

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 1841 de 2013:** Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.
- **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 2021170000004-5 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 2021170000005 – 5 de 2021 –** Instrucciones Generales Relativas al Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF). t 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.

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.

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.**



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

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

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 su misionalidad se **compromete desde la Alta Dirección a efectuar la administración de los riesgos** identificados en los procesos, **mediante el diseño y ejecución de controles que permitan reducir la probabilidad de ocurrencia de eventos potenciales y su materialización**; que puedan afectar al cumplimiento de los objetivos estratégicos, la **protección de los recursos y el bienestar de sus grupos de valor**, bajo los enfoques del Modelo de Atención vigente y la Política de Atención Integral en Salud.

4. OBJETIVO DE LA POLÍTICA

Gestionar la adecuada administración y gestión del riesgo a través de las actividades de control, estrategias y herramientas para la gestión del riesgo, formuladas para mitigar las causas identificadas a los riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información, mediante el compromiso de los roles de autocontrol, autoevaluación y evaluación independiente del esquema de líneas de defensa de la entidad.

5. ALCANCE DE LA POLÍTICA

La administración de los riesgos identificados en la entidad y la ejecución de los controles para su mitigación, es aplicable a todos los procesos de la entidad y sus grupos de valor, como actores responsables del desempeño de la entidad; hasta el nivel de aceptación de los mismos y cierre de las oportunidades de mejora a que haya lugar.

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.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
2004
Calle del Comercio 130-13
Bogotá D.C.

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

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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 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 destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas"

Nivel de Riesgo: Magnitud de un riesgo expresada en términos de la combinación de las consecuencias y de la probabilidad de ocurrencia.

PAIS: Política de Atención Integral en Salud.

Probabilidad: 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.

RIAS: Rutas integrales de atención en salud.

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.

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
2015

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

POLÍTICA: POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

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.

7. DESARROLLO

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE., define su política de gestión del riesgo tomando como referente los parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en los procesos, así como los del Modelo Estándar de Control Interno, en lo referente a las líneas de defensa, los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles versión 5 del DAFP 2020, la cual articula los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad digital.

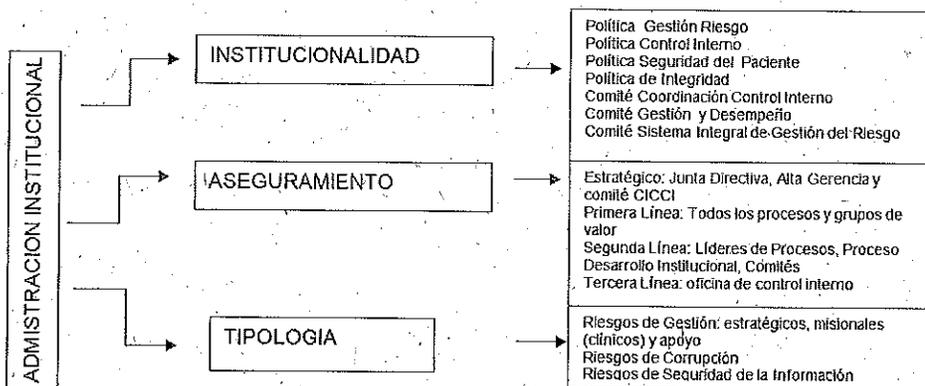
Para la implementación de la gestión del riesgo en la entidad, se realizara un análisis de las estrategias, del direccionamiento estratégico y del contexto externo, lo que permitirá una identificación del riesgo adecuada a las necesidades de la entidad, con un enfoque preventivo que permita la protección de los recursos, alcanzar mejores resultados y mejorar la prestación de servicios a sus usuarios, aspectos fundamentales frente a la generación de valor público, eje fundamental en el quehacer de todas las organizaciones públicas.

Atendiendo lo anterior y dando inicio a la estructura metodológica se establecen los siguientes lineamientos:

INSTITUCIONALIDAD: El modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) define para su operación articulada la creación en todas las entidades del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, regulado por el Decreto 1499 de 2017 y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, reglamentado a través del artículo 13 de la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017, en este marco general., para una adecuada gestión del riesgo, dicha institucionalidad entra a funcionar de la siguiente forma en la subred sur:

- Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
- Comité Institucional de Coordinación de Control Interno CICCI
- Comité Sistema Integral de Administración del Riesgo SIAR

ESTRUCTURA FUNCIONAL:



ENFOQUE: La metodología para la administración de riesgos de la Subred Sur, se enfoca en primera instancia en la premisa de promover una cultura de riesgos con orientación de resultados frente al control o mitigación de los riesgos que puedan afectar la gestión institucional o puedan afectar las necesidades de los usuarios durante la prestación del servicio, la cual se fundamenta en la aplicación de cuatro (4) fases; **Identificación, Análisis, Valoración y Seguimiento a riesgos.** (Puntualizados en el Manual Administración del Riesgo).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CORPORACIÓN
PÚBLICA DE
SERVICIOS DE SALUD

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

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

De igual manera y en atención al cumplimiento de la **Circular Externa 2021170000004-5 de 2021 de la Super Intendencia Nacional de Salud**, la cual es de obligatorio cumplimiento se incluye dentro de la Gestión del Riesgo de la Entidad los Subsistemas de: 1. Riesgo en Salud, 2. Riesgo Operacional, 3. Riesgo Actuarial, 4. Riesgo de Crédito, 5. Riesgo de Liquidez, 6. Riesgo de Mercado de Capitales, 7. Riesgo de Grupo 8. Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

Manual Administración del Riesgos que define:

1. Fase de Identificación y análisis
2. Fase de Evaluación y medición
3. Fase de Seguimiento y Monitoreo
4. Fase de Tratamiento y Control.

ANÁLISIS DE IMPACTO: Las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo. Se determinará de acuerdo a las siguientes tablas.

1. Riesgos de Gestión:

NIVEL	VALOR	IMPACTO CUANTITATIVO	IMPACTO CUALITATIVO
Catastrófico	5	4 criterios	5 criterios
Mayor	4	4 criterios	5 criterios
Moderado	3	4 criterios	6 criterios
Menor	2	4 criterios	3 criterios
Insignificante	1	4 criterios	3 criterios

2. Seguridad de la Información:

NIVEL	VALOR	IMPACTO CUANTITATIVO	IMPACTO CUALITATIVO
Catastrófico	5	3 criterios	4 criterios
Mayor	4		
Moderado	3		
Menor	2		
Insignificante	1		

3. **Riesgos de Corrupción:** Requiere la aplicación de los 16 criterios definidos por el DAFP, que se describen en el Manual Administración del Riesgos y la siguiente escala:

NIVEL	DESCRIPCIÓN	N.º RESPUESTAS AFIRMATIVAS
Catastrófico	Genera medianas consecuencias sobre la entidad	De 12 a 19
Mayor	Genera altas consecuencias sobre la entidad	De 6 a 11
Moderado	Genera consecuencias desastrosas sobre la entidad	De 1 a 5

ANÁLISIS DE PROBABILIDAD

La probabilidad de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad de la Información se expresa en términos de frecuencia, es decir el número de eventos presentados en un período determinado (histórico y/o materializado).

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 externos¹.

RIESGO CLÍNICO:

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.

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:

Tipo de Riesgo	Zona de Riesgo	Nivel de Aceptación – Tratamiento del Riesgo
Riesgos de Gestión y Seguridad de la Información	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>
	Alta y Extrema	<p>Reduce, o comparte 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>

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

8. 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 Alta Dirección, Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente, su 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.

- 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.



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

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

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.

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).

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, 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.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CORPORACIÓN
PÚBLICA
DE ECONOMÍA SOCIAL
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

- 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 CICCI el seguimiento a la eficacia de los controles en las áreas identificadas en los diferentes niveles de operación de la entidad.
- 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.

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 CICCI.

9 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



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

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

Fortalecer la Cultura de Gestión de Riesgos institucionales.	Apropiación del 80% del conocimiento en generalidades de la Administración del Riesgo y Plan Anticorrupción PAAC, a grupos de valor y USS priorizados	Porcentaje de apropiación de conocimiento.	Número de participantes con calificación de apropiación del conocimiento en generalidades de riesgos mayor o igual a 80% / Total de participantes socializados y evaluados * 100	Trimestral
Gestionar los riesgos institucionales.	Seguimiento al 100% de los controles formulados en el mapa de riesgos de la entidad para el periodo	Porcentaje de seguimiento a la ejecución de los Controles asociados a los Riesgos identificados por los procesos y registrados en la matriz de riesgos institucional.	Número de controles con seguimiento formulados en el mapa de riesgos de la entidad para el periodo/ Número de controles formulados en el mapa de riesgos de la entidad *100	Cuatrimestral
	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	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

10. PUNTO DE CONTROL

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

11. RESPONSABLE

Líneas de Aseguramiento definidas en la entidad

12. 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

ELABORADO POR	REVISADO POR	CONVALIDADO	APROBADO
Nombre: Betty González González	Nombre: Martha Deicy Ambrosio Nieto	Nombre: Gloria Libia Polania Aguilón	Nombre: Luis Fernando Pineda Avila.
Actividad: Profesional Universitario	Cargo: Referente del Sub proceso de Gestión del Riesgo	Cargo: Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional	Cargo: Gerente
Fecha: 2/12/2021	Fecha: 6/12/2021	Fecha: 10/12/2021	Fecha: 16/12/2021
Firma:	Firma:	Firma:	Firma: