


| | | |
|---|---|----------------|
|  <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p> | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 1 de 34 |

POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO – HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E. 2024

1. Justificación:

En cumplimiento de los parámetros para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública, como entidad técnica, estratégica y transversal del Gobierno nacional que se dirige a entidades públicas, el Hospital San Juan Bautista presenta su Política de Administración del Riesgo 2024, pretendiendo dar un debido tratamiento a los riesgos inherentes que por su probabilidad y/o impacto podrían generar efectos adversos para la institución.

2. Introducción:

El Hospital San Juan Bautista E.S.E. es catalogado como una institución de Atención Especializada de segundo nivel de atención (IAE2) con servicios direccionados al mantenimiento de la salud y la atención de la morbilidad en sus fases de tratamiento y rehabilitación con el apoyo de tecnologías avanzadas.


El hospital San Juan bautista de Chaparral, es el hospital de mediana complejidad de referencia de las ESEs de la microrregión de Chaparral, conformada por los municipios de Chaparral, Ataco, Ortega, Planadas, Rioblanco, Roncesvalles, y San Antonio.

En la institución se cuenta con procesos misionales, de apoyo administrativo, y de evaluación y control que por su naturaleza operan dentro de funciones y operaciones inherentes a riesgos que por su probabilidad y/o impacto podrían generar efectos adversos para la institución, debido a esto el Hospital San Juan Bautista dispone de una Política de Administración de Riesgos que le permita dar un adecuado tratamiento de tales riesgos, bajo los parámetros para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública.

3. Objetivo

Establecer una herramienta adecuada para el tratamiento de riesgos institucionales del Hospital San Juan Bautista E.S.E., de tal forma que se conduzcan a un nivel aceptable.

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|--|----------------|
|  <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p> | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 2 de 34 |

4. Alcance:

El presente documento se encuentra dirigido a los procesos, dependencias, funcionarios e involucrados en la operatividad del Hospital San Juan Bautista E.S.E.

5. Glosario

Riesgo: Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales. **Nota:** Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos.

Nota: Para los objetivos de los procesos como punto de partida fundamental, son los resultados que se espera cumplir.

Riesgo de Seguridad de la Información: Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información. Suele considerarse como una combinación de la probabilidad de un evento y sus consecuencias. (ISO/IEC 27000).

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.


Riesgo fiscal: Es el efecto dañoso sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial.

Gestión del Riesgo Fiscal: son las actividades que debe desarrollar cada Entidad y todos los gestores públicos (ver concepto de gestor público) para identificar, valorar, prevenir y mitigar los riesgos fiscales (probabilidad de efecto dañoso sobre los bienes, recursos y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial).

Gestor público: Es todo aquel que participa, concurre, incide o contribuye directa o indirectamente en el manejo o administración de bienes, recursos o intereses patrimoniales de naturaleza pública, sean o no gestores fiscales, por lo tanto, son todos los gestores públicos y no sólo los que desarrollan gestión fiscal, los llamados a prevenir riesgos fiscales. A título de ejemplo, además de los gestores fiscales, son gestores públicos, entre otros (sin perjuicio de las particularidades de cada entidad): los contratistas, los interventores, los supervisores y en general todos los servidores públicos.

Gestor Fiscal: Son los servidores públicos y las personas de derecho privado que manejen o administren recursos o fondos públicos, desarrollando actividades económicas, jurídicas y tecnológicas, tendientes a la adecuada y correcta

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|--|----------------|
|  E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4 | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 3 de 34 |


adquisición, planeación, conservación, administración, custodia, explotación, enajenación, consumo, adjudicación, gasto, inversión y disposición de los bienes públicos, así como, a la recaudación, manejo e inversión de sus rentas, en orden a cumplir los fines esenciales del Estado (artículo 3 de la Ley 610 de 2000 o la norma que lo sustituya o modifique). A título de ejemplo son gestores fiscales, entre otros (sin perjuicio de las particularidades de cada entidad): representante legal, ordenador del gasto, autorizado para contratar, pagador, tesorero, almacenista.

Recurso público: Para efectos del capítulo de riesgos fiscales, entiéndase como recurso público, los dineros comprometidos y ejecutados en ejercicio de la función pública. Ejemplos: Los recursos de inversión y recursos de funcionamiento de cada entidad; los recursos generados por actividades comerciales, industriales y de prestación de servicios, por parte de entidades estatales; los recursos parafiscales; los recursos que resultan del ejercicio de funciones públicas por particulares.

Bien público: Son todos aquellos muebles e inmuebles de propiedad pública (este concepto comprende: bienes del Estado y aquellos productos del ejercicio de una función pública a cargo de particulares). Estos se clasifican en bienes de uso público y bienes fiscales, definidos así: a) Bien de uso público: aquellos cuyo uso pertenece a todos los habitantes del territorio nacional. Ejemplos: Las calles, plazas, puentes, vías, parques etc. b) Bienes fiscales: aquellos que están destinados al cumplimiento de las funciones públicas o servicios públicos (Consejo de Estado, 2012), es decir, afectos al desarrollo de su misión y utilizados para sus actividades.

Intereses patrimoniales de naturaleza pública: Son expectativas razonables de beneficios, que en condiciones normales se espera obtener o recibir y que sean susceptible de estimación económica. A diferencia del recurso público, los intereses patrimoniales de naturaleza pública son expectativas. Ejemplos: Son algunos ejemplos de intereses patrimoniales de naturaleza pública, la rentabilidad proyectada de cualquier inversión pública, es decir antes de que se causen o generen efectivamente; la cobertura de garantías y pólizas; la participación accionaria pública en una empresa de economía mixta o en una empresa de servicios públicos con socio o socios públicos; los rendimientos financieros y frutos de recursos públicos cuando se proyectan, es decir antes de que se causen o generen efectivamente; así como, los intereses moratorios, indexaciones, actualización del dinero en el tiempo, estimación de pérdida de costo de oportunidad, cuando se trata de cobrar recursos públicos que un tercero debe; explotación de bienes públicos y/o recaudo de recursos públicos por un particular sin contrato o habilitación legal.

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|--|----------------|
|  <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p> | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 4 de 34 |

Patrimonio público: se entiende como el conjunto de bienes o recursos o intereses patrimoniales de naturaleza pública, susceptibles de estimación económica (artículo 6 Ley 610 de 2000 y sentencia C340-07).

Probabilidad: se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. La probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.

Causa: todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.


Causa Inmediata: Circunstancias bajo las cuales se presenta el riesgo, pero no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo. **Nota:** Tratándose de riesgo fiscal, se usa el término circunstancia inmediata (Causa Inmediata, pero se asocia a la misma causa inmediata)

Causa Raíz: Causa principal o básica, corresponde a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo. Causa Raíz (Causa Eficiente o Causa Adecuada): Es el evento (acción u omisión) que de presentarse es generador directo de un efecto dañoso sobre los bienes, recursos o intereses patrimoniales de naturaleza pública. Es la condición necesaria, de tal forma que, si ese hecho no se produce, el daño no se genera. Así las cosas, la causa raíz se asocia con aquel hecho potencial generador del daño.

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. **Nota:** Tratándose de riesgo fiscal, el impacto siempre será económico y se identificará en la redacción de riesgos como efecto dañoso, sobre bienes públicos, recursos públicos o intereses patrimoniales públicos.

Punto de Riesgo: Actividades en las que potencialmente se genera riesgo. Tratándose de riesgo fiscal los puntos de riesgo son todas las actividades que representen gestión fiscal, por ejemplo, aquellas de administración, gestión, ordenación, ejecución, manejo, adquisición, planeación, conservación, custodia, explotación, enajenación, consumo, adjudicación, gasto, inversión y disposición de los bienes o recursos públicos o intereses de naturaleza pública. Para la identificación y priorización de los puntos de riesgo, la entidad deberá tener en cuenta aquellas actividades en las cuales se han presentado advertencias, alertas, hallazgos fiscales y/o fallos con responsabilidad fiscal, así como, aquellas actividades que la organización identifique que pueden generar riesgos fiscales. Para facilitar el ejercicio de identificación de puntos de riesgo consulte el Anexo:

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|---|------------|
|  <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p> | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | |

Catálogo Indicativo y Enunciativo de Puntos de riesgo fiscal y Circunstancias Inmediatas

Control: Medida que permite reducir o mitigar un riesgo

Riesgo Inherente: Nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto, nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.

Riesgo Residual: El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.

Factores de Riesgo: Son las fuentes generadoras de riesgos.

Confidencialidad: Propiedad de la información que la hace no disponible o sea divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados.

Integridad: Propiedad de exactitud y completitud.

Disponibilidad: Propiedad de ser accesible y utilizable a demanda por una entidad.

Vulnerabilidad: Representan la debilidad de un activo o de un control que puede ser explotada por una o más amenazas.


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.

Nivel de riesgo: Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos. En general la fórmula del Nivel del Riesgo poder ser Probabilidad * Impacto, sin embargo, pueden relacionarse las variables a través de otras maneras diferentes a la multiplicación, por ejemplo, mediante una matriz de Probabilidad – Impacto.

Apetito de riesgo: Es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar, relacionado con sus Objetivos, el marco legal y las disposiciones de la Alta Dirección y del Órgano de Gobierno. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar.

Tolerancia del riesgo: Es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del Apetito de riesgo determinado por la entidad.

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|--|----------------|
|  <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p> | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 6 de 34 |

Capacidad de riesgo: Es el máximo valor del nivel de riesgo que una Entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno que no sería posible el logro de los objetivos de la Entidad.

Capacidad de riesgo: Es el máximo valor del nivel de riesgo que una Entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno que no sería posible el logro de los objetivos de la Entidad.

6. Plataforma estratégica

6.1. Misión:

Somos una empresa social del estado de mediana complejidad que presta servicios de salud, con talento humano idóneo, garantizando una atención humanizada con enfoque diferencial e incluyente, mediante procesos seguros, accesibles y sostenibles, contribuyendo al bienestar de la comunidad.

6.2. Visión:

Ser una institución líder en la red hospitalaria del Tolima en la prestación de servicios de salud, con altos estándares de calidad y principios de integridad institucional, garantizando la accesibilidad, continuidad e innovación en la oferta de servicios conforme a las necesidades de la comunidad, con el capital humano calificado y comprometido con la satisfacción en la atención de los usuarios


6.3. Objetivo general:

El establecimiento público HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA NIVEL II tiene como objetivo general, PRESTAR SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD, que correspondan a los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, teniendo en cuenta los aspectos bio-psicosociales del individuo, la familia y la comunidad en su área de influencia.

6.4. Objetivos específicos

- Contribuir con soluciones concretas e integrales a los problemas de salud del individuo, la comunidad y su entorno, mediante el diagnóstico y la implementación de los programas y actividades necesarias para tal fin.
- Asegurar continuamente la vigencia de los principios de la participación ciudadana y comunitaria, mediante la incorporación de la familia y la comunidad a los procesos de salud.

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|--|----------------|
|  E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4 | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 7 de 34 |

- Fomentar el trabajo interdisciplinario en salud, como el medio más adecuado para proporcionar una verdadera atención integral.
- Promover la integración y coordinación intra y extra sectorial, en el área de influencia, evitando la duplicidad de acción es y optimizando la utilización de recursos.
- Promover por el desarrollo integral del recurso humano, orientándolo, capacitándolo y actualizándolo continuamente, con el fin de mejorar cada vez más la calidad de atención.
- Propender por la disminución del efecto de los desastres sobre la comunidad, mediante la elaboración y ejecución de planes de prevención y emergencias intra y extrahospitalarias.
- Ser fuente de educación en salud para el sector y en general para toda la comunidad y líder en comprensión del fenómeno salud-enfermedad, desarrollo trabajos de investigación y evaluando periódicamente la efectividad y el impacto de los programas adelantados.

6.5. Valores:

- **HONESTIDAD:** Actuó siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia, rectitud y siempre favoreciendo el interés general.
- **RESPECTO:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier VIGILADO otra condición.
- **COMPROMISO:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- **DILIGENCIA:** Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.
- **JUSTICIA:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

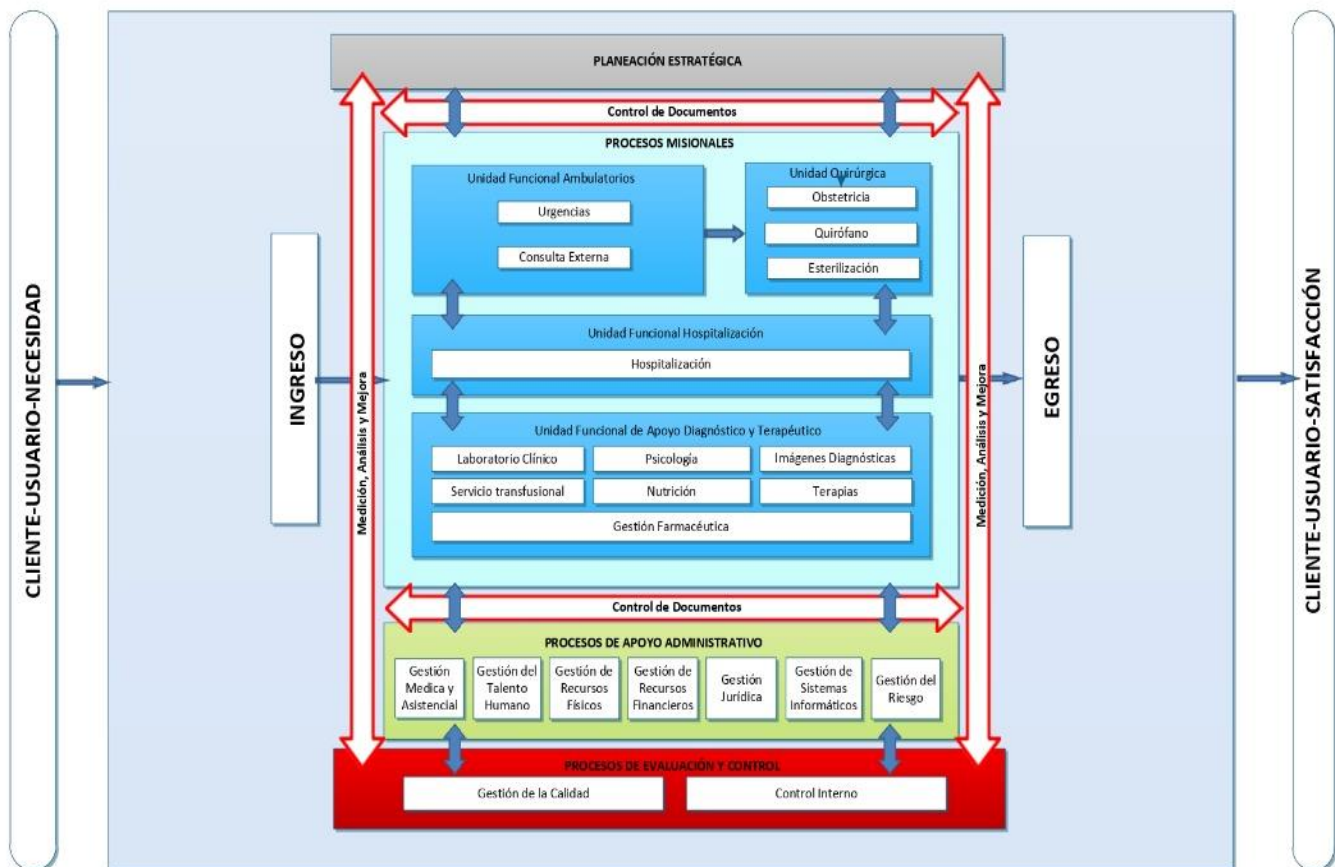
| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

6.6. Política institucional

El Hospital San Juan Bautista de Chaparral presta los servicios integrales en salud de baja y mediana complejidad, promoviendo el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios y la atención humanizada del usuario y su familia apoyados en la idoneidad del talento humano, comprometido con el desarrollo institucional, utilizando los principios corporativos

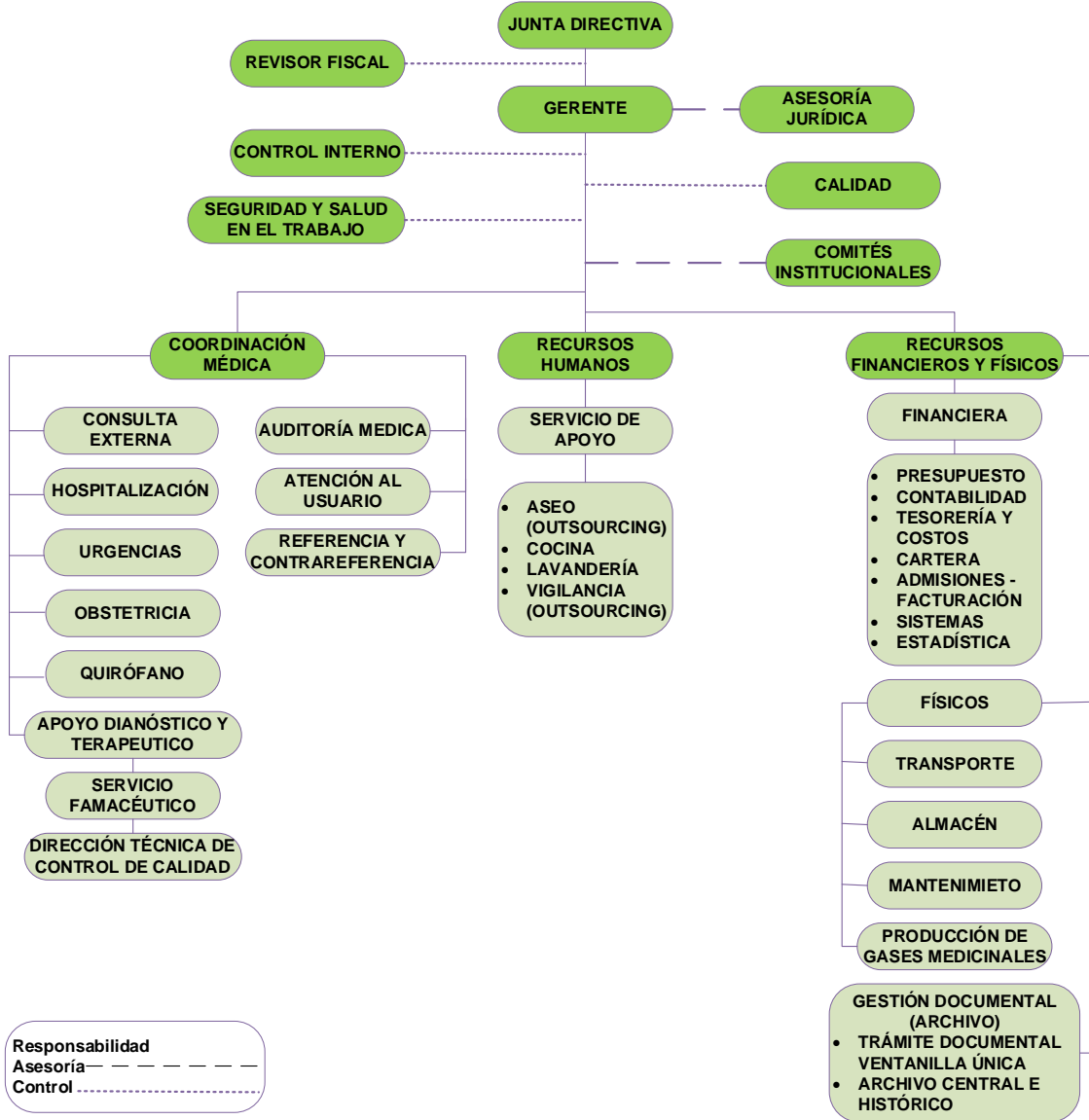
6.7. Mapa de procesos

MAPA DE PROCESOS HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE CHAPARRAL (V.5)




| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

6.8. Estructura organizacional



| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|---|-----------------|
|  E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4 | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 11 de 34 |

7. Paso 1: política de administración de riesgos

7.1. Lineamientos de la política de riesgos:

La política de administración del riesgo puede convertirse en un manual o guía de riesgos, la política incluye:

- Metodología a utilizar.
- Niveles de Responsabilidad y autoridad frente a la Administración del riesgo en la entidad
- Acorde con el punto anterior, incluir la periodicidad para el monitoreo y revisión de los riesgos, donde se determine el seguimiento a los controles establecidos.
- Aspectos relevantes sobre los factores de riesgo estratégicos para la entidad, a partir de los cuales todos los procesos podrán iniciar con los análisis para el establecimiento del contexto.
- Lineamientos que en cada paso de la metodología sean necesarios para que todos los procesos puedan iniciar con los análisis correspondientes.
- Niveles de riesgo aceptado para la entidad y su forma de manejo.
- Tablas de probabilidad e impacto institucional.
- Lineamientos para el manejo de riesgo fiscal, aquellos relacionados con posibles actos de corrupción y el anexo metodológico para la gestión de riesgos de seguridad de la información, temas articulados en la presente guía.
- Otros aspectos que la entidad considera necesarios, con el fin de generar orientaciones claras y precisas para todos los funcionarios, de modo tal que la gestión del riesgo sea efectiva y esté articulada con la estrategia de la entidad.

7.2. Marco conceptual para el apetito del riesgo

Teniendo en cuenta que dentro de los lineamientos para la política de administración del riesgo se debe considerar el apetito del riesgo, a continuación, se desarrolla conceptualmente este tema, a fin de contar con mayores elementos de juicio para su análisis, iniciando con las siguientes definiciones:

- **Nivel de riesgo:** es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos.
- **Apetito de riesgo:** es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar en relación con sus objetivos, el marco legal y las disposiciones de la alta

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

dirección. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar. Por tanto, el apetito del riesgo depende de la naturaleza de cada uno de los riesgos a gestionar.

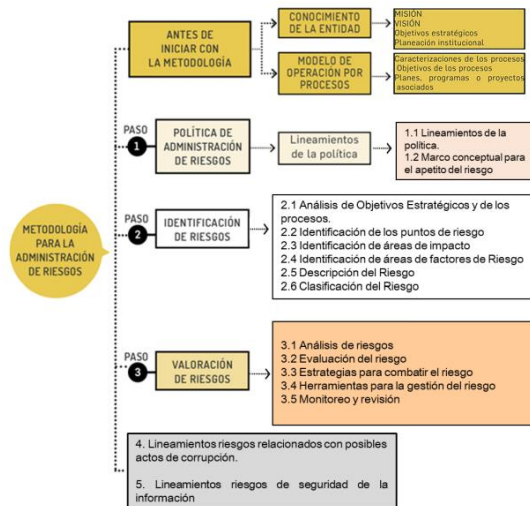
- **Tolerancia del riesgo:** es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del apetito de riesgo determinado por la entidad. Por tanto, la tolerancia del riesgo depende de la naturaleza de cada uno de los riesgos a gestionar.
- **Capacidad de riesgo:** es el máximo valor del nivel de riesgo que una entidad puede soportar y a partir del cual la alta dirección considera que no sería posible el logro de los objetivos de la entidad. Por tanto, el apetito del riesgo depende de la naturaleza de cada uno de los riesgos a gestionar.

Desde el Hospital San Juan Bautista los riesgos no aceptados son todos aquellos riesgos identificados que por su naturaleza y por su el análisis de probabilidad e impacto sean catalogados como extremos.

7.3. Acerca de la metodología de administración de riesgos:


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, además del conocimiento de esta desde un punto de vista estratégico de la aplicación de los tres (3) pasos básicos para su desarrollo y, finalmente, 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:

Metodología para la administración del riesgo



Fuente: Elaborado y actualizado por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020


| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|---|-----------------|
|  HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4 | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 13 de 34 |

7.4. Niveles de Responsabilidad, autoridad y seguimiento frente a la Administración del riesgo en la entidad:

- Desde la Línea Estratégica (Alta Dirección - Gerencia) se define y aprueba la Política de Administración del Riesgo, en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, acorde con la cual, atendiendo la periodicidad para el seguimiento a riesgos críticos debe aplicar 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.
- Desde la 1ª línea de defensa todos los servidores 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)
- Desde la 2ª línea de defensa, el profesional universitario de planeación debe periódicamente hacer 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 pueden establecer 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. La periodicidad del control se establece en el mapa de riesgos acorde con la naturaleza y caracterización del riesgo.
- A la 3ª línea de defensa que corresponde a la Oficina de Control Interno, a través de sus procesos de seguimiento y evaluación, especialmente a través de la auditoría interna deben establecer la efectividad de los controles para evitar la materialización de riesgos. De igual forma, en el marco de su Plan Anual de Auditoría puede proponer esquemas de asesoría y acompañamiento a la entidad, actividades que puede coordinar con la Oficina de Planeación o quien haga sus veces. La periodicidad del control se establece en el mapa de riesgos acorde con la naturaleza y caracterización del riesgo

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|--|-----------------|
|  E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4 | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 14 de 34 |

7.5. Aspectos importantes de factores de riesgos estratégicos para la entidad:

Los factores de riesgo estratégicos para el hospital son aquellos identificados que por su naturaleza atentan de forma directa al cumplimiento de los diferentes parámetros de la plataforma estratégica. Teniendo en cuenta que los objetivos específicos, procedimientos, funciones y lineamientos de cada área de la institución se encuentran alineados con la plataforma estratégica, es necesario identificar aquellos factores inmersos en la naturaleza de los procesos, procedimientos y lineamientos institucionales que de manera relevante (basados en el nivel de severidad) puedan atentar al incumplimiento de la la misión, visión, objetivos, metas, valores institucionales, cadena de valor y políticas

7.6. Niveles de riesgo aceptado para la entidad y su forma de manejo

Los riesgos aceptados por el hospital son aquellos que por el análisis de probabilidad e impacto no se encuentren en un nivel de severidad extremo, en cualquier caso, deben ser monitoreados, a fin de garantizar que las condiciones bajo las cuales han sido analizados no han cambiado, si las condiciones cambian, es necesario volver a valorar y si es necesario determinar el manejo correspondiente a través de los controles pertinentes. Los riesgos identificados como aceptados también se relacionarán en el mapa de riesgos con su correspondiente caracterización y seguimiento.

8. Paso 2: Lineamientos de identificación de riesgos

8.1. Análisis de objetivos estratégicos y de los procesos:

Todos los riesgos que se identifiquen deben tener impacto en el cumplimiento del objetivo estratégico o del proceso


8.2. Identificación de los puntos de riesgo:

Son actividades dentro del flujo del proceso donde existe evidencia o se tienen indicios de que pueden ocurrir eventos de riesgo operativo y deben mantenerse bajo control para asegurar que el proceso cumpla con su objetivo.

8.3. Identificación de áreas de impacto:

El área de impacto es la consecuencia económica o reputacional a la cual se ve expuesta la organización en caso de materializarse un riesgo. Los impactos que aplican son afectación económica (o presupuestal) y reputacional.

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

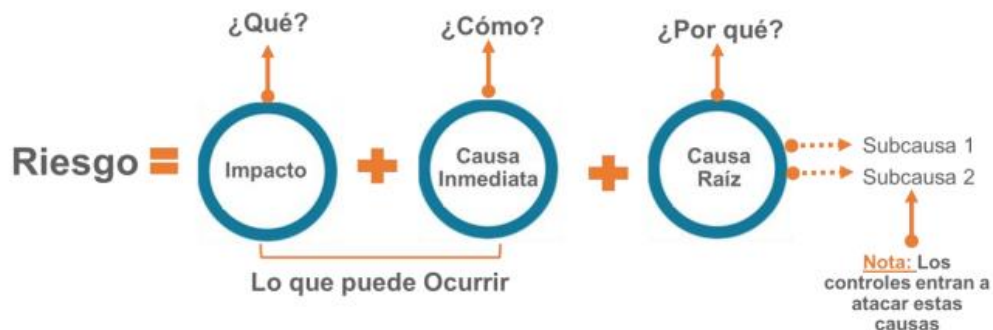
| | | |
|---|---|-----------------|
|  <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p> | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 15 de 34 |

8.4. Identificación de áreas de factores de riesgo:

son las fuentes generadoras de riesgos, los cuales pueden ser procesos, talento humano, tecnología, infraestructura, eventos externos, entre otros. Los factores de riesgo pueden ser usados como insumo para identificar las causas del riesgo.

8.5. Descripción del riesgo:

La descripción del riesgo puede contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender tanto para el líder del proceso como para personas ajenas al proceso. Se propone una estructura que facilita su redacción y claridad que inicia con la frase POSIBILIDAD DE y se analizan los siguientes aspectos:



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


Desglosando la estructura propuesta tenemos:

- **Impacto:** las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.
- **Causa inmediata:** circunstancias o situaciones más evidentes sobre las cuales se presenta el riesgo, las mismas no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo.
- **Causa raíz:** es la causa principal o básica, corresponden a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo, son la base para la definición de controles en la etapa de valoración del riesgo. Se debe tener en cuenta que para un mismo riesgo pueden existir más de una causa o subcausas que pueden ser analizadas.

Clasificación del riesgo:

Permite agrupar los riesgos identificados, se clasifica cada uno de los riesgos en las siguientes categorías:

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|---|-----------------|
|  <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p> | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 16 de 34 |

Ejecución y administración de procesos: Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos.

Fraude externo: Pérdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la organización (no participa personal de la entidad).

Fraude interno: Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones irregulares, comisión de hechos delictivos abuso de confianza, apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales está involucrado por lo menos 1 participante interno de la organización, son realizadas de forma intencional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.

Fallas tecnológicas: Errores en hardware, software, telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.

Relaciones laborales: Pérdidas que surgen de acciones contrarias a las leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discriminación.

Usuarios, productos y prácticas: Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios y que impiden satisfacer una obligación profesional frente a éstos.

Daños a activos fijos/eventos externos: Pérdida por daños o extravíos de los activos fijos por desastres naturales u otros riesgos/eventos externos como atentados, vandalismo, orden público.

Relación ente factores de riesgo y clasificación del riesgo:

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |



Clasificación



Factores de Riesgo



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

9. Paso 3: valoración del riesgo

En este punto se busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto.


9.1. Determinar la probabilidad:

Se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Para efectos de este análisis, 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 un año.

Teniendo en cuenta lo explicado sobre el nivel de probabilidad, la exposición al riesgo estará asociada al proceso o actividad que se esté analizando, es decir, al número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.

Criterios para definir el nivel de probabilidad:

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|--|-----------------|
|  E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4 | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 18 de 34 |

| | Frecuencia de la Actividad | Probabilidad |
|----------|--|--------------|
| Muy Baja | La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 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: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

9.2. Determinar el impacto:

Para la construcción de la tabla de criterios se definen los impactos económicos y reputacionales como las variables principales.

Cuando se presenten ambos impactos para un riesgo, tanto económico como reputacional, con diferentes niveles se debe tomar el nivel más alto.

Bajo este esquema se facilita el análisis para el líder del proceso, dado que se puede considerar información objetiva para su establecimiento, eliminando la subjetividad que usualmente puede darse en este tipo de análisis.

Criterios para definir el nivel de impacto:

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

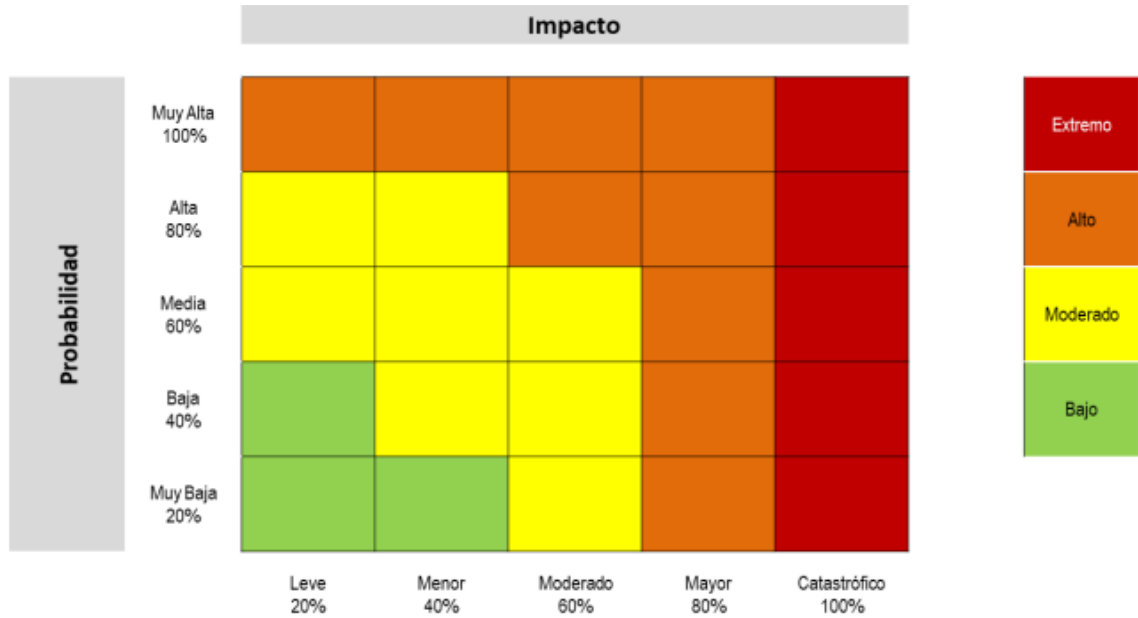
| | Afectación Económica | Reputacional |
|-------------------|-------------------------------|--|
| Leve 20% | Afectación menor a 10 SMLMV . | El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización. |
| Menor-40% | Entre 10 y 50 SMLMV | El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de 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. |
| Catastrófico 100% | Mayor a 500 SMLMV | El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país |

IMPORTANTE: Frente al análisis de probabilidad e impacto no se utiliza criterio experto, esto quiere decir que el líder del proceso, como conocedor de su quehacer, define cuántas veces desarrolla la actividad, esto para el nivel de probabilidad, y es a través de la tabla establecida que se ubica en el nivel correspondiente, dicha situación se repite para el impacto, ya que no se trata de un análisis subjetivo. Se debe señalar que el criterio experto, es decir el conocimiento y experticia del líder del proceso, se utiliza para definir aspectos como: número de veces que se ejecuta la actividad, cadena de valor del proceso, factores generadores y para la definición de los controles.

9.3. Evaluación de riesgos:

A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE), cruzando la probabilidad inherente con el impacto inherente de la siguiente tabla, se determinará la zona de riesgo inherente para cada riesgo:

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |



9.3.1. Control del riesgo

Una vez caracterizado y evaluado el riesgo inherente se deben determinar los controles pertinentes que permitan darle un tratamiento adecuado, bien sea para atacar su probabilidad de ocurrencia, su impacto o los dos en diferentes controles, con lo cual se espera desplazar el riesgo a una zona de riesgo mas favorable.


Con este fin en mente para cada control se establece inicialmente si atacar su probabilidad o impacto.

de acuerdo con la forma como se ejecutan los controles tenemos:

- Control manual: controles que son ejecutados por personas.
- Control automático: son ejecutados por un sistema.


A continuación, se analizan los atributos para el diseño del control, teniendo en cuenta características relacionadas con la eficiencia y la formalización. En la siguiente tabla se puede observar la descripción y peso asociados a cada uno así:

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|--|-----------------|
|  <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p> | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 21 de 34 |

| Características | | Descripción | Peso | |
|-------------------------|----------------|-------------|--|-----|
| Atributos de eficiencia | Tipo | Preventivo | Va hacia las causas del riesgo, aseguran el resultado final esperado. | 25% |
| | | Detectivo | Detecta 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% |
| | Documentación | Documentado | Controles que están documentados en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso. | - |

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|--|-----------------|
|  E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4 | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 22 de 34 |

| | | | | |
|--|------------|----------------|---|---|
| | Frecuencia | 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. | - |
| | | Continua | Va hacia las causas del riesgo, aseguran el resultado final esperado. | - |
| | | 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. | - |

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.

La calificación total será la suma de los pesos porcentuales de atributos de eficiencia de tipo e implementación seleccionados para el tratamiento de riesgos.

Es de esperar que después de atacar la probabilidad de un riesgo, la probabilidad de que el riesgo se materialice se disminuya, y al atacar el impacto de un riesgo, los daños que puedan ocurrir sean menores.

Al atacar por medio de un control la probabilidad de un riesgo, el impacto residual no tiene ningún tipo de alteración comparado con el impacto inherente. De igual forma al atacar por medio de un control el impacto de un riesgo, la probabilidad residual no tiene ningún tipo de alteración comparada con la probabilidad inherente.

Cálculo de probabilidad residual e impacto residual

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

- Si se ataca la probabilidad:

$$Probabilidad\ Residual = PI - (PI \times C)$$

$$Impacto\ Residual = Impacto\ Inherente$$

- Si se ataca el impacto:

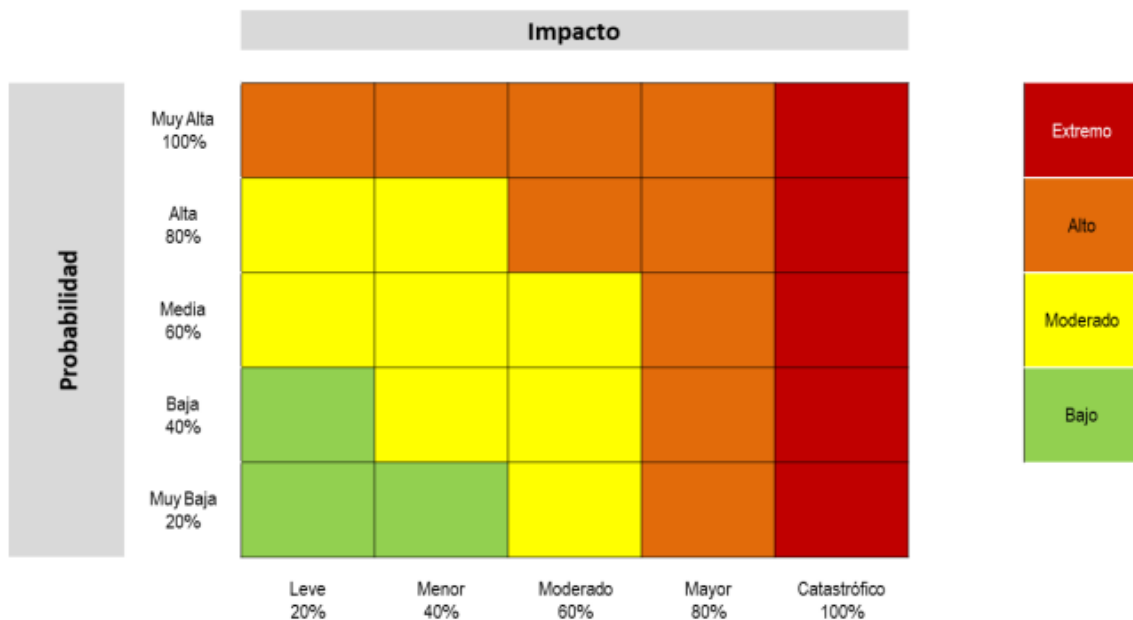
$$Impacto\ Residual = II - (II \times C)$$

$$Probabilidad\ Residual = Probabilidad\ Inherente$$

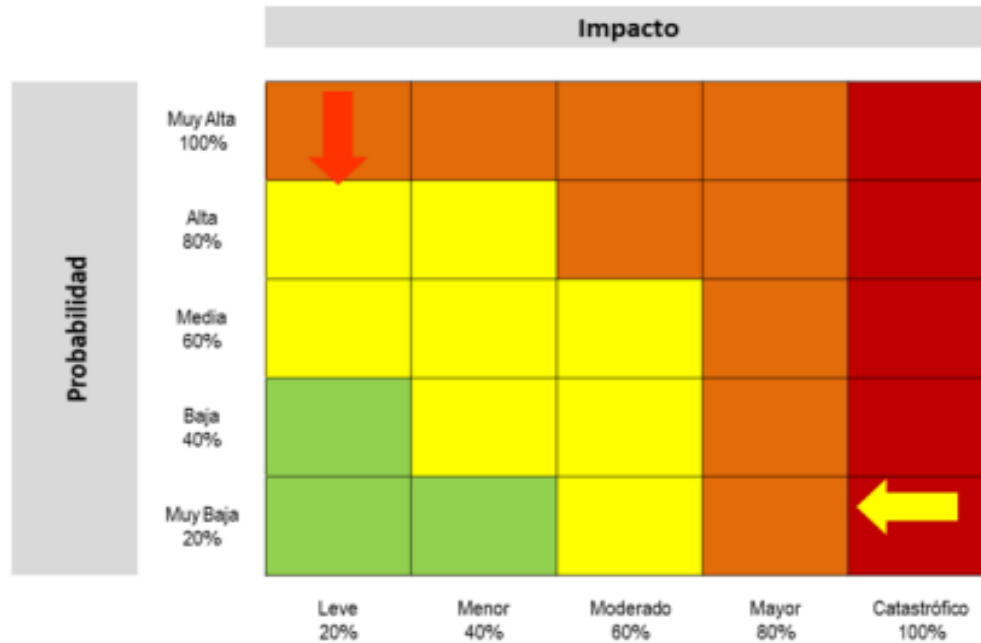
Donde:

- PI es el porcentaje de Probabilidad Inherente
- II es el porcentaje de Impacto Inherente
- C es el porcentaje calificación del control

Una vez estimados la probabilidad residual y el impacto residual es necesario determinar la nueva zona en la que el riesgo se encuentra después de haber hecho el control, es decir la ZONA DE RIESGO RESIDUAL, lo cual se establecerá cruzando la probabilidad residual y el impacto residual de la siguiente gráfica:



| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |



Como se advertía previamente, y como se refleja en la anterior gráfica, si con el control se ataca la probabilidad, la probabilidad de que el riesgo se materialice disminuye, teniendo un desplazamiento hacia abajo en el mapa de calor; si por el contrario, si con el control se ataca el impacto, los daños que pueden materializarse tenderán a disminuir, teniendo un desplazamiento hacia la izquierda en el mapa de calor. Por lo tanto, se espera que cualquier control a un riesgo disminuya los efectos adversos que lo pueden causar o que pueda llegar a causar.

Los responsables de cada riesgo deberán establecer actividades como plan de acción para darle tratamiento al riesgo, además de evidencias que constaten el control hecho.


Por último, se establecerá la fecha implementación del control, fecha en que se realiza el seguimiento de las evidencias de control y el estado

10. Lineamientos para el análisis de riesgo fiscal

Las bases de la responsabilidad fiscal están consignadas en la Ley 610 de 2000.

Para tener claro el ámbito normativo y jurídico, es necesario precisar que sus bases están sentadas en los artículos 267 y 268 de la Constitución Política de 1991, los cuales fueron modificados por el Acto Legislativo 04 de 2019 que se fundamentó en la necesidad de un ejercicio preventivo del control fiscal, que detuviera el daño fiscal e identificara riesgos fiscales; de esta manera, la administración y el gestor fiscal

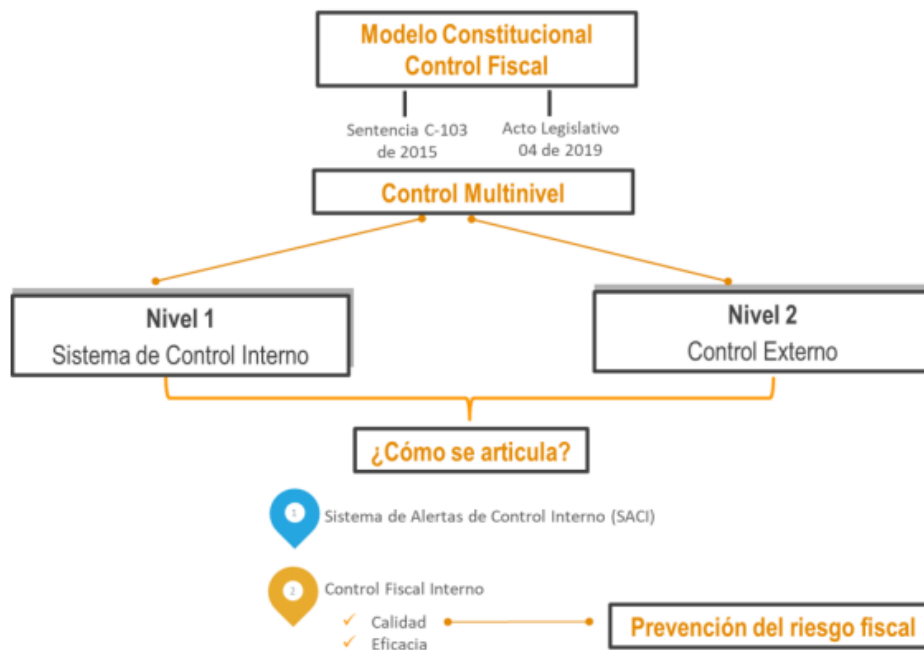
| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|--|-----------------|
|  <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p> | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 25 de 34 |


podrían adoptar las medidas respectivas para prevenir la concreción del daño patrimonial de naturaleza pública

A partir de lo anterior, el control fiscal además de posterior y selectivo a través de las auditorías (control micro), es preventivo y concomitante, buscando con ello el control permanente al recurso público, para lo cual, una de las herramientas previstas es la articulación con el sistema de control interno, con lo cual surgen conceptos clave como:

- Control fiscal Multinivel: Es la articulación entre el sistema de control interno (primer nivel de control) y el control externo (segundo nivel de control), con la participación activa del control social
- Control fiscal Interno (CFI): Primer nivel para la vigilancia fiscal de los recursos públicos y para la prevención de riesgos fiscales y defensa del patrimonio público. El Control Fiscal Interno, hace parte del Sistema de Control Interno y es responsabilidad de todos los servidores públicos y de los particulares que administran recursos, bienes, e intereses patrimoniales de naturaleza pública y de las líneas de defensa, en lo que corresponde a cada una de ellas. El Control Fiscal Interno es evaluado por la Contraloría respectiva, siendo dicha evaluación determinante para el fenecimiento de la cuenta.



| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|---|-----------------|
|  <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p> | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 26 de 34 |

Definición y elementos del riesgo fiscal:

Efecto dañoso sobre recursos públicos o bienes o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial.

A continuación, se describen los elementos que componen la definición de riesgo fiscal:

Efecto: es el daño que se generaría sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública, en caso de ocurrir el evento potencial.

Evento Potencial: Hechos inciertos o incertidumbres, refiriéndonos a riesgo fiscal, se relaciona con una potencial acción u omisión que podría generar daño sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública. En esta guía, el evento potencial es equivalente a la causa raíz.

$$\text{Riesgo Fiscal} = \text{Evento Potencial (Potencial Conducta)} + \text{Efecto dañoso}$$

Para la identificación del riesgo fiscal es necesario establecer los puntos de riesgo fiscal y las circunstancias Inmediatas.

Los puntos de riesgo fiscal son todas las actividades que representen gestión fiscal, así mismo, se deben tener en cuenta aquellas actividades en las cuales se han generado advertencias, alertas, hallazgos fiscales y/o fallos con responsabilidad fiscal.

Para las circunstancias inmediatas, se trata de aquella situación o actividad bajo la cual se presenta el riesgo, pero no constituyen la causa principal o básica - causa raíz- para que se presente el riesgo; es necesario resaltar que, por cada punto de riesgo fiscal, existen múltiples circunstancias inmediatas.


Dentro del contexto de riesgo fiscal, el área de impacto siempre corresponderá a una consecuencia económica sobre el patrimonio público, a la cual se vería expuesta la organización en caso de materializarse el riesgo.

Es importante, tener en cuenta que no todos los efectos económicos corresponden a riesgos fiscales, pero todos los riesgos fiscales (efecto dañoso sobre bienes o recursos o intereses patrimoniales de naturaleza pública) representan un efecto económico.

Son ejemplo de efectos económicos que no son riesgos fiscales, los siguientes:

- (i) Los riesgos de daño antijurídico -riesgo de pago de condenas y conciliaciones.
- (ii) Los efectos económicos generados por causas exógenas, es decir, no relacionadas con acción u omisión de los gestores públicos, como son hechos de

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|--|-----------------|
|  E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4 | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 27 de 34 |

fuerza mayor, caso fortuito o hecho de un tercero (es decir, de alguien que no tenga la calidad de gestor público (ver definición de gestor público en el capítulo uno de conceptos básicos).

Otro aspecto, que es fundamental para definir de manera correcta el impacto al momento de identificar y redactar riesgos fiscales, es tener claro el concepto de patrimonio público, así como el de las tres expresiones de patrimonio público que se derivan del artículo 6 de la Ley 610 de 2000: (i) bienes públicos; (ii) recursos públicos o (iii) intereses patrimoniales de naturaleza pública (consultar definiciones en el capítulo uno de conceptos básicos).

Tener en cuenta los demás lineamientos de “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6”

11.Lineamientos sobre los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción

Definición de riesgo de corrupción:

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

“Esto implica que las prácticas corruptas son realizadas por actores públicos y/o privados con poder e incidencia en la toma de decisiones y la administración de los bienes públicos” (Conpes N° 167 de 2013).


Es necesario que en la descripción del riesgo concurren los componentes de su definición, así:

ACCIÓN U OMISIÓN + USO DEL PODER + DESVIACIÓN DE LA GESTIÓN DE LO PÚBLICO + EL BENEFICIO PRIVADO.

Los riesgos de corrupción se establecen sobre procesos.

Criterios para calificar la probabilidad:

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|---|-----------------|
|  HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4 | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 28 de 34 |

| NIVEL | DESCRIPTOR | DESCRIPCIÓN | FRECUENCIA |
|-------|--------------------|--|--|
| 5 | Casi seguro | Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias. | Más de 1 vez al año. |
| 4 | Probable | Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias. | Al menos 1 vez en el último año. |
| 3 | Posible | El evento podrá ocurrir en algún momento. | Al menos 1 vez en los últimos 2 años. |
| 2 | Improbable | El evento puede ocurrir en algún momento. | Al menos 1 vez en los últimos 5 años. |
| 1 | Rara vez | El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales). | No se ha presentado en los últimos 5 años. |

Crterios para calificar el impacto en riesgos de corrupción

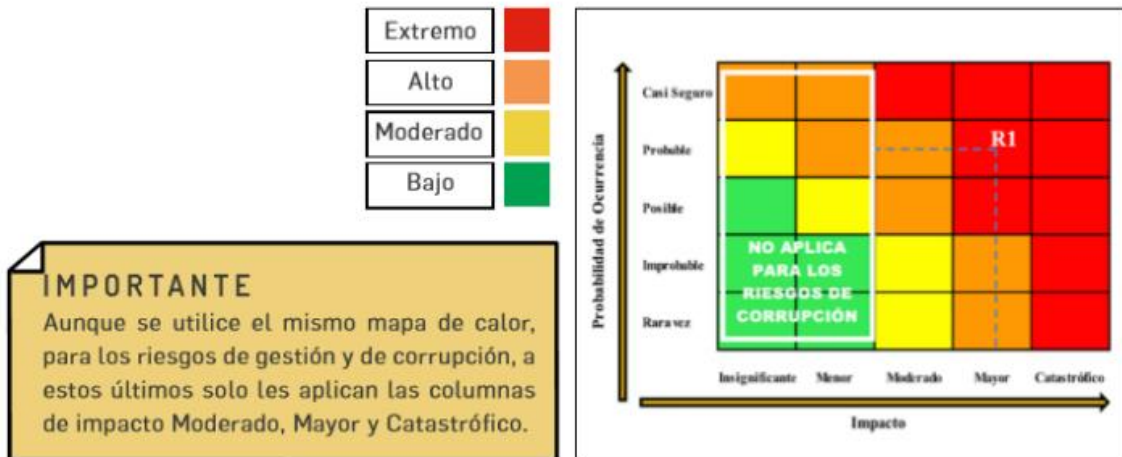
| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| N.º | PREGUNTA: SI EL RIESGO DE CORRUPCIÓN SE MATERIALIZA PODRÍA... | RESPUESTA | |
|--|---|-----------|----|
| | | SÍ | NO |
| 1 | ¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso? | X | |
| 2 | ¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia? | X | |
| 3 | ¿Afectar el cumplimiento de misión de la entidad? | X | |
| 4 | ¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la entidad? | | X |
| 5 | ¿Generar pérdida de confianza de la entidad, afectando su reputación? | X | |
| 6 | ¿Generar pérdida de recursos económicos? | X | |
| 7 | ¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios? | X | |
| 8 | ¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicios o recursos públicos? | | X |
| 9 | ¿Generar pérdida de información de la entidad? | | X |
| 10 | ¿Generar intervención de los órganos de control, de la Fiscalía u otro ente? | X | |
| 11 | ¿Dar lugar a procesos sancionatorios? | X | |
| 12 | ¿Dar lugar a procesos disciplinarios? | X | |
| 13 | ¿Dar lugar a procesos fiscales? | X | |
| 14 | ¿Dar lugar a procesos penales? | | X |
| 15 | ¿Generar pérdida de credibilidad del sector? | | X |
| 16 | ¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas? | | X |
| 17 | ¿Afectar la imagen regional? | | X |
| 18 | ¿Afectar la imagen nacional? | | X |
| 19 | ¿Generar daño ambiental? | | X |
| <p>Responder afirmativamente de UNA a CINCO pregunta(s) genera un impacto moderado. Responder afirmativamente de SEIS a ONCE preguntas genera un impacto mayor. Responder afirmativamente de DOCE a DIECINUEVE preguntas genera un impacto catastrófico.</p> | | 10 | |
| MODERADO | Genera medianas consecuencias sobre la entidad | | |
| MAYOR | Genera altas consecuencias sobre la entidad. | | |

Nivel de
impacto
MAYOR

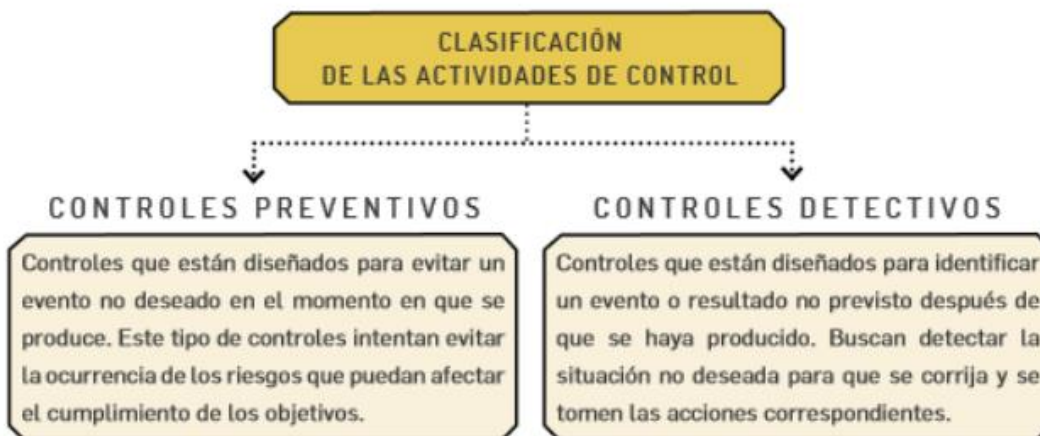
| | | |
|---|------------------|--|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

Análisis del impacto en riesgos de corrupción:



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

En el caso de riesgos de corrupción, estos no pueden ser aceptados




Tener en cuenta los demás lineamientos de “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6”

12. Lineamientos riesgos de seguridad de la información

En primer lugar, se debe tener en cuenta que la política de seguridad digital se vincula al modelo de seguridad y privacidad de la información (MSPI) 12, el cual se encuentra alineado con el marco de referencia de arquitectura TI y soporta

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|--|-----------------|
|  <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p> | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 31 de 34 |

transversalmente los otros habilitadores de la política de gobierno digital: seguridad de la información, arquitectura, servicios ciudadanos digitales.

Como primer paso para la identificación de riesgos de seguridad de la información es necesario identificar los activos de información del proceso.

¿Qué son los activos?

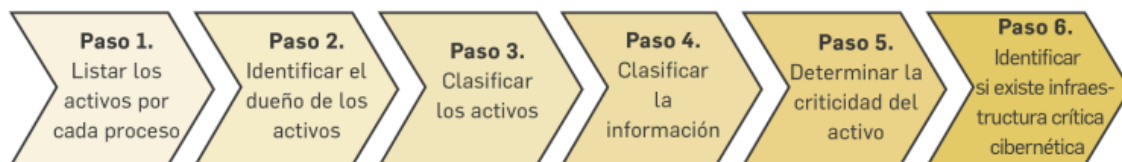
Un activo es cualquier elemento que tenga valor para la organización, sin embargo, en el contexto de seguridad digital, son activos elementos tales como:

- Aplicaciones de la organización
- Servicios web
- Redes
- Información física o digital
- Tecnologías de información TI
- Tecnologías de operación TO que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital

¿Por qué identificar los activos?

Permite determinar qué es lo más importante que cada entidad y sus procesos poseen (sean bases de datos, archivos, servidores web o aplicaciones clave para que la entidad pueda prestar sus servicios). La entidad puede saber qué es lo que debe proteger para garantizar tanto su funcionamiento interno como su funcionamiento de cara al ciudadano, aumentando así su confianza en el uso del entorno digital.


¿CÓMO IDENTIFICAR LOS ACTIVOS?:



Para realizar la identificación de activos deberá remitirse a la sección 3.1.6 del anexo 4 “Modelo nacional de gestión de riesgo de seguridad de la información en entidades públicas” que hace parte de los anexos de la presente guía.

Para cada riesgo se deben asociar el grupo de activos, o activos específicos del proceso, y conjuntamente analizar las posibles amenazas y vulnerabilidades que podrían causar su materialización. Para este efecto, es necesario consultar el Anexo 4 Modelo nacional de gestión de riesgos de seguridad de la información para

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|---|------------|
|  E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4 | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | |

entidades públicas donde se encuentran las siguientes tablas necesarias para este análisis:

- Tabla 5. Tabla de amenazas comunes
- Tabla 6. Tabla de amenazas dirigida por el hombre
- Tabla 7. Tabla de vulnerabilidades comunes

La sola presencia de una vulnerabilidad no causa daños por sí misma, ya que representa únicamente una debilidad de un activo o un control, para que la vulnerabilidad pueda causar daño, es necesario que una amenaza pueda explotar esa debilidad. Una vulnerabilidad que no tiene una amenaza puede no requerir la implementación de un control.

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |


| | | |
|---|--|-----------------|
|  HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4 | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 33 de 34 |

IMPORTANTE

- * Existirían tres (3) tipos de riesgos: pérdida de confidencialidad, pérdida de la integridad y pérdida de la disponibilidad de los activos. Para cada tipo de riesgo se podrán seleccionar las amenazas y las vulnerabilidades que puedan causar que dicho riesgo se materialice.
- * Los catálogos de amenazas y vulnerabilidades comunes se encuentran en la sección 4.1.7. del **anexo “Lineamientos para la gestión del riesgo de seguridad digital en entidades públicas”**, el cual hace parte de la presente guía.
- * **NOTA 1:** tener en cuenta que la agrupación de activos debe ser del mismo tipo, por ejemplo, analizar conjuntamente activos tipo hardware, software, información, entre otros, para determinar amenazas y vulnerabilidades comunes que puedan afectar a dicho grupo.
- * **NOTA 2:** las entidades públicas deben incluir como mínimo los procesos y procedimientos establecidos en esta guía. Aquellas entidades que ya estén adelantando procesos relacionados con la gestión de este tipo de riesgo y que incorporen al menos lo dispuesto en estas guías podrán continuar bajo sus procedimientos. Si alguno de los aspectos contenidos en esta guía no está contemplado, deberá ser agregado a los que manejan actualmente.

Para esta etapa se asociarán las tablas de probabilidad e impacto definidas en la primera parte de este documento

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |

| | | |
|---|--|-----------------|
|  <p>HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA CHAPARRAL E.S.E. NIVEL II NIT 890.701.459-4</p> | PEC-CI-P1 | Versión: 5 |
| | POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E DE CHAPARRAL TOLIMA | Página 34 de 34 |

IMPORTANTE

Cada entidad deberá adaptar los criterios a su realidad.
El nivel de impacto deberá ser determinado con la presencia de cualquiera de los criterios establecidos, tomando el criterio con mayor nivel de afectación, ya sea cualitativo o cuantitativo.

Las variables confidencialidad, integridad y disponibilidad se definen de acuerdo con el modelo de seguridad y privacidad de la información de la estrategia de Gobierno Digital (GD) del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

La variable población se define teniendo en cuenta el establecimiento del contexto externo de la entidad, es decir, que la consideración de población va a estar asociada a las personas a las cuales se les prestan servicios o trámites en el entorno digital y que de una u otra forma pueden verse afectadas por la materialización de algún riesgo en los activos identificados. Los porcentajes en las escalas pueden variar, según la entidad y su contexto.

La variable presupuesto es la consideración de presupuesto afectado por la entidad debido a la materialización del riesgo, contempla sanciones económicas o impactos directos en la ejecución presupuestal.

La variable ambiental estará también alineada con la afectación del medio ambiente por la materialización de un riesgo de seguridad digital. Esta variable puede no ser utilizada en la mayoría de los casos, pero debe tenerse en cuenta, ya que en alguna eventualidad puede existir afectación ambiental.

La probabilidad y el impacto se determinan con base a la amenaza, no en las vulnerabilidades.

Tener en cuenta los demás lineamientos de “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6”

Se anexa matriz de riesgos.

CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA | DESCRIPCIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN |
|---------|------------|---------------------------------|
| 2 | 28/11/2018 | ACTUALIZACIÓN CON LA NORMA |
| 3 | 17/08/2022 | ACTUALIZACIÓN CON LA NORMA |
| 4 | 23/02/2023 | CAMBIOS EN MAPA DE RIESGOS |
| 5 | 05/08/2024 | ACTUALIZACIÓN CON LA NORMA |

| | | |
|--|------------------|---|
| Elaborado por: Profesional Universitario | Copia controlada | Aprobado por: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| Revisado por: Comité Coordinador MECI - MIPG | | Fecha de Aprobación: 05/08/2024 |