTO: consecuencia que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

HURTO: Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo. Implica la identificación de las fuentes de riesgo, los eventos, sus causas y consecuencias potenciales.

INFORMACIÓN PRIVILEGIADA: Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello

LÍNEAS DE DEFENSA: Modelo en gestión de riesgos orientado a la participación activa desde el nivel estratégico (Gerente público) hasta nivel táctico frente a las responsabilidades en la gestión de riesgos con participación de la evaluación independiente desde Control interno a nivel de seguimiento.

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.

MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial, marco operacional de la PAIS. (Política de Atención Integral en Salud).

MONITOREO: Verificación, supervisión u observancia crítica hacia un riesgo, con el fin de identificar cambios con respecto al nivel de desempeño esperado.

NIVEL DE RIESGO: Magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos expresada en probabilidad e impacto o consecuencias.

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO SICOF: Persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de prevención y control, y verificar al interior de la entidad su operatividad y su adecuado funcionamiento, para lo cual debe demostrar la ejecución de los controles que le corresponden.

OPACIDAD: Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

PAIS: Política de Atención integral en Salud.

PECULADO: Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones

PERFIL DE RIESGO: Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad.

PIRATERÍA: Obtención o modificación de información de otros, sin la debida autorización, ya sea una página web, una línea telefónica, computador o cualquier Sistema informático de una entidad.

PREVARICATO POR ACCIÓN: Actuación voluntaria de un funcionario público para proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.

PREVARICATO POR OMISIÓN: Actuación voluntaria de un funcionario público para dejar de ejecutar o cumplir con un acto propio de sus funciones.

PROBABILIDAD / POSIBILIDAD: Posibilidad de que algo suceda, esté o no definido, medido o determinado objetiva o subjetivamente, cualitativa o cuantitativamente, y descrito utilizando términos generales o matemáticos.

PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE: fomenta una cultura de seguridad en la prestación de los servicios de salud ofertados por la sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, que identifique y administre los riesgos potenciales que puedan incidir en la generación de acciones inseguras y por lo tanto en la No calidad durante el desarrollo de los procesos.

PRUEBAS DE TENSION (Stress Testing): Herramienta de diagnóstico donde bajo varios escenarios de estrés, se simulan diferentes choques extremos a los factores de riesgo para evaluar su sensibilidad e impacto, además de la capacidad de respuesta que las entidades tienen para enfrentarlos. Busca identificar fortalezas y vulnerabilidades de los Subsistemas de Administración de Riesgos de manera individual para cada riesgo, y así cada entidad pueda comprender mejor sus propios perfiles de riesgo y validar los límites establecidos.

RIAS: Rutas integrales de atención en salud.

RIESGO: efecto que se causa sobre los objetivos de la entidad, debido a eventos potenciales (posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias)

RIESGO 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.

RIESGO DE CORRUPCIÓN: posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

RIESGO INHERENTE: es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.

RIESGO RESIDUAL: nivel de riesgo que permanece luego de tomar sus correspondientes medidas de tratamiento.

RIESGO EN SALUD: Probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa, o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.

RIESGO OPERACIONAL: Es la probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos de sus procesos como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el talento humano, en los sistemas tecnológicos y biomédicos, en la infraestructura, por fraude y corrupción, o acontecimientos externos entre otros

RIESGO ACTUARIAL: Probabilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir obligaciones futuras que se acordaron

RIESGO DE CRÉDITO: Es la probabilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia que sus deudores no cumplan sus obligaciones en los términos acordados."

RIESGO DE LIQUIDEZ: La probabilidad que una entidad no tenga la capacidad financiera para cumplir sus obligaciones de pago tanto a corto como a largo plazo

RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES: Corresponde a la probabilidad de incurrir en pérdidas derivadas del incremento no esperado en el momento, de sus obligaciones con acreedores externos o la pérdida en el



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALA DE
REVISIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

valor de sus activos, por causa de las variaciones en las tasas de interés, en la tasa de cambio o cualquier otro parámetro de referencia.

RIESGO REPUTACIONAL: La probabilidad que el buen nombre y prestigio de una entidad sea dañado por uno o más de un evento reputacional, tal como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales de la entidad, conducta o situación financiera. Tal publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede mermar la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, o dar lugar a una disminución de su base de clientes, los negocios o los ingresos”

RIESGO DE GRUPO: La probabilidad de pérdida que surge como resultado de transacciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial. Éste se deriva de la exposición a fuentes de riesgo adicionales a las propias del negocio de la entidad, por el hecho de mantener operaciones y/o transacciones con empresas relacionadas que pudiesen incumplir sus compromisos”

RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO: Es la posibilidad que en la realización de las operaciones de una entidad, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o Y, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas”

SARLAFT: sistema de administración del riesgo de lavado de activos de la financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva –sarlaft /padm.

SEGMENTACIÓN: Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos homogéneos al interior de ellos y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

SOBORNO: Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control.

SOBORNO TRANSNACIONAL: El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional

SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE –

SICOF: Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad

razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:

- Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de las entidades sometidas a inspección y vigilancia evitando situaciones de Corrupción, Opacidad y Fraude. Para el efecto, se entiende por eficacia la capacidad de alcanzar las metas y/o resultados propuestos; y por eficiencia la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.
- Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad y Fraudes, originados tanto al interior como al exterior de las organizaciones.
- Realizar una gestión adecuada de los Riesgos.

TOLERANCIA: Es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del apetito de riesgo determinado por la entidad.

TRÁFICO DE INFLUENCIAS: Utilización indebida, en provecho propio o de un tercero, de influencias derivadas del ejercicio del cargo público o de la función pública, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer. Incluye el ejercicio indebido de influencias por parte de un particular sobre un servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico

VANDALISMO: Acciones físicas que atenten contra la integridad de los elementos informáticos, la infraestructura, entre otros, cuya finalidad es causar un perjuicio, por ejemplo, la paralización de las actividades, como medio de extorsión o cualquier otro.

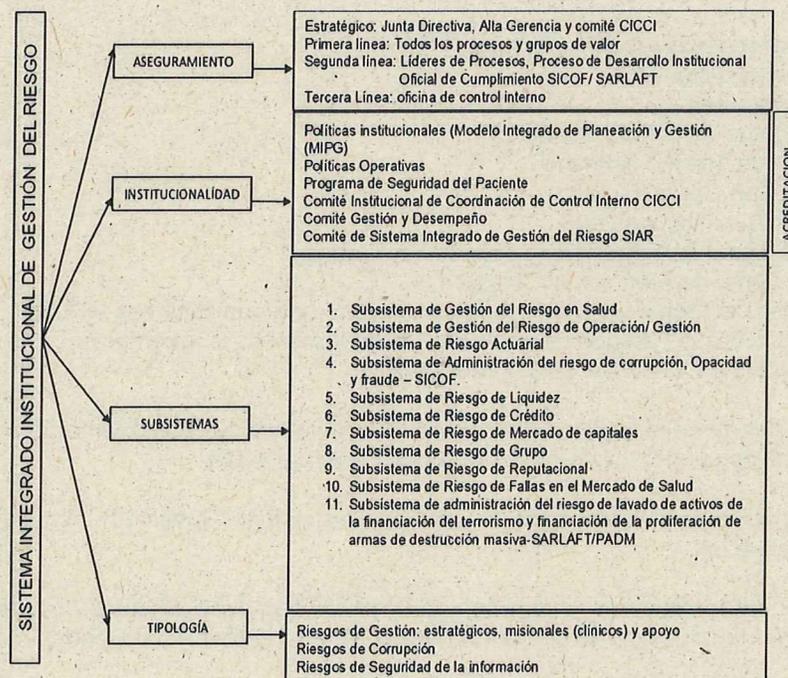
7. DESARROLLO

La administración de los subsistemas del Sistema Integrado Institucional de Gestión del Riesgo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE., define los lineamientos tomando como referencia los parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en los procesos, del Modelo Estándar de Control Interno MECI - líneas de defensa, del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP y, de los subsistemas identificados y priorizados para el sector salud (Superintendencia Nacional de Salud).

Por tanto, la administración de los subsistemas de Riesgos en la entidad cumple con los siguientes requisitos para su implementación:

CODIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO: El Gobierno Organizacional documenta y establece un mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de los riesgos implementando mejores prácticas organizacionales plasmada en el código de conducta y de buen gobierno

ESTRUCTURA FUNCIONAL:



INSTITUCIONALIDAD:

- Junta Directiva: Acuerdo 20 de 2018 que en apoyo del representante legal vigila el cumplimiento de la Política Institucional de Gestión del Riesgo.
- Comité Institucional de Gestión y Desempeño
- Comité Institucional de Coordinación de Control Interno CICC
- Comité Sistema Integral de Administración del Riesgo SIAR
- Programa de Transparencia y Ética Empresarial PTEE (SICOF)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
1886

7. Nivel de Atención de Emergencia
de Salud Bucal

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

ENFOQUE:

Los planes, procesos y procedimientos para la administración de riesgos de la Subred Sur, se enfocan en la premisa de promover una cultura con orientación de resultados frente al control o mitigación de los riesgos que puedan afectar la gestión institucional. Por lo anterior documenta su gestión en:

1. Manual Administración del Riesgos la aplicación de las fases: Identificación, Análisis, Valoración, Tratamiento, Monitoreo, Seguimiento y cierre de los ciclos de mejora a que haya lugar.
2. Actos Administrativos de Espacios de Alta Gerencia que vigilan los resultados del Sistema Integrado Institucional de Gestión de la Entidad, a saber: Junta Directiva, Comité de Gestión y Desempeño, Comité de Coordinación de Control Interno, Comité de Sistema Integrado de Administración del Riesgo, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Ética Hospitalaria, Comité Facturación – Glosas – Cartera, Comité COPASST, Comité Sostenibilidad Contable, Comité de Inventarios, Comité de Seguridad de la Información, Comité de Convivencia Laboral y Comité de Racionalización de Trámites.
3. Planes Estratégicos - Decreto 612 de 2018:
 1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR
 2. Plan Anual de Adquisiciones
 3. Plan Anual de Vacantes
 4. Plan de Previsión de Recursos Humanos
 5. Plan Estratégico de Talento Humano
 6. Plan Institucional de Capacitación
 7. Plan de Incentivos Institucionales
 8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
 9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
 10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI
 11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
 12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información
4. Mapa de Aseguramiento que consolida las funciones de aseguramiento para los aspectos claves de éxito identificados por los veinte (20) procesos de la entidad.
5. Mapas de Riesgos Institucionales de Gestión, Corrupción – Opacidad – Fraude – Soborno y, Seguridad de la Información.
6. Informe Parametrizado de Evaluación de la efectividad del Sistema de Control Interno de la Entidad, en el marco de los cinco (5) componentes del Modelo Estándar de Control Interno MECI
7. Políticas Estratégicas.
8. Políticas Operativas.
9. Programa de Seguridad del Paciente.
10. Plan de Ajuste al Gasto.
11. Programa de Transparencia y Ética Empresarial PTEE
12. Código de Integridad

SISTEMA DE ALERTAS TEMPRANAS: Con el fin de realizar el respectivo seguimiento y monitoreo permanente y continuo de la evolución de los perfiles de riesgo y la exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de cada uno de los riesgos identificados, la entidad desarrolla un sistema de alertas tempranas que facilita la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización.

Lo anterior, con una periodicidad acorde con los eventos y factores de riesgo identificados como potenciales, así como con la frecuencia y naturaleza de estos; adicional a las observaciones que la segunda y tercera línea de defensa identifican en sus roles de monitoreo y seguimiento respectivamente.

Importante incluir la definición de los límites máximos de exposición o niveles aceptables de riesgo previamente establecidos por la entidad teniendo en cuenta los análisis realizados y, la normatividad vigente; niveles que se definen claramente en el ítem de Nivel de Aceptación – Apetito del Riesgo.

Cada uno de los subsistemas tiene definida su metodología para operativizar su **Sistema de Alertas Tempranas**, que responde a la especificidad del ciclo de gestión propio en el marco de las fases ya mencionadas.

CARACTERIZACION DE GRUPOS DE VALOR:

Liderado por el proceso de Direccionamiento Estratégico, en la entidad se definen lineamientos para este ejercicio mediante los documentos: Instructivo Caracterización de Grupos de Valor y, Documento de Caracterización de Grupos de Valor Subred Integrada de Servicios de Salud. Se definen para la entidad los siguientes grupos de valor, aclarando que con frecuencia anual se actualiza la caracterización en concordancia con los factores críticos internos y externos que inciden en el desempeño institucional:



CARACTERIZACION DE PROVEEDORES:

Como se mencionó anteriormente la entidad define mediante los documentos: Instructivo Caracterización de Grupos de Valor y, Documento de Caracterización de Grupos de Valor Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, el grupo de valor Proveedores con las siguientes subcategorías:



- Proveedores que habitan en la localidad
- Proveedores que aportan a la Responsabilidad Social
- Proveedores de personal de Aseo y Vigilancia

A su vez dando cumplimiento a se da riguroso registro en la Plataforma SECOP de los requerimientos exigidos tanto para proveedores de Bienes y Servicios como de colaboradores por Orden de Bienes y Servicios, en el Marco de la Circular Externa N.º 1 de 2019 de Colombia Compra Eficiente.

SUBSISTEMAS:

El Sistema Integrado Institucional de Gestión del Riesgo de la entidad disgrega el ciclo de gestión de los riesgos de la entidad en los siguientes Subsistemas, acorde con la priorización que definen los entes de control para el sector salud:

1. Subsistema de Gestión del Riesgo en Salud.

Los Riesgos de Gestión Clínicos a su vez obedecen a lineamientos definidos en la gestión de los Procesos de Gestión de la Calidad - Programa de Seguridad del Paciente "Cuidándote me Cuido" y, Proceso de Gestión del Riesgo en Salud. Este último proceso define que, para la identificación del Riesgo Clínico y Poblacional, se tendrá como información primaria el Perfil de Morbilidad de USS Urbanas como Rurales, el Modelo de atención en salud y las Rutas Integrales de atención en salud. De forma complementaria se realiza en enlace con todo el componente individual y colectivo que se desarrolla con el trabajo en campo de los equipos territoriales de la Dirección de Gestión del Riesgo en Salud a nivel del riesgo poblacional.

La entidad en el marco del Sistema Único de Acreditación como elemento de SGCSSS gestiona el Eje de Gestión Clínica Excelente y Segura.

2. Subsistema de Gestión del Riesgo de Operación (Gestión).

Los Riesgos de Gestión se identifican por cada uno de los 20 procesos de la entidad y consolidan en el Mapa Institucional de Riesgos de Gestión, cumpliendo con las variables del ciclo de gestión y, el análisis de los factores que afectan el contexto interno – externo en su gestión.

Es importante resaltar que, la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos de las entidades, y que pueden materializarse como resultado de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad, prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las características propias de cada entidad.

Es así como los Riesgos Operacionales en la entidad pueden generar pérdidas de tres tipos:

i) Pérdidas en los resultados en salud de los pacientes, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.

ii) Pérdidas en los resultados operativos esperados, incluyendo la satisfacción de la población en su área de influencia, que deben ser tratados en el resultado de la gestión de los riesgos operacionales.

iii) Pérdidas financieras en la entidad, que corresponden a la contabilización de los eventos de riesgo y los riesgos que se materializaron, tratados en la evaluación de los riesgos financieros.

La implementación y seguimiento a estos riesgos van estrechamente ligados a las políticas, principios y valores institucionales establecidos en el Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de Buen Gobierno).

3. Subsistema de Gestión del Riesgo Actuarial.

Entendido como la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron. Dichas estimaciones pueden ser:

- a. Desconocimiento de la demanda efectiva de servicios que van a atender, de la situación en salud de la población y de las frecuencias de uso.
- b. Concentración poblacional, con un enfoque diferencial de género, étnico, grupos etarios, regiones, grupo de riesgo, curso de vida, entre otros.
- c. Atención en zonas de difícil acceso y alta dispersión de la población.
- d. Hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de la población incluida en los contratos.
- e. Variaciones en las condiciones de morbi-mortalidad de la población incluida en los contratos.
- f. Incrementos inesperados en los costos de proveedores.
- g. Incorporación de tecnología nueva que requiera recursos de inversión considerables.

4. Subsistema de Gestión del Riesgo de Liquidez.

Corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente). La gestión de liquidez de la entidad está relacionada con:

- a. Una adecuada recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito),
- b. Una adecuada modelación y monitoreo a las volatilidades del mercado financiero (gestión de riesgo de mercado de capitales).
- c. Una adecuada modelación y gestión de la razón combinada entre costos ingresos por venta de servicios de salud contratados bajo modalidades diferentes al pago por evento (gestión de riesgo actuarial), dado que los flujos esperados de ingresos se ajustarían a las proyecciones de la entidad para cubrir con sus obligaciones.

5. Subsistema de Gestión del Riesgo de Crédito.

Parte de definir los tipos de activos expuestos a este riesgo, como mínimo las cuentas por cobrar y los instrumentos financieros. Incurrir en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones. Teniendo en cuenta la anterior definición, las entidades deben evaluar permanentemente el riesgo inherente que sus activos pierdan valor, como consecuencia de que un deudor o contraparte incumpla sus obligaciones. Es así como dentro de esta evaluación debe incorporar oportunamente los cambios significativos de las condiciones de cumplimiento de sus deudores. Para esto, la entidad deberá desarrollar políticas, procedimientos y mecanismos idóneos que le permitan llevar a cabo en forma oportuna el ciclo general de gestión de este riesgo particular.

6. Subsistema de Gestión del Riesgo de Mercado de Capitales.

Corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de un incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en los parámetros del mercado tales como la tasa de interés, la tasa de cambio o cualquier otra variable de referencia que afecte los precios del mercado financiero y asimismo los estados financieros de la entidad.

7. Subsistema de Gestión del Riesgo de Grupo.

Corresponde a la posibilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial. Este se deriva de la exposición a fuentes de riesgo adicionales a las propias del negocio de la entidad, dentro de las que se encuentran, por ejemplo: Riesgo de contagio financiero, detrimentos patrimoniales por filtración de flujos o concentración de

pasivos y/o; posibles conflictos de intereses, que generen condiciones desfavorables en las transacciones de la entidad. La exposición a las fuentes de riesgo puede ser directa, mediante exposición financiera u operativa, o indirecta, mediante daño a la reputación.

8. Subsistema de Gestión del Riesgo Reputacional.

Corresponde a la posibilidad de toda acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de una entidad, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad. Tal publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede disminuir la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o los ingresos, entre otros.

9. Subsistema de Gestión del Riesgo de Fallas en el Mercado de Salud.

Corresponde a la posibilidad que la estructura del mercado de salud genere pérdidas en el bienestar y beneficios de la entidad (mercado monopólico u oligopólico; prácticas de competencia desleal (como lo son la selección de riesgo, barreras de acceso a los servicios, entre otros).

Para la identificación de este riesgo, la entidad puede determinar las relaciones existentes, según los mercados de referencia de servicios o productos indicativos, tanto con sus proveedores de insumos (medicamentos, dispositivos médicos, u otros insumos) talento humano en salud, entre otros, y de su demanda (principalmente los aseguradores), con el fin de identificar las fallas de mercado presentes allí.

10. Subsistema de Gestión del Riesgo de lavado de activos, de la financiación del terrorismo y de la proliferación de armas de destrucción masiva –SARLAFT /PADM.

Corresponde a la posibilidad que, en la realización de las operaciones de la entidad, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinadas a su financiamiento, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas.

La entidad define los lineamientos para este Subsistema en la Política SARLATF y el procedimiento

11. Subsistema de administración del riesgo de corrupción, la Opacidad y el fraude – SICOF.

Este subsistema en el marco de las fases de gestión ya mencionadas, gestiona una cultura organizacional en donde los reportes de eventos de Corrupción, Opacidad o Fraude se realicen de manera eficaz, eficiente y ágil, controlando las posibles conductas irregulares, los fraudes o los actos de corrupción; enfocándose en aquellas áreas especiales o sensibles a los riesgos previamente identificados. Se documenta en el Manual de Prevención de la Corrupción, la Opacidad, Fraude y Anti soborno y, hace parte del PTEE. Este último compila de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación de los Riesgos de COF y soborno, así como los principios y valores éticos que cada entidad considere apropiados, para llevar a cabo su operación de manera ética, transparente y honesta.

A su vez la entidad implementa y ejecuta las mejores prácticas organizacionales, documentadas en el Código de Buen Gobierno, incentivando una cultura de autorregulación, autocontrol y autogestión, con el fortalecimiento de los criterios de idoneidad y reputación para la Alta Gerencia, información pública oportuna y de calidad en pro de lograr una mayor eficiencia, transparencia y optimización del uso de los recursos del SGSSS, un mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de riesgos que se vea reflejado en mejores resultados en su misionalidad. Igualmente impulsa la cultura en materia de prevención de la Corrupción, Opacidad y Fraude, con la declaración de la Alta Gerencia de compromiso, documentación e implementación

de la Política de Integridad, Conflictos de Interés, Antisoborno y Anticorrupción y, el Procedimiento Institucional de Conflictos de Interés.

PLATAFORMA TECNOLÓGICA:

El Sistema de Integrado Institucional de Gestión del Riesgo cuenta con el módulo de Riesgos, como parte del Aplicativo ALMERA; herramienta tecnológica que de forma sistematizada permite a los responsables de las líneas de aseguramiento registrar las acciones ejecutadas en el marco del autocontrol, autoevaluación y seguimiento de las fases de administración de los riesgos. Dicha plataforma da cumplimiento a las fases del Ciclo de Gestión de los Subsistemas de SICOF, de Riesgo de Gestión y de Riesgo Clínico.

CICLO DE GESTIÓN:

Los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad operan su ciclo de gestión a través de las siguientes etapas metodológicas y, consolida los resultados en los documentos:

- Mapa de Riesgo de Gestión
- Mapa de Riesgos de Corrupción – Opacidad – Fraude – Soborno
- Mapa de Riesgos de Seguridad de la Información.

Cabe aclarar que estos documentos se publican en la página WEB de la entidad, botón de Transparencia, link de Planeación; cumpliendo con la Política de Transparencia Institucional; adicional a la disponibilidad de la Plataforma Tecnológica ALMERA – Módulo de Riesgos.

La metodología aquí descrita corresponde a las Guías para la administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades Públicas Versión 4 y 5 del Departamento de la Función Pública DAFP; adicional a las normas técnicas específicas, exigidas para cada uno de los subsistemas anteriormente relacionados.

a) Identificación.

A partir de la caracterización de cada uno de los veinte (20) procesos de la entidad y la aplicación de su correspondiente DOFA se identifican los posibles eventos potenciales que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, sus causas y consecuencias acorde con las normas técnicas para el sector salud.

b) Análisis.

Se busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, que obedecen a tablas específicas dependiendo de la tipología del riesgo en cuestión, como se describe en la Estructura Funcional del Sistema Integrado Institucional de Gestión del Riesgo de la Subred Sur y de sus once (11) subsistemas.

Análisis de Probabilidad Inherente, es decir antes de ejecutar las actividades de control, es el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año bajo los siguientes criterios:

Tabla 4 Criterios para definir el nivel de probabilidad

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

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Fundación Pública, 2020.

Para los subsistemas que identifiquen riesgos de la Tipología de Corrupción, fraude y antisoborno es pertinente analizar la probabilidad bajo los siguientes criterios:

Tabla de estimación de la probabilidad

NIVEL	PROBABILIDAD	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
5	Casi Seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de 1 vez al año
4	Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Al menos 1 vez en el último año
3	Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento	Al menos 1 vez en los últimos 2 años
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos 1 vez en los últimos 5 años
1	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales).	No se ha presentado en los últimos 5 años

Fuente Guía Para la Administración del Riesgo-DAFP 2014

⚠ "El análisis de frecuencia deberá ajustarse dependiendo del proceso y de la disponibilidad de datos históricos sobre el evento o riesgo identificado.

En caso de no contar con datos históricos, bajo el concepto de factibilidad se trabajará de acuerdo con la experiencia de los funcionarios que desarrollan el proceso y de sus factores internos y externos".

Análisis de Impacto Inherente, es decir antes de ejecutar las actividades de control y con los criterios definidos a continuación a partir de las variables principales de afectación económica y/o reputacional de la entidad. Si en el análisis se presenten ambos impactos para un riesgo, tanto económico como reputacional, con diferentes niveles se debe tomar el nivel más alto.

Tabla 5 Criterios para definir el nivel de impacto

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

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

Los Riesgos de Corrupción requiere la aplicación de los 16 criterios definidos en la siguiente tabla con su respectiva escala:

CRITERIOS PARA CALIFICAR IMPACTO RIESGOS CORRUPCION	
Nº	SI EL RIESGO DE CORRUPCION SE MATERIALIZA PODRIA...
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?
3	¿Afectar el cumplimiento de la misión de la entidad?
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la entidad?
5	¿Generar pérdida de confianza de la entidad, afectando su reputación
6	¿Generar pérdida de recursos económicos?
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?
8	¿Dar lugar al detrimento de la calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicios o 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 vida humanas?
17	¿Afectar la imagen regional?
18	¿Afectar la imagen nacional?
19	¿Generar daño ambiental?
<p>Responder afirmativamente de UNA A CINCO preguntas genera impacto MODERADO Responder afirmativamente de SEIS A ONCE preguntas genera impacto MAYOR Responder afirmativamente de DOCE A DIECINUEVE preguntas genera impacto CATASTROFICO</p>	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
2015-2019
E. Universidad de los Andes
de Bogotá D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

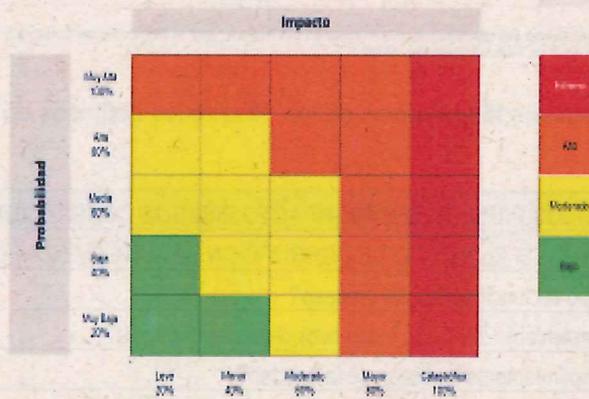
POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

SI LA RESPUESTA 16 ES AFIRMATIVA, EL RIESGO SE CONSIDERA CATASTROFICO POR CADA RIESGO DE CORRUPCION IDENTIFICADO, SE DEBE DILIGENCIAR UNA TABLA DE ESTAS

MODERADO	Genera medianas consecuencia sobre la entidad
MAYOR	Genera altas consecuencia sobre la entidad
CATASTROFICO	Genera consecuencias desastrosas sobre la entidad

Análisis preliminar (riesgo inherente): se trata de determinar los niveles de severidad a través de la combinación entre la probabilidad y el impacto. Se definen 4 zonas de severidad en la matriz de calor.



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

c) Valoración de las Actividades de Control que reducen la probabilidad y el impacto inherente:

Etapas que verifican el cumplimiento de los atributos para su adecuado diseño y así mitigar el riesgo, con la estructura básica de responsable, acción y complemento. A su vez la tipología de controles define su valoración dependiendo de si se ejecutan en la entrada, transformación o salida del proceso, con las categorías de Preventivo, Detectivo, Correctivo y su respectivo peso porcentual:

Características		Descripción		Peso
Atributos de eficiencia	Tipo	Preventivo	Va hacia las causas del riesgo, aseguran el resultado final esperado.	25%
		Detectivo	Detecta que algo ocurre y devuelve el proceso a los controles preventivos. Se pueden generar reprocesos.	15%
		Correctivo	Dado que permiten reducir el impacto de la materialización del riesgo, tienen un costo en su implementación.	10%
	Implementación	Automático	Son actividades de procesamiento o validación de información que se ejecutan por un sistema y/o aplicativo de manera automática sin la	25%
Atributos informativos			intervención de personas para su realización.	
		Manual	Controles que son ejecutados por una persona, tiene implícito el error humano.	15%
	Documentación	Documentado	Controles que están documentados en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso.	-
		Sin documentar	Identifica a los controles que pese a que se ejecutan en el proceso no se encuentran documentados en ningún documento propio del proceso.	-
	Frecuencia	Continua	El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo.	-
		Aleatoria	El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo.	-
	Evidencia	Con registro	El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control.	-
		Sin registro	El control no deja registro de la ejecución del control.	-

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

Importante tener en cuenta la premisa de que los controles correctivos sólo atacan el impacto y los detectivos y preventivos atacan la probabilidad; con excepción del Subsistema SICOE en el que el impacto inherente inicial, ningún tipo de control lo mitiga por la naturaleza misma del tipo de riesgo.

d) Tratamiento.

A partir del Nivel de riesgo (riesgo residual), entendido como el resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente, se formulan Planes de acción (para la opción de tratamiento reducir, siendo viables las siguientes estrategias:



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

e) Monitoreo.

Etapa que para la Subred Sur es responsabilidad de los actores de la segunda línea de defensa como se define en el ítem Nivel de responsabilidad, acorde al esquema de líneas de defensa. Cabe destacar que el subproceso de Gestión del Riesgo, tiene la responsabilidad de asesorar y consolidar la información a presentar a la línea Estratégica y antes de control en los casos que se requiera.

f) Seguimiento a riesgos

Etapa en responsabilidad de la tercera línea de defensa en su rol de evaluación independiente.

g) Niveles de Aceptación – Apetito de Riesgo: Con el fin de establecer las estrategias para combatir el riesgo Inherente, se toman en consideración las zonas de severidad del riesgo establecidas en la matriz de calor del riesgo, de la siguiente forma:

Zona de Riesgo	Nivel de Aceptación – Tratamiento del Riesgo
Baja	<p>Aceptación del Riesgo</p> <p>La institución asume el riesgo y se administra por medio de las actividades propias del proceso asociado, continuando con la ejecución de los controles implementados.</p>
Moderada	<p>Reducir el riesgo</p> <p>La institución asume el riesgo y se administra por medio controles implementados, los cuales deben ser valorados y reformulados de ser necesario; con la definición de un plan de acción que especifique responsable, fecha de implementación, y fecha de seguimiento).</p>



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

Reduce, o comparte el Riesgo

Alta y
Extrema

La institución asume el riesgo y se administra por medio controles implementados, los cuales deben ser valorados y reformulados de ser necesario; con la definición de un plan de acción que especifique responsable, fecha de implementación, y fecha de seguimiento).

NOTA: Los Riesgos de Corrupción - opacidad – fraude y soborno **NO** admiten nivel de aceptación y su tratamiento obedece a actividades para reducir, evitar y/o compartir (sin transferir su responsabilidad).

12. NIVELES DE RESPONSABILIDAD SOBRE EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento a la Gestión de Riesgos Institucional opera bajo el Modelo de Líneas de Defensa, el cual es un modelo de control que establece los roles y responsabilidades de todos los actores del riesgo y control en una entidad, este proporciona aseguramiento de la gestión y previene la materialización de los riesgos en todos sus ámbitos.

LINEA ESTRATEGICA: A cargo de la Junta Directiva, Alta Dirección, Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente Comité de Sistema Integral de Administración del Riesgo; cuyo rol principal es definir el marco integral de la gestión del riesgo institucional, hacer seguimiento a los niveles de aceptación (apetito al riesgo) y supervisar su cumplimiento. Si se da una instrucción, se debe realizar el respectivo seguimiento, para tomar decisiones, cerrando el ciclo de mejora desde la línea estratégica.

El Oficial de Cumplimiento para los Subsistemas SICOF y SARLAFT; cuyas funciones se definen en los documentos de los respectivos Subsistemas.

Para el Subsistema SICOF las funciones específicas a cargo de la Junta Directiva, el Representante Legal y el oficial de cumplimiento (persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF se precisan en el Manual de Prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude.

- Establece y aprueba la Política – niveles de responsabilidad.
- Define y hace seguimiento a los niveles de aceptación (apetito de riesgo).
- Analizar los cambios en el entorno (Contexto Interno – Contexto Externo) que pueden tener impacto significativo en la operación de la entidad que puede generar cambios en la estructura de riesgos y controles.
- Realiza seguimiento y análisis periódico a los riesgos.
- Realimentar al Comité de Gestión y Desempeño Institucional sobre los ajustes que se deban hacer frente a la gestión del riesgo.
- Evaluar el estado del Sistema de Control Interno, aprobar modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del mismo.

Responsable:

Junta Directiva, Alta Dirección de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

Rol principal:

Definir el marco integral de la gestión del riesgo institucional (Alta Dirección) y supervisar su cumplimiento (Oficina de Control Interno o su equivalente)

El representante Legal tiene a cargo las siguientes funciones:

- a. Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva.
- b. Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos u Órgano equivalente, en los casos que aplique, y mantener informada a la Junta Directiva.
- c. Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.
- d. Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de Riesgos u Órgano equivalente sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la entidad y los controles realizados, además de los informes presentados por la Revisoría Fiscal. Lo anterior debe plasmarse en un informe a la Junta Directiva o, quien haga sus veces, y hacer énfasis cuando se presenten situaciones anormales como mínimo en algún riesgo prioritario o existan graves incumplimientos a las políticas, procesos y procedimientos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- e. Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.
- f. Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tengan relación con el Sistema Integrado Institucional de Gestión de Riesgos.
- g. Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la entidad tanto interna como externamente, para identificar y controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.
- h. Informar de manera oportuna mediante Oficio a la Superintendencia Nacional de Salud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente o prevea que pueda presentarse como mínimo en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la entidad para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.

PRIMERA LINEA DE DEFENSA:

Responsables:

Líderes de los procesos, programas y proyectos de la entidad

Rol y funciones Principales:

- Desarrollar e implementar procesos de control y gestión de riesgos de sus procesos, programas o proyectos, a través de su identificación, análisis, valoración, monitoreo y acciones de mejora.
- Gestionar el desarrollo de los riesgos identificados mediante la implementación y monitoreo de los controles definidos en el desarrollo de las actividades de la entidad.
- Implementar la metodología de Gestión de Riesgos de entidad definida, reportando cuatrimestralmente los avances de su gestión a la segunda Línea de Defensa y las dificultades presentadas.
- Apoyar a la segunda Línea de Defensa en la divulgación del enfoque y resultados del Eje de Riesgos, en cada proceso a cargo.
- Realizar seguimiento a la ejecución de los controles aplicados por el equipo de trabajo en la gestión del día a día, detectar las deficiencias de los controles y determinar las acciones de mejora a que haya lugar.

- Informar oportunamente a la segunda Línea de Defensa ante la materialización de los riesgos identificados en sus procesos para redefinir los controles o establecer el plan de contingencia.
- Desarrollar ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles.

SEGUNDA LINEA DE DEFENSA:

Responsables:

Proceso de Direccionamiento Estratégico – Subproceso de Riesgos que lidera el Sistema Integrado Institucional de Gestión de Riesgo de la Entidad; con características de independencia y sin sesgos de las áreas misionales de la entidad relacionadas con la prestación de servicios de salud (atención en servicios ambulatorios, atención en urgencias, atención hospitalaria y quirúrgica, entre otras), las áreas encargadas de las negociaciones como son compras, tesorería, entre otros.

El Oficial de Cumplimiento para los Subsistemas SICOF y SARLAFT; cuyas funciones se definen en los documentos de los respectivos Subsistemas.

Este subproceso apoya el diseño de metodologías, sugiere ajustes a las políticas, vela por la adherencia de los grupos de valor a los procesos y procedimientos, monitorea la implementación de la política, diseña y desarrolla programas de capacitación, consolida los informes, analiza los informes presentados por la Auditoría Interna o quien haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal como insumo para la formulación de planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado Institucional de Gestión de Riesgos y, monitorea e informa al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas.

Comité SIAR
Comité Institucional de Gestión y Desempeño
Comité de seguridad del paciente.

Rol y Funciones principales:

- Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo.
- Revisar el adecuado diseño de los controles para la mitigación de los riesgos que se han establecido por parte de la primera línea de defensa y determinar las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos.
- Hacer seguimiento a que las actividades de control establecidas para la mitigación de los riesgos de los procesos se encuentren documentadas y actualizadas en los procedimientos.
- Asistir, acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, control, monitoreo y valoración de los riesgos asociados a sus procesos.
- Consolidar el Mapa de riesgos institucional y registrar la información y soportes que presenten los responsables del proceso.
- Presentar al CICC I el seguimiento a la eficacia de los controles en las áreas identificadas en los diferentes niveles de operación de la entidad.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

- Supervisar en coordinación con los demás responsables de esta segunda línea de defensa que la primera línea identifique, evalúe y gestione los riesgos y controles para que se generen acciones.
- Revisar los cambios en el "Direccionamiento estratégico" o en el entorno y cómo estos puedan generar nuevos riesgos o modificar los que ya se tienen identificados en cada uno de los procesos, con el fin de que se identifiquen y actualicen las matrices de riesgos por parte de los responsables.
- Evaluar que los riesgos sean consistentes con la presente política y que sean monitoreados por la primera línea de defensa.

Para el Subsistema SICOF el Revisor Fiscal elabora y pone en conocimiento al Representante Legal y Junta Directiva, un reporte al cierre de cada ejercicio contable, de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.

TERCERA LINEA DE DEFENSA:

Responsable: Proceso de Control Interno de la entidad

Rol y funciones principales:

- Recomendar mejoras a la política de Administración del Riesgo.
- Asesorar de forma coordinada con la Oficina de Desarrollo Institucional a la primera línea de defensa en la identificación de los riesgos institucionales y diseño de controles
- Validar que la línea estratégica, la primera y segunda línea de defensa cumplan con sus responsabilidades en la gestión de riesgos para el logro en el cumplimiento de los objetivos institucionales y de proceso, así como los riesgos de corrupción.
- Revisar el adecuado diseño y ejecución de los controles para la mitigación de los riesgos que se han establecido por parte de la primera línea de defensa y realizar las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos.

Proporcionar aseguramiento objetivo sobre la eficacia de la gestión del riesgo y control, con énfasis en el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos.

Llevar a cabo el seguimiento a los riesgos consolidados en los mapas de riesgos de conformidad con el Plan Anual de Auditoría y reportar los resultados al CICC.

El proceso de Control Interno evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOF, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, deberán informar los resultados de la evaluación al representante legal o junta directiva.

INFRAESTRUCTURA SUPERVISION

Encaminada a fortalecer el control y gestión de riesgos al interior de cada uno de los Subsistemas del Sistema Institucional Integrado de Gestión del Riesgo define los ejercicios de Auditoría Interna, Revisoría Fiscal o Contralor Normativo como garantes.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

INFORMACION Y COMUNICACIÓN

El subproceso de riesgos lidera la divulgación y capacitación sobre las políticas y procedimientos utilizando herramientas como la plataforma MAO y las mesas de trabajo con la primera línea de defensa.

Igualmente, el módulo de riesgos del Aplicativo Almera, permite alertar y notificar a las líneas de defensa de su rol para el efectivo funcionamiento del Sistema Institucional Integrado de Gestión del Riesgo.

En los espacios de alta gerencia ya mencionados se entregan reportes gerenciales y de monitoreo donde se evalúan los resultados obtenidos, su evolución y la ejecución de los controles y estrategias implementadas para mejorar el desempeño en la mitigación de los factores de riesgo en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo, como también a todos los involucrados tanto externos como internos, en especial a los órganos de seguimiento definidos por el Gobierno Organizacional de cada entidad. Lo anterior determina la necesidad de implementar planes de mejora, en donde se desarrollen estrategias de incorporación de cambios para mejorar los resultados en la gestión de riesgos de la entidad.

INDICADORES

El Informe Parametrizado en sus componentes cinco (5) componentes evalúa la efectividad del sistema de controles que, al interior de cada proceso, se ejecutan para cumplir con los objetivos específicos del mismo y con los objetivos estratégicos.

Índice de Desempeño Institucional, en su Dimensión siete (7) define los índices de la efectividad de las líneas de aseguramiento y, de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno; este último como herramienta que cierra el cumplimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la entidad.

Las mediciones de riesgos esperadas, los riesgos derivados y sus controles deben ser contrastados regularmente con la realidad observada, de forma tal que permita establecer si los Subsistemas de Administración de Riesgos han logrado su mitigación y la corrección oportuna y efectiva de eventuales deficiencias. De esta manera la entidad debe contar con indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos residuales y netos, y que estos a su vez se encuentren y se mantengan en los niveles de aceptación previamente establecidos por la entidad.

13. INDICADORES

OBJETIVO QUE SE DESEA ALCANZAR CON EL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA	METAS PARA DAR CUMPLIMIENTO AL OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA POLÍTICA	INDICADOR DE EVALUACIÓN		
		NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN
Fortalecer la Cultura de Gestión de Riesgos Institucionales.	Lograr una apropiación del 80% del conocimiento en generalidades de la Gestión de Riesgo y Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano – PAAC a los grupos de valor y USS priorizados.	Porcentaje de apropiación de conocimiento en generalidades de Gestión del Riesgo.	$\frac{\text{Numero Total de Evaluaciones con resultados aprobados (80\%)}}{\text{total de evaluaciones aplicadas}} * 100$	Trimestral
Propiciar un ambiente de ejecución, autocontrol y	Seguimiento al 100% de los controles formulados a los riesgos institucionales desde la segunda línea de defensa.	Porcentaje de seguimiento a la ejecución de los Controles asociados a los Riesgos identificados por los procesos y	Número de controles con seguimiento formulados a los riesgos institucionales / Número de controles formulados	Cuatrimstral



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

evaluación de los Subistemas de Administración de Riesgos, que contribuya con la transparencia, integridad, confiabilidad y oportunidad en la información generada por la entidad y gestión de los procesos bajo el enfoque de riesgos.	Seguimiento al 100% de la ejecución del Plan de acción formulado para los riesgos materializados en el periodo.	Porcentaje de cumplimiento de los Planes de mejoramiento formulados para riesgos materializados	en el mapa de riesgos de la entidad *100 Número de Planes de mejoramiento con seguimiento / Total de Planes de mejoramiento formulados para los riesgos materializados *100	Cuatrimestral
	Seguimiento al 100% de las actividades formuladas en el PAAC	Porcentaje de seguimiento a las actividades formuladas en el PAAC del periodo	Número de actividades del PAAC con seguimiento para el periodo /Total de actividades objeto de seguimiento en el PAAC formulado para el periodo*100	Cuatrimestral

14. PUNTO DE CONTROL

Comité Sistema Integral de Administración del Riesgo
 Comité de Coordinación Control Interno
 Comité de Gestión y Desempeño

15. RESPONSABLE

Líneas de Aseguramiento definidas en la entidad

16. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
4	Diciembre de 2021	Actualización en normativa, alineación con el direccionamiento estratégico, inclusión de temas de la Guía de Administración del Riesgo del DAFP, reformulación indicadores
5	Septiembre de 2022	Actualización en normativa, inclusión de subsistemas de administración de riesgos.

ELABORADO POR	REVISADO POR	CONVALIDADO	APROBADO
Nombre: Betty González González	Nombre: Martha Deicy Ambrosio Nieto	Nombre: Gloria Libia Polania Aguillón	Nombre: Luis Fernando Pineda Ávila.
Actividad: Profesional Universitario	Cargo: Referente del Sub proceso de Gestión del Riesgo	Cargo: Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional	Cargo: Gerente
Fecha: 15 /09/2022	Fecha: 21/09/2022	Fecha: 30/09/2022	Fecha: 30/09/2022
Firma: <i>Betty González</i>	Firma: <i>Martha Deicy Ambrosio Nieto</i>	Firma: <i>Gloria Libia Polania Aguillón</i>	Firma: <i>Luis Fernando Pineda Ávila</i>