



POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGO

CODIGO: PLT-PLN-PAR-22

VERSION: 1

Fecha : 02/12/2022

POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

OFICINA ASESORA DE GESTIÓN
ESTRATÉGICA

ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE
INDIAS

Cartagena de Indias, diciembre 2022

Sede Admin: Pie de la popa, Calle 33 #22-54 **Tel:** (5) 6505898

Mail: atencionusuario@adm.esecartagenadeindias.gov.co

Sitio web: www.esecartagenadeindias.gov.co
Indias

@ESECartagena  ESE Hospital Local Cartagena de 



POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGO

CODIGO: PLT-PLN-PAR-22

VERSION: 1

Fecha : 02/12/2022

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVO GENERAL.....	4
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
4. ALCANCE.....	5
5. MARCO LEGAL Y NORMATIVO	5
6. TERMINOS Y DEFINICIONES.....	6
7. METODOLOGÍA APLICADA	11
8. PLAN DE ACCIÓN.....	23
9. COMUNICACIÓN Y CONSULTA.....	23

Sede Admin: Pie de la popa, Calle 33 #22-54 **Tel:** (5) 6505898

Mail: atencionusuario@adm.esecartagenadeindias.gov.co

Sitio web: www.esecartagenadeindias.gov.co
Indias

@ESECartagena  ESE Hospital Local Cartagena de 



POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGO

CODIGO: PLT-PLN-PAR-22

VERSION: 1

Fecha : 02/12/2022

1. INTRODUCCIÓN

La Circular Externa No. 05-5 del 17 de Septiembre 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud – SNS, contiene las directrices para la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude- SICOF, dado que, en virtud de las disposiciones constitucionales y legales vigentes, la vigilancia del cumplimiento de políticas públicas en la materia le corresponde a dicha Superintendencia. La ESE Hospital Local Cartagena con el fin de dar cumplimiento a las normas para prevenir y controlar el riesgo, adopta el MANUAL DE POLÍTICAS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE y diseña el programa de anticorrupción, opacidad y fraude, el cual contiene las medidas con el fin de evitar o mitigar el riesgo de fraude.

La Circular Externa No. 045 del 15 de Septiembre de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud – SNS, imparte las 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.

Sede Admin: Pie de la popa, Calle 33 #22-54 **Tel:** (5) 6505898

Mail: atencionusuario@adm.esecartagenadeindias.gov.co

Sitio web: www.esecartagenadeindias.gov.co
Indias

@ESECartagena  ESE Hospital Local Cartagena de 

Política de administración de Riesgos

La política de administración de riesgos de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, permite el eficiente, efectivo y oportuno funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad. Aplica para todos los niveles, áreas y procesos de la institución e involucra el contexto, la identificación, valoración, tratamiento, monitoreo, revisión, comunicación, consulta y el análisis de los siguientes subsistemas de administración de riesgos:

Figura 1. Subsistema de administración de Riesgos-ESE Hospital Local Cartagena de Indias



Fuente: Oficina Asesora de Gestión Estratégica

2. OBJETIVO GENERAL

Realizar acciones oportunas para identificar, evaluar, medir, controlar y monitorear eficazmente los riesgos prioritarios a los que está expuesta la entidad en el desarrollo de sus operaciones, así mismo, la ocurrencia de riesgos de corrupción, opacidad y fraudes internos y externos.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Formular estrategias en la identificación de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude.
- Fomentar el diseño e implementación de controles que faciliten la prevención de corrupción, opacidad y fraudes internos y externos.
- Liderar los procedimientos requeridos para detectar oportunamente casos de corrupción, opacidad y fraudes internos y externos.
- Fortalecer la cultura de transparencia mediante la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude.
- Generar condiciones de estabilidad operativa y financiera a través de la implementación de Subsistemas de Administración de Riesgos

estratégicamente diseñados e implementados, y debidamente documentados.

- Estimular la transparencia, la calidad, la preservación de la información y la mejora continua en todos los procesos relacionados, como insumo fundamental para la gestión de los diversos riesgos.

4. ALCANCE

La política de administración de Riesgos aplica a los planes de direccionamiento estratégico, a todos los niveles, dependencias y procesos de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

5. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

- **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". Artículo 2 Objetivos del control interno: literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f). Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.
- **Decreto 648 de de 2017**, "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública, se dictan normas sobre el Sistema Institucional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones".
- **Decreto 2462 de 2013** modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS, creando la Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo, en el art. 13 se encuentran establecidas las funciones de diseño, vigilancia, recolección y análisis de información relevante para la aplicación de la SBR (Supervisión Basada en Riesgos) mediante la identificación y prevención de riesgos con la incorporación de alertas tempranas.
- **Artículo 12 de la Ley 1474 de 2011** o Estatuto Anticorrupción, crea el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del SGSSS y ordena a la Superintendencia Nacional de Salud- SNS, el cual define que, para sus sujetos vigilados, un conjunto de medidas preventivas para control, así como la implementación de indicadores de alerta temprana y ejercer sus funciones de IVC sobre la materia. En el artículo 73 establece que, cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad.
- **Decreto 1499 de 2017** en su Artículo 2.2.22.3.1 establece que, para el funcionamiento del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno, se adopta la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG.
- **Resolución 4559 de 2018** "Por la cual se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de

Seguridad Social en Salud", la cual en los artículos 2, 3 y 4 insta a las entidades vigiladas a la implementación de un Sistema Integrado de gestión de riesgos, estableciendo el mecanismo para hacer exigible el sistema para cada tipo de vigilado así como las instrucciones con los lineamientos mínimos que el mismo debe tener.

- **Circular Externa 05-5 de 2021** de la Superintendencia Nacional de Salud, se impartieron las instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las Circulares Externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.
- **Circular Externa 053-5 de 2022** de la Superintendencia Nacional de Salud, se impartieron lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificando las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno.

6. TERMINOS Y DEFINICIONES

- **Atención en Salud:** Servicios o tecnologías en salud suministrados a los individuos y a la comunidad para promover, mantener, monitorizar o restaurar el estado de salud.
- **Categorías de riesgos prioritarios:** Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la SNS. Cabe resaltar que las IPS deben gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad y organización que cada entidad les quiera dar para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes riesgos: Riesgo en Salud, Riesgo Actuarial; Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Mercado de Capitales, Riesgo Operacional, Riesgo de Grupo y Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
- **Ciclo general de gestión de riesgo:** Son las etapas que incorpora un Subsistema de Administración de Riesgos para cada uno de los tipos o categorías de riesgo identificadas.
- **Conflicto de interés:** Se considera que existe un conflicto de interés cuando por una situación de control, influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas, se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal, desviaciones de recursos de seguridad social, o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector. Estos desequilibrios tienen su fundamento en un "interés privado" que motiva a actuar en contravía de sus obligaciones y puede generar un beneficio personal, comercial o económico para la parte que incurre en estas conductas.
- **Controles:** Medidas prudenciales, preventivas y correctivas que ayudan a contrarrestar la exposición a los diferentes riesgos. Entre estas se encuentra la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras estrategias de

gestión.

- **Cultura de autocontrol:** Concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a la entidad contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda la organización (desde la Junta Directiva y la Alta Gerencia, hasta los propios empleados), los cuales pueden proveer una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la entidad.
- **Evento:** Situación que se presenta en un lugar específico y durante un intervalo de tiempo determinado.
- **Eventos externos:** Son eventos ocasionados por terceros, o, asociados a la naturaleza que, debido a su causa y origen, se escapan del control de la entidad.
- **Evento de pérdida:** Son las situaciones que generan pérdidas a las entidades al exponerse a cualquier riesgo.
- **Factores de riesgo:** Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.
- **Fraude:** Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.
- **Fraude Externo:** Se define como los actos realizados por una persona externa a la entidad, que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de la misma o incumplir normas o leyes.
- **Fraude Interno:** Se define como todos aquellos actos que de forma intencional buscan la apropiación indebida de activos o busca causar las pérdidas que se ocasionan por actos cometidos con la intención de defraudar, malversar los activos o la propiedad de la entidad. Estos actos son realizados por al menos un empleado o administrador de la Entidad.
- **Gestión de Riesgo:** Es un enfoque estructurado y estratégico liderado por la Alta Gerencia acorde con las políticas de gobierno organizacional de cada entidad, en donde se busca implementar un conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia o mitigar el impacto de un evento de riesgo potencial (incertidumbre) que pueda afectar los resultados y, por ende, el logro de los objetivos de cada entidad, así como el cumplimiento de los objetivos en el SGSSS o sus obligaciones. Dentro de este conjunto de acciones se incluye, entre otros, el ciclo general de gestión de riesgo.

- **Grupos de Riesgo:** Conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.
- **Gobierno Organizacional:** Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables a cualquier tipo de entidad, mediante los cuales se dirige y controla la gestión de estas de conformidad con las disposiciones contenidas en la presente Circular y demás disposiciones sobre la materia. Tiene como objeto la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión de las entidades se realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión.
- **Hurto:** Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro
- **Influencia Significativa:** El poder de intervenir en las decisiones de política financiera y de operación en la participación, sin llegar a tener el control conjunto de dichas decisiones.
- **Opacidad:** Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.
- **Peculado:** Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones.
- **Pérdidas:** Cuantificación económica que representa la materialización de un evento de Riesgo Operacional, donde se incluyen los gastos derivados de su atención.
- **Perfil de riesgo:** Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad.
- **Riesgo:** Posibilidad que ocurra un evento que pueda afectar negativamente el cumplimiento de la operación de una Entidad y que atenten contra los objetivos del SGSSS. • **Riesgo inherente:** Nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control. • **Riesgo neto o residual:** Nivel de riesgo que resulta luego de la aplicación de las medidas de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes. • **Riesgo neto global:** Resultado de la combinación de cada uno de los riesgos residuales de la entidad, teniendo en cuenta la

importancia relativa que a cada categoría de riesgo le haya asignado la Entidad. • **Riesgo significativo:** Riesgo identificado y valorado de incorrección material que, a juicio del auditor, requiere una consideración especial en la auditoría.

- **Riesgo Actuarial:** La posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global Prospectivo, entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron.
- **Riesgo de Crédito:** Corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones.
- **Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la proliferación de las armas de destrucción masiva LA/FT/FPADM.** Posibilidad de que organizaciones criminales den apariencia de legalidad a los recursos que obtienen de sus actividades ilícitas, mediante la incorporación de estos en el circuito económico legal y se brinde apoyo financiero, en cualquier forma, al terrorismo o a aquellos que lo fomentan, planifican o están implicados en el mismo.

Y los que se puedan identificar en los procesos y subprocesos implementados en La ESE Hospital Local Cartagena de Indias, por medio del desarrollo de las responsabilidades de los servidores públicos durante el ejercicio de los procesos, programas y proyectos, al Igual para Usuarios, Proveedores, Contratistas, y demás terceros que puedan tener vínculos de cualquier tipo con la entidad.

- **Riesgo de Liquidez:** Corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente). Como consecuencia de las actividades y operaciones diarias, las entidades se ven expuestas a este riesgo de liquidez.
- **Riesgo en salud:** Se entiende por Riesgo en Salud la 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. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.
- **Riesgo Fiscal.** Daño al patrimonio público, representando en el menoscabo, disminución, perjuicio, detrimento, pérdida, o deterioro de los bienes o recursos públicos, o a los intereses patrimoniales del Estado (Decreto 403, 2020, art.6).

- **Riesgo Operacional:** El cual incluye los riesgos de Gestión de procesos que puedan afectar el cumplimiento de la misión y objetivos de los procesos y su materialización; a su vez puede llegar a afectar la continuidad de la operación y Riesgos Estratégicos, Gerenciales, Operativos, Financieros, Tecnológicos de cumplimiento, De imagen o reputacional; éstos entonces pueden incidir en el cumplimiento de objetivos y metas estratégicas; todo esto como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.
- **Riesgo Tecnológico.** 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. Los riesgos a mencionar son los riesgos que identificados en la política de seguridad digital y de la seguridad y privacidad de la información. Para identificar los riesgos de seguridad digital se debe identificar el tipo de activo que se describen a continuación: Hardware – Software – Red – Personal – Lugar – Organización.
- **Seguridad del Paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Soborno:** Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control.
- **Soborno Transnacional:** El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional.
- **Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude-SICOF.** Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable, evitando, previniendo y mitigando situaciones de Corrupción, Opacidad y Fraude.

Para que se identifique un riesgo de corrupción se debe tener en cuenta las siguientes definiciones: Acción u omisión, Uso de poder, Desviar la gestión de lo público, Beneficio privado.

Los riesgos de corrupción deben ser analizados en los niveles moderado, mayor y catastrófico teniendo en cuenta lo significativo para la institución de estos riesgos; es decir, que los niveles de impacto insignificante y mejor no aplican.

7. METODOLOGÍA APLICADA

Se adopta para la administración del Riesgo en la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP; la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6 de diciembre de 2020 como la herramienta conceptual y metodológica para la valoración de los riesgos en la ESE, aplicando los siguientes pasos básicos.

7.1 Identificación de Riesgos: Consiste en reconocer, explorar exhaustivamente y documentar todos los riesgos internos y externos que podrían afectar tanto los objetivos de la entidad como la salud de los usuarios a su cargo, en los casos que aplica, identificando sus causas, efectos potenciales y la posible interrelación entre los diferentes tipos de riesgos, para lo cual se recomienda la utilización de normas técnicas nacionales o internacionales.

7.1.1 Valoración de Riesgo: Establece la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de consecuencia o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial.

7.1.2 Análisis de Riesgos: Establece la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto.

7.1.2.1 Determinar la probabilidad: Se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo. La probabilidad de ocurrencia estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. De este modo, la probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.

Tabla 1. Criterios para definir el nivel de probabilidad

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

Fuente: Guía de administración del riesgos Vs. 6

7.1.2.2 Determinar el impacto: Cuando se presenten los impactos económico y reputacional para un riesgo con diferentes niveles se debe tomar el nivel más alto.

Tabla 2. Criterios para definir el nivel de impacto

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

	Frecuencia de la actividad	Probabilidad
Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

Fuente: Guía de administración del riesgos Vs. 6

7.2 Evaluación y medición de Riesgos: Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. También se deberá considerar el análisis de los riesgos inherentes y residuales, y su participación en el riesgo neto global. Se entenderá por valoración del riesgo, la medida cualitativa o cuantitativa de su probabilidad de ocurrencia y su posible impacto.

En la medida que avance el plan de implementación del modelo de Supervisión Basada en Riesgos, la ESE Hospital Local Cartagena de Indias contará con evaluaciones cuantitativas relacionadas con la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados y su impacto, en la medida de lo posible. Independientemente de contar con modelos cuantitativos o cualitativos, los cuales estarán sustentados y documentados técnicamente.

Es así como para la evaluación y medición de cada uno de los riesgos identificados, la ESE Hospital Local Cartagena de Indias debe contar con información suficiente, completa y de calidad para generar los mejores pronósticos. Si la entidad no cuenta con este recurso se deben establecer mecanismos para tener estimaciones consistentes para cada uno de los riesgos asumidos y deberá documentar las hipótesis y supuestos de sus modelos, así como la información que se tuvo en cuenta para su cálculo, mientras logra obtener la información requerida y necesaria.

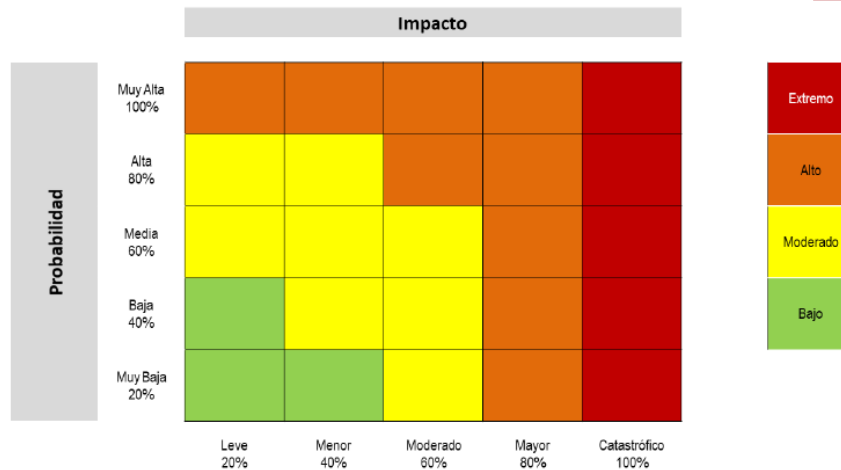
Riesgo residual: En la valoración del riesgo se debe establecer la probabilidad e impacto para establecer la zona de riesgo inicial o Riesgo inherente.

Probabilidad: Para determinar la probabilidad se debe tener en cuenta la posibilidad de que el riesgo ocurra y la exposición al riesgo de la entidad durante el periodo de un año, para definir los criterios de probabilidad se tiene en cuenta la gráfica tomada de la Guía de administración del riesgo y diseño de controles en su versión 5 (Figura 2).

Impacto: En la determinación del nivel de impacto cuando este es económico y reputacional al mismo tiempo se toma el más alto de los dos para establecer la zona de riesgo.

Zona de riesgo: Una vez estipulada la probabilidad y el impacto del suceso que puede generar riesgo a la entidad se determina el nivel de riesgo inherente, un nivel de riesgo sin haber aplicado ninguna medida para mitigarlo, la ubicación de estas dos posiciones puede determinar la zona de riesgo en el Mapa de calor.

Figura 2. Matriz de calor (niveles de severidad del riesgo)



Fuente: Guía de administración del riesgos Vs. 6

7.3 Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos: Una vez identificados y evaluados los riesgos, se comparan con los límites (tolerancia) de riesgos aprobados por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias y su política de riesgos, siempre dentro del marco normativo establecido. Todo riesgo que exceda los límites o desviaciones aceptadas, debe ser objeto de actividades de mitigación y control a fin de regresar al nivel de riesgo tolerado, conforme la estrategia adoptada. En cuanto a los riesgos en salud, estos límites hacen referencia a los máximos permitidos por la normatividad vigente, estándares internacionales y de acuerdo con lo que establezca la ESE Hospital Local Cartagena de Indias en sus políticas, siempre que estén en pro del beneficio de la población del área de influencia.

Se determinan las acciones tendientes a gestionar los riesgos a los que se ve expuesta la entidad, de acuerdo con los niveles de riesgo determinados y las tolerancias al riesgo definidas.

Todas las acciones de gestión del riesgo identifican formalmente responsables, plazos, formas de ejecución y reportes de avances, los cuales corresponden a la complejidad de la operación de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias; estarán aprobadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

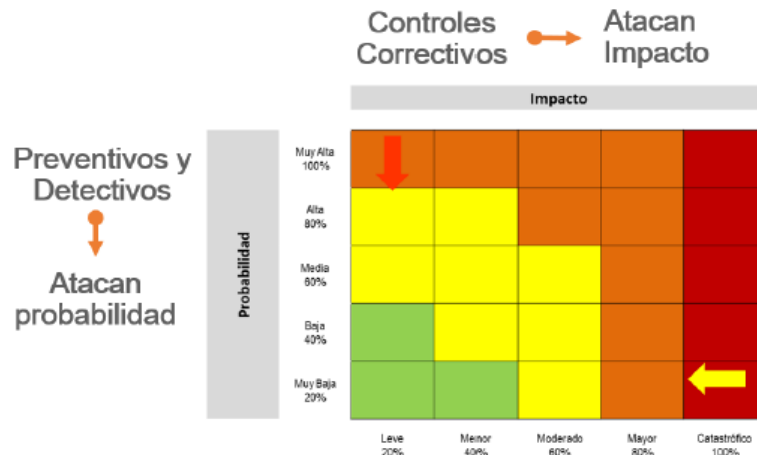
7.3.1. Tipos de controles

- Control preventivo:** Se presenta en el ciclo de entrada (recursos que se requieren en el proceso), el control ataca la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
- Control detectivo:** Hace referencia a aquellas actividades que permiten transformar las entradas de los productos o servicios, estos detectan cuando ocurre algo en el proceso lo devuelve a los controles preventivos, atacan la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
- Control correctivo:** Son aquellos controles que se encuentran en los procesos de salida del producto y/o servicio y atacan ante la materialización del riesgo.

Así mismo, se debe identificar la forma como se ejecutan los controles:

- o Control manual: Ejecutado por personas.
- o Control automático: Ejecutado por un sistema.

Figura 3. Movimiento en la matriz de calor acorde con el tipo de control



Fuente: Guía de administración del riesgos Vs. 6

7.3.2 Tratamiento de riesgos

Reducir el riesgo: Implica la implementación de acciones preventivas para minimizar la probabilidad de ocurrencia e impacto del riesgo. Los riesgos cuya gravedad es alta o catastrófica deben ser reducidos con el diseño de medidas de protección, las cuales contribuyan a disminuir la gravedad de los efectos que ellos pueden acarrear a la Entidad en caso de su materialización.

Aceptar el riesgo: Sólo se asumen o aceptan los riesgos cuya frecuencia es calificada como baja y su gravedad leve, es decir que no será necesario adoptar medidas que afecten la probabilidad o impacto del riesgo. Este criterio aplica también para aquellos riesgos a los que no se les puedan establecer controles. Ningún riesgo de corrupción y LA/FT es aceptable.

Evitar o eliminar el riesgo: Todo riesgo cuya frecuencia es alta y su gravedad catastrófica debe ser evitado. En este caso se debe eliminar la actividad que genera el riesgo cuando las normas lo permitan; de lo contrario, se deben implementar todas las acciones de control preventivas posibles para su manejo.

Compartir o transferir 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 pero no se puede transferir su responsabilidad.

7.4 Riesgos y nivel de confianza, Organizar los riesgos de acuerdo a su categoría e identificar el nivel de confianza y aceptabilidad

Una vez analizada la información y sustraer la lista de actividades claves de éxito se asocian con los riesgos por categorías según el mapa de riesgos institucional, de este modo se puede identificar a quien corresponde la gestión del riesgo y su nivel de aceptación. La segunda línea de defensa efectúa el monitoreo y seguimiento a las actividades ejecutadas por la primera línea de defensa; el asesor de control interno establecerá el nivel de confianza, evaluando objetivamente las evidencias y su fuente de información (líneas de reporte).

En el seguimiento de las actividades claves de éxito y sus respectivos controles debe tener en cuenta los criterios de confiabilidad y la calificación debe ser razonable y objetiva, según las evidencias presentadas en la evaluación de confianza en función del aseguramiento.

Sede Admin: Pie de la popa, Calle 33 #22-54 **Tel:** (5) 6505898

Mail: atencionusuario@adm.esecartagenadeindias.gov.co

Sitio web: www.esecartagenadeindias.gov.co
Indias

Tabla 3. Análisis y evaluación del diseño del control

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

Fuente: Guía de administración del riesgos Vs. 6

Los atributos informativos solo permiten darle formalidad al control y su fin es el de conocer el entorno del control y complementar el análisis con elementos cualitativos; sin embargo, estos no tienen una incidencia directa en su efectividad.

7.5 Monitoreo y revisión: Una vez establecidos los posibles mecanismos o un conjunto de estos, para la mitigación y control de los riesgos que se identifican como relevantes para la ESE Hospital Local Cartagena de Indias y después de realizar un análisis de causa y efecto para determinar los puntos más críticos a intervenir con mayor prelación, se ponen en práctica tales mecanismos y se reflejan en un plan de implementación de las acciones planteadas en la fase anterior, teniendo en cuenta el grado de complejidad, el tamaño y el volumen de las operaciones.

Con el fin de realizar el respectivo seguimiento y monitoreo permanente y continuo de la evolución de los perfiles de riesgo y la exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de cada uno de los riesgos identificados, en la ESE Hospital Local Cartagena de Indias se desarrollará un sistema de alertas tempranas que facilita la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización. Lo anterior, con una periodicidad acorde con los eventos y factores de riesgo identificados como potenciales, así como con la frecuencia y naturaleza de estos.

El diseño de dicho sistema de alertas incluye la definición de los límites máximos de exposición o niveles aceptables de riesgo previamente establecidos, teniendo en cuenta los análisis realizados, la normatividad vigente y los criterios definidos en la política de gestión de riesgo.

Las mediciones de riesgos esperadas, los riesgos derivados y sus controles deben ser contrastados regularmente con la realidad observada, de tal forma que permita

establecer si los Subsistemas de Administración de Riesgos han logrado su mitigación y la corrección oportuna y efectiva de eventuales deficiencias. De esta manera la entidad cuenta con indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos residuales y netos, y que estos a su vez se encuentren y se mantengan en los niveles de aceptación previamente establecidos por la entidad.

De llegarse a presentar desviaciones o que se superen los límites previamente establecidos, se establecerán planes de contingencia para intervenir y tratar los diferentes riesgos, teniendo en cuenta la variabilidad de los riesgos identificados, con el propósito de ajustar las desviaciones lo más pronto posible.

Todas las acciones y actividades incluidas en estos planes deben contener la definición de los estándares de seguimiento y monitoreo, además de contar con un responsable, plazos, periodicidad, reportes de avance y de evaluaciones periódicas sobre las estrategias seleccionadas que incluyan el monitoreo de los indicadores propuestos para el seguimiento de las acciones de gestión del riesgo planteadas, los cuales deben ser definidos mediante un cronograma y ser objeto de un proceso de seguimiento, verificación y calidad de la información. Los planes de contingencias resultantes del seguimiento a riesgos deben ser coherentes con otras medidas contingentes o planes de mejoramiento resultantes de otras actividades de control, internas o externas, a fin de lograr soluciones estructurales e integrales a las problemáticas identificadas.

En esta etapa cobra importancia la implementación de mecanismos de retroalimentación, donde se promueva la comunicación dinámica y continua, la entrega de reportes gerenciales y de monitoreo donde se evalúen los resultados obtenidos, su evolución y la ejecución de los controles y estrategias implementadas para mejorar el desempeño en la mitigación de los factores de riesgo en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo, dirigidos a todos los involucrados tanto externos como internos, en especial a los órganos de seguimiento definidos por la ESE Hospital Local Cartagena de Indias. Lo anterior determina la necesidad de implementar planes de mejora, donde se desarrollarán estrategias de incorporación de cambios para mejorar los resultados en la gestión de riesgos de la entidad.

Línea Estratégica (Alta Dirección):

La alta dirección y el equipo directivo, a través de sus comités monitorearán y revisarán el cumplimiento a los objetivos a través de una adecuada gestión de riesgos.

Deberá definir y aprobar la Política de Administración del Riesgo, en el marco del Comité Institucional de Control Interno, acorde con la cual, atendiendo la periodicidad para el seguimiento a riesgos críticos aplicará el monitoreo correspondiente haciendo uso de la información suministrada por las instancias de 2ª línea identificadas; con base en lo cual toma las acciones necesarias para intervenir situaciones detectadas como incumplimientos, retrasos e incluso posibles actuaciones irregulares, evitando consecuencias más graves para la entidad.

Primera Línea de Defensa:

Tienen una responsabilidad frente a la aplicación efectiva de los controles, por lo que se trata de un seguimiento permanente, esto incluye la aplicación de controles de gerencia operativa que corresponde a aquellos que son aplicados por servidores con personal a cargo (jefes, coordinadores u otro cargo).

□ **Segunda Línea de Defensa:**

El Jefe de la Oficina de Gestión Estratégica o quien haga sus veces periódicamente hará un seguimiento a todos los riesgos, permitiendo que se generen recomendaciones y posibles ajustes a los mapas de riesgos, de manera tal que las instancias de 1ª línea establecerán mejoras a los riesgos y controles; así mismo garantizar su aplicación efectiva, lo que implica que se deben incorporar ejercicios de asesoría y acompañamiento a los líderes de los procesos y sus equipos para la mejora de este tema.

Entre los parámetros a tener en cuenta, para definir esta línea son los siguientes:

- ✓ Pertener a la media o alta gerencia: Dentro del Organigrama aquellos cargos que dependen del Representante Legal (Alta Gerencia), Para Media Gerencia, aquellos que se desprenden de los cargos anteriormente mencionados.
- ✓ Responder ante la Alta Dirección: Aquel cargo que maneja un tema transversal para toda la entidad y responde ante el Representante Legal.
- ✓ Evaluar y efectuar seguimiento a los controles aplicados por la 1ª línea de defensa

□ **Tercera Línea de Defensa:**

Corresponde a la Oficina de Control Interno o quien hace sus veces, a través de sus procesos de seguimiento y evaluación, especialmente a través de la auditoría interna establecerán la efectividad de los controles para evitar la materialización de riesgos. De igual forma, en el marco de su Plan Anual de Auditoría propondrán esquemas de asesoría y acompañamiento a la entidad, actividades que puede coordinar con la Oficina de Gestión Estratégica o quien haga sus veces.

7.6 Implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude-SICOF.

Generalidades

El responsable del Subsistema en la ESE Hospital Local Cartagena de Indias será el Jefe de la Oficina Asesora de Gestión Estratégica o quien haga sus veces.

Las diferentes etapas del SICOF se relacionan a continuación:

Identificación.

- a) Identificar, inventariar, relacionar y documentar la totalidad de los procesos.
- b) Revisar, evaluar y analizar el contexto interno y externo que permita identificar los stakeholders, factores de riesgo, riesgos asociados, entre otros.
- c) Establecer metodologías de identificación, que sean aplicables a los procesos, con el fin de determinar los Riesgos de COF.
- d) Identificar los Riesgos de COF, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos.

La etapa de identificación deberá realizarse previamente a la implementación o modificación de cualquier proceso.

Medición.

Esta etapa se orienta a descubrir las posibles conductas irregulares, los fraudes o los actos de corrupción, enfocándose en aquellas áreas especiales o sensibles a los

Sede Admin: Pie de la popa, Calle 33 #22-54 **Tel:** (5) 6505898

Mail: atencionusuario@adm.esecartagenadeindias.gov.co

Sitio web: www.esecartagenadeindias.gov.co
Indias

@ESECartagena  ESE Hospital Local Cartagena de



riesgos previamente identificados.

Se medirá la probabilidad de ocurrencia (frecuencia) en caso de materializarse. Esta medición podrá ser cualitativa y cuantitativa. Para determinar la probabilidad se considerará un horizonte de tiempo de un año.

Pasos a desarrollar:

- a) Establecer la metodología de medición individual y consolidada susceptible de aplicarse a los Riesgos COF identificados. La metodología deberá ser aplicable tanto a la probabilidad de ocurrencia como al impacto.
- b) Aplicar la metodología establecida para lograr una medición de probabilidad de ocurrencia y del impacto de los riesgos de COF en la totalidad de los procesos de la entidad, conforme la clasificación de internos y externos de los mismos.
- c) Determinar el perfil de riesgo inherente de la entidad.

Control.

La ESE HLCI tomará medidas para controlar los riesgos inherentes a que se ve expuestas, con el propósito de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto en caso que se materialice.

Actividades mínimas a realizar:

- a) Establecer la metodología con base en la cual definan las medidas de control de los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- b) Establecer de manera clara los responsables de llevar a cabo la actividad de control.
- c) Definir una periodicidad mínima para su ejecución.
- d) Indicar cuál es el propósito de control.
- e) Establecer el cómo se realiza la actividad de control.
- f) Indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.
- g) Dejar evidencia de la ejecución del control.
- h) De acuerdo con la metodología establecida, implementar las medidas de control sobre cada uno de los riesgos de COF.
- i) Estar en capacidad de determinar el perfil de riesgo residual de la entidad.

En esta etapa se realiza la gestión de los eventos de COF, buscando tomar medidas conducentes a reducir la probabilidad e impacto causado por los eventos. La ESE HLCI determinará y adoptará los controles o medidas conducentes a controlar el riesgo inherente.

Monitoreo.

La ESE HLCI realizará un monitoreo periódico del perfil de riesgo, cumpliendo con los siguientes requisitos:

- a) Desarrollar un proceso de seguimiento efectivo, que facilite la rápida detección y corrección de las deficiencias del Subsistema. Dicho seguimiento tendrá una periodicidad acorde con los Riesgos de COF potenciales y ocurridos tanto en la entidad como en el sector salud.
- b) Establecer indicadores descriptivos y prospectivos que evidencien los potenciales Riesgos de COF.
- c) Asegurar que los controles estén funcionando en forma oportuna, efectiva y

eficiente.

- d) Asegurar que los riesgos residuales se encuentren en los niveles de aceptación establecidos por la entidad.
- e) Generar un reporte interno de manera periódica (Mínimo semestralmente) con la gestión de los riesgos COF, que contenga el perfil de riesgo inherente y residual de la entidad de acuerdo con las políticas establecidas y aprobadas, el cual debe estar a disposición de las autoridades competentes.

Para cumplimiento de los principios y objetivos del SICOF, la ESE Hospital Local Cartagena de Indias (HLCI) consolidará una estructura con mínimo los siguientes elementos:

- Políticas.
- Procedimientos.
- Manual de Prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude.
- Mecanismos.
- Instrumentos.
- Estructura Organizacional.
- Documentación.
- Plataforma tecnológica.
- Divulgación de información y capacitaciones.

Parágrafo 1. Estructura organizacional: tendrán las siguientes funciones cada órgano de control de la ESE HLCI:

Junta Directiva u Órgano que haga sus veces:

- Definir y aprobar las estrategias y políticas generales, con base en las recomendaciones del Oficial de Cumplimiento o persona encargada.
- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de Cumplimiento o persona encargada.
- Aprobar el Manual de Prevención COF.
- Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de COF de la entidad.
- Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento de forma efectiva y eficiente el SICOF.
- Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes del Oficial de Cumplimiento o persona encargada del SICOF.
- Conocer los informes relevantes del SICOF e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
- Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias a través de informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento o persona encargada, sobre la gestión del subsistema y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.
- Analizar los informes que presente el Oficial de cumplimiento o persona encargada, respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos COF y evaluar la efectividad de los controles implementados y de la recomendaciones formuladas.

Representante Legal:

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del SICOF.

- Designar el área o cargo que actuará como responsable de implementación y seguimiento del SICOF.
- Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la administración de este riesgo implica para la entidad.
- Velar por la correcta aplicación de los controles del riesgo inherente, identificado y medido.
- Recibir y evaluar los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento o persona encargada.
- Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo con las disposiciones señaladas en la circular.
- Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada administración del riesgo COF a que se vea expuesta la entidad.

Oficial de Cumplimiento o Persona Encargada:

- Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la COF.
- Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- Diseñar y proponer la aprobación de la Junta Directiva, la estructura instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la COF, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en la circular.
- Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la COF de la entidad.
- Evaluar la efectividad de las medidas de controles potenciales y ejecutadas para los riesgos COF.
- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente.
- Desarrollar los modelos de medición del riesgo de COF.
- Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF.
- Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al Representante Legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.
- Establecer mecanismos para la recepción de denuncias que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.
- Informar al máximo órgano social sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.
- Estudiar los posibles casos de COF, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración del máximo órgano social.
- Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de COF que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
- Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de COF y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
- Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF.

- Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
- Recomendar a la Junta Directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o Disciplinarios) para fortalecer el SICOF.

En general el Oficial de Cumplimiento o Persona Encargada es el responsable de implementar los procedimientos de prevención y control, y verificar su operatividad y adecuado funcionamiento; debe dejar constancia documental de sus actuaciones, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes. Adicionalmente debe mantener a disposición del auditor interno, el revisor fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SICOF.

Órganos de Control:

Se establecerán como instancias responsables de evaluar el SICOF:

Revisoría Fiscal: Al cierre de cada ejercicio contable deberá elaborar un reporte informando acerca de las conclusiones obtenidas sobre el SICOF. A su vez, debe informar al Representante Legal los incumplimientos del SICOF.

Jefe de Control Interno: Deberá evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de las etapas y los elementos del SICOF, para determinar las deficiencias y posibles soluciones.

Impacto en Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude

Por cada riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude identificado se debe diligenciar una tabla así:

Tabla 4. Criterios para calificar el impacto en riesgos de corrupción

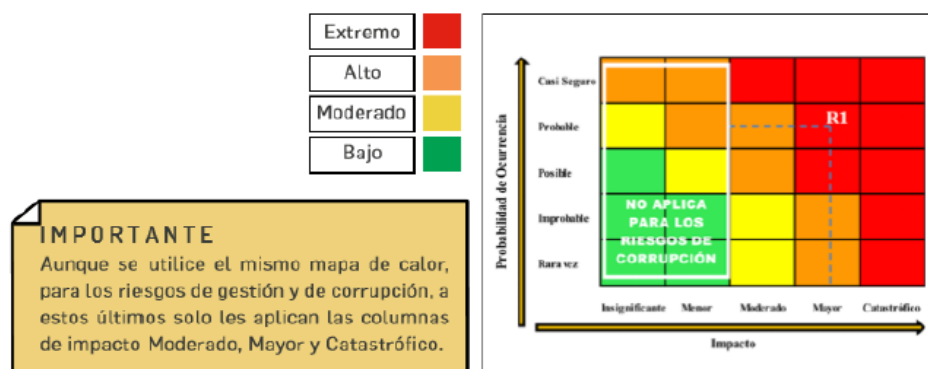
No.	Pregunta:	Respuesta	
	Si el riesgo de corrupción se materializa podría	SI	NO
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?		
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?		
3	¿Afectar el cumplimiento de misión de la entidad?		
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector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

	POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGO	CODIGO: PLT-PLN-PAR-22
		VERSION: 1
		Fecha : 02/12/2022

No.	Pregunta:		Respuesta	
	Si el riesgo de corrupción se materializa podría		SI	NO
Nivel	Descriptor	Descripción	Respuestas afirmativas	
1	Moderado	Genera medianas consecuencias sobre la entidad	1 a 5	
2	Mayor	Genera altas consecuencias sobre la entidad	6 a 11	
3	Catastrófico	Genera consecuencias desastrosas para la entidad	12 a 19	

Fuente: Guía de administración del Riesgo y diseño de controles Vs6. DAFP

Figura 4. Análisis del impacto en riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude



Fuente: Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

Acciones a seguir en caso de materialización de riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude

En el evento de materializarse un riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude es necesario realizar los ajustes necesarios con acciones, tales como:

- Informar a las autoridades de la ocurrencia del hecho de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- Revisar el mapa de riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude; en particular, las causas, riesgos y controles.
- Verificar si se tomaron las acciones y se actualizó el mapa de riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- Llevar a cabo un monitoreo permanente.

La Oficina de Control Interno debe asegurar que los controles sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva. Las acciones adelantadas se refieren a:

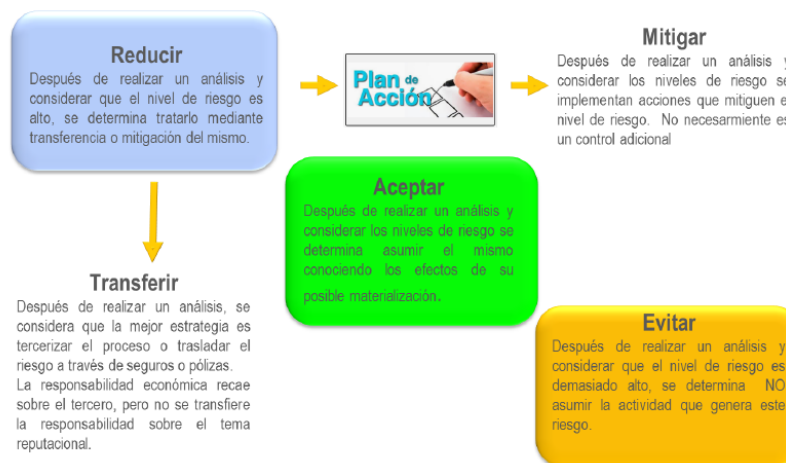
- Determinar la efectividad de los controles.
- Mejorar la valoración de los riesgos.
- Mejorar los controles.
- Analizar el diseño e idoneidad de los controles y si son adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de Corrupción Opacidad y Fraude
- Determinar si se adelantaron acciones de monitoreo.
- Revisar las acciones del monitoreo.

8. PLAN DE ACCIÓN

a. Estrategias para combatir el riesgo:

Es la decisión que se toma frente a un determinado nivel de riesgo, dicha decisión puede ser aceptar, reducir, compartir o evitar. Se analiza frente al riesgo residual, esto para procesos en funcionamiento, cuando se trate de procesos nuevos, se procede a partir del riesgo inherente.

Figura 5. Estrategias para combatir el riesgo



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

Frente al plan de acción referido para la opción de reducir, es importante mencionar que, para efectos del mapa de riesgos, cuando se define la opción de reducir, se requerirá la definición de un plan de acción que especifique: responsable, fecha de implementación, y fecha de seguimiento.

9. COMUNICACIÓN Y CONSULTA

La comunicación de la Información y el reporte debe garantizar que se tienen en cuenta las necesidades de los usuarios o ciudadanos, de modo tal que los riesgos identificados, permitan encontrar puntos críticos para la mejora en la prestación de los servicios. Es preciso promover la participación de los funcionarios con mayor experticia, con el fin de que aporten su conocimiento en la identificación, análisis y valoración del riesgo.

Por tanto se debe hacer especial énfasis en la difusión, socialización, capacitación y/o entrenamiento de todos y cada uno de los pasos que componen la metodología de la administración del riesgo, asegurando que permee a la totalidad de la organización pública.