	<b>ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA</b>	Código:	MD-DE-PO-006
			Versión:
	<b>POLITICA DE GESTION DEL RIESGO</b>	Página:	1 de 10




Hospital Departamental  
**Tomás Uribe Uribe**  
 de Tulúa - E.S.E.

PORQUE YA! SOMOS LOS MEJORES


**MACROPROCESO DE DIRECCIONAMIENTO - DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

**POLITICA DE GESTION DEL RIESGO**

	<b>ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA</b>	Código:	MD-DE-PO-006
		Versión:	003
<b>POLITICA DE GESTION DEL RIESGO</b>		Página:	2 de 10

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. OBJETIVO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. ALCANCE .....</b>	<b>3</b>
<b>3. RESPONSABLES .....</b>	<b>3</b>
<b>4. DEFINICIONES .....</b>	<b>3</b>
<b>5. DESCRIPCIÓN.....</b>	<b>4</b>
5.1. MARCO NORMATIVO .....	4
5.2. DEFINICION DE LA POLITICA .....	4
5.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA POLITICA DE RIESGO .....	5
5.4. METODOLOGIA.....	5
5.4.1. OPCIONES DE TRATAMIENTO DE RIESGOS.....	6
5.4.2. DETERMINACIÓN DE IMPACTO.....	6
5.4.3. TRATAMIENTO DEL RIESGO .....	7
5.4.4. PERIODICIDAD:.....	8
5.4.5. DIVULGACION Y DESPLIEGUE .....	9
5.4.7. SEGUIMIENTO Y MONITOREO .....	9
<b>6. NIVELES DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO O TOLERANCIA AL RIESGO .....</b>	<b>9</b>
<b>7. INDICADORES.....</b>	<b>10</b>

	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA	Código:	MD-DE-PO-006
			Versión:
	POLITICA DE GESTION DEL RIESGO	Página:	3 de 10

## 1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos que orienten la Gestión del Riesgo y Oportunidades de la ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá, Empresa Social del Estado, basados en el marco normativo, la Visión, Misión y Objetivos Estratégicos, directrices en el sistema de gestión integrado en el cumplimiento de las metas organizacionales y la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, la comunidad, medio ambiente y los colaboradores.

## 2. ALCANCE

Tiene aplicación a todos los procesos y procedimientos del sistema de gestión integrado (SGI) de la ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá, Empresa Social del Estado, incluidas las alianzas para la prestación de servicios de salud.

## 3. RESPONSABLES

Junta Directiva  
Gerencia  
Control Interno  
Calidad y Planeación  
Coordinación de Gestión Ambiental  
Coordinación del SGSST  
Oficial de Cumplimiento SARLAFT/PADM  
Oficial de Cumplimiento SICOF  
Líderes de procesos

## 4. DEFINICIONES

**Gestión del Riesgo y Oportunidades:** Hace referencia al proceso efectuado por la alta dirección y por todo el personal, para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos. Manejo de riesgos que inicia con la definición de una política y define los mecanismos para su abordaje, tratamiento en la organización y mejora del Sistema de Gestión Integrado.


**Identificación de Riesgos y Oportunidades:** Establecer la estructura del riesgo; fuentes o factores, internos o externos, generadores de riesgos; puede hacerse a cualquier nivel: total entidad, por áreas, por procesos, incluso, bajo el viejo paradigma, por funciones; desde el nivel estratégico hasta el más sencillo operativo.

### Oportunidad:

**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.

**Mapas de Riesgos:** Herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos ordenada y sistemáticamente, definiéndolos, haciendo la descripción de cada uno de estos y las posibles consecuencias. Matriz en la que se presentan los eventos particulares que pueden amenazar el logro de la función de la entidad pública, con efectos desfavorables para sus grupos de interés, a partir de los cuales se analizan los agentes generadores de las causas y los efectos que se pueden presentar, planteando acciones de mejoramiento.

**Política:** Una política institucional, es una decisión escrita que se establece como una guía, para los miembros de una organización, sobre los límites dentro de los cuales pueden operar en distintos asuntos. Es decir,

	<b>ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA</b>	Código:	MD-DE-PO-006
		Versión:	003
	<b>POLITICA DE GESTION DEL RIESGO</b>	Página:	4 de 10

proporciona un marco de acción lógico y consistente. De esta manera se evita, que la dirección, tenga que decidir sobre temas de rutina una y otra vez en desmedro de la eficiencia.

**Retrealimentación:** Información sistemática sobre los resultados alcanzados en la ejecución de un plan, que sirven para actualizar y mejorar la planeación futura.

**Riesgo:** Posibilidad de ocurrencia de toda aquella situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.

**Satisfacción del usuario:** Percepción del cliente/usuario sobre el grado en que se han cumplido los requisitos.

**Seguimiento:** Recolección regular y sistemática sobre la ejecución del plan, que sirven para actualizar y mejorar la planeación futura.


**Aceptar el riesgo:** Decisión informada de aceptar las consecuencias y probabilidad de un riesgo en particular.

## 5. DESCRIPCIÓN

### 5.1. MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia, artículos 209 269.
- Ley 87 de 2003, Ley 489 de 1998, por las cuales se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.
- Ley 489 de 1998, Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública.
- Directiva Presidencial 09 de 1999, lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.
- Decreto 2145 de 1999, 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, modificado parcialmente por el Decreto 2593 de 2000.
- Decreto 1537 de 2001, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el Sistema de Control Interno de las Entidades y Organismos del Estado.
- Resolución 048 de febrero 2004 de la Contaduría General de la Nación.
- Decreto Nacional 1599 del 20 de mayo 2005.
- Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano, MECI 1000:2014.
- Decreto Departamental 717 del 25 noviembre 2005.
- Circulares externas y actos administrativos expedidos por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional y Territorial en materia de control interno, Departamento Administrativo de la Función Pública, la Contaduría General de la Nación, Contraloría General de la República.
- Ley 1474 de 2011. Artículo 73
- Decreto 1083 de 2015
- Guía para la Administración de Riesgos del DAFP versión 4 – octubre 2018
- Norma técnica colombiana NTC-ISO 9001:2008
- Norma técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP-1000:2009.
- Circular externa 20211700000004-5 - septiembre 15 de 2021
- Circular externa 20211700000005-5 - septiembre 17 de 2021

### 5.2. DEFINICION DE LA POLITICA

	<b>ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA</b>	Código: MD-DE-PO-006
		Versión: 003
	<b>POLITICA DE GESTION DEL RIESGO</b>	Página: 5 de 10

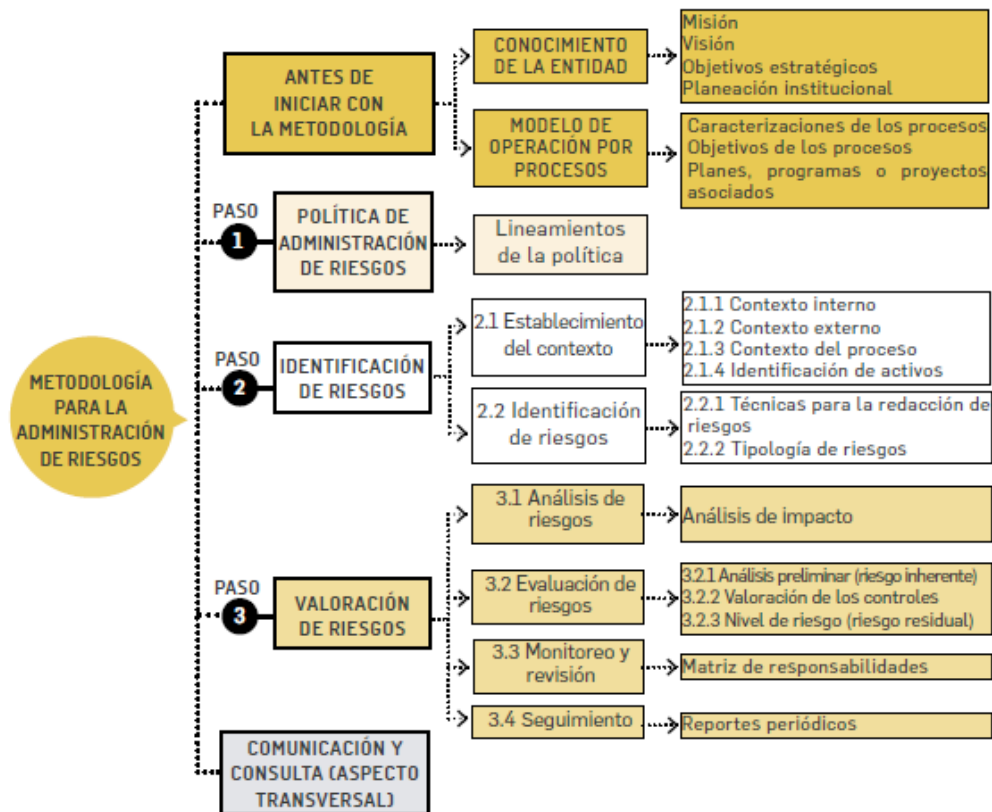
La E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá se compromete a establecer todas las acciones tendientes a gestionar con efectividad los riesgos que afecten el logro de los Objetivos Estratégicos, los procesos y los recursos de la institución, propendiendo por asegurar la continuidad en la en la prestación de los servicios de salud, bienestar laboral y confianza en los grupos de interés.


### 5.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA POLITICA DE RIESGO

- Identificar y realizar análisis y control de los riesgos asociados a los puntos críticos de los procesos del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá.
- Efectuar el control y seguimiento de los riesgos que después de la calificación de los controles se valoren como importantes o inaceptables, mediante la definición de acciones orientadas a evitar o reducir el riesgo.
- Generar en todos los niveles del Hospital una cultura de autocontrol, de gestión del riesgo en todos los niveles administrativos y asistenciales.

### 5.4. METODOLOGIA

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:



	<b>ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA</b>	Código:	MD-DE-PO-006
		Versión:	003
<b>POLITICA DE GESTION DEL RIESGO</b>		Página:	6 de 10

#### 5.4.1. OPCIONES DE TRATAMIENTO DE RIESGOS

Teniendo en cuenta la valoración de riesgos después de controles, se determina las siguientes opciones de tratamiento para cada uno de los riesgos:

- **Evitar el riesgo:** Tomar las medidas encaminadas para impedir su materialización. Es siempre la primera alternativa a considerar y se logra cuando al interior de los procesos se generan cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o sustitución de actividades y/o de controles y acciones emprendidas.
- **Reducir el riesgo:** Implica tomar medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección), resultado de fortalecer o implementar controles.
- **Compartir o transferir el riesgo:** Reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como es el caso de los contratos de seguros u otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido.
- **Asumir un riesgo:** Cuando el riesgo es aceptable o tolerable puede quedar un riesgo residual que se mantiene, en este caso el Coordinador del proceso acepta la pérdida residual.

Estas opciones se definen para cada riesgo (Ver cuadro 1), teniendo en cuenta la zona de ubicación en la Matriz de riesgos - Evaluación de controles – Riesgo Residual (después de los controles) y las Políticas Institucionales de Tratamiento de Riesgos Asociados a los Procesos.

Cuadro 1. Opciones de tratamiento de riesgos de acuerdo con la zona de ubicación

ZONA DE RIESGO	COLOR	OPCIONES DE TRATAMIENTO DE RIESGOS			
		Evitar	Reducir	Compartir o transferir	Asumir
Inaceptable	Rojo	X	X	X	
Importante	Naranja	X	X	X	
Moderado	Amarillo	X	X	X	X
Aceptable	Verde				X

Elaboración Proceso de Planeación HDTUU


**Nota 1:** Cuando no se definen acciones para riesgos en zona Moderado, la opción de tratamiento es asumir.

#### 5.4.2. DETERMINACIÓN DE IMPACTO

Se establece la magnitud de los efectos ocasionados con la materialización del riesgo cuando no existen controles. De acuerdo con un análisis cuantitativo, se selecciona el nivel o niveles con base en las siguientes categorías:

Cuadro. Escalas de Impacto

IMPACTO	MUY BAJO	BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO
<b>Afecta el objetivo del proceso</b>	Sería imperceptible el impacto en el logro del objetivo	Impactaría de manera mínima en el logro del objetivo	Impactaría moderadamente el logro del objetivo	Impactaría en alto grado el objetivo del proceso	No se lograría el objetivo del proceso
<b>Afecta la imagen y/o credibilidad</b>	Se afectaría la imagen de un servidor público o contratista	Se afectaría la imagen y credibilidad de un grupo de servidores públicos o contratistas	Se afectaría la imagen y credibilidad de un centro zonal	Se afectaría la imagen y credibilidad a nivel regional	Se afectaría la imagen y credibilidad a nivel nacional

	<b>ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA</b>	Código:	MD-DE-PO-006
		Versión:	003
<b>POLITICA DE GESTION DEL RIESGO</b>		Página:	7 de 10

<b>Afecta los recursos económicos</b>	Se afectarían recursos entre 0 a 500 SMMLV	Se afectarían recursos entre 501 y 1000 SMMLV	Se afectarían recursos entre 1001 y 1500 SMMLV	Se afectarían recursos entre 1501 y 2000 SMMLV	Se afectarían recursos en más de 2000 SMMLV
<b>Genera una intervención y/o sanción</b>	Se produciría una multa	Se produciría una demanda	Se produciría una investigación disciplinaria	Se produciría una investigación fiscal	Se produciría una intervención o sanción
<b>Genera pérdida de información</b>	Se genera ajustes de una actividad. Pérdida de información de la persona	Se generaría cambio en los procedimientos. Pérdida de información del grupo de trabajo	Se generaría afectación en la interacción de procesos. Pérdida de información del proceso	Se generaría intermitencia del servicio. Pérdida de información institucional	Se generaría un paro total del proceso. Pérdida de información estratégica

Para el análisis del impacto de la materialización de los riesgos de la categoría Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), siempre será calificado como muy alto por la gravedad en los efectos que se generan.


### 5.4.3. TRATAMIENTO DEL RIESGO

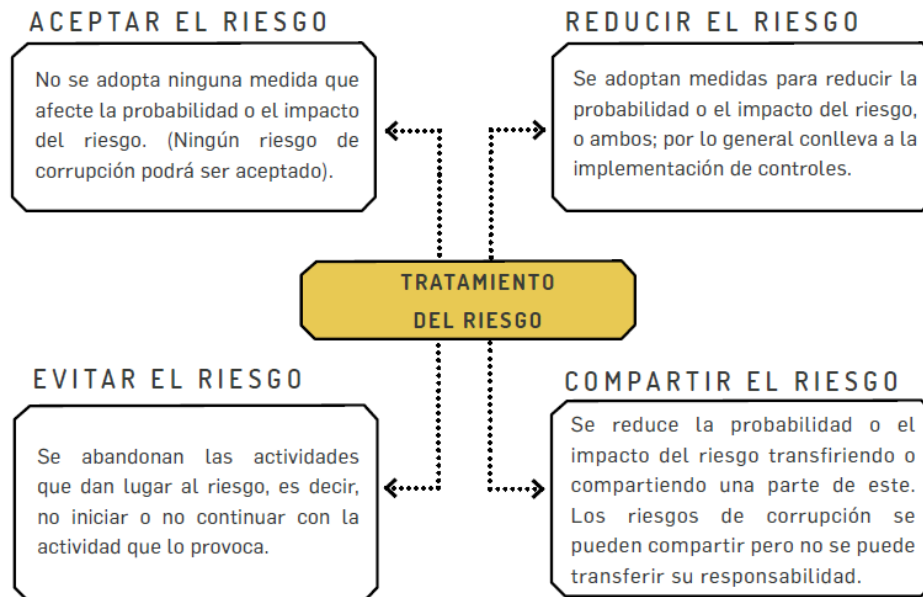
En cumplimiento a la política de administración del riesgo, todos los riesgos cuya valoración después de controles se encuentre en nivel: Inaceptable o Importante o para los riesgos de corrupción opacidad y fraude (SICOF) y por ningún motivo la organización acepta la materialización de esta clase de Riesgos, se debe formular una acción orientada a la mitigación de dichos riesgos. Una vez formulada la acción y registrada en la Matriz de riesgos por cada proceso del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tulúa.

De igual forma se debe registrar:

- Los nuevos controles para implementar para la mitigación del riesgo.
- Relacionar la(s) acción(es) para la implementación de nuevos controles o ajustes a los existentes.
- Escriba la fecha en la que inicia la acción relacionada en el campo anterior.
- Escriba la fecha en la que finaliza la acción relacionada en el campo anterior
- Responsable (indicando el cargo correspondiente) de la administración de cada uno de los riesgos identificados para el proceso (es el encargado de implementar los controles, verificar su seguimiento, efectividad y proponer cambios).
- Registro o evidencia, diligenciar las evidencias requeridas para darle el correcto seguimiento y control en la ejecución de cada acción planteada.

Igualmente, el tratamiento o respuesta al riesgo, se enmarca en las siguientes categorías:

	<b>ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA</b>	Código: MD-DE-PO-006
		Versión: 003
<b>POLITICA DE GESTION DEL RIESGO</b>		Página: 8 de 10



#### 5.4.4.PERIODICIDAD:

Es la actividad realizada por los implicados en el desarrollo y ejecución del proceso, donde se analizan y revisan los mapas de riesgos asociados a los procesos una vez al año o cuando las circunstancias lo ameriten, a partir de modificaciones o cambios sustanciales en el contexto estratégico, modificaciones o cambios relevantes en los procesos y/o subprocesos, o cualquier hecho externo o interno que afecte la operación de la entidad.


La revisión se realiza teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Correspondencia con el proceso y los puntos críticos de control definidos.
- ✓ Identificación de nuevos riesgos o eliminación cuando no sean significativos.
- ✓ Determinación de nuevas causas generadoras o efectos con la materialización de riesgos.
- ✓ Determinación de nuevos controles o ajuste en la evaluación de los mismos.
- ✓ Determinación de nuevas acciones de administración de riesgos o ajuste a las definidas.
- ✓ Modificación del indicador de riesgos o herramientas de seguimiento.
- ✓ Actualización de la matriz de producto o servicio no conforme.

La revisión del Mapa de Riesgos no implica obligatoriamente su actualización, sin embargo, en los casos en los que se identifique necesidad de ajustes, se debe solicitar su actualización, de acuerdo con lo establecido.

Para los riesgos de la categoría de corrupción, opacidad y fraude (SICOF), es necesario que permanentemente se revisen las causas que generan estos riesgos. En este sentido se debe realizar seguimiento a los mapas de riesgos de corrupción, opacidad y fraude (COF) por lo menos dos veces al año.



	<b>ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA</b>	Código: MD-DE-PO-006
		Versión: 003
	<b>POLITICA DE GESTION DEL RIESGO</b>	Página: 9 de 10

#### 5.4.5. DIVULGACION Y DESPLIEGUE

La administración de riesgos debe ser un tema conocido por todos los funcionarios, contratistas, colaboradores y aliados estratégicos del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, para lo cual se utiliza la intranet de la entidad para su publicación, los medios masivos de comunicación, reuniones de socialización y divulgación al interior de cada uno de los procesos.

La divulgación de la Política y los mapas de riesgo institucionales deben ser permanente, incluida como requisito en los procesos de inducción y reinducción desde Talento Humano, Publicada en las carteleras ubicadas en los diferentes servicios, en la intranet, publica de Gestión de Calidad, fortaleciendo los medios para llegar y mantenerse en todos los niveles del hospital.

Complementando la divulgación se hará uso de los medios de comunicación y publicación que se definan en el hospital.

Finalmente debe considerarse evaluar el conocimiento e impacto de la política y su metodología en todos los colaboradores, para ella se debe aplicar evaluaciones y/o listas de chequeo que permitan consolidar datos y que finalmente se puedan evaluar el grado de conocimiento y aplicación de la política en la operación de los procesos.

#### 5.4.7. SEGUIMIENTO Y MONITOREO


Las auditorías internas permiten detectar nuevos eventos de riesgos y oportunidades de mejora disminuyendo la probabilidad e impacto de los posibles riesgos asociados a los procesos del Hospital, contribuyendo de esta manera a la identificación de riesgos, a través de la evaluación sobre efectividad del manejo de los riesgos, verificando la vigencia de los mapas de riesgos documentados y la efectividad de las acciones de mejora originadas por la administración de riesgos.

Durante el seguimiento realizado a los mapas de riesgos por parte de la autoridad, coordinadores y ejecutores de las actividades de los procesos del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, así como en la auditoria interna adelantada por la Oficina de Control Interno, se pueden obtener evidencias para determinar si el sistema de administración del riesgo está funcionando y el proceso es eficaz, verificar el nivel de cumplimiento de los controles asociados a los riesgos y el tratamiento de los mismos.

A continuación, se relacionan algunos aspectos a tener en cuenta durante el desarrollo de los ejercicios mencionados:

- ✓ Verificar la correspondencia entre el proceso y el mapa de riesgos.
- ✓ Verificar el correcto diligenciamiento de los diferentes campos del mapa de riesgos del proceso auditado.
- ✓ Verificar que los controles internos definidos para tratar los riesgos existen, funcionan y son suficientes.
- ✓ Revisar la ejecución y eficacia de las acciones de administración de riesgos definidas.
- ✓ Verificar la materialización de riesgos.
- ✓ Verificar la aplicación de la Política Institucional de Tratamiento de Riesgos Asociados a los Procesos.
- ✓ Verificar las evidencias de la revisión del mapa de riesgos del proceso de acuerdo con la periodicidad establecida.
- ✓ Identificar los hallazgos relacionados con la administración del riesgo.

### 6. NIVELES DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO O TOLERANCIA AL RIESGO

	<b>ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA</b>	Código:	MD-DE-PO-006
		Versión:	003
<b>POLITICA DE GESTION DEL RIESGO</b>		Página:	10 de 10

La ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, aceptará únicamente los riesgos que, según la medición expuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública en la Guía para la Administración del Riesgo, se encuentren en la Zona de Riesgo Baja (Verde) y Moderada (Amarilla), los cuales, después de valorar los controles implementados para tratar el riesgo, estos han sido eficaces y eficientes, disminuyendo tanto el impacto como la probabilidad de ocurrencia.

Respecto a los riesgos de Corrupción, opacidad y fraude, ninguno de estos riesgos podrá ser aceptado por la entidad, solo se aceptará para este tipo de riesgos la implementación de controles que logren disminuir, evitar o compartir el riesgo.

			INSIGNIFICANTE	MENOR	MODERADO	MAYOR	CATASTROFICO
			1	2	3	4	5
PROBABILIDAD	CASI SEGURO	5	ALTA-IMPORTANTE 5	ALTA-IMPORTANTE 10	EXTREMA-INACEPTABLE 15	EXTREMA-INACEPTABLE 20	EXTREMA-INACEPTABLE 25
	PROBABLE	4	MODERADO 4	ALTA-IMPORTANTE 8	ALTA-IMPORTANTE 12	EXTREMA-INACEPTABLE 16	EXTREMA-INACEPTABLE 20
	POSIBLE	3	BAJO-TRIVIAL 3	MODERADO 6	ALTA-IMPORTANTE 9	EXTREMA-INACEPTABLE 12	EXTREMA-INACEPTABLE 15
	IMPROBABLE	2	BAJO-TRIVIAL 2	BAJO-ACEPTABLE 4	MODERADO 6	ALTA-IMPORTANTE 8	EXTREMA-INACEPTABLE 10
	RARA VEZ	1	BAJO-TRIVIAL 1	BAJO-ACEPTABLE 2	MODERADO 3	ALTA-IMPORTANTE 4	ALTA-IMPORTANTE 5

## 7. INDICADORES

- ✓ % de alcance de los procesos del Hospital con el correcto diligenciamiento de la Matriz de Riesgos institucional.
- ✓ Indicador Clave de control: evalúa el diseño y desempeño de los controles específicos para el manejo de los riesgos identificados
- ✓ Porcentaje de riesgos importantes e inaceptables con medidas de tratamiento implementadas por la Alta Gerencia

	Elaboró	Revisó	Aprobó
Firma:			
Nombre:	José Luis Caicedo Ramírez	Diego Fernando Caicedo Cano	Felipe José Tinoco Zapata
Cargo:	Administrativo	Coordinador de Calidad	Gerente
Fecha:	03/02/2020	03/08/2020	03/08/2020