

"POR LA CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS"

El Agente Interventor de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, en ejercicio de sus facultades legales y estatuarías y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, expedido por el Gobierno Nacional, 0421 de junio 29 de 2001 expedido por la Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias, Acuerdo N. 0002 de 2001 que consagra los Estatutos de la Empresa, y la Resolución No. 005718 del 18 de mayo de 2021, Resolución número 2022420000002275-6 de 2022 expedida por la Supersalud.

CONSIDERANDO:

Que la 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.

Que en el 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.

Que mediante el Decreto 2462 de 2013 fue modificada 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.

Que el 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.

Que el 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.

Que la Resolución 4559 de 2018 "Por la cual se adopta el modelo de Inspección,

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

Mail: atencionusuario@adm.esecartagenadeindias.gov.co

Sifio web: www.esecartagenadeindias.gov.co

Que la 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.

Que por medio de la circular Externa 05-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, se impartieron las instrucciones generales impartidas 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.

Que por medio de la 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.

Que por medio de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, se busca entre otras cosas fomentar una cultura de autocontrol y de gestión de riesgos por parte de los vigilados, de manera que sea una política empresarial o de gobierno organizacional que se interiorice en toda la estructura corporativa, incluyendo políticas de control interno.

Que la Dimensión de Direccionamiento estratégico y Planeación del MIPG requiere que se Fortalezca la gestión del riesgo a partir del desarrollo de las otras dimensiones del modelo.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. Objeto. Implementar la política de Administración del Riesgo de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

ARTICULO SEGUNDO. Compromiso. La ESE Hospital Local Cartagena de Indias con el conocimiento de que existen situaciones de riesgo que afectan el cumplimiento de los objetivos institucionales, se compromete a realizar la gestión de los riesgos de acuerdo con la metodología definida, priorizando aquellos que obstaculizan el cumplimiento de la misión y objetivos estratégicos de la entidad y ponen en riesgo la estabilidad financiera de la misma.

ARTICULO TERCERO. Alcance de la Política. Aplicar para los riesgos:

Riesgos 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.

Riesgos Operacionales. Corresponde a la probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, 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.

Riesgos Actuariales. 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.

Riesgos 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.

Riesgos 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 de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/F. 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.

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.

Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), Son los procedimientos específicos, encaminados a poner en funcionamiento las políticas de cumplimiento, con el fin de identificar, detectar, prevenir, gestionar y mitigar los riesgos de soborno, así como otros que se relacionen con cualquier acto de corrupción que pueda afectar a la entidad.

ARTICULO CUARTO. Términos y Definiciones.

Administrador: De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 222 de 1995, "son administradores el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas

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

Mail: atencionusuario@adm.esecartagenadeindias.gov.co

Sitio web: www.esecartagenadeindias.gov.co



o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones ". El administrador debe obrar de buena fe, con lealtad y con diligencia. Sus actuaciones se cumplirán en interés de la sociedad, teniendo en cuenta los intereses de sus asociados, y en el cumplimiento de su función, deben realizar como mínimo las expresadas en el artículo 23 de la mencionada Ley.

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.

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.

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.

Perfil de riesgo: Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad.

Riesgo actuarial: posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global).

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

Riesgos de Liquidez: 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).

Riesgos en Salud: probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de



una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. (riesgo técnico de Morbilidad evitable).

Riesgos financieros: posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los estados financieros y todas aquellas áreas involucradas con el proceso financiero como presupuesto, tesorería, contabilidad, cartera, central de cuentas, costos, etc.

Riesgos operacionales: probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, 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.

Riesgos tecnológicos: posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica (hardware, software, redes, etc.) de una entidad.

ARTICULO QUINTO. Responsabilidades. Sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que se encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, para el diseño y adopción de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, se establecen como mínimo las siguientes actividades a cargo de los diferentes órganos de dirección, administración y revisoría fiscal de la entidad:

Línea Estratégica:

Representante Legal:

Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a cargo del Representante Legal:

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

17 AGO. 2022



que pueda presentarse como mínimo en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la entidad para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.

Responsabilidades del Comité de Gestión y desempeño:

- Apoyar en el diseño de las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto.
- Sugerir al Comité Institucional de Control Interno, en los casos que aplique, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- Proponer al Comité Institucional de Control Interno, en los casos que aplique, el manual de procesos y procedimientos, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos. Asimismo, velar por su actualización, divulgación y apropiación en todos los niveles de la organización y su operatividad.
- Monitorear e informar al Comité Institucional de Control interno, en los casos que aplique, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno tiene la responsabilidad de:

- Someter a aprobación del representante legal de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias la política de administración del riesgo previamente estructurada por parte de la Oficina asesora de Gestión Estratégica, como segunda línea de defensa en la entidad.
- Velar por el adecuado diseño e implementación de los controles a los diferentes riesgos para mitigar su impacto, en todos los niveles de la organización y su operatividad.
- Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- Realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales.
- Apoyar a las áreas en la identificación y evaluación de los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar al Comité de Gestión y desempeño, en los casos que aplique, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes.
- Monitorear las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la entidad, de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 o las normas que la sustituyan o modifiquen.
- Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
- Participar en el diseño y desarrollo como mínimo de los programas de capacitación sobre los riesgos identificados y velar por su cumplimiento.
- Analizar los informes presentados por el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.



1ª Línea de Defensa: La **gerencia operativa** y **líderes de los procesos**, tienen la responsabilidad de:

- Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales y actualizarlos cuando se requiera.
- Definir, diseñar, implementar, gestionar y monitorear los controles, de manera directa en el día a día los riesgos de la entidad.
- Supervisar los controles aplicados por el equipo de trabajo en la gestión del día a día, detectar la diferencia y el determinar las acciones de mejora que haya ha lugar.
- Informar a la oficina de Gestión Estratégica (segunda línea) sobre los riesgos materializados en los programas, proyectos, planes y/o procesos a su cargo.
- Reportar a la oficina de Control Interno los avances y evidencias de la gestión de los riesgos a cargo del proceso asociado.

2ª Línea de Defensa: La Oficina Asesora de Gestión estratégica o quien haga sus veces, tiene la responsabilidad de:

- Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo residual.
- Consolidar el Mapa de riesgos institucional (riesgos de mayor criticidad frente al logro de los objetivos) y presentarlo para análisis y seguimiento ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño institucional.
- Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis y valoración del riesgo.
- Monitorear los controles establecidos por la primera línea de defensa acorde con la información suministrada por los líderes de procesos.

3ª Línea de Defensa: La Oficina de Control Interno tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar información sobre la efectividad del Sistema de Control Interno, a través de un enfoque basado en riesgos, incluida la operación de la primera y segunda línea de defensa.
- Asesorar a la primera línea de defensa en la identificación de los riesgos institucionales y diseño de controles, en coordinación con la Oficina de Gestión Estratégica.
- Alertar sobre las probabilidad des de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas.
- Comunicar al Comité Institucional de control interno cambios o impactos en la evaluación del riesgo detectados.
- Recomendar mejoras a la política de operación para la administración del riesgo.

Todos los Servidores y funcionarios Públicos de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, son responsables de la reducción de los riesgos y deben velar por la eficacia de los controles integrados en los procesos, subprocesos, actividades y tareas a su cargo.

ARTICULO SEXTO. Tratamiento. La gestión de riesgos implica tomar decisiones, y según la frecuencia y/o gravedad del riesgo evaluado, las características de cada medida, y el análisis costo beneficio se utilizan diferentes medidas de respuesta:

1. Aceptar: 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

17 AGO. 2022



2. Reducir: 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.

3. Evitar o eliminar: 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.

4. Compartir: 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.

ARTICULO SÉPTIMO. Implementación. Para realizar la gestión del riesgo, la ESE Hospital Local Cartagena de Indias aplicará la metodología establecida en la Guía para la administración del riesgo establecida por el Departamento Administrativo de Función Pública, y las demás que se encuentren estipuladas en las normas hospitalarias, que se encuentran adoptadas en el Manual Institucional para la Administración del Riesgo, manual de SARLAFT, SICOF y PEET, así mismo se requiere su implementación para la formulación de los planes de auditoría.

ARTICULO OCTAVO. Seguimiento y Actualización. La actualización de los mapas de Riesgos se realizará anualmente, y serán elaborados por la primera línea de defensa de la entidad.

El seguimiento y monitoreo de las acciones definidas para el tratamiento de los riesgos se realizarán con una periodicidad Cuatrimestral, por la segunda y tercera línea de defensa respectivamente.

ARTICULO NOVENO. Evaluación. La oficina de Control Interno realizará la evaluación cuatrimestralmente de los controles establecidos para evitar que los riesgos se materialicen mediante seguimiento a los avances en la implementación de las acciones o auditorías internas.

ARTICULO DECIMO. Implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude-SICOF. Adoptado de Circular Externa de la Superintendencia de Salud en la cual se imparten instrucciones generales relativas al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

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:

1. 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.

2. 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 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.

3. Control.

La ESE HLICI 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 HLICI determinará y adoptará los controles o medidas conducentes a controlar el riesgo inherente.

4. Monitoreo.

La ESE HLICI 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

17 AGO. 2022



- 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.

17 AGO. 2022

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

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

- 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.

ARTICULO UNDÉCIMO. Divulgación y Consulta. La comunicación y divulgación de los Riesgos y los controles definidos para su gestión, estará bajo la responsabilidad del Representante Legal y Líderes de proceso, como primera línea de defensa; se socializará a todos los funcionarios bajo su cargo los riesgos identificados en cada proceso y los controles a implementar haciendo uso de los medios masivos de comunicación como correos electrónicos y/o página web; así como socialización al interior de cada proceso por parte de su líder.

ARTICULO DUODÉCIMO. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y publicación,

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE

17 AGO. 2022

Dada en Cartagena de Indias a los días del mes de agosto de 2022.


JORGE EDUARDO SUÁREZ GÓMEZ
Agente Especial interventor

Proyectó: Lennys González – Jefe de Oficina Asesora Gestión Estratégica
Revisó: Verónica Gutiérrez de Piñeres- Jefe Oficina de Control Interno
Revisó: Angélica Sánchez – Jefe de Oficina Asesora Jurídica