



1. NORMATIVA

1.1 Normativa Nacional

- Constitución Política de Colombia (Art. 49, 113).
- Ley 87 de 1993 (Control Interno).
- Ley 489 de 1998 (Funcionamiento institucional del Estado).
- Ley 1122 de 2007 (Reformas al SGSSS)
- Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción)
- Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud)
- Ley 1778 de 2016 (Responsabilidad de personas jurídicas por actos de corrupción transnacional)
- Decreto 1083 y Decreto 1499 de 2017 (Sistema de Gestión)
- Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP).
- Circular Externa 009 de 2016 (Lineamientos SARLAFT).
- Circular Externa 045 de 2021 (Código de Conducta, Buen Gobierno y Gestión de Riesgos)
- Circular Externa 053, 054 y 055 de 2021 (Transparencia, Ética, SICOF).
- Resolución 2031 de 2022 (Plan Decenal de Salud Pública).
- Acuerdo 019 de 2023 (Manuales actualizados SARLAFT, Riesgos y SICOF).
- Guías DAFP V4, V5 y V6 para la Administración del Riesgo en Entidades Públicas.
- Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026: "Colombia potencia mundial de la vida".
- Plan Distrital de Bogotá 2024- 2027 "Bogotá camina segura".
- Plan Territorial de Salud Bogotá 2024- 2027 "+ Más bienestar"
- Ley 2195 de 2022 "Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones.

1.2 Normativa Internacional

- ISO 31000:2018 (Gestión de Riesgos. Principios y directrices).
- ISO 27001 (Gestión de la Seguridad de la Información).
- GAFI - Grupo de Acción Financiera Internacional (Recomendaciones sobre LA/FT).
- Resolución 1267 del Consejo de Seguridad de la ONU (Sanciones por terrorismo).
- Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (UNCAC).
- Convención de Palermo (Delincuencia organizada transnacional).
- Convención Internacional para la Represión de la Financiación del Terrorismo (2000).
- Recomendaciones de la OCDE sobre buen gobierno y transparencia.

2. ALINEACIÓN CON EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Misión: La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., brinda a través de un Modelo basado en la Atención Primaria Social, integral e integrado, servicios de salud enfocados a una gestión de riesgo, con excelencia, humanizada y comprometida con **MÁS SALUD Y MÁS BIENESTAR**; contando con un talento humano altamente calificado, transparente, comprometido, con vocación de docencia y servicio soportado en una gestión del conocimiento, innovadora e investigativa que contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida de la población urbana y rural bajo un enfoque diferencial.

Visión: Consolidarnos en el año 2028, como una Empresa Social del Estado referente a nivel nacional en la Prestación de Servicios de Salud con MÁS Bienestar, con estándares superiores de calidad, líderes en docencia,

con avances significativos en investigación, sostenibilidad financiera y ambiental; manteniendo un enfoque incluyente, diferencial y multicultural que promueva la intersectorialidad aportando al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios, familias y comunidad urbana y rural.

Valores Institucionales: Honestidad, Respeto, Compromiso, Justicia, Diligencia, inclusión.

Principios Institucionales: Vocación de Servicio y Liderazgo Público, Ética, Transparencia, empatía, corresponsabilidad, Interdependencia e Integración

Objetivos Estratégicos:

PRIMERO: enfoque misional – plan territorial en salud Bogotá + bienestar Fortalecer el modelo de salud de Bogotá, en el marco de la atención primaria social bajo un enfoque de riesgo individual, poblacional, territorial, a través de la prestación de servicios de salud con respuestas transectoriales, con calidad, seguridad, más humanos e innovadores haciendo énfasis en educación, transferencia del conocimiento, soportado en un equipo altamente comprometidos.

SEGUNDO: enfoque sostenibilidad financiera: Alcanzar una sostenibilidad financiera mediante el aumento de venta de servicios, mejoramiento del recaudo y austeridad del gasto para llegar a punto de equilibrio financiero en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

TERCERO: enfoque a la gestión y desempeño – SOGC – procesos y procedimiento – innovación – tecnología – sistemas de información. Lograr un excelente desempeño institucional, mediante la implementación de acciones que dirigen a la organización al mantenimiento de los estándares superiores de calidad, en el ejercicio de la transparencia e innovación para el fortalecimiento de las capacidades institucionales.

CUARTO: enfoque talento humano, humanización y cultura del servicio fortalecer las capacidades y potencializar el desarrollo del Talento Humano, orientado a la cultura del servicio y la confianza y la confianza ciudadana, fomentando la atención con calidad humanizada y sin discriminación.

QUINTO: enfoque al ciudadano, relacionamiento con la ciudadanía y la gobernanza Fortalecer la gobernanza institucional, en el marco del modelo de relacionamiento con la ciudadanía, garantizando los criterios diferenciales de accesibilidad, enfoque de derechos, participación y el control social, en aras de generar una visión amplia de las expectativas y necesidades brindando respuesta oportuna a las mismas, logrando así mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

3. ENUNCIADO

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, en el marco de su Plataforma Estratégica, se compromete con la implementación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, mediante la estructuración, ejecución y monitoreo articulado de los Subsistemas de Administración del Riesgo, en los que se incluyen SARLAFT/FPADM: Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas, SICOF: Corrupción, Opacidad y Fraude, afianzando la transparencia y cumplimiento normativo.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALA 1A1 Oficina de Asesoría de Riesgos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	POL-17-V7

4. OBJETIVO DE LA POLÍTICA

Establecer un marco político y técnico que integre de manera armónica los Subsistemas de Administración del Riesgo, mediante la estructuración, ejecución y monitoreo continuo de los mismos, en los que se incluyen SARLAFT/FPADM y SICOE, para prevenir, detectar y eliminar riesgos asociados al lavado de activos, financiación del terrorismo, proliferación de armas, corrupción, opacidad y fraude, para asegurar la protección de la integridad institucional en la prestación de servicios de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, alineado con la normativa nacional e internacional, los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud y la Plataforma Estratégica definida en el Acuerdo 085 de 2024.

5. ALCANCE DE LA POLÍTICA

Esta política aplica a todas las sedes, los procesos, funcionarios, contratistas, grupos de valor y órganos de dirección y control de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso; es de obligatorio cumplimiento en la ejecución de la misionalidad institucional y los procesos estratégicos, misionales, de apoyo, y evaluación.

6. DEFINICIONES

- **Riesgo:** Posibilidad de que un evento afecte negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- **Riesgo Inherente:** Nivel de riesgo sin considerar controles.
- **Riesgo Residual:** Riesgo restante tras aplicar controles.
- **Riesgo Neto Global:** Combinación de riesgos residuales ponderados.
- **Riesgo Significativo:** Riesgo relevante que merece atención especial por parte del auditor
- **Riesgo de Seguridad de la Información:** Posibilidad de pérdida o daño a un activo de información por vulnerabilidades explotadas por amenazas (ISO/IEC 27000).
- **Riesgo de Corrupción:** Uso indebido del poder, por acción u omisión, para obtener beneficios privados desviando la gestión pública.
- **Recurso Público:** Dineros comprometidos y ejecutados en el ejercicio de funciones públicas.
- **Bien Público:** Muebles e inmuebles de propiedad pública:
 - De uso público (calles, parques).
 - Fiscales (edificios, colegios, hospitales).
- **Probabilidad:** Posibilidad de ocurrencia de un riesgo, asociada a la exposición en un período (ej. veces al año).
- **Causa:** Factor que puede, por sí solo o en combinación, provocar la materialización de un riesgo.
- **Causa Inmediata:** Circunstancia que permite la ocurrencia del riesgo, sin ser su causa principal.
- **Causa Raíz:** Causa principal (eficiente o adecuada) cuya ocurrencia genera directamente el daño público.
- **Consecuencia:** Efectos resultantes del riesgo sobre la entidad, su proceso o partes interesadas.
- **Punto de Riesgo:** Actividades que implican potencial generación de riesgo fiscal.
- **Control:** Medida para mitigar o reducir un riesgo.
- **Factores de Riesgo:** Origen o fuente del riesgo.
- **Confidencialidad:** Propiedad de que la información no sea divulgada a personas o entidades no autorizadas.
- **Integridad:** Exactitud y completitud de la información.

- **Disponibilidad:** Accesibilidad de la información cuando se necesite.
- **Activo:** Elemento (informático, físico o humano) que usa la organización en el entorno digital.
- **Nivel de Riesgo:** Valor producto de la combinación entre probabilidad e impacto del riesgo.
- **Apetito de Riesgo:** Nivel de riesgo aceptable por la entidad.
- **Tolerancia del Riesgo:** Máxima desviación aceptable respecto al apetito de riesgo.
- **Capacidad de Riesgo:** Nivel máximo de riesgo que la entidad puede soportar sin comprometer sus objetivos.
- **Atención en Salud:** Conjunto de servicios o tecnologías destinados a promover, mantener, monitorizar o restaurar el estado de salud de los individuos y comunidades.
- **Categorías de Riesgos**
- **Prioritarios:** Agrupaciones de riesgos definidos por la Superintendencia Nacional de Salud que deben ser gestionados como mínimo por las IPS: riesgo en salud, actuarial, de crédito, de liquidez, de mercado de capitales, operacional, de grupo y de lavado de activos y financiación del terrorismo.
- **Ciclo General de Gestión de Riesgo:** Etapas de un subsistema de administración de riesgos para cada tipo o categoría identificada.
- **Conflicto de Interés:** Situación en la que una influencia directa o indirecta genera decisiones que favorecen un interés privado, en detrimento de las obligaciones institucionales.
- **Controles:** Medidas preventivas y correctivas para contrarrestar la exposición a riesgos (políticas, procesos, prácticas, etc.).
- **Cultura de Autocontrol:** Conjunto de políticas y procedimientos ejercidos a todos los niveles de la organización para garantizar el logro de objetivos y el control de riesgos.
- **Evento:** Situación específica que ocurre en un tiempo y lugar determinado.
- **Eventos Externos:** Acontecimientos causados por terceros o por la naturaleza, fuera del control de la entidad.
- **Evento de Pérdida:** Situaciones que generan pérdidas al materializarse un riesgo.
- **Factores de Riesgo:** Fuentes internas o externas que pueden desencadenar eventos perjudiciales para la entidad.
- **Falla de Mercado:** Ineficiencia en la asignación de recursos por parte del mercado.
- **Gestión de Riesgo:** Proceso estructurado y estratégico de identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- **Grupos de Riesgo:** Conjunto de personas con condiciones similares de vulnerabilidad y exposición a eventos.
- **Gobierno Organizacional:** Conjunto de normas y órganos mediante los cuales se dirige y controla la entidad, bajo principios de transparencia, eficiencia, equidad y calidad.
- **Pérdidas:** Valor económico asociado a la materialización de un riesgo, incluyendo los gastos derivados.
- **Perfil de Riesgo:** Resultado consolidado de la medición de riesgos a los que se expone una entidad.
- **Pruebas de Desempeño (Back Testing):** Evaluación de la efectividad de los modelos de medición de riesgo mediante comparación con resultados reales.
- **Pruebas de Tensión (Stress Testing):** Simulación de escenarios extremos para evaluar la capacidad de respuesta y vulnerabilidad frente a riesgos.
- **Reputación:** Percepción general de los grupos de interés sobre la organización, que puede impactar su estabilidad y confianza.
- **Seguridad del Paciente:** Conjunto de prácticas basadas en evidencia científica para minimizar eventos adversos en la atención de salud.
- **MSPI:** Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información

- **Lavado de Activos (LA):** Proceso mediante el cual personas o grupos criminales ocultan el origen ilícito de recursos generados a través de actividades ilegales, dándoles apariencia de legalidad mediante diversas transacciones financieras o comerciales.
- **Financiación del Terrorismo (FT):** Suministro, recaudación o canalización de recursos, de cualquier forma, con la intención de que sean utilizados para financiar actividades o grupos terroristas.
- **SARLAFT:** Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. Conjunto de políticas, procedimientos, herramientas, controles y estructuras que permiten identificar, medir, controlar y monitorear el riesgo de LA/FT.
- **Riesgo de LA/FT:** Posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad por ser utilizada directamente o indirectamente como instrumento para el lavado de activos o la financiación del terrorismo.
- **Señales de Alerta:** Indicadores o comportamientos atípicos que pueden evidenciar una posible operación relacionada con LA/FT y que requieren análisis o reporte.
- **Debida Diligencia:** Proceso de conocimiento del cliente (conocido como "Know Your Customer" o KYC), mediante el cual se recaba, verifica y analiza información del cliente para establecer un perfil de riesgo adecuado.
- **Debida Diligencia Intensificada:** Conjunto de medidas adicionales que se aplican a clientes, productos o transacciones que presentan un mayor nivel de riesgo.
- **Segmentación del Riesgo:** Proceso mediante el cual se clasifican los clientes, productos, canales y jurisdicciones con base en el nivel de riesgo que representan en relación con el LA/FT.
- **Reporte de Operación Sospechosa (ROS):** Informe que se remite a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), cuando se detectan operaciones inusuales o sospechosas de estar relacionadas con LA/FT.
- **Operación Inusual:** Transacción que no se ajusta a los hábitos del cliente o a las condiciones del mercado y que no tiene justificación económica o legal aparente.
- **Operación Sospechosa:** Transacción que, luego de ser analizada, permite establecer indicios de actividades relacionadas con el lavado de activos o la financiación del terrorismo.
- **UIAF (Unidad de Información y Análisis Financiero):** Entidad adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público encargada de recibir, centralizar, analizar y transmitir información para la prevención y detección del lavado de activos y la financiación del terrorismo.
- **Oficial de Cumplimiento:** funcionario designado por la entidad para liderar e implementar el SARLAFT, garantizando el cumplimiento normativo y la gestión efectiva del riesgo de LA/FT.
- **Beneficiario Final:** Persona natural que, en última instancia, posee o controla a un cliente y/o la persona en cuyo nombre se realiza una transacción.
- **Enfoque Basado en Riesgos:** Principio según el cual se asignan recursos y controles proporcionales al nivel de riesgo identificado para la entidad.
- **Monitoreo Continuo:** Proceso permanente mediante el cual se revisan las operaciones, transacciones y comportamiento del cliente para detectar variaciones respecto a su perfil de riesgo.
- **Listas Restrictivas:** Relaciones de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, sobre las cuales existen antecedentes, investigaciones o sanciones por delitos relacionados con LA/FT.
- **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.

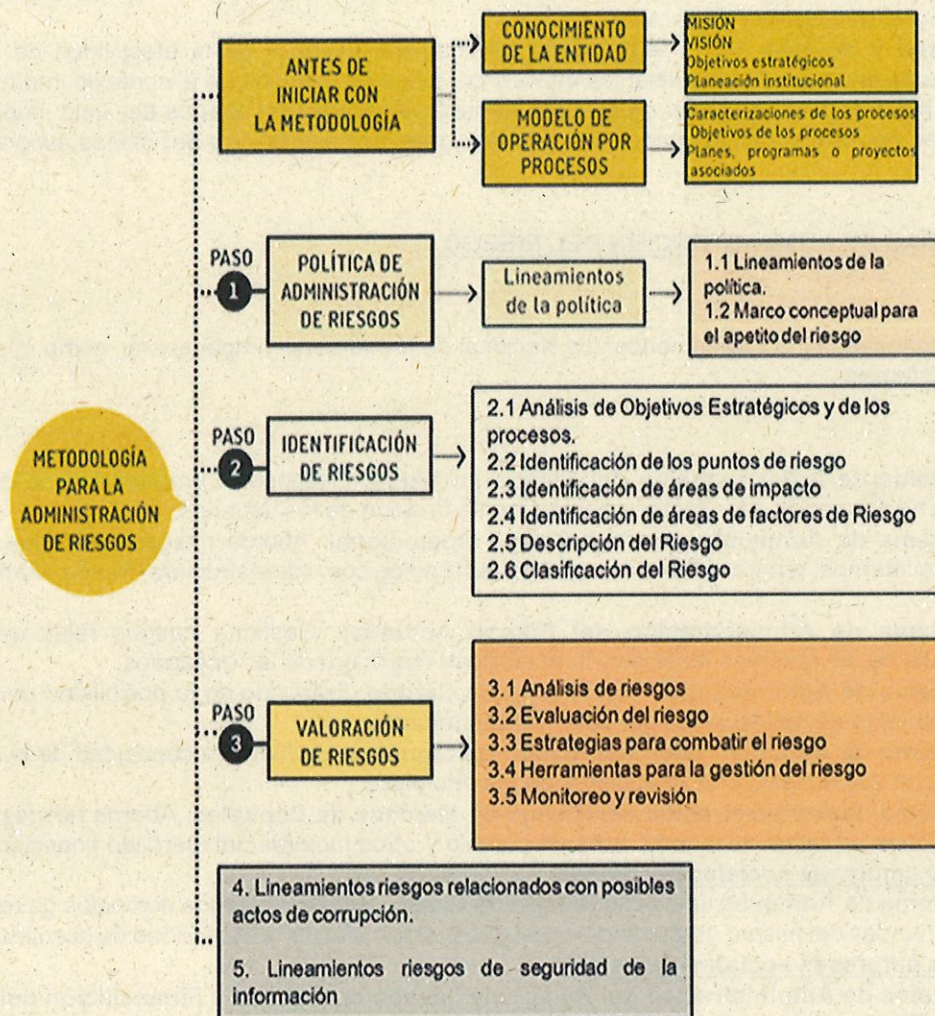
- **Mapa de riesgo:** Un mapa de riesgos es una herramienta que ayuda a identificar y evaluar los riesgos que pueden afectar a una organización o proyecto. Se trata de una representación visual que muestra la probabilidad de que ocurran ciertos eventos y el impacto que tendrían en caso de materializarse
- **Riesgo fiscal:** Es el efecto dañoso sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial
- **Continuidad del negocio:** Capacidad de una organización para mantener sus operaciones esenciales funcionando durante y después de una interrupción, ya sea causada por un desastre natural, un ataque cibernético o cualquier otro evento inesperado. Implica la planificación y preparación anticipadas para garantizar que una empresa pueda seguir prestando sus productos y servicios dentro de plazos aceptables y a niveles predefinidos, minimizando el impacto en sus operaciones y su reputación
- **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. Suele considerarse como una combinación de la probabilidad de un evento y sus consecuencias. (ISO/IEC 27000)
- **Vulnerabilidad:** Representan la debilidad de un activo o de un control que puede ser explotada por una o más amenazas.

7. DESARROLLO

7.1 METODOLOGÍA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO

La metodología para la administración del riesgo requiere de un análisis periódico del mapa de riesgos y su gestión. Así como, la aplicación de (3) pasos básicos:

1. Formulación e implementación de la política de administración de riesgos; establece los lineamientos principios y marco conceptual para la gestión integral del riesgo y sus diferentes Subsistemas de Administración del Riesgo.
2. Identificación de riesgos; determina los eventos potenciales que podrían afectar los objetivos estratégicos y de procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.+
3. Valoración de riesgos; evalúa la probabilidad de ocurrencia, consecuencias o impacto de los riesgos identificados para priorizar y diseñar estrategias de prevención y mitigación para gestión del riesgo en los diferentes procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6.

7.2 CICLO GENERAL DE LA GESTIÓN DEL RIESGO

1. **Identificación del riesgo**, es el reconocimiento y descripción clara de los eventos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Incluye causas, fuentes y posibles consecuencias.
2. **Análisis del riesgo** es la evaluación de la naturaleza del riesgo donde se analizan los factores que lo componen: probabilidad de ocurrencia y consecuencias y se determina el nivel de riesgo inherente (sin controles).
3. **Valoración del riesgo** es la comparación del nivel de riesgo identificado con los criterios de aceptación establecidos por la entidad. Se define si el riesgo es **aceptable**, **tolerable** o requiere tratamiento.



4. **Tratamiento del riesgo** es la aceptación o eliminación del riesgo para los que se formulan controles preventivos, detectivos y correctivos.
5. **Monitoreo y revisión** es el seguimiento continuo del riesgo y de la efectividad de las acciones implementadas, permite actualizar los análisis con base en cambios en el contexto interno o externo.
6. **Comunicación y consulta** es un proceso transversal a todas las etapas del ciclo, implica informar, socializar y consultar con las partes interesadas sobre los riesgos y las decisiones asociadas.

7.3 SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud deben implementar, como mínimo, los siguientes subsistemas:

1. **Subsistema de Administración del Riesgo en Salud:** Gestiona la probabilidad de ocurrencia de eventos no deseados que afecten negativamente la salud de los usuarios.
2. **Subsistema de Administración del Riesgo Operacional:** Aborda riesgos derivados de fallas en procesos internos, recursos humanos, sistemas tecnológicos, infraestructura, fraude, corrupción, entre otros.
3. **Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial:** Gestiona riesgos relacionados con la suficiencia de las reservas técnicas y la estabilidad financiera de las entidades.
4. **Subsistema de Administración del Riesgo de Crédito:** Enfocado en la posibilidad de pérdidas por incumplimiento de obligaciones por parte de contrapartes.
5. **Subsistema de Administración del Riesgo de Liquidez:** Gestiona la capacidad de la entidad para cumplir con sus obligaciones financieras en el corto plazo.
6. **Subsistema de Administración del Riesgo de Mercado de Capitales:** Aborda riesgos asociados a fluctuaciones en tasas de interés, tipos de cambio y otros factores del mercado financiero. **No aplica para las empresas sociales del estado**
7. **Subsistema de Administración del Riesgo de Grupo:** Gestiona riesgos derivados de relaciones con otras entidades del mismo grupo empresarial que puedan afectar la estabilidad de la entidad. **No aplica para las empresas sociales del estado**
8. **Subsistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT):** Previene y controla el uso de la entidad para actividades ilícitas relacionadas con el lavado de activos y la financiación del terrorismo. No permite aceptar o trasladar el riesgo.
9. **Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF):** Implementado mediante la Circular Externa 005-5 de 2021, este subsistema se enfoca en prevenir, detectar y controlar actos de corrupción, opacidad y fraude dentro de las entidades del sector salud. Este tipo de riesgos no admiten aceptación del riesgo.

7.4. MATRIZ COMPARATIVA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGOS SEGÚN NORMATIVA APLICABLE

FUENTE NORMATIVA / GUÍA	ENTIDAD EMISORA / NORMA	CLASIFICACIÓN DE RIESGOS	CRITERIO O ENFOQUE DE CLASIFICACIÓN
Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas (Versión 6, noviembre de 2022)	Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)	• Riesgo estratégico • Riesgo operativo • Riesgo de cumplimiento • Riesgo financiero • Riesgo reputacional • Riesgo de seguridad de la información • Riesgo fiscal	Según la naturaleza y origen del riesgo dentro del proceso institucional. Enfoque integral para entidades públicas y control interno.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. S.A. 1911 Oficina de Planeación y Desarrollo de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	POL-17-V7

			• Riesgo de corrupción, opacidad y fraude	
Guía No. 7 de Gestión de Riesgos de Seguridad de la Información (2016)	Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones Normas NTC ISO/IEC 27001 e ISO/IEC 27005		• Riesgo de seguridad de la información clasificado en niveles: - Alto - Medio - Bajo	Evaluación sobre activos de información con base en Confidencialidad, Integridad y Disponibilidad (CID). Clasificación según impacto.
Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo (SARLAFT)	Superintendencia Financiera de Colombia Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI)		• Riesgo por tipo de cliente • Riesgo por tipo de producto • Riesgo por canal de distribución • Riesgo por jurisdicción geográfica	Clasificación según factores de riesgo inherentes que facilitan actividades ilícitas. Evaluación preventiva y de monitoreo continuo.
Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021	Superintendencia Nacional de Salud		• Riesgo de corrupción • Riesgo de opacidad • Riesgo de fraude	Clasificación basada en tipos de conducta indebida dentro del sistema de salud. Enfocada en integridad, transparencia y antisoborno.
Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021	Superintendencia Nacional de Salud		- Riesgo en Salud - Riesgo Operacional - Riesgo Actuarial - Riesgo de Crédito - Riesgo de Liquidez - Riesgo de Mercado de Capitales - Riesgo de Grupo: - Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo	

7.5 MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO

La materialización del riesgo se relaciona con el impacto que genera un evento potencial. Es decir, una vez se presenta el evento (acción u omisión), se concreta el daño esperado (económico, reputacional u operativo). Se indica que la materialización del riesgo ocurre cuando un hecho generador (causa raíz) produce un efecto dañoso sobre los recursos públicos, bienes o intereses patrimoniales, daño en la salud de los usuarios. Además, se establece que los controles correctivos son aquellos que se activan después de la materialización del riesgo y buscan mitigar sus consecuencias.

La materialización de un evento de riesgo operacional implica pérdidas económicas para la entidad. Estas pérdidas incluyen los gastos derivados de su atención, es decir, los costos asociados a enfrentar las consecuencias del evento riesgoso.

Los líderes de los procesos junto con su equipo técnico, primera línea de defensa, deberán definir un plan de contingencia en el momento de la identificación del riesgo, en caso de la materialización del riesgo para su ejecución de manera inmediata.

El Sistema Gestión Integral - ALMERA cuenta con un módulo para informar la materialización del riesgo con la identificación y análisis y un reporte de base de datos de materializaciones.

7.6 SISTEMA DE ALERTAS TEMPRANAS

Los líderes de los procesos deben establecer un sistema de indicadores que facilite la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración del Riesgo, para evitar su materialización. Lo anterior, con una periodicidad acorde con los eventos y factores de riesgo



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

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

POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

POL-17-V7

identificados como potenciales, así como con la frecuencia y naturaleza de estos. Se debe incluir la definición de los límites máximos de exposición o niveles aceptables de riesgo previamente establecidos en cada uno de los riesgos identificados. Las mediciones de riesgos esperadas, los riesgos derivados y sus controles serán objeto de seguimiento monitoreo y evaluación por cada una de las líneas de defensa.

Cada riesgo identificado debe contar con indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos y que estos a su vez se encuentren y se mantengan en los niveles de aceptación previamente establecidos por cada uno de los procesos.

El **Sistema de Alertas Tempranas** se menciona en la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, como parte del modelo de **Supervisión Basada en Riesgos (SBR)**. Este sistema tiene como propósito **identificar y prevenir riesgos** dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante la incorporación de alertas que adviertan oportunamente sobre posibles eventos que puedan afectar negativamente a las entidades vigiladas.

En este contexto, el Sistema de Alertas Tempranas se define como un **conjunto de indicadores y mecanismos que permiten detectar, anticipar y mitigar eventos de riesgo** antes de que se materialicen, facilitando la toma de decisiones preventivas. Se busca así fortalecer la supervisión proactiva de la Superintendencia, apoyada en análisis de riesgo y generación de información relevante para evitar prácticas riesgosas financieras y de atención en salud.

Dentro del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, el sistema de alertas tempranas:

- **Fortalece la capacidad de respuesta institucional**, al generar señales tempranas frente a desviaciones significativas del comportamiento esperado.
- **Promueve una cultura de autocontrol**, especialmente en entidades públicas o del sector salud, alineada con principios de transparencia, eficiencia y buen gobierno.
- **Es una herramienta clave en la supervisión basada en riesgos**, como lo establece la Superintendencia Nacional de Salud, al facilitar intervenciones oportunas y orientadas a la prevención de impactos negativos en los objetivos institucionales.
- **Cumplimiento de normatividad vigente**, contribuye al acatamiento de la normativa vigente.

7.7 PLATAFORMA TECNOLÓGICA:

El Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, cuenta con el módulo de riesgos en el Sistema Gestión Integral - ALMERA; herramienta tecnológica que de forma sistematizada permite a los responsables de las líneas de defensa registrar las acciones ejecutadas en el marco de seguimiento, monitoreo y evaluación de los riesgos.

8. NIVELES DE RESPONSABILIDAD SOBRE EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento a la gestión de los riesgos en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, opera bajo el modelo de Líneas de Defensa, el cual, establece las funciones y responsabilidades en todos los actores de la entidad, este proporciona aseguramiento de la gestión de los riesgos en todos los niveles de la organización.

8.1 MODELO DE LÍNEAS DE DEFENSA

El modelo de las cuatro Líneas de Defensa organiza las funciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E en torno a la gestión de riesgos y el control interno, definiendo responsabilidades claras y niveles de independencia:



8.1.1 Línea estratégica: la Junta Directiva tiene un papel estratégico, aprobatorio y de supervisión dentro del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo y del gobierno organizacional de las IPS, en cumplimiento con los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud.

Responsables

- Junta Directiva
- Alta Dirección
- Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
- Comité de Sistema Integral de Administración del Riesgo- SIAR
- El Oficial de Cumplimiento para los Subsistemas SICOE y SARLAFT

Funciones de la línea estratégica

- Aprobar las políticas de gestión de riesgos de la entidad y sus actualizaciones.
- Aprobar los manuales de procesos y procedimientos aplicables a los Subsistemas de Administración del Riesgo.
- Aprobar la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- Aprobar informes internos sobre riesgos prioritarios.
- Aprobar indicadores de alerta temprana y límites de exposición.
- Aprobar medidas y planes de contingencia ante escenarios extremos.

Funciones específicas de la junta Directiva

- Diseñar y actualizar políticas para prevenir riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT/FPADM).
- Aprobar el manual de procedimientos del SARLAFT.
- Garantizar recursos humanos y técnicos para implementar el SARLAFT.
- Asignar presupuesto para herramientas tecnológicas y capacitación.
- Designar al Oficial de Cumplimiento y su suplente.
- Pronunciarse sobre los informes del Oficial de Cumplimiento y Revisoría Fiscal.
- Aprobar criterios y procedimientos para el reporte de operaciones sospechosas (ROS)
- Definir y aprobar estrategias y políticas generales del SICOE.
- Garantizar independencia del Oficial de Cumplimiento del SICOE.
- Aprobar el manual de prevención de la corrupción, opacidad y fraude.
- Pronunciarse sobre la evaluación del SICOE.
- Proveer recursos para el funcionamiento del SICOE.
- Pronunciarse sobre informes del Oficial de Cumplimiento del SICOE
- Discutir informes del Comité de Riesgos y Revisoría Fiscal.
- Aprobar el Código de Conducta y Buen Gobierno

Para el Subsistema SICOE 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 - SICOE.

Funciones del Oficial de Cumplimiento- SARLAFT

Al Oficial de Cumplimiento y su suplente les corresponde desempeñar como mínimo las siguientes funciones

- a. Elaborar y desarrollar los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación del SARLAFT.
- b. Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones que realiza la entidad.
- c. Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad.
- d. Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- e. Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT de la entidad
- f. Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de LA/FT y velar por su cumplimiento.
- g. Realizar todos los reportes a la SNS, incluidas las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos.
- h. Presentar cuando menos, de forma semestral a los administradores y anualmente a la Junta Directiva o quien haga sus veces, al empresario en el caso de las empresas unipersonales o al accionista único en la sociedad por acciones simplificada unipersonal, un informe por escrito donde exponga el resultado de su gestión.

8.1.2 Primera Línea de Defensa: Esta línea se encuentra a cargo de los líderes de los procesos, programas y proyectos de la entidad y del equipo de trabajo operativo que hace parte de cada proceso.

Funciones

- a. Ejecutar los controles internos como parte de su labor diaria (autocontrol).
- b. Identificar, analizar, valorar y tratar los riesgos que pueden afectar los procesos a su cargo y actualizarlos cuando se requiera.
- c. Diseñar, verificar y actualizar los controles para cada riesgo identificado.
- d. 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.
- e. Desarrollar ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles.
- f. Realizar oportunamente el seguimiento - autocontrol correspondiente de los riesgos a su cargo durante la periodicidad establecida según su tipología.
- g. Apoyar a la segunda Línea de Defensa en la divulgación del enfoque y los resultados de la administración del Riesgo en cada proceso.
- h. Informar oportunamente a la segunda Línea de Defensa la materialización de los riesgos del proceso y entregar el plan de contingencia efectuado durante el evento (formato, soportes y plan).
- i. Diligenciar pertinentemente y en el periodo establecido el módulo de riesgos en las fases que le compete (análisis, soporte, plan de acción, plan de contingencia y materialización de los riesgos a cargo).
- j. Valorar y rediseñar los controles del riesgo materializado
- k. Entregar oportunamente a la segunda línea de defensa el formato, análisis y soportes de los riesgos materializados.
- l. Cumplir las actividades y planes de mejora acordados con la línea estratégica, segunda y tercera línea de defensa con relación a la gestión del riesgo
- m. De materializarse un riesgo debe cumplir con el plan de contingencia establecido por el proceso, y entregar los soportes pertinentes.
- n. Una vez definidos los riesgos priorizados el líder del proceso deberá custodiar y ejecutar acciones que fortalezcan los controles y mitiguen su posible materialización.

8.1.3 Segunda línea de defensa: Esta línea de defensa orienta y monitorea la primera línea de defensa, establecen mecanismos de autoevaluación, consolida información para toma de decisiones, supervisan riesgos y cumplimiento, proveen marcos y capacitación en riesgos y cumplimiento normativo.

Responsables

- Equipo Administración del Riesgo Institucional.
- Comité de seguridad del paciente (según necesidad).

Funciones

- 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 estos.
- Realizar monitoreo a 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, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos asociados a sus procesos.
- Consolidar el Mapa Institucional de Riesgos, registrar la información en el aplicativo correspondiente y verificar el seguimiento – autocontrol, monitoreo y evaluación de los riesgos en la periodicidad establecida.
- 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.
- Realizar seguimiento los riesgos identificados en cada proceso y priorizar aquellos riesgos residuales que luego de su tratamiento queden en una zona de alto impacto en el mapa de calor.

8.1.4 Tercera línea de defensa: El proceso de Control Interno evalúa la eficacia del sistema de control interno, gestión de riesgos y gobierno organizacional. Evalúa 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, junta directiva y publicarlos en la página Web de la entidad. Realizar seguimiento objetivo e independiente de la gestión institucional; proporcionar aseguramiento independiente sobre la forma en que operan la primera y segunda línea de defensa. Emite recomendaciones a la alta dirección y al Comité de Control Interno para prevenir incumplimientos y materialización de riesgos.

Funciones

- 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 propendiendo por el cumplimiento de los objetivos institucionales y de proceso.
- 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.

8.2 INFORMACION Y COMUNICACIÓN



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
S. 1911
S. 1911

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

POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

POL-17-V7

El subproceso de administración del riesgo institucional lidera la divulgación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo.

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

En los espacios de alta gerencia se entregan reportes de monitoreo donde se presentan los resultados obtenidos, 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 del 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.

8.3 MANUALES

El Sistema Integrado de Gestión del Riesgo cuenta con el manual de administración del riesgo, los subsistemas SARLAFT y SICOE contarán con los manuales y procedimientos correspondientes de acuerdo a la normatividad vigente.

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
Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control formuladas para la gestión de los riesgos registrados en el mapa de riesgos de la Institución	Realizar seguimiento a los controles formulados para la gestión de los riesgos institucionales	Oportunidad en el seguimiento y reporte en el aplicativo Almera de los controles asociados a los riesgos por parte de la primera línea	(Número de controles con seguimiento en oportunidad / Número total de controles establecidos) X 100	Trimestral
Asegurar el seguimiento y cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Empresarial, con el fin de promover la integridad institucional.	Realizar seguimiento al cumplimiento del Programa de transparencia y ética empresarial	Porcentaje de Seguimiento al Cumplimiento del Programa de transparencia y ética empresarial	(Número de actividades con cumplimiento en el periodo evaluado / Número total de actividades programadas para evaluar) X 100	Trimestral
Fortalecer la cultura organizacional en torno a la gestión integral del riesgo, promoviendo la apropiación de sus generalidades en los grupos de valor priorizados, con el fin de que estos reconozcan su importancia, adopten buenas prácticas y contribuyan a la prevención, mitigación y control de los riesgos institucionales.	Medir la apropiación del conocimiento en las generalidades de Gestión Integral del Riesgo a los grupos de valor priorizados en el periodo	Porcentaje de apropiación de las Generalidades de Gestión Integral del Riesgo en los Grupos de Valor Priorizados en el Periodo	(Número de participantes con calificación de apropiación del conocimiento en generalidades de riesgos mayor o igual al 80% / Número total de participantes socializados y evaluados en generalidades de riesgos) X 100	Cuatrimestral
Presentar los reportes de operaciones requeridos por los entes de control.	Alcanzar el 100% de los reportes presentados a la UIAF	Presentación Cumplimiento de reportes a la UIAF	(Número de reportes presentados / Número de reportes solicitados en el mes a la UIAF) X 100	Mensual o cada vez que se requiera

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALA 101 Oficina de Planeación y Desarrollo	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	POL-17-V7

10. PUNTO DE CONTROL

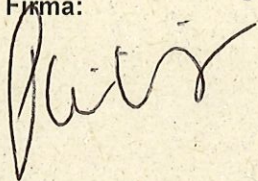
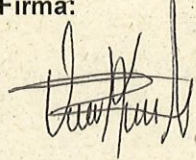
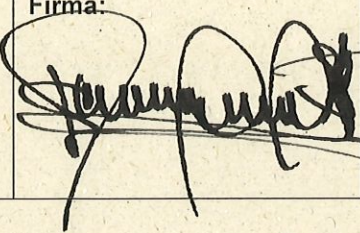
Comité Sistema Integral de Administración del Riesgo "SIAR"
 Comité de Coordinación Control Interno
 Comité de Gestión y Desempeño.

11. RESPONSABLE

Líneas de defensa definidas en el punto 8 niveles de responsabilidad sobre el seguimiento, monitoreo y evaluación.

12. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
4	Diciembre de 2021	Inclusión de temas de la Guía de Administración del Riesgo del DAFP, reformulación de Indicadores.
5	Septiembre de 2022	Actualización en normativa, reformulación de Indicadores
6	Marzo de 2023	Estructura para la gestión del Riesgo, Ciclo de gestión del Riesgos (subsistemas), Apetito del riesgo, Niveles de responsabilidad, Actualización de Indicadores.
7	Septiembre de 2025	Actualización en normativa, alineación con el direccionamiento estratégico, estructura para la gestión del Riesgo, Ciclo de gestión del Riesgos, gobernanza de la política, actualización de Indicadores, unificación de las políticas de SARLAFT v1 y SICOF v1.

ELABORADO POR	REVISADO POR	CONVALIDADO	APROBADO
Nombre: Patricia López Beltrán.	Nombre: Viviana Catherine Murilo Ulloa.	Nombre: Fredy Orlando Corredor Camargo.	Nombre: Viviana Marcela Clavijo
Cargo: Profesional Especializada (contratista)	Cargo: Líder Referente Subproceso de Administración del Riesgo.	Cargo: Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional.	Cargo: Gerente.
Fecha: 02/09/2025	Fecha: 02/09/2025	Fecha: 05/09/2025	Fecha: 05/09/2025
Firma: 	Firma: 	Firma: 	Firma: 