



RESOLUCIÓN No. 0276
(02 de Diciembre de 2019)

"Por medio de la cual se actualiza la Política de Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y se determinan otras disposiciones"

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ,

En uso de las atribuciones que le confieren la Ley, los Estatutos y.

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 literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten. Artículo 2 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 sus objetivos.

Que la Ley 872 de 2003, por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios.

Que la Ley 1474 de 2011, en su Artículo 73 Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

Que el Decreto 1083 de 2015, por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las entidades y organismos de la administración pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones. quien establece en el Artículo 2.2.21.5.4. Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo.

Que el Decreto 1499 de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el Artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 y según el Artículo 2.2.22.3.1. Actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. 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.

Que la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V4 2018 de acuerdo a los direccionamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, así como los del Modelo Estándar de Control Interno, la cual articula los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad digital, teniendo en cuenta la metodología de las líneas de defensa para la gestión del riesgo.

Que la Resolución 166 de 2018, por medio de la cual se modifica la plataforma estratégica de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá para el periodo 2018-2020, en el Numeral 1.4.5. Gestión del Riesgo, implementar acciones continuas y sistemáticas para la prevención, mitigación y control de los riesgos que puedan afectar el desarrollo de la misión de la Empresa Social del Estado.



RESOLUCIÓN No. 0276
(02 de Diciembre de 2019)

"Por medio de la cual se actualiza la Política Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y se determinan otras disposiciones"

Que el direccionamiento del comité coordinador de control interno de aprobación de la política de administración del riesgo según Acta No. 04 del 27 de Noviembre de 2019 establece la metodología a seguir por los procesos y subprocesos, quienes deben identificar, hacer análisis, valoración y tratamiento de los riesgos que puedan afectar la misión y el cumplimiento de los objetivos institucionales en el marco de los procesos, subprocesos, programas, planes y proyectos de la Empresa Social del Estado.

En mérito de lo anteriormente expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. OBJETO: Actualizar la Política Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá. "Implementar la gestión del riesgo entorno al control, prevención y mitigación en la ocurrencia de los eventos, permitiendo así el fortalecimiento de la entidad y cumplimiento de los objetivos institucionales".

ARTÍCULO SEGUNDO. OBJETIVOS: La Política Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá establece los siguientes objetivos que permiten desplegar la gestión de los riesgos.

2.1. **OBJETIVO GENERAL:** Fortalecer la implementación y desarrollo de la Política Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá a través de la gestión del riesgo entorno al control, prevención y mitigación en la ocurrencia de los eventos.

2.2. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Se determinan los siguientes objetivos específicos de la Política Institucional de Administración del Riesgo:

- 2.2.1. Identificar los riesgos que puedan afectar la prestación de los servicios de salud.
- 2.2.2. Realizar control de los riesgos que sean identificados.
- 2.2.3. Promover la prevención a la materialización de riesgos al interior de la entidad.
- 2.2.4. Fomentar medidas de mitigación de riesgos al interior de los procesos.
- 2.2.5. Generar una visión sistémica acerca de la administración y evaluación de riesgos.

ARTÍCULO TERCERO. DEFINICIONES: En la aplicación de la presente política se deberán tener en cuenta las siguientes definiciones:

- 3.1. **ACTIVO:** En el contexto de seguridad digital son elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, hardware, información física o digital, recurso humano, entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital.
- 3.2. **ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:** Una rama de administración que aborda las consecuencias del riesgo. Consta de dos etapas: a) El diagnóstico o valoración, mediante identificación, análisis y determinación del nivel, y B) El manejo o la administración propiamente dicha, en que se elabora, ejecuta y hace seguimiento al plan de manejo que contiene las políticas de administración del riesgo propuestas la alta dirección.
- 3.3. **ANÁLISIS DE RIESGOS:** Determinar el impacto y la probabilidad del riesgo. Dependiendo de la información disponible pueden emplearse desde modelos de simulación, hasta técnicas colaborativas.



**RESOLUCIÓN No. 0276
(02 de Diciembre de 2019)**

"Por medio de la cual se actualiza la Política de Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y se determinan otras disposiciones"

- 3.4. **APETITO AL RIESGO:** Magnitud y tipo de riesgo que una organización está dispuesta a buscar o retener.
- 3.5. **CAUSA:** Todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.
- 3.6. **CONFIDENCIALIDAD:** Propiedad de la información que la hace no disponible, es decir, divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados.
- 3.7. **CONSECUENCIA:** Los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.
- 3.8. **CONTROL:** Es toda acción que tiende a minimizar los riesgos, significa analizar el desempeño de las operaciones, evidenciando posibles desviaciones frente al resultado esperado para la adopción de medidas preventivas. Los controles proporcionan un modelo operacional de seguridad razonable en el logro de los objetivos de manejo de los riesgos.
- 3.9. **COSTO:** Se entiende por costo las erogaciones, directas e indirectas en que incurre la entidad en la ejecución de las acciones propuestas para administrar el riesgo.
- 3.10. **DISPONIBILIDAD:** Propiedad de ser accesible y utilizable a demanda por una entidad.
- 3.11. **FACTORES DE RIESGO:** Manifestaciones o características medibles u observables de un proceso que indican la presencia de riesgo o tienden a aumentar la exposición, pueden ser internos o externos a la entidad.
- 3.12. **GESTIÓN DEL RIESGO:** Proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos.
- 3.13. **INDICADOR:** Es la valoración de una o más variables que informa sobre una situación y soporta la toma de decisiones, es un criterio de medición y de evaluación cuantitativa o cualitativa.
- 3.14. **MAPAS DE RIESGOS:** Herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos ordenada, consolida su valoración los controles, acciones para administrarlos, los responsables de ejecutar esas acciones, y los cronogramas para monitorizar la administración de los mismos.
- 3.15. **PLAN DE MANEJO DEL RIESGO:** Plan de acción propuesto por la alta dirección de la entidad con el fin de garantizar la administración permanente de los riesgos identificados y consolidados en el mapa de riesgos, y que contiene las acciones de la administración orientadas a prevenir, evitar, reducir, dispersar, transferir o asumir riesgos.
- 3.16. **PROBABILIDAD:** Se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Esta puede ser medida con criterios de frecuencia o factibilidad.
- 3.17. **RIESGO DE CORRUPCIÓN:** Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado
- 3.18. **RIESGO DE GESTIÓN:** Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.
- 3.19. **RIESGO INHERENTE:** Es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.
- 3.20. **RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL:** Combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, así como afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.
- 3.21. **RIESGO RESIDUAL:** Nivel de riesgo que permanece luego de tomar sus correspondientes medidas de tratamiento.



RESOLUCIÓN No. 0276
(02 de Diciembre de 2019)

"Por medio de la cual se actualiza la Política de Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y se determinan otras disposiciones"

- 3.22. **TOLERANCIA AL RIESGO:** Son los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de objetivos. Pueden medirse y a menudo resulta mejor, con las mismas unidades que los objetivos correspondientes. Para el riesgo de corrupción la tolerancia es inaceptable.
- 3.23. **VALORACIÓN DEL RIESGO:** Es el resultado de confrontar la evaluación del riesgo con los controles existentes.
- 3.24. **VULNERABILIDAD:** Es una debilidad, atributo, causa o falta de control que permitiría la explotación por parte de una o más amenazas contra los activos.

ARTÍCULO CUARTO. CONTEXTO ESTRATÉGICO: Para la operacionalización de la Política Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, es fundamental realizar la incorporación de la plataforma estratégica a la administración de riesgos institucionales, de esta manera se identificarán tanto amenazas como oportunidades que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

El contexto estratégico es la base para la identificación de los riesgos en los procesos y actividades, el análisis se realiza a partir del conocimiento de situaciones del entorno de la entidad, tanto de carácter social, económico, cultural, de orden público, político, legal y/o cambios tecnológicos, entre otros; se alimenta también con el análisis de la situación actual de la entidad, basado en los resultados de los componentes de ambiente de control, estructura organizacional, modelo de operación, cumplimiento de los planes y programas, sistemas de información, procesos y procedimientos y los recursos económicos, entre otros.

4.1. **CONTEXTO EXTERNO:** El contexto externo contempla los siguientes factores:

- 4.1.1. **ECONÓMICOS:** Liquidez de las EPS, respuesta oportuna de proveedores, población sin aseguramiento, población sin capacidad de pago.
- 4.1.2. **POLÍTICOS:** Cambios de gobierno, legislación, políticas públicas, presiones políticas.
- 4.1.3. **SOCIALES:** Costumbres alimentarias, aumento de población de la tercera edad, responsabilidad social, orden público, accidentalidad.
- 4.1.4. **TECNOLÓGICOS:** Avances tecnológicos, acceso a sistemas de información externos, amenazas externas.
- 4.1.5. **MEDIOAMBIENTALES:** Emisiones y residuos, energía, catástrofes naturales, desarrollo sostenible.
- 4.1.6. **COMUNICACIÓN EXTERNA:** Mecanismos utilizados para entrar en contacto con los usuarios o ciudadanos, canales establecidos.

4.2. **CONTEXTO INTERNO:** El contexto interno contempla los siguientes factores:

- 4.2.1. **FINANCIERO:** Presupuesto de funcionamiento, recursos de inversión, infraestructura, capacidad instalada, recursos propios.
- 4.2.2. **PERSONAL:** Competencia del personal, disponibilidad del personal, seguridad y salud ocupacional.
- 4.2.3. **PROCESOS:** Procedimientos establecidos, ejecución, cumplimiento, entradas, salidas, gestión del conocimiento entre las partes involucradas.
- 4.2.4. **TECNOLOGÍA:** Integridad de datos, disponibilidad de datos y sistemas, desarrollos, producción, mantenimiento de sistemas de información.
- 4.2.5. **TECNOLOGÍA:** Integridad de datos, disponibilidad de datos y sistemas, desarrollos, producción, mantenimiento de sistemas de información.



RESOLUCIÓN No. 0276 (02 de Diciembre de 2019)

"Por medio de la cual se actualiza la Política de Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y se determinan otras disposiciones"

- 4.2.6. **ESTRATÉGICOS:** Direccionamiento estratégico, planeación institucional, liderazgo, trabajo en equipo.
- 4.2.7. **COMUNICACIÓN INTERNA:** Canales establecidos, utilizados y su efectividad, flujo de información necesario para el desarrollo de operaciones.

ARTÍCULO QUINTO. LINEAMIENTOS GENERALES: Para el tratamiento del riesgo se establecen los siguientes lineamientos de acuerdo a la estrategia de líneas de defensa.

- 5.1. **TRATAMIENTO DEL RIESGO:** Respuesta establecida por la primera línea de defensa para la mitigación de los diferentes riesgos, incluyendo aquellos relacionados con la corrupción. A la hora de evaluar las opciones existentes en materia de tratamiento del riesgo, y partiendo de la política de administración del riesgo, los dueños de los procesos tendrán en cuenta la importancia del riesgo, lo cual incluye el efecto que puede tener sobre la entidad, la probabilidad e impacto de este y la relación costo-beneficio de las medidas de tratamiento. Pero en caso de que una respuesta ante el riesgo derive en un riesgo residual que supere los niveles aceptables para la dirección se deberá volver a analizar y revisar dicho tratamiento. En todos los casos para los riesgos de corrupción la respuesta será evitar, compartir o reducir el riesgo.
- 5.1.1. **ACEPTAR EL RIESGO:** Si el nivel de riesgo cumple con los criterios de aceptación de riesgo no es necesario poner controles y este puede ser aceptado. Esto debería aplicar para riesgos inherentes en la zona de calificación de riesgo bajo. **IMPORTANTE** En el caso de riesgos de corrupción, estos no pueden ser aceptados. La aceptación del riesgo puede ser una opción viable en la entidad, para los riesgos bajos, pero también pueden existir escenarios de riesgos a los que no se les puedan aplicar controles y por ende, se acepta el riesgo. En ambos escenarios debe existir un seguimiento continuo del riesgo.
- 5.1.2. **EVITAR EL RIESGO:** Es porque consideran demasiado extremos y se puede tomar una decisión para evitar el riesgo, mediante la cancelación de una actividad o un conjunto de actividades. Desde el punto de vista de los responsables de la toma de decisiones, este tratamiento es simple, la menos arriesgada y menos costosa, pero es un obstáculo para el desarrollo de las actividades de la entidad y, por lo tanto, hay situaciones donde no es una opción.
- 5.1.3. **COMPARTIR EL RIESGO:** Es porque es muy difícil para la entidad reducir el riesgo a un nivel aceptable o se carece de conocimientos necesarios para gestionarlo, este puede ser compartido con otra parte interesada que pueda gestionarlo con más eficacia. Cabe señalar que normalmente no es posible transferir la responsabilidad del riesgo. Los dos principales métodos de compartir o transferir parte del riesgo son: seguros y tercerización. Estos mecanismos de transferencia de riesgos deberían estar formalizados a través de un acuerdo contractual.
- 5.1.4. **REDUCIR EL RIESGO:** El nivel de riesgo debería ser administrado mediante el establecimiento de controles, de modo que el riesgo residual se pueda reevaluar como algo aceptable para la entidad. Estos controles disminuyen normalmente la probabilidad y/o el impacto del riesgo.

PARÁGRAFO PRIMERO: Deben seleccionarse controles apropiados y con una adecuada segregación de funciones, de manera que el tratamiento al riesgo adoptado logre la reducción prevista sobre este. Para mitigar/tratar los riesgos de seguridad digital se deben emplear como mínimo los controles del anexo A de la ISO/IEC 27001:2013, estos también se encuentran en el anexo 4. De los "Lineamientos para la gestión del riesgo de seguridad digital" del DAFP.



RESOLUCIÓN No. 0276
(02 de Diciembre de 2019)

"Por medio de la cual se actualiza la Política de Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y se determinan otras disposiciones"

5.2. **EJECUCIÓN:** Se debe tener en cuenta que para la ejecución de la política de administración del riesgo se debe tener en cuenta que:

- 5.2.1. Una política por sí sola no es un control.
- 5.2.2. Los controles se despliegan a través de los procedimientos documentados.
- 5.2.3. La actividad de control debe por sí sola mitigar o tratar la causa del riesgo y ejecutarse como parte del día a día de los procesos y/o subprocesos.

Las actividades de control, independientemente de la tipología de riesgo a tratar, deben tener una adecuada combinación para prevenir que la situación de riesgo se origine. Ahora, en caso de que la situación de riesgos se presente, esta debe ser detectada de manera oportuna y reportada al líder de proceso y al proceso de planeación institucional como se aclara en la presente resolución.

ARTICULO SEXTO. RESPONSABLES: La Política Institucional de Administración del Riesgo establece actividades de control por cada responsable y línea de defensa:

6.1. **LÍNEA DE DEFENSA ESTRATÉGICA:** Esta línea de defensa establece como responsables a la gerencia, subgerencias y al comité coordinador de control interno, con las siguientes responsabilidades frente al riesgo:

- 6.1.1. Establecer y aprobar la Política de administración del riesgo la cual incluye los niveles de responsabilidad y autoridad con énfasis en la prevención del daño antijurídico.
- 6.1.2. Definir y hacer seguimiento a los niveles de aceptación.
- 6.1.3. Analizar los cambios en el entorno (contexto interno y externo) que puedan tener un impacto significativo en la operación de la entidad y que puedan generar cambios en la estructura de riesgos y controles
- 6.1.4. Realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales.
- 6.1.5. Evaluar el estado del sistema de control interno y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del mismo.

6.2. **PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA:** Esta línea de defensa establece como responsables a los líderes de cada proceso o subproceso de la institución, con las siguientes responsabilidades frente al riesgo:

- 6.2.1. Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar los programas, proyectos, planes y procesos a su cargo y actualizarlo cuando se requiera con énfasis en la prevención del daño antijurídico.
- 6.2.2. Definir, aplicar y hacer seguimiento a los controles para mitigar los riesgos identificados alineado con las metas y objetivos de la entidad y proponer mejoras a la gestión del riesgo en su proceso.
- 6.2.3. Supervisar la ejecución de los controles aplicados por el equipo de trabajo en la gestión del día a día, detectar las deficiencias de los controles y determinar las acciones de mejora a que haya lugar.
- 6.2.4. Desarrollar ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles.
- 6.2.5. Informar a la oficina de planeación (segunda línea) sobre los riesgos materializados en los programas, proyectos, planes y/o procesos a su cargo.



RESOLUCIÓN No. 0276
(02 de Diciembre de 2019)

"Por medio de la cual se actualiza la Política de Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y se determinan otras disposiciones"

6.2.6. Reportar a la Oficina de Planeación en la matriz de seguimiento a riesgos, el seguimiento efectuado al mapa de riesgos a su cargo y proponer las acciones de mejora a que haya lugar.

6.3. **SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA:** Esta línea de defensa establece como responsable a la oficina asesora de planeación, con las siguientes responsabilidades:

6.3.1. 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.

6.3.2. Consolidar el mapa de riesgos institucional y presentarlo para análisis y seguimiento ante el comité de gestión y desempeño institucional.

6.3.3. Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis y valoración del riesgo.

6.3.4. Monitorear los controles establecidos por la primera línea de defensa acorde con la información suministrada por los líderes de procesos.

6.3.5. Supervisar en coordinación con los líderes de proceso que la primera línea identifique, evalúe y gestione los riesgos y controles para que se generen acciones.

6.3.6. Evaluar que los riesgos sean consistentes con la presente política de la entidad y que sean monitoreados por la primera línea de defensa.

6.3.7. Promover ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles.

6.3.8. Identificar cambios en los riesgos de la entidad, especialmente en aquellos riesgos ubicados en zona baja y presentarlo para aprobación del comité institucional coordinador de control interno.

6.4. **TERCERA LÍNEA DE DEFENSA:** Esta línea de defensa establece como responsable a la oficina de control interno, con las siguientes responsabilidades:

6.4.1. Revisión objetiva sobre la eficacia de la gestión del riesgo y control, con énfasis en el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos.

6.4.2. Revisión objetiva en las áreas identificadas no cubiertas por la primera línea de defensa.

6.4.3. Asesorar de forma coordinada con la oficina de planeación, a la primera línea de defensa en la identificación de los riesgos institucionales y diseño de controles.

6.4.4. Llevar a cabo el seguimiento a los riesgos consolidados en los mapas de riesgos de conformidad con el plan anual de auditoría y del plan anticorrupción y de atención al ciudadano.

6.4.5. Recomendar mejoras a la política de administración del riesgo.

ARTICULO SÉPTIMO. METODOLOGÍA: La metodología para la administración del riesgo requiere de un análisis inicial relacionado con el estado actual de la estructura de riesgos y su gestión en la entidad, el conocimiento de esta desde un punto de vista estratégico de la aplicación de tres (3) pasos básicos para su desarrollo y de la definición e implantación de estrategias de comunicación transversales a toda la entidad, para que su efectividad pueda ser evidenciada. A continuación, se puede observar la estructura completa con sus desarrollos básicos:

7.1. **POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:** Esta establece los lineamientos de la política.



RESOLUCIÓN No. 0276
(02 de Diciembre de 2019)

"Por medio de la cual se actualiza la Política de Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y se determinan otras disposiciones"

- 7.2. **IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS:** Establece el contexto, ya sea interno, externo, del proceso o identificación de activos. Identificación de riesgos, contempla para la redacción de riesgos y tipología de riesgos.
- 7.3. **VALORACIÓN DE RIESGOS:** Analiza el riesgo y contempla el análisis del impacto. Evaluación de riesgos, contemplando análisis preliminar (riesgo inminente). Valoración de los controles. Nivel de riesgo (riesgo residual). Monitoreo y revisión incorporando matriz de responsabilidades. Seguimiento, reportes periódicos.

PARÁGRAFO SEGUNDO: En cumplimiento de la normatividad vigente se formulará matriz de riesgos de acuerdo a la metodología establecida y adoptada por la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, cuyo reporte se realizará a través de la matriz de seguimiento a riesgos en los tiempos establecidos que serán adoptados anualmente.

ARTÍCULO OCTAVO. TIPOLOGÍA DE RIESGOS: La Política Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E., contempla los siguientes riesgos:

- 8.1. **CALIDAD:** Relacionados con los atributos de calidad establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, habilitación y acreditación, las políticas de aseguramiento y control de calidad.
- 8.2. **CONTRACTUAL:** Relacionado con los atrasos o incumplimientos de las etapas contractuales en cada vigencia.
- 8.3. **COMUNICACIÓN:** Relacionado con los canales, medios y oportunidades para informar durante las diferentes etapas de un proyecto, cambio de servicios y/o novedades que afecten el servicio.
- 8.4. **CORRUPCIÓN:** Cuando por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y, en consecuencia, del Estado, para la obtención de un beneficio particular.
- 8.5. **CUMPLIMIENTO Y CONFORMIDAD:** Se asocian con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.
- 8.6. **ESTRATÉGICOS:** Asociado a la administración de la entidad, a la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la definición de políticas, y el diseño de lineamientos que respondan a las necesidades de los grupos de valor e interés.
- 8.7. **FINANCIEROS:** Relacionado con el manejo de recursos, la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo de los bienes.
- 8.8. **IMAGEN:** Relacionado con la percepción y la confianza por parte de los grupos de valor frente a la entidad.
- 8.9. **INFORMACIÓN:** Se asocia a la disponibilidad, confiabilidad e integridad de la información agregada y desagregada.
- 8.10. **INTEGRACIÓN:** Se refiere a la integración de sistemas, áreas, entidades, etapas y elementos que se requieran coordinar para el desarrollo de un proyecto.
- 8.11. **OPERATIVOS:** Riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los procesos, sistemas de información, estructura de la entidad y articulación entre dependencias.
- 8.12. **RECURSO HUMANO:** Se asocia a la cualificación, competencia y disponibilidad de personal requerido para realizar un proyecto o función.
- 8.13. **TECNOLÓGICOS Y DE SEGURIDAD DIGITAL:** Relacionados con la capacidad tecnológica para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión.



RESOLUCIÓN No. 0276
(02 de Diciembre de 2019)

"Por medio de la cual se actualiza la Política de Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y se determinan otras disposiciones"

ARTÍCULO NOVENO. ALCANCE: La Política Institucional de Administración del Riesgo de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, se hace extensible y aplicable a todos los procesos y subprocesos de la sede central, puestos y centros de la salud, al igual que las personas jurídicas vinculadas con el hospital.

ARTÍCULO DECIMO. VIGENCIA: La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición y deroga todas las que le sean contrarias.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE

Original Firmado

JOHN CASTILLO MARTINEZ
Gerente

Elaboro: Jairo Bobadilla - Líder de Planeación Institucional.
Revisó: Julián Nieto Beltrán - Ingeniero Industrial Planeación Institucional.
Mónica Pachón - Líder de Jurídica.
Miguel Ávila Bruno - Asesor Gerencia.
Diana Forero Delgado - Subgerente Administrativa.
Andrei Rojas Martínez - Subgerente Científico.
Saúl Parra García - Subgerente Administrativo.
Oscar Acosta Arias - Jefe Control Interno.