

**1. NORMATIVA**

Con el fin de fortalecer la administración pública y tener en cuenta los posibles factores internos y externos que pudieran afectar el cumplimiento de la plataforma estratégica de las entidades, el Gobierno Nacional determino las siguientes normas:

Ley 87 de 1993 Donde se establece las normas para el Control Interno, el cual se entiende como un sistema integrado de organización y conjuntos de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el objetivo de procurar que todas las actividades [...] se realice de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección. En el Artículo 2 de la presente Ley, atendiendo a los principios constitucionales [...] el sistema de control interno se debe orientar, en proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten es por esto por lo que debe definir medidas para prevenir los riesgos, detectarlos y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.

Para dar cumplimiento a la anterior norma el Decreto 1537 de 2001 reglamenta 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, en donde se debe evaluar tanto los aspectos externos e internos que puedan llegar a representar una amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con el fin que los responsables de los procesos establezcan actividades de control.

Decreto 1485 de 1994 tiene como objeto regular el régimen de organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud, las que serán responsables de administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando ocurrencia de eventos previsibles.

Ley 1122 de 2007 hace algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud 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.

Ley 1474 de 2011 en el Artículo 12 fijo la obligación legal de crear el Sistema Preventivo de Practicas 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 SNS no solo ejercer los poderes de IVC sobre su vigilados, sino además definir medidas de control preventivas, que incluyan los indicadores para la detección temprana del riesgo, logrando la identificación, prevención y reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude dentro del SGSSS.

Decreto 1083 de 2015 por medio del cual se expide el 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 medio del 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 612 de 2018: Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado, el cual se adiciona al capítulo 3 del Título 22 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015 según el artículo 1 del presente decreto.

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"

Resolución 3384 de 2000 Ministerio de Salud "por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y



1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000.

Resolución 2626 de 2019 de Ministerio de Salud y Protección Social "por la cual se modifica la PAIS y se adopta el MAITE"

Resolución 1147 de 2020 del 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"

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-Es una norma internacional emitida por la Organización Internacional de Normalización (ISO) y describe cómo gestionar la seguridad de la información en una empresa.

ISO 31000 Gestión del Riesgo- Es la norma internacional para la gestión del riesgo y ayuda a las organizaciones con su análisis y evaluación de riesgos.

Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión IV - 2018 del Departamento Administrativo de Función Pública.

2. ALINEACIÓN CON EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Plataforma Estratégica

Misión: La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. del Distrito Capital, presta servicios de salud enmarcados en el modelo innovador de atención en red con enfoque en la gestión integral del riesgo, mejorando las condiciones de salud de nuestros usuarios de las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, Sumapaz y Tunjuelito, manteniendo la participación ciudadana urbana y rural.

Visión: Para el año 2020 seremos una Subred Integrada de Servicios de Salud consolidada, sostenible, confiable y accesible, con estándares de calidad que mejoren las condiciones de salud de nuestros usuarios.

Objetivos Estratégicos

Objetivo Estratégico Nro. 1: Mejorar las condiciones de salud de nuestros usuarios por medio de la prestación de servicios integrales de salud, enmarcados en un modelo innovador de atención en Red.

Objetivo Estratégico Nro. 2: Garantizar el manejo eficiente de los recursos que aporten a la implementación del modelo de atención en Red.

Objetivo Estratégico Nro. 3: Garantizar la sostenibilidad financiera de la subred sur.

Objetivo Estratégico Nro. 4: Promover la participación y movilización comunitaria en el marco del modelo integral de atención

3. ENUNCIADO

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E se compromete con la gestión y control integral de los riesgos identificados en los procesos, mediante un ejercicio integral y articulado entre el componente asistencial y administrativo, para continuar prestando servicios de salud integrales y resultados de desempeño institucional, acordes con el Modelo de Atención vigente y la Política de Atención Integral en Salud.

4. OBJETIVO DE LA POLÍTICA

Establecer los lineamientos "unificados" para la administración de las tipologías de riesgos definidas en la institución, mediante un enfoque integral que permita fortalecer la cultura de prevención y control de riesgos con participación activa de los colaboradores y operación de líneas de defensa, para contribuir al logro de los objetivos estratégicos y continuidad en la Prestación de servicios de salud acorde con el modelo de atención en salud y Política de Atención integral en Salud.



5. ALCANCE DE LA POLÍTICA

La política de Gestión de riesgos es aplicable a todos los procesos institucionales con el fin de dar cumplimiento a las etapas de identificación, análisis, valoración y seguimiento, manteniendo canales de información apropiados que contribuyan a su adecuado conocimiento y desarrollo.

6. DEFINICIONES

Administración de Riesgos: componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la entidad pública auto controlar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos
Consecuencia: Resultado de un Evento de Riesgo.

Control del Riesgo: Medida que modifica el Riesgo. Incluirá procesos, políticas, prácticas, acciones entre otros.

EPS: Entidad Prestadora en Servicios de Salud.

Evaluación del Riesgo: Comparación de resultados para determinar el tratamiento del riesgo.

Evento de Riesgo: Incidente o situación que ocurre en un lugar particular durante un intervalo de tiempo determinado. Habitualmente generan pérdida para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., pero también puede hacer referencia a un evento sin consecuencias "incidente" o "accidente".

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

Gestión del Riesgo: Se refiere a la aplicación de elementos y etapas para la gestión eficaz del Riesgo.

Identificación del Riesgo: Proceso para encontrar, reconocer y describir el Riesgo.

Impacto: Efectos o consecuencias generados a la Entidad por la materialización de los riesgos, puede ser de imagen, legal, confidencialidad de la información, operativo entre otros.

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

IVC: Inspección Vigilancia y Control.

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.

MAITE: Modelo de acción integral territorial, marco operacional de la PAIS.

Matriz De Riesgo: Documento que consolida la información resultante de la gestión del riesgo.

MIAS: Modelo Integral de Salud.

MIPG: Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

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 expresada en términos de la combinación de las consecuencias y de la probabilidad de ocurrencia.

PAIS: Política de Atención integral en Salud.

Política De Administración De Riesgos: Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo (NTC ISO31000 Numeral 2.4). La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

Probabilidad: Oportunidad de que algo suceda, esté o no definido, medido o determinado objetiva o subjetivamente, cualitativa o cuantitativamente, y descrito utilizando términos generales o matemáticos.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar un valor

Propietario del Riesgo: Líder con la autoridad para gestionar un riesgo e informar su gestión frente al mismo.

RIAS: Rutas integrales de atención en salud

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

RIAS: Rutas integrales de atención en salud



SBR: Supervisión Basada en Riesgos.
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SNS: Súper Intendencia Nacional de Salud

7. DESARROLLO

Tipología de Riesgos

- **Riesgo Ambiental:** Potenciales eventos asociados con afectaciones al medio ambiente.
- **Riesgo Clínicos:** probabilidad de que se produzca un resultado "desenlace" indeseable -o la ausencia de un resultado deseable- durante la atención en salud (durante cualquiera de los componentes de la prestación de un servicio) de un paciente asociado a causas institucionales.
- **Riesgo Corrupción:** Se entiende como la posibilidad de que, por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se desvíe la gestión de lo público, para la obtención de un beneficio particular.
- **Riesgo Estratégicos:** Son los relacionados con la Misión, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la definición de políticas
- **Riesgo Financiero:** Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluye, la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes de cada entidad. De la eficiencia y transparencia en el manejo de los recursos, así como su interacción con las demás áreas dependerá en gran parte el éxito o fracaso de toda entidad
- **Riesgo Seguridad del paciente:** Corresponden a los relacionados con los elementos, estructuras y procedimientos institucionales que afectan la atención del usuario y la comunidad y que pueden conducir a la prestación de incidentes o eventos adversos.
- **Riesgo LAFT:** Eventos asociados con posible vinculación de oferentes o proveedores o contratistas en listas restrictivas a nivel nacional o internacional por Lavado de activos o financiación del terrorismo, y que potencialmente pretendan utilizar como fachada el nombre o vinculación con la institución para el desarrollo de posibles situaciones ilícitas.
- **Riesgo Legal:** Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.
- **Riesgo Operativo:** Comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los procesos y/o articulación entre dependencias.
- **Riesgo Poblacional:** Corresponde a los relacionados con los factores determinantes que afectan la calidad de vida de grupos específicos con los cuales la institución asume la responsabilidad de intervención en salud.
- **Riesgo Imagen:** Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de los grupos de interés hacia la institución.
- **Riesgo Seguridad Informática:** Es el conjunto de medidas preventivas y reactivas de las organizaciones y de los sistemas tecnológicos que permitan resguardar y proteger la información buscando mantener la confidencialidad, la disponibilidad e integridad de la misma.
- **Riesgo Seguridad y Salud en el Trabajo:** Eventos que pueden afectar el bienestar físico, mental y social de los colaboradores.



- **Riesgo Tecnológico:** Se asocian con la capacidad de la Entidad para que la tecnología disponible satisfaga las necesidades actuales y futuras de la entidad y soporten el cumplimiento de la Misión.

Mecanismos de Comunicación y Divulgación: La difusión de la Política se realizará por medio de los siguientes canales, teniendo en cuenta las prioridades institucionales y contexto de operación actual:

- CANAL PRESENCIAL
- CANAL VIRTUAL
- CANAL ESCRITO

Nota. La divulgación de la Política de Gestión Integral de Riesgos, será liderada por el proceso de Desarrollo Institucional-Sub proceso de Gestión de Riesgos, en su calidad de Líder del Eje de Gestión del Riesgo con apoyo de la primera línea de defensa en el marco del autocontrol.

Tratamiento de Riesgos:

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E cuenta con diferentes opciones para evitar que los riesgos generen un impacto negativo para la entidad:

- **Aceptar el Riesgo:** No se adopta ninguna medida que afecte la probabilidad o el impacto del riesgo.
- **Reducir el Riesgo:** Se adoptan medidas para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo o ambos; por lo general conlleva a la implementación de controles.
- **Evitar el Riesgo:** Se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo, es decir, no iniciar o no continuar con la actividad que lo provoca.
- **Compartir el Riesgo:** Se reduce la probabilidad o el impacto del riesgo transfiriendo o compartiendo una parte de este. Los riesgos de corrupción se pueden compartir más no transferir.

Niveles de Aceptación

Con el fin de establecer los niveles de tolerancia de los riesgos, la institución establece las siguientes medidas:

Tipo de Riesgo	Zona de Riesgo	Nivel de Aceptación - Tratamiento del Riesgo
Riesgos de Gestión (Las 13 tipologías de riesgos diferentes a corrupción)	Baja	<p>Aceptación del Riesgo.</p> <p>La institución asume el riesgo y se administra por medio de las actividades propias del proceso asociado. La entidad continua con las medidas de control implementadas. Se registra seguimiento en Mapa de Riesgos Institucional.</p>
	Moderada	<p>Reducción del Riesgo</p> <p>Medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención) como el impacto (medidas de protección). Se puede conseguir mediante la optimización de los procedimientos y la implementación de controles preventivos (fortalecimiento de puntos de control preventivos en procedimientos). Se registra seguimiento en Mapa de Riesgos Institucional.</p>

A



Corrupción (Riesgos NO Aceptados)	Alta y Extrema	<p>Reduce o Evita o Comparte el riesgo</p> <p>Medidas encaminadas a eliminar la actividad que genera el riesgo (probabilidad y/o impacto), previniendo su materialización. Cuando los escenarios de riesgo identificado se consideran demasiado extremos se puede tomar una decisión para evitar el riesgo, mediante la cancelación de una actividad o un conjunto de actividades.</p>
	Moderada	<p>Medidas que reducen el efecto de un riesgo, a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones. Cuando es muy difícil para la entidad reducir el riesgo a un nivel aceptable o se carece de conocimientos necesarios para gestionarlo, este puede ser compartido con otra parte interesada que pueda gestionarlo con más eficacia.</p> <p>Se registra seguimiento en Mapa de Riesgos Institucional.</p> <p>Reducción del Riesgo</p> <p>Medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención) como el impacto (medidas de protección). Se puede conseguir mediante la optimización de los procedimientos y la implementación de controles preventivos. Se registra seguimiento en Mapa de Riesgos Institucional – Tipología Corrupción</p>
	Alta y extrema	<p>Evita el Riesgo</p> <p>Cuando los escenarios de riesgo identificado se consideran demasiado extremos se puede tomar una decisión para evitar el riesgo, mediante la cancelación de una actividad o un conjunto de actividades. Se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo y se decide no iniciar o no continuar con las actividades que lo causan. (Redefinición de causas y controles). Se registra seguimiento en Mapa de Riesgos Institucional – Tipología Corrupción.</p>

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.

A partir de las líneas de defensa establecidas dentro de la Guía de Administración de Riesgos del DAFP y del Modelo Integrado de Planeación Y Gestión, las responsabilidades respecto la gestión, seguimiento y evaluación:

LÍNEA ESTRATÉGICA

Responsable: 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 trimestralmente 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
- 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.

SEGUNDA LINEA DE DEFENSA:

Responsable: Lidera Jefe de Desarrollo Institucional (Planeación) en calidad de Lider del Eje de Riesgos y II línea de Defensa. Participan los supervisores e interventores de contratos o proyectos, coordinadores de otros sistemas de gestión de la entidad, comités de riesgos (donde existan), comités de contratación, entre otros, colaboradores con responsabilidades directas en el monitoreo y evaluación de los controles y la gestión del riesgo

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.

TERCERA LINEA DE DEFENSA:

Responsable: Oficina de Control Interno

Rol y funciones principales:

- 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.
- Revisar la adecuada definición de los objetivos institucionales a los objetivos de los procesos que han servido de base para llevar a cabo la identificación de los riesgos, y realizar las recomendaciones a que haya lugar
- 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

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
Fortalecer la de de Gestión de Riesgos institucionales	Lograr que por lo menos el 85% de los colaboradores de unidades priorizadas, hayan participado en Capacitaciones de la gestión Integral del riesgo, avanzando gradualmente en coberturas de resultados en cada vigencia	Cobertura de Colaboradores sensibilizados y Capacitados.	Numero de colaboradores sensibilizados y capacitados en el periodo / Total de colaboradores programados * 100	Anual
	Lograr que el 100% de los líderes de los procesos están capacitados en la Gestión integral de Riesgos	Cobertura de capacitación a los líderes de los procesos Institucionales	# líderes de los procesos capacitados en el periodo/Total de Lideres de Procesos	Anual



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

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2

	Lograr como mínimo una calificación del 75% en conocimientos de la Gestión Integral de Riesgos Institucionales por parte de los colaboradores de unidades priorizadas para divulgación, con tendencia creciente de resultados en cada vigencia	Porcentaje de conocimiento Gestión Integral de Riesgos	Número de colaboradores con resultados mínimos del 75% en conocimiento en la gestión integral de riesgos institucional / Total de colaboradores evaluados *100	Anual
Gestionar los riesgos institucionales.	Lograr que el 100% de los riesgos identificados tengan seguimiento acorde al modelo de líneas de defensa.	Ejecución de Modelo de Líneas de defensa en los riesgos identificados.	Total de riesgos identificados con reporte de seguimiento por líneas de defensa/ Total de riesgos identificados en el mapa de riesgos en el periodo objeto a evaluar * 100	Anual
Controlar la materialización de riesgos, avanzando en su minimización en cada vigencia	Disminuir en un punto porcentual los riesgos materializados en cada vigencia	Control de Riesgos materializados por vigencia	Diferencia entre los riesgos materializados en vigencia actual menos vigencia anterior	Anual

10. PUNTO DE CONTROL

Realizar seguimiento y/o evaluación a los controles y evidencias que conlleven a la prevención de la materialización de los riesgos identificados.

11. RESPONSABLE

Líder del Eje de Gestión de Riesgos – Jefe de Oficina de Desarrollo Institucional.

12. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	
3	Agosto de 2020	Actualización normativa, ajuste de niveles de aceptación del riesgo e inclusión de línea estrategia como línea de defensa conforme a Guía de administración riesgos del DAFP y mejoramiento en la definición de indicadores y metas	
ELABORADO POR	REVISADO POR	CONVALIDADO	APROBADO
Luz María Cotrina Romero	John Jairo Vásquez Herrera	Gloria Libia Polania Aguilon	Gloria Libia Polania Aguilon
Actividad: Referente de Mejoramiento y Riesgo Institucional	Actividad: Referente Direccionamiento Estratégico.	Cargo: Jefe de Oficina Asesora de Desarrollo Institucional.	Cargo: Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
Fecha: 11/08/2020	Fecha:13/08/2020	Fecha:13/08/2020	Fecha:14/08/2020



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
E INSTITUCIONES DE SALUD

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

POLÍTICA: POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

DI-DE-FT-07 V2