



SISTEMA INTEGRADO
DE GESTION DE
RIESGOS
SIGR - ESE HUEM



TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS	3
2. ALCANCE	4
3. CAMPO DE APLICACIÓN	4
4. ACTUALIZACION	4
5. FUNCIONES DEL SIGR DE LA ESE HUEM	5
6. DEFINICIONES	5
7. CONTENIDO GENERAL	11
7.1 INTRODUCCION	11
7.2 MARCO NORMATIVO	11
8 CONTROL DE CAMBIOS	45

1. OBJETIVOS

Definir y Adoptar EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGOS PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ (SIGR – ESE HUEM). Este proceso se llevará a cabo siguiendo los lineamientos generales establecidos para el diseño, implementación y puesta en marcha del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de los respectivos subsistemas establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Mejorar los resultados en salud de los usuarios, garantizar la estabilidad financiera de la institución, fortalecer la confianza de la población en los componentes de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y prevenir posibles impactos negativos en el desempeño y funcionamiento de la entidad.
- Permitir una gestión más eficaz y proactiva de los riesgos inherentes a la prestación de los servicios de salud, al identificar, analizar y abordar estos riesgos de manera sistemática, la institución podrá anticiparse a posibles impactos negativos, mejorar la capacidad de toma de decisiones y garantizar la calidad de sus servicios, en beneficio de la comunidad y de su propia sostenibilidad.
- Establecer la administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos-SIGR de LA ESE HUEM, dirigido a la **adopción, desarrollo, apropiación, implementación y seguimiento** de las directrices relacionadas con las Políticas de Gestión del Riesgo. Estas directrices se ajustarán a los niveles de tolerancia al riesgo que la entidad esté dispuesta a asumir, además, permite generar alertas tempranas e incorporar acciones correctivas de manera oportuna.
- Asegurar que las políticas de gestión de riesgos se integren de manera efectiva con todos los procesos de la Institución. Permitir un despliegue completo y garantizar el cumplimiento de las políticas. Contribuir a fortalecer la capacidad de la ESE HUEM para gestionar proactivamente los riesgos, promoviendo la toma de decisiones informadas y la mejora continua en la prestación de servicios de salud.

- Promover la cultura institucional hacia una supervisión por: Auditoría Interna, Control Interno, Revisoría Fiscal, encaminada a fortalecer el control y gestión de riesgos en la ESE HUEM.
- Extender el compromiso y responsabilidad de la Junta Directiva de la ESE HUEM frente a una adecuada gestión de los riesgos, además de establecer criterios de idoneidad y reputación para la Gerencia.

2. ALCANCE

En la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgo, adoptado por la Junta Directiva y bajo la administración de la Gerencia, tendrá un carácter prioritario y estratégico, fundamentado en el Modelo de Operación por Procesos. La evaluación y seguimiento al sistema, se realizará por la Junta Directiva con información al Representante legal y a la revisoría fiscal, y documentado en acto de la Junta Directiva.

3. CAMPO DE APLICACIÓN

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, será de aplicación en todas las áreas y niveles de la entidad. Este sistema se concibe como transversal a la estructura organizativa de la ESE HUEM.

4. ACTUALIZACION

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la ESE HUEM, requiere una revisión periódica de las etapas y elementos del ciclo general de riesgo. Esto incluye revisión de las etapas que comprenden el ciclo y los elementos que hacen parte de los riesgos adoptados en el sistema como en cada Subsistema de riesgos. El propósito de esta revisión es realizar los ajustes que consideren necesarios para su efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento, de tal forma que se tenga en cuenta en todo momento las condiciones particulares de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz.

La ESE HUEM actualizará el SIGR, en casos en los cuales se identifique la necesidad durante el proceso de evaluación por la Junta Directiva, según informes

y reportes a la misma, o por ajustes normativos o de directrices emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud, y, se identifique la necesidad de su actualización, en todos los casos, cualquier actualización se realizará mediante acto de la Junta Directiva, como máximo organismo de dirección de la ESE HUEM.

5. FUNCIONES DEL SIGR DE LA ESE HUEM

Las funciones del SIGR se orientan a promover una cultura proactiva de gestión de riesgos en toda la entidad, fomentando la identificación temprana y la mitigación eficiente de los riesgos para garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales y el bienestar general de la comunidad.

El sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR ESE HUEM) desempeñará las siguientes funciones:

- 1) Coordinar e Implementar un conjunto de acciones estratégicas destinadas para la administración integral de los riesgos.
- 2) Identificar, realizar seguimiento y diagnóstico de manera sistemática de los riesgos presente en la estructura de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz.
- 3) Priorizar y seleccionar los riesgos de mayor relevancia que formarán parte integral del SIGR
- 4) Establecer e Implementar políticas de gestión y control de riesgos, dirigidas a mitigar el impacto de los riesgos identificados.
- 5) Identificar e implementar manuales, procedimientos, programas específicos en consonancia con la gestión de riesgos.

6. DEFINICIONES

Con el propósito de asegurar una adecuada administración y control del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la ESE HUEM, se tendrán las siguientes definiciones con el fin de facilitar la comprensión, el entendimiento e implementación en la administración y gestión del SIGR.

Aceptación del riesgo: Actitud para alejarse del riesgo particular. Puede ocurrir sin tratamiento del riesgo durante el proceso del tratamiento del riesgo. Los riesgos aceptados están sujetos a monitoreo y revisión.

Alertas Tempranas: Indicadores o señales que indican la posibilidad inminente de que un riesgo se materialice, permitiendo tomar medidas preventivas o correctivas de manera anticipada.

Administrador: Proceso continuo que involucra la identificación, evaluación, monitoreo de los riesgos presentes en la entidad, con el fin de mitigar su impacto y aprovechar las oportunidades. De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 222 de 1995, “son administradores el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones”. El administrador debe obrar de buena fe, con lealtad y con diligencia, debe realizar como mínimo las expresadas en el Artículo 23 de la mencionada Ley.

Categorías de Riesgos Prioritarios: Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión, y definidos por la Junta Directiva de la ESE HUEM.

Causa Inmediata: Circunstancias bajo las cuales se presenta el riesgo, pero no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo.

Causa Raíz: Causa principal o básica, corresponde a las razones por las 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.

Ciclo general de Gestión de riesgo: Secuencia de etapas que incorpora un Sistema y Subsistemas de Administración de Riesgos para cada uno de los tipos de riesgos adoptados. Comprende la identificación, análisis, evaluación, tratamiento y monitoreo continuo de los riesgos.

Controles: Medidas prudenciales, preventivas y correctivas que ayudan a contrarrestar la exposición a los diferentes riesgos. Entre estas se encuentra la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras estrategias de gestión. Permiten mitigar un riesgo.

Cultura de Autocontrol: Concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a la entidad contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda la organización (desde la Junta Directiva y la Alta Gerencia, hasta los propios empleados), los cuales pueden proveer una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la entidad.

Evaluación del riesgo: Proceso de comparación de los resultados del análisis del riesgo con los criterios de riesgo, para determinar si el riesgo, su magnitud, o ambos son aceptables o tolerables.

Evento: Situación que se presenta en un lugar específico y durante un intervalo de tiempo determinado.

Eventos externos: Son eventos ocasionados por terceros, o, asociados a la naturaleza que, debido a su causa y origen, se escapan del control de la entidad.

Evento de pérdida: Son las situaciones que generan pérdidas a las entidades al exponerse a cualquier riesgo.

Factores de riesgo: Fuentes generadoras de eventos (riesgos) tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.

Frecuencia: Numero de eventos o efectos por unidad de tiempo definida. Se puede aplicar a eventos pasados o a eventos futuros potenciales, en donde se puede usar como una medida de la posibilidad, la probabilidad o ambas.

Gestión de Riesgo: Es un enfoque estructurado y estratégico liderado por la Alta Gerencia acorde con las políticas de gobierno de la ESE HUEM, en donde se busca implementar un conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia o mitigar el impacto de un evento de riesgo potencial (incertidumbre) que pueda afectar los resultados y, por ende, el logro de los objetivos de la entidad, así como el cumplimiento de los objetivos y obligaciones en el SGSSS.

Impacto: Efecto o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.

Mitigación de Riesgos: Acciones planificadas y ejecutadas para reducir la probabilidad de ocurrencia o el impacto de un riesgo específico.

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.

Pérdidas: Cuantificación económica que representa la materialización de un evento de Riesgo Operacional, donde se incluyen los gastos derivados de su atención.

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

Política: Es una Guía que define los procesos y los métodos que debe seguir la entidad para gestionar el riesgo de forma estructurada y sistematizada, involucrando a todas las partes interesadas. Define: Qué se debe hacer, Cómo hacerlo, Quiénes son los encargados y con base en Qué objetivos. Establece los principios, objetivos y lineamientos para la gestión integral de riesgo en la organización.

Posibilidad: Oportunidad de que algo suceda. En la terminología de la gestión del riesgo, la palabra “posibilidad” se utiliza para hacer referencia a la oportunidad de que algo suceda, esté o no definido, medido o determinado objetiva o subjetivamente, cualitativa o cuantitativamente, y descrito utilizando términos generales o matemáticos (probabilidad matemática) o la frecuencia en un periodo de tiempo determinado.

Probabilidad: Posibilidad de ocurrencia del riesgo.

Probabilidad inherente: el número de veces que se pasa por el punto de riesgo.

Reputación: Percepción agregada que sobre la ESE HUEM tienen los agentes relacionados con esta, sean estos usuarios, grupos de interés, partes vinculadas o público en general, la cual tiene el potencial de afectar la confianza en la entidad, influenciando sobre su situación general. Esta puede variar por factores tales como el desempeño, escándalos, menciones en prensa, entre otros.

Riesgo: Efecto que se causa sobre los objetivos, posibilidad que ocurra un evento potencial que pueda afectar negativamente el cumplimiento de la operación de una

Entidad, o el alcance de sus objetivos institucionales, ejecutar sus estrategias y/o que atenten contra los objetivos del SGSSS. Por acción o falta de acción. 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.

Riesgo inherente: Nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control. Resultado de combinar la probabilidad con el impacto lo que nos permite determinar el nivel de riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.

- **Riesgo neto o residual:** Nivel de riesgo resultado luego de la aplicación de las medidas de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.
- **Riesgo neto global:** Resultado de la combinación de cada uno de los riesgos residuales de la entidad, teniendo en cuenta la importancia relativa que a cada categoría de riesgo le haya asignado la Entidad.
- **Riesgo significativo:** Riesgo identificado y valorado de incorrección material que, a juicio del auditor, requiere una consideración especial en la auditoría.
- **Riesgo 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.

Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Seguridad de la Información: Es el conjunto de medidas preventivas y reactivas de las organizaciones que permiten resguardar y proteger la información buscando preservar sus pilares: confidencialidad, disponibilidad e integridad. Intentar minimizar al máximo el impacto y/o el riesgo.

Subsistema de Riesgo: Conjunto de procesos, procedimientos y herramientas específicas diseñadas para gestionar un tipo particular de riesgo dentro del SIGR.

SIGR: Es el conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia o mitigar el impacto de un evento de riesgo potencial que pueda afectar los resultados y, por ende, el logro de los objetivos de la entidad.

Tolerancia al Riesgo: Nivel de riesgo que la ESE HUEM está dispuesta a aceptar después del tratamiento del riesgo, con el fin de lograr sus objetivos estratégicos y la capacidad para enfrentar las posibles consecuencias. La tolerancia al riesgo puede tener la influencia de requisitos legales o reglamentarios.

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

7. CONTENIDO GENERAL

7.1 INTRODUCCION

Las operaciones cotidianas de la ESE HUEM conllevan la exposición a una variedad de riesgos inherentes. La administración adecuada de estos riesgos demanda un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) que promueva el autocontrol y autorregulación a fin de evitar o mitigar la ocurrencia de eventos que impacten negativamente los objetivos de la entidad y del SGSSS. Este sistema debe reflejar políticas claras y traducirlas en procesos y procedimientos concretos que materialicen las estrategias de prevención y control de los riesgos identificados.

El SIGR de la ESE HUEM deberá permitir la toma oportuna de decisiones en la gestión de riesgos, en línea con los niveles de tolerancia al riesgo que la entidad esté dispuesta a asumir según las políticas adoptadas por la Junta Directiva, además de garantizar el adecuado desarrollo de los objetivos institucionales. Así mismo debe generar alertas tempranas y facilitar la implementación de acciones correctivas a tiempo: estas acciones estarán diseñadas y dirigidas a mejorar los resultados en salud y aspectos financieros de la ESE HUEM, la satisfacción de los usuarios y la fortalecer la confianza de la comunidad en el sistema de atención en salud.

7.2 MARCO NORMATIVO

Circular Externa 009 del 21- 04 - 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. Imparte Instrucciones relativas al Sistema de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva y reporte de información. (Asunto modificado por la circular 5-5 de 2021).

Resolución 004559 del 11- 04- 2018, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud “Por medio de la cual se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud”. En los artículos 2, 3 y 4, insta a las entidades vigiladas en la implementación de un Sistema Integrado de gestión de riesgos, establecer las condiciones de funcionamiento del modelo, los lineamientos mínimos que debe tener el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos para cada tipo de vigilados y la exigibilidad del sistema.

Circular Externa 003 del 24-05- 2018, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud: “instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno IPS de los grupos C1 y C2 públicos”. Categoriza a la Hospital Universitario Erasmo Meoz en el grupo C1.

Circular Externa 004 del 29 -06- 2018, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, “Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y buen gobierno organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos”.

Circular Externa 2021170000004-5 del 15 -09 - 2021, emitida por La Superintendencia Nacional de Salud, “Por la cual imparte instrucciones generales relativas al Código de Conducta y de buen gobierno organizacional, El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos”. Fija lineamientos generales (criterios, parámetros y recomendaciones) que se deben tener en cuenta para diseñar, implementar y poner en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas para cada uno de los Riesgos Priorizados por la Superintendencia Nacional de Salud.

Circular Externa 2021170000005-5 del 15 -09- 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud–Supersalud, “Instrucciones Generales Relativas al Subsistema de Administración de Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) numeral 5.2.3 Elementos del SICOF, 5.2.3.1.1 **Diseño de políticas**: “El diseño de las políticas para la implementación del SICOF es responsabilidad de la Junta Directiva (...)”. 5.2.3.1.2. **Aprobación de las políticas** “El máximo órgano social, (...) será el responsable de aprobar las políticas del SICOF que se aplicarán en las entidades vigiladas”. 5.2.3.1.3. **Constancia de la aprobación de las políticas**. “La aprobación de las políticas del SICOF debe quedar debidamente documentada mediante acta y ésta debe quedar a disposición de la SNS y, asimismo, deberá quedar incluida en las actividades que desarrollará la entidad, (...)”

Circular Externa 202215100000053-5 del 05-08-2022, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, la cual fija los *“lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno”*.

Ley 2195 de Enero 18 de 2022, orientada a promover la cultura de la legalidad e integridad y recuperar la confianza ciudadana, “Por medio de la cual se adoptan medidas en Materia de Transparencia y Prevención y Lucha contra la Corrupción y se dictan otras disposiciones”. Artículo 9º, adicionó el artículo 34-7 de la Ley 1474

de 2011, Artículo 34-7 **PROGRAMAS DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL.**

Ordenanza N° 060 de 1995 expedido por la Asamblea del Departamento de Norte de Santander y Acuerdo N° 001 de 1996 de la Junta Directiva de la ESE

acuerdan entre otros aspectos: Artículo 29 Numerales: 1° faculta al Gerente para “Dirigir la empresa manteniendo la unidad de procedimientos e intereses en torno a la misión y objetivo de la misma”; Numeral 11, establece que le corresponde al Gerente velar por la utilización eficiente de los recursos humanos, técnicos y financieros de la entidad y por el cumplimiento de metas y programas aprobados por la Junta Directiva; Numeral 15, establece que le corresponde al Gerente: Liderar la organización del sistema contable y los centros de costos de los servicios y propender por la eficiente utilización de los recursos financieros.

Acuerdo de Junta Directiva N°004 del 22 – 02 - 2021, se modificó la estructura interna de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz y se señalaron las funciones y sus dependencias. Se modifica la Estructura Interna, orgánica y funcional de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz y se señalan las funciones de sus dependencias. **Artículo Segundo Funciones**, Funciones de Gerencia: “(...) 1. Crear y conformar grupos internos de trabajo, mediante actos administrativos, teniendo en cuenta la estructura interna, las necesidades del servicio, los planes, programas y proyectos trazados por la entidad, bajo la coordinación y supervisión de un funcionario que designe el Gerente del Hospital” (...) 8. Las demás inherentes a su naturaleza y las que les sean asignadas por normas legales vigentes”.

Acuerdo de La Junta Directiva de la Empresa Social Del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz, N° 022 del 16-12 - 2022 establece las Funciones de la Junta Directiva, Artículo segundo, numeral 15. “Las demás inherentes a su naturaleza y las que les sean asignadas por las normas legales vigentes”.

Resolución 002045 de 2022 del 12-09-2022 Expedida por el gerente de la ESE HUEM, “Por medio de la cual se adopta la Política del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude de la ESE Hospital Erasmo Meoz vigencia 2022”, y, designa el oficial de cumplimiento y suplente, con las funciones respectivas.

Resolución 002072 de 2022 del 14-09-2022 Expedida por el gerente de la ESE HUEM, “Por medio de la cual se actualiza la Política del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la ESE Hospital Erasmo Meoz vigencia 2022”, y, designa el oficial de cumplimiento y suplente, con las funciones respectivas.

Acta de Junta Directiva N°14 de 12 -09 - 2022, Actualización del oficial de cumplimiento, presentación y aprobación de la política SARLAF/ FPADM. Presentación del subsistema de administración del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, estructura orgánica del SICOF, se presentación y designación del oficial de cumplimiento y su suplente.

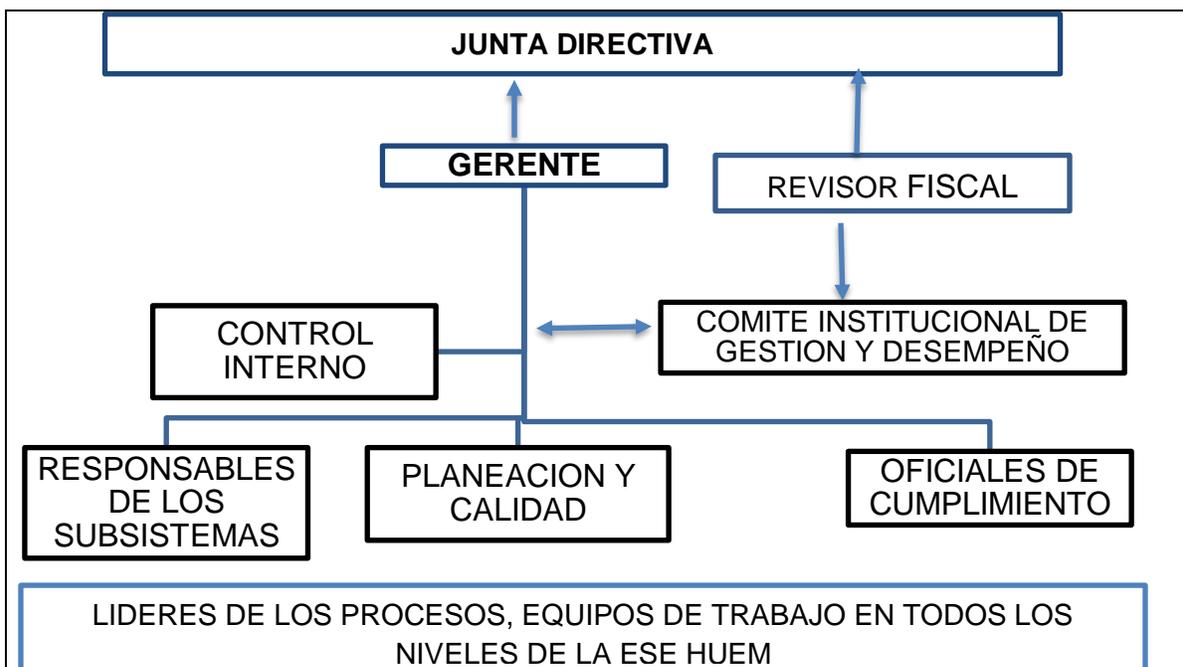
Resolución No. 000256 del 26-01-2023. Emitida por el gerente de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, “Por medio de la cual deroga la Resolución 00181 del 2021 y Actualiza la Política de Riesgo de la ESE HUEM, establece el alcance, adopta los lineamientos de la circular externa 2021170000004-5 de la SNS y de la Guía para administración del riesgo y el diseño de controles para entidades pública versión 5 del DAFP”.

Resolución No. 000133 del 13-01-2023. Emitida por el gerente de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, “Por la cual adopta la sexta versión del código de Integridad y Buen Gobierno de la ESE HUEM, anteriormente denominado Código de Integridad”.

Resolución No. 001752 del 27-07-2023. Emitida por el gerente de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, “Por la cual adopta los lineamientos del programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE, y designa el Oficial de Cumplimiento y sus funciones”

7.3 ESTRUCTURA PARA LA GESTION DEL SIGR

7.3.1 ESTRUCTURA ORGANICA DEL SIGR DE LA ESE HUEM



- Junta Directiva de la ESE HUEM.** Como máximo organismo, y cumpliendo con lo establecido en la Circular 20211700000004-5 de fecha (15-09- 2021) expedida por la Superintendencia Nacional de Salud: Adopta el sistema Integrado de Gestión de Riesgos, establece los Riesgos Prioritarios que debe desarrollar la ESE HUEM, Adopta las políticas o lineamientos generales del Sistema Integral de Gestión de Riesgos, establece los parámetros que le permitan a la gerencia la Administración del SIGR.

Realiza la evaluación y vigilancia del SIGR y revisión de políticas de Gestión de riesgos, soportado en el informe presentado por la gerencia a este organismo, informe mínimo una vez al año, el cual debe constar en acta de Junta Directiva, con el respectivo soporte. Documentos que se publicarán en la página web en el link de Sistema Integrado de Gestión de Riesgo y serán parte del archivo de gestión del SIGR.

- Representante Legal (Gerente) de la ESE HUEM.** Dentro de la Implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos adoptado por la Junta Directiva, se asigna al Representante legal las siguientes funciones:

- 1) Administrar el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR), adoptar los Subsistemas del SIGR, identificar, analizar, valorar, monitorear, evaluar, prevenir y mitigar de los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

- 2) Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas del Sistema Integrado de Gestión de riesgos adoptadas por la Junta Directiva.
- 3) Implementar los instructivos o manuales que contengan los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas aprobadas para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos; asignar los responsables de cada subsistema, con los correspondientes líderes y responsables de los procesos.
- 4) Diseño e implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial PTEE con presentación a la Junta Directiva.
- 5) Informar a la Junta Directiva: Presentar informe escrito, mínimo una vez al año, respecto del cumplimiento de los límites y del nivel de exposición de los diferentes riesgos adoptados en el SIGR.
- 6) Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño – CIGD, respecto al funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional, y, sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la entidad y los controles realizados, además de los Informes presentados por la Revisoría Fiscal, hacer énfasis cuando se presenten situaciones anormales como mínimo en algún riesgo prioritario o existan graves incumplimientos a las políticas, procesos y procedimientos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Informe que debe ser presentado en sesión de Junta Directiva, quedado como soporte del Acta de la reunión.
- 7) Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.
- 8) Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de Control Interno.
- 9) Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la ESE HUEM en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tenga relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- 10) Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la entidad tanto interna como externamente, para identificar y

controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.

- 11) Informar de manera oportuna mediante Oficio a la Superintendencia Nacional de Salud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente o prevea que pueda presentarse como mínimo en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la ESE HUEM para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.
 - 12) En el informe de gestión, al cierre de cada ejercicio contable deben incluir en las notas a los estados financieros un apartado sobre la gestión adelantada en materia de administración, de cada subsistema adoptado por la Junta Directiva. Las notas deberán contener un resumen de su situación en materia de administración de dichos los riesgos con información tanto cualitativa como cuantitativa. **Cualitativa:** Informar sobre los objetivos de negocio, estrategias y filosofía en la gestión de riesgos y los controles implementados en cada uno para mitigarlos, así como, los cambios potenciales en los niveles de riesgo, cambios materiales en las estrategias y límites de exposición a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. **Cuantitativa:** Información cuantitativa sobre la gestión integral de los riesgos, como resultado de aplicación sus políticas y metodologías internas aplicadas para su control, de acuerdo con lo que la administración considere pertinente revelar, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiado, confidencial o reservado, respecto de la cual se debe adoptar todas la medidas que considere necesaria para su protección, incluyendo lo relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.
 - 13) Dar cumplimiento a los términos definidos en las circulares emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud respecto a los lineamientos generales y específicos. Incluye presentación de información relacionada con el SIGR.
-  **Revisoría Fiscal de la ESE HUEM:** Auditoría al SIGR, deberá presentar a la Junta Directiva, y mínimo una vez al año, informe escrito sobre el funcionamiento y resultados de la implementación de cada uno de los Sistemas y Subsistemas de Administración de Riesgos, producto de su evaluación, informe que queda anexo del acta de Junta Directiva y copia en el archivo de gestión del SIGR.

De igual forma, deberá poner en conocimiento del(os) Oficial(es) de Cumplimiento, las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación del SARLAF, SICOE, PTEE, así como de los controles establecidos.

Realizar informes sobre el cumplimiento a las disposiciones contenidas en las circulares externas, y los que le solicite la Superintendencia Nacional de Salud.

 **Control Interno:** Realiza la evaluación independiente al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, a los Subsistemas que lo componen, a través de un enfoque basado en riesgos.

Incluir en la ejecución de las auditorías de control interno, la auditoría correspondiente que permita la evaluación del sistema y subsistemas de gestión de riesgos.

Proporcionar aseguramiento objetivo gestión y administración de los subsistemas adoptados por la Junta Directiva para la ESE HUEM.

Evaluar el funcionamiento de la primera y segunda línea de defensa de cada subsistema.

Realiza seguimiento o monitoreo a las eficiencia y eficacia de las políticas, procedimientos y controles.

Presentar informe a planeación y al CIGD sobre las desviaciones de los subsistemas identificadas en las auditorías.

 **Planeación y Calidad:** El área de planeación actuará como orientadora del SIGR con las siguientes funciones:

- 1) Identificación, medición, control y monitoreo de cada uno de los riesgos
- 2) Apoyar el diseño de las metodologías de segmentación, identificación medición, control y monitoreo de los riesgos a los que está expuesta la entidad.
- 3) Velar por adecuado diseño e implementación de los controles a los diferentes riesgos para mitigar su impacto en todos los niveles de la entidad y su operatividad.

- 4) Monitorear las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la entidad, de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 o las normas que la sustituyan.
- 5) Implementar Auditorías Internas mediante el cual se audite el cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos. Control que debe abarcar todas las áreas de la entidad aplicando los objetivos, principios, elementos y actividades de control, información comunicaciones y otros fundamentos del sistema.
- 6) Evaluación Continua del ciclo para detectar desviaciones y generar insumos para la formulación de los planes de mejoramiento.
- 7) Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.

🚦 **Comité Institucional de Gestión y Desempeño-CIGD:** El CIGD realizará las siguientes funciones respecto al Sistema Integrado de Gestión de Riesgo de la ESE HUEM:

- 1) Analizar los informes presentados por Auditoría Interna, por Control Interno, por el Revisor(a) Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción y de mejoramiento para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a los temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- 2) Validar la efectividad del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de los sub sistemas por los cuales está conformado.

La ESE HUEM en su estructura no contempla el área de gestión de riesgos, por tanto, en la administración del SIGR, se deben otorgar funciones de gestión de riesgos en cada uno de los procesos a funcionarios de diferentes áreas de manera transversal dentro de la misma entidad. Los responsables de estas áreas deberán pertenecer al segundo nivel jerárquico con poder de decisión que le permita cumplir de manera adecuada con sus funciones.

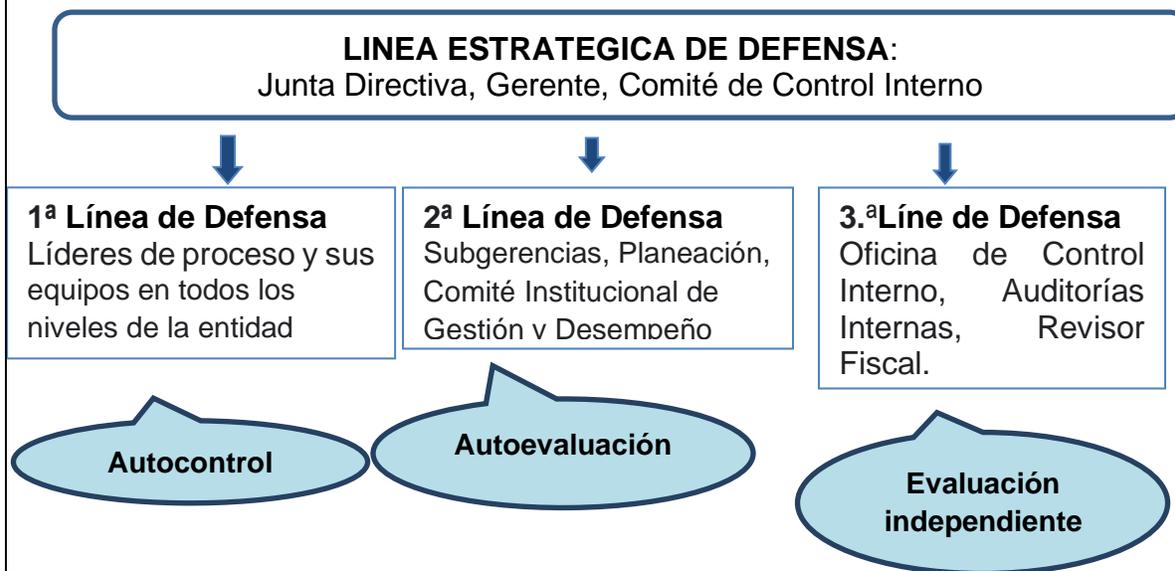
🚦 **Responsables de los Subsistemas de Riesgo**

El Gerente como administrador del SIGR de la ESE HUEM, **designa los responsables y encargados de cada Subsistema del SIGR.**

Los responsables de los Subsistemas de riesgos establecidos por la Gerencia, actúan como equipo de apoyo a la administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, realizando actividades de evaluación y tendrán a su cargo la administración y gestión de los diferentes riesgos. Además, tendrán las siguientes funciones:

- 1) Actuar de forma independiente y sin sesgos de las áreas misionales relacionadas con la prestación de los servicios de salud.
- 2) Actuar de forma independiente y sin sesgos de las áreas encargadas de las negociaciones (compras, tesorería, contratación).
- 3) Proponer el manual de procesos y procedimientos a través de los cuales se llevarán a la práctica las Políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentarlo ante el Comité de Gestión y Desempeño y velar por su operatividad.

7.3.2 LINEAS DE DEFENSA DEL SIGR



Línea Estratégica de Defensa: Este nivel analiza los riesgos y amenazas institucionales al cumplimiento de los planes estratégicos, tendrá la responsabilidad de definir el marco general para la gestión del riesgo y garantiza el cumplimiento de los planes de la entidad.

Primera Línea de defensa: Corresponde a la Gestión Operacional: se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día. Identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos.

Segunda Línea de defensa: Asegura que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces.

Consolidan y analizan información sobre temas clave para la entidad, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos.

Tercera Línea de defensa: La función de la auditoría, a través de un enfoque basado en el riesgo, proporcionará aseguramiento objetivo e independiente sobre la eficacia de administración, gestión de riesgos y control interno a la alta dirección de la entidad, incluidas las maneras en que funciona la primera y segunda línea de defensa.

7.4 GENERALIDADES DEL SIGR DE LA ESE HUEM

7.4.1 ELEMENTOS MINIMOS DEL SIGR:

La ESE HUEM deberá tener la capacidad para identificar, evaluar, controlar y mitigar los riesgos que puedan afectar el logro de sus objetivos, y especialmente, garantizar el cumplimiento de los objetivos del SGSSS y sus obligaciones contractuales. Tanto el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos como los Subsistemas que lo componen deben tener en cuenta mínimo los siguientes elementos:

1. CICLO GENERAL DE GESTION DE RIESGOS

2. POLITICAS DE GESTION DE RIESGOS

3. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTION DE RIESGOS

4. DOCUMENTACION

5. ESTRUCTURA ORGANICA

6. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

7. DIVULGACION DE LA INFORMACION Y CAPACITACIONES

La Gerencia como responsable de la Administración del SIGR de la ESE HUEM, adoptará los subsistemas de riesgos priorizados por la Junta Directiva, desarrollará la metodología, e implementará los manuales que contengan los procesos, y procedimientos a través de los cuales desarrolla el SIGR, así como del fortalecimiento del Gobierno Organizacional, Código de Conducta y Buen Gobierno, Programa de Transparencia y Ética Empresarial, garantizando mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de riesgos.

La administración del sistema parte de la identificación y adopción e implementación de los subsistemas correspondientes a cada riesgo, siendo fundamental: **Identificar, Analizar, Valorar, Monitorear, evaluar, Prevenir y Mitigar los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.**

7.4.2 RIESGO PRIORIZADOS PARA LA ESE HUEM:

Teniendo en cuenta la operación de la ESE HUEM y los riesgos mínimos establecidos por la SNS en la circular 20211700000004-5 para entidades vigiladas, para el Sistema Integrado de Gestión de Riesgo de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, se establecen como prioritarios los siguientes riesgos:

1. Riesgo en Salud
2. Riesgo Operacional
3. Riesgo Actuarial
4. Riesgo de Crédito
5. Riesgo de Liquidez
6. Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo
7. Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude - SICOF

1. RIESGO EN SALUD:

El Riesgos en Salud ser refiere a la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado y evitable que afecte negativamente la salud de un individuo o de un grupo de personas. Este evento puede ser desde el desarrollo de una enfermedad,

experiencia de un trauma o el agravamiento de una condición médica preexistente. También puede implicar la necesidad de requerir más recursos médicos y servicios de los necesarios si hubiera podido evitarse dicho evento.

El evento, se define como la ocurrencia de la enfermedad, un trauma, o evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta. Las causas, son los diferentes factores asociados a eventos.

Al evaluar el riesgo en salud, es fundamental tener en cuenta elementos como: probabilidad de ocurrencia y gravedad de las posibles consecuencias o IMPACTO. Debe estar armonizado con el riesgo operativo, de ello depende que no se materialice ninguno de los dos.

2. RIESGO OPERACIONAL:

El Riesgo Operacional se refiere a la probabilidad de ocurrencia que en la ESE HUEM se presenten desviaciones en sus objetivos que pueden materializarse como consecuencia de deficiencias, o falla en los procesos y/o controles internos, fallas tecnológicas, por errores humanos, por fraude, por corrupción y opacidad, prácticas inseguras, falla en procedimientos legales, fallas en equipos biomédicos, en la infraestructura. Estas desviaciones pueden surgir ya sea por causa interna o la ocurrencia de acontecimientos externos, que afectan diferentes procesos de la entidad.

Los Riesgos Operacionales pueden generar pérdida(s) en los resultados operativos esperados, incluyendo la satisfacción de los usuarios. Pueden generar pérdidas que afectan la salud de los pacientes (**se tratan en riesgos en salud**); generar Pérdidas financieras resultante de la contabilización y reconocimiento económico de eventos de riesgos (**se tratan en los riesgos financieros**).

La administración del Riesgo operacional parte de la identificación de los riesgos operacionales, identificación y evaluación de la exposición al riesgo, partiendo del levantamiento y documentación de la totalidad de los procesos de la entidad, que le permita la medición y evaluación de los riesgos y en consecuencia el tratamiento y control.

3. RIESGO ACTUARIAL:

El Riesgo Actuarial se refiere a la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a **No** estimar adecuadamente el valor de los contratos de venta de servicios de salud según los diferentes tipos de contrato, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras acordadas.

Las estimaciones actuales deben realizarse teniendo en cuenta eventos futuros que podrían ocurrir o influir el uso de servicios de salud, como:

- a) Desconocimiento de demanda efectiva de servicios que van a atender, situación de salud de población a atender, de las frecuencias de uso.
- b) Concentración poblacional con un enfoque diferencial de género, étnico, grupos etarios, regiones, grupo de riesgo, cursos de vida entre otros.
- c) Atención en zonas de difícil acceso y alta dispersión de la población
- d) Hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de la población incluida en los contratos.
- e) Variaciones en las condiciones de salud y mortalidad de la población incluida en los contratos.
- f) Incremento inesperado en los costos de proveedores de servicios o insumos médicos.
- g) Incorporación de tecnología que requiera recursos de inversión considerables.

El riesgo actuarial es esencial en la gestión financiera de la ESE HUEM, ya que un cálculo erróneo puede llevar a insuficiencias, dificultades para cumplir con las obligaciones y un impacto negativo en la calidad de la atención. Por tanto, una adecuada gestión de este riesgo implica un análisis minucioso de las variables involucradas en la estimación de los contratos de venta de servicios, así como la implementación de estrategias para enfrentar los posibles escenarios futuros y minimizar el impacto financiero negativo.

4. RIESGO DE CREDITO:

El Riesgo de Crédito se refiere a la posibilidad de que la ESE HUEM incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, que incluye: monto, plazo y demás condiciones establecidas.

La administración del Sistema de Riesgos incluye la estructuración del Subsistema del Riesgo de Crédito. Esto implica la formulación de políticas, procedimientos,

mecanismos, lineamientos y directrices, como por ejemplo, un modelo del cálculo de deterioro y provisiones de la cartera de deudores por servicios de salud, así como también los procedimientos y seguimientos a la gestión de cobro, recaudo, mecanismos de cobranza, estrategias de gestión de glosas, elementos que deben ser revisados por lo menos una vez al año.

El control debe estar orientado principalmente a establecer políticas y procedimientos que permitan la toma oportuna de medidas para enfrentar incumplimientos, con el objetivo de minimizar las pérdidas y garantizar el control financiero y jurídico de la Cartera por deudores. Implica también la debida gestión de litigios y demandas, y el sustento con de los indicadores con documentación sólida. Se requiere garantizar la trazabilidad, seguimiento y evaluación continua de los riesgos inherentes al sistema de crédito, conjuntamente con la implementación de acciones efectivas para el cobro y la mitigación de los riesgos asociados. Además, garantizar la calidad de la información de la cartera de deudores por servicios de salud, mediante procedimientos de conciliación y depuración de cartera.

5. RIESGO DE LIQUIDEZ:

El Riesgo de Liquidez se refiere a la posibilidad que la ESE HUEM no cuente con recursos líquidos necesarios para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano plazo (riesgo latente). Está relacionado con la gestión de riesgo de crédito, donde es esencial la recuperación de cartera de manera adecuada, así como a la gestión de riesgo actuarial (relación ingresos vs costos de los contratos de venta de servicios).

La administración de riesgo de liquidez implica identificar, desarrollar e implementar el subsistema de Administración de Riesgo, con el fin de tomar decisiones oportunas para mitigar este riesgo. Es importante considerar que la materialización del riesgo de liquidez genera necesidades de recursos líquidos y, en consecuencia, pueden limitar los pagos de obligaciones a empleados, proveedores, sentencias o mandamientos de pago y demás acreedores. Esto podría conllevar a deficiencias en la prestación de los servicios de salud. Además, este riesgo puede representar un riesgo sistemático, afectando la percepción de los usuarios del servicio de salud y la estabilidad financiera de la entidad. Por lo tanto, la administración de este riesgo requiere contar con un sólido enfoque de gestión de riesgo garantizando la calidad en la prestación de los servicios y manteniendo la salud financiera de la entidad.

Una herramienta de control es la proyección de los flujos de liquidez, así como la estimación y seguimiento al comportamiento de los ingresos efectivos y egresos futuros o flujos de caja. También es esencial, el cálculo, medición y el monitoreo

constante del riesgo de liquidez como parte integral de la gestión financiera de la ESE HUEM.

6. RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION AL TERRORISMO:

El riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo LA/FT, se refiere a la posibilidad que en la realización de operaciones de la ESE HUEM, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como medio para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades ilegales o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades ilícitas o a las transacciones y flujos financieros relacionados con las mismas, conforme lo establece la Circular 20211700000004-5 de la SNS.

La administración del subsistema de riesgo de Lavado de activos financiación al terrorismo (LA/FT) debe garantizar el cumplimiento de los requisitos legales relacionados a su prevención y control de estos riesgos. Esto implica adoptarlas diferentes estrategias y políticas dirigidas a abordar los factores de riesgos asociados y medidas dirigidas a garantizarla administración del subsistema de control de riesgos de lavado de activos y financiación al terrorismo - SARLAF.

7. RIESGO DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE – COF

El riesgo de corrupción, opacidad y fraude hace referencia a la posibilidad que la ESE HUEM se vea afectada por la ocurrencia de actos de corrupción, falta de transparencia y/o acciones fraudulentas tanto al interior como en su entorno externo, involucrados a diversos actores en los distintos procesos.

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz, teniendo en cuenta sus procesos institucionales y de acuerdo a los requisitos legales, se compromete a la debida gestión del Subsistema de riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, al cumplimiento de los requisitos de Información relacionada, con el fin de prevenir y gestionar posibles eventos de este tipo que se presenten al interior de la entidad por parte de todos los implicados tanto interna o externa en los procesos de la entidad. Por lo tanto, se plasman directrices y lineamientos que impliquen establecer todos los mecanismos de prevención, detección y reporte de todos estos actos.

La Gerencia como administradora del SIGR, para mitigar el riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, garantizará la debida administración del subsistema, proporcionará la información y recursos necesarios para la implementación de las medidas preventivas, de control y corrección; así como el supervisar y controlar los riesgos identificados que estén asociados con corrupción, opacidad y fraude. Con el enfoque prioritario de prevenir potenciales irregularidades en los diversos procesos y reducir cualquier manifestación de corrupción, opacidad o fraude que pudiera surgir en estos contextos. La gestión del subsistema de riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, incluye la implementación de estrategias, herramientas y elementos constitutivos fundamental para la mitigación y control de este riesgo.

7.4.3 POLITICAS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS DE LA ESE HUEM

La Junta Directiva de la ESE HUEM Adopta las políticas o lineamientos generales del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos. Esta acción tiene como objetivo proporcionar a la Gerencia la capacidad para administrar el SIGR y ejecutar los subsistemas con sus respectivas políticas y lineamientos. Esta medida busca asegurar un ciclo eficiente y oportuna de gestión de riesgos.

Cada uno de los elementos para cada uno de los subsistemas de Administración de riesgos deberá incorporar políticas claras y aplicables. Estas políticas contribuirán a mantener una estructura sólida de gestión de riesgos que responda a las necesidades y expectativas de la entidad, alineadas con las directrices reguladoras establecidas por la SNS en la circular 20211700000004-5 de 17-09-2021.

POLITICA INSTITUCIONAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS ESE HUEM

La Gerencia de la E.S.E Hospital Erasmo Meoz, en su rol de administradora del SIGR adoptado por la Junta Directiva, se compromete a asegurar el cumplimiento de las normas relacionadas con el sistema. Este compromiso debe estar alineado con el Direccionamiento Estratégico, la Gestión por Proceso, de los subsistemas y los de cada riesgo inherente identificado.

La administración garantizará la gestión integral del SIGR en todas las actividades y procesos de la ESE HUEM. El enfoque proactivo busca identificar, analizar,

evaluar, monitorear, prevenir, mitigar y abordar los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales, asociados a la prestación de los servicios de salud, seguridad de la información y riesgo de corrupción, así como propender por la mejora continua y la creación de un entorno favorable para cumplir con la misión y visión institucional.

La Gerencia en colaboración con todos los niveles de la organización, se compromete a implementar mecanismos, controles y estrategias necesarios para garantizar un adecuado manejo de los riesgos, contribuyendo así a la prestación de los servicios de salud con altos estándares de calidad y a la confianza de la comunidad en los servicios proporcionados por la ESE HUEM

POLÍTICAS ADOPTADAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SUBSISTEMAS DE RIESGOS PRIORIZADOS PARA LA ESE HUEM

I. POLÍTICA DE GESTION DE RIESGON EN SALUD: PGRS

La ESE HUEM tiene la responsabilidad de garantizar la gestión integral del riesgo en salud, basada en estrategias anticipadas orientadas al logro de resultados positivos y permitan identificar, evaluar, medir, intervenir, (desde la prevención hasta la mitigación) y llevar a cabo monitoreo y seguimiento de los riesgos para la salud de la población de su zona de influencia.

La administración del subsistema de riesgo en salud identifica los diversos riesgos que pueden afectar la salud de la población. Para esto se implementarán mecanismos efectivos que busquen mitigarlos o reducir su impacto y evolución. Esto implica identificar las circunstancias que influyen en la aparición de problemas de salud y llevar a cabo acciones integrales y efectivas para mitigar el impacto de los determinantes biológicos y sociales que aumentan la exposición y vulnerabilidad al riesgo en salud, generando eventos perjudiciales para la salud de los individuos que reciben atención en ESE HUEM.

El enfoque abarca diversas estrategias de manejo integral de las enfermedades, implementación y seguimiento a guías de práctica médica para las diferentes patologías identificadas, reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad, promoción de la salud, y el fomento del autocuidado. Se busca promover una atención de salud completa y eficiente que vaya más allá del tratamiento de enfermedades, centrándose en la prevención de la enfermedad y la mejora de calidad de vida de los usuarios.

II. POLITICA DE GESTION DE RIESGO OPERACIONAL: PGRO

En la operación de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, es fundamental garantizar la gestión integral del Riesgos Operacional - GIRO. La gerencia responde por la administración del subsistema del riesgo operacional adoptado por la junta directiva, establece las políticas y lineamientos que tienen como objetivo principal minimizar la posibilidad de que ocurran riesgos negativos que puedan afectar tanto la gestión administrativa como operativa del hospital.

Las acciones se formulan con base en la evaluación y análisis de los riesgos identificados, que son plasmados en el mapa de riesgos operacional, el responsable del subsistema garantiza un control y seguimiento adecuado.

La administración de riesgos operacional se considera de carácter prioritario y estratégico, fundamentado en el modelo de operación por procesos, suscrita a los objetivos estratégicos de cada proceso y se Implementan las estrategias, políticas, mecanismos de control específicos para cada uno. Esto permite tomar decisiones acertadas para prevenir, reducir, compartir, transferir o asumir los riesgos operacionales que puedan surgir en cada proceso.

En resumen, la administración del riesgo operacional busca minimizar el impacto negativo de desviaciones y problemas internos de la ESE HUEM, garantizando así un funcionamiento más efectivo y una entrega de servicios más segura y eficiente, y una mayor protección de los recursos y la reputación de la entidad; Incluye el manejo de los riesgos relacionados con las comunicaciones internas y externas.

III. POLITICA DE GESTION DE RIESGO ACTUARIAL: PGRA

La Gerencia como responsable de la administración y gestión del SIGR, en línea con su Direccionamiento Estratégico implementará las estrategias para estimar adecuadamente el valor, condiciones y riesgos asumidos en la ejecución de los contratos por venta de servicios de salud, y, según los tipos de contratos y entidades responsables de pago, esto incluye utilización de métodos de evaluación de tendencias y estadísticas de ejecución de contratos de venta de servicios, así como la correlación con los costos de ejecución, siendo parte esencial realizar la respectiva proyección del comportamiento futuro, considerando las variaciones en las condiciones de salud y estándares de mortalidad de la población a atender y cubierta en los contratos. La implementación de controles efectivos permitirá actualizar de manera periódica las estimaciones actuariales, las políticas y tarifas pactadas para cada tipo de contrato.

Además, la política incluye la realización de pruebas de estrés (stress-testing) y ejercicios de autocomprobación (black-testing) sobre modelos actuariales. Estas pruebas permiten evaluar la resistencia de los modelos ante escenarios adversos, y, en consecuencia, ajustar los valores de los contratos y tarifas establecidas en caso necesario. En conjunto, esta política debe asegurar una gestión financiera sólida y precisa sobre los contratos de venta de servicios de salud de la ESE HUEM, minimizar los riesgos actuariales y garantizar la viabilidad financiera de la institución.

IV. POLITICA DE GESTION DE RIESGO DE CREDITO: PGRC

El riesgo de Crédito es un componente crítico que puede tener un alto impacto en la estabilidad financiera y operación de la ESE HUEM. La administración del subsistema de riesgo de crédito debe garantizar el reconocimiento y atención prioritaria en línea con el direccionamiento estratégico, establecimiento de estrategias efectivas de gestión de cobro y recaudo de la cartera correspondiente a los deudores por servicios de salud o responsables de pago según los términos pactados, de esta manera asegurar el cumplimiento de sus obligaciones económicas pactadas, directas, indirectas o de derivados.

La administración del subsistema de riesgo de crédito implica el desarrollo de procedimientos y mecanismos específicos para el seguimiento, cobranza, gestión de glosas, negociación y recuperación de deudas. Estas acciones permitirán a la ESE HUEM llevar a cabo de manera oportuna el ciclo general de este riesgo y asegurar la correcta administración de los flujos financieros, minimizar los impactos negativos derivados de incumplimiento en el pago de deudas, así como la disposición de recursos para mantener e invertir en la prestación continua de los servicios de salud de alta calidad para la comunidad.

V. POLITICA DE GESTION DE RIESGO DE LIQUIDEZ: PGRL

La Gerencia de la ESE HUEM debe garantizar la administración del subsistema de riesgo de liquidez. Esto implica implementar estrategias y políticas sólidas para gestionar los recursos de tesorería y de activos líquidos como cartera por deudores servicios de salud, con el objetivo de asegurar el cumplimiento de las obligaciones y compromisos financieros según los términos de establecidos para pagos.

Es Primordial establecer un monitoreo constante y control riguroso sobre la liquidez de la entidad, así como, establecer indicadores de alerta temprana que permitan detectar cualquier señal de riesgo de liquidez en etapas iniciales, definir procedimientos claros a seguir en caso de presentarse incumplimiento en los límites predefinidos de liquidez o en caso de enfrentar cambios fuertes e inesperados que puedan afectar la exposición al riesgo de liquidez. En ese sentido,

definir políticas de excepción que establezcan las acciones a tomar cuando se enfrente a situaciones que puedan influir en la exposición al riesgo de liquidez.

Definir un plan de contingencia de liquidez que tenga en consideración los niveles de exposición al riesgo de liquidez, considerar diversos escenarios de riesgos, proporcionando pautas y acciones específicas a tomar para mantener una posición financiera sólida.

VI. POLITICA DE GESTION DEL SUBSISTEMA DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION AL TERRORISMO – FINANCIACION DE LA PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA -SARLAFT/PADM

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz dedicada a la prestación de servicios de salud de alta y mediana complejidad, de acuerdo con los requisitos legales, se compromete a la gestión del LA/FT por medio del SARLAFT, implica asegurar la gestión y actualización periódica de estrategias preventivas y medidas que permitan detectar y mitigar cualquier actividad sospechosa de estar vinculada con Lavado de activos y/o financiación al terrorismo. Estas acciones deben estar en línea con las regulaciones y normativas vigentes y tener como objetivo principal la protección de la integridad de las operaciones de la ESE HUEM, así como la prevención de posibles consecuencias negativas.

La administración del subsistema de LA/FT debe asegurar la funcionalidad de los mecanismos de prevención, detección y reporte de actividades relacionadas con el lavado de activos y financiación al terrorismo, así como la gestión de control interno y de los procedimientos de verificación y monitoreo. Garantizar la gestión de información que cumplan con las disposiciones establecidas por la SNS, y demás entes de inspección, vigilancia y control y, que reflejen el cumplimiento de los requisitos legales, el comportamiento del riesgo, el monitoreo de eventos presentados, de otra parte, realizar un análisis general que permita evaluar la efectividad de las medidas implementadas en la prevención y control del riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo. Garantizar la difusión y sensibilización constante del personal respecto a la detección y reporte de actividades sospechosas para abordar este riesgo en constante evolución. Garantizando las siguientes actividades:

- 1) Fijar y Adoptar los lineamientos frente a los factores de riesgos de lavado de Activos, financiación del Terrorismos y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.
- 2) Garantizar la reserva de la información reportada conforme lo establece el Artículo 105 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero – EOSF.

- 3) Establecer las consecuencias que genera el incumplimiento del Subsistema de Lavado de Activos, Financiación al Terrorismo, y Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva- SARLAFT/PADM.
- 4) Continuar con el compromiso y la exigencia de que los funcionarios prefieran la prevención del LA/FT/FPADM, al logro de sus metas comerciales.
- 5) Incluir a los líderes y funcionarios que realicen actividades expuestas a riesgos de Lavado de Activos (LA), Financiación al Terrorismo (FT) Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM), en la vinculación tanto interna como externa.
- 6) Insistir el deber de los órganos de Administración y Control, al Oficial de Cumplimiento, así como de todos los funcionarios, y de asegurar el cumplimiento de la normativa interna y demás disposiciones relacionadas con el SARLAFT/PADM.
- 7) Cumplir con los lineamientos más exigentes de vinculación de clientes y de monitoreo de personas naturales o extranjeras que, por su perfil o por sus funciones que desempeñan, pueden exponer en mayor grado a la ESE HUEM al riesgo de LA/FT/FPADM.

VII. POLITICA DE GESTION DE RIESGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE - SICOF

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz, de acuerdo a sus procesos institucionales y en garantía de cumplimiento de los requisitos legales, se compromete a fortalecer una cultura organizacional basada en la ética, la integridad y la transparencia. Establecerá políticas y medidas con el propósito de continuar reforzando estas cualidades, dichas políticas y medidas están orientadas a prevenir, detectar y, en caso necesario, denunciar situaciones de corrupción, opacidad y fraude en cualquiera de sus formas.

Para la Administración del Subsistema de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF, la Gerencia proporcionará la información y recursos necesarios que garanticen la implementación de medidas preventivas de control y corrección en el subsistema de riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, por tanto, garantizar la debida gestión de posibles eventos en este tipo de eventos que se presenten al en las diferentes áreas de la entidad, por parte de todos los implicados

tanto interna o externa; Por lo tanto se plasman directrices y lineamientos que impliquen establecer todos los mecanismos de prevención, detección y reporte de todos estos actos.

La ESE HUEM debe establecer políticas y medidas para fortalecer una cultura ética, transparente y de lucha contra la corrupción, opacidad y fraude. Estas acciones están respaldadas por la implementación de políticas y programas y sistema de gestión antisoborno, un **Código de Integridad, y, un Código de conducta y Buen Gobierno.**

Las políticas de gestión del SICOF de la ESE HUEM se basan en valores como: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia, entre otros que se considere relevantes para la entidad. Incluye implementación de mecanismos de control, y, el cumplimiento de las disposiciones señaladas por la SNS circular 20211700000005-5, y por los demás entes de Inspección Vigilancia y Control IVC aplicables a la ESE HUEM. También debe cumplir con informe de comportamiento del riesgo, el monitoreo, los eventos ocurridos, y en general un análisis que permita la evaluación de este riesgo de manera integral.

El objetivo de la política es garantizar una gestión transparente y responsable, en línea con los más altos estándares éticos y de gobierno institucional. Esto permitirá el adecuado manejo de los riesgos asociados a la corrupción y otros comportamientos indebidos, salvaguardando así la integridad de la entidad y promoviendo un ambiente de trabajo ético y confiable.

7.4.4 OPERACIÓN DE LAS POLITICAS DE GESTION DE RIESGOS

Las políticas que se adopten para la administración de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos deben contemplar como mínimo, los siguientes aspectos en su diseño y operación:

7.4.4.1 ASPECTOS DE DISEÑO Y OPERACIÓN DE LAS POLITICAS DE GESTION DE RIESGOS

- a. Establecer los elementos necesarios para garantizar la alineación de la planeación estratégica institucional (objetivos y compromisos de la entidad) frente al contexto normativo en materia de la gestión de los diversos riesgos.

- b.** Gestionar la cultura de autocontrol, autorregulación, autogestión y mejoramiento continuo en todos los niveles de la entidad, que oriente el desarrollo de competencias en la gestión de riesgos, según la estrategia institucional.
- c.** Comunicar a todos los niveles de la ESE HUEM sobre la política de gestión de riesgos establecida.
- d.** Fijar lineamientos de ética y conducta que orienten el actuar de los funcionarios de la ESE HUEM para el oportuno y efectivo funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Se debe dejar constancia por escrito de estas políticas e incorporarse en el Código de Conducta y Buen Gobierno, que debe incluir disposiciones sobre la confidencialidad de la información, manejo de información privilegiada y conflictos de interés.
- e.** Generar la documentación interna y externa necesaria para la adecuada gestión de los riesgos. Entre ellos se encuentran los manuales, instructivos, volantes, intranet, páginas web, entre otros.
- f.** Identificar los factores y actores (usuarios, clientes y/o contrapartes, trabajadores, empleados, proveedores, entre otros) tanto externos como internos, que puedan afectar los objetivos de una adecuada implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos en la ESE HUEM, y de esta manera poderlos trabajar de forma independiente.
- g.** Especificar de manera clara y precisa los criterios para cada una de las etapas del ciclo de gestión de riesgo en cada riesgo identificado.
- h.** Determinar la directriz institucional en materia de la exposición como mínimo frente a los riesgos adoptados para la ESE HUEM, reflejando su nivel máximo de tolerancia, acorde con las metodologías para definir las escalas de calificación establecidas por la entidad.
- i.** Disponer los criterios para la definición de límites frente a posibles pérdidas y a niveles máximos de exposición frente a los distintos tipos de riesgos.
- j.** Instaurar los mecanismos y las herramientas de seguimiento y monitoreo necesarios en caso de que se presenten comportamientos aislados, desviaciones, se sobrepasen los límites o se presente el incumplimiento a

alguna de las políticas establecidas bajo un análisis autónomo, al enfrentar cambios fuertes e inesperados en las condiciones de la ESE HUEM.

- k. Iniciar las acciones necesarias y oportunas en respuesta a los cambios en el perfil de riesgo de la entidad.
- l. Establecer la periodicidad de revisión de la Política, que se ajuste en todo momento a las condiciones particulares de la ESE HUEM, al SGSSS y a las del sector en general.
- m. Efectuar un monitoreo periódico al cumplimiento de los lineamientos de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- n. Fijar políticas de Sistemas de Información y manejo de bases de datos. Incluir en las políticas, los criterios de seguridad y calidad de la información de todas y cada una de las operaciones, así como de la información remitida y respuestas a los requerimientos exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades que soliciten información.
- o. Instaurar políticas para garantizar que se cuente con información adecuada para la cuantificación de los diferentes riesgos.
- p. Garantizar que cuando se presenten cambios en las metodologías de cuantificación de los diferentes riesgos, se evalúe el impacto y se documenten dichos cambios de una manera adecuada.
- q. Establecer los lineamientos del sistema de control interno y el monitoreo frente a los diferentes riesgos.
- r. Definir los criterios y los tipos de reportes gerenciales y de monitoreo tanto internos como externos, así como la forma y frecuencia de la presentación de los resultados de la administración de los diferentes riesgos.
- s. Precisar los parámetros generales de la infraestructura tecnológica y el equipo técnico necesario para el adecuado funcionamiento de la gestión de riesgos.
- t. La política debe precisar las características básicas de los usuarios y proveedores de insumos y medicamentos, de igual forma establecer los mercados en los cuales puede actuar la entidad.

- u. Velar por una adecuada estructura organizacional que permita un desarrollo apropiado del Código de Conducta y Buenas Prácticas de Gobierno en pro de la mejora continua en la implementación y administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de sus Subsistemas.

7.4.4.2 PASOS PARA ELABORAR UNA POLITICA DE GESTION DE RIESGO

- 1) **Responsables:** Especificar los responsables de monitorear y reportar, identificar las funciones concretas.
- 2) **Comunicación:** Identificar y reportar eventos y los mecanismos de comunicación entre áreas.
- 3) **Criterios:** Establecer los criterios o parámetros bajo los cuales se hace el análisis de riesgo.
- 4) **Identificación: cuando,** como y donde se previenen los eventos de riesgos, se mejoran los procesos.
- 5) **Documentación:** Forma de registrar y guardar el histórico de eventos.
- 6) **Análisis:** Probabilidades de ocurrencia y consecuencias de un determinado evento de riesgo.
- 7) **Evaluación** Estimación de probabilidad versus los riesgos potenciales.
- 8) **Tratamiento:** estrategias o planes de acción que deben implementarse para mitigar el impacto.
- 9) **Monitoreo:** seguimiento de la efectividad de las mejoras implementadas

7.4.5 INTEGRALIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS

El Desarrollo e implementación de cada Subsistema de Riesgo no es independiente, lo que significa que se debe avanzar en el desarrollo de todos los Subsistemas priorizados de forma simultánea. Esto se hace con el propósito de crear una conexión entre todos los componentes del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) y no abordarlos por separado.

La implementación del SIGR conlleva a la necesidad de identificar y articular factores, riesgos, acciones de control y planes de mitigación que puedan ser

gestionados de manera conjunta para contribuir al logro de los objetivos mediante estrategias comunes y compartiendo recursos, capacidades, costos, conocimientos y activos. En este sentido, se deben identificar riesgos que puedan intensificar las consecuencias de otros riesgos, ya que su ocurrencia puede impactar entre otros procesos y actividades de la entidad.

La integración de todos los subsistemas garantiza una gestión más holística y eficaz de los riesgos, permitiendo una respuesta más coordinada y estratégica ante las potenciales amenazas que puedan afectar los objetivos de la ESE HUEM. Esta aproximación integral contribuye a la optimización de los recursos y a una mayor eficiencia en la prevención y mitigación de riesgos, mejorando la toma de decisiones y la protección de la entidad en su conjunto.

7.4.6 CRITERIOS FRENTE A LA GESTION DE RIESGOS

La administración del SIGR se requiere definir los criterios que delimitan las decisiones que se deben tomar frente a la gestión de riesgos, las cuales son entre otras:

- 1) Definir el nivel máximo (o límite máximo) de aceptación o tolerancia de exposición para cada riesgo o factor de riesgo identificado, de forma tal que se establezcan metas de control o mitigación para cada subsistema de gestión de riesgo. – máximos permitidos por la normatividad vigente
- 2) Definir el nivel de riesgo a partir del cual se requiere un plan de contingencia o tratamiento.
- 3) Definir el nivel de riesgo a partir del cual la ESE HUEM decide eliminar la actividad que genera el riesgo.

Asimismo, como parte de la etapa de monitoreo, la ESE HUEM debe contar con indicadores descriptivos y prospectivos que le permita:

A) monitorear oportunamente los diferentes eventos (previamente identificados) con el propósito de evitar la materialización de los riesgos, para lo cual previamente la ESE HUEM debió definir los límites máximos a los que, de acuerdo con la magnitud de riesgo que se esté dispuesta a retener o buscar, decide exponerse y a los que a través de las políticas, procesos y procedimientos evita traspasar en el desarrollo de la prestación de los servicios de salud.

B) Definir las acciones (planes) de contingencia para intervenir y tratar los diferentes riesgos, con el propósito de ajustar las desviaciones a los límites establecidos lo más pronto posible.

La ESE HUEM podrá reconocer de manera anticipada que tan acertadas fueron las decisiones tomadas y las políticas establecidas tanto para medir como para controlar los riesgos y a partir de esas evaluaciones internas, apoyar el replanteamiento de estrategias de intervención, en caso de ser necesario, para garantizar el cumplimiento de las metas planteadas dentro de las políticas establecidas para cada sistema de administración de riesgo. Así todo riesgo que exceda los límites definidos debe ser objeto de actividades de mitigación y control a fin de regresar al nivel de riesgo tolerado, conforme a la estrategia adoptada.

7.4.7 INDICADORES PARA LA GESTION DE LOS RIESGOS

La administración del SIGR formulará y establecerá los indicadores que considere necesarios para ejecutar el seguimiento a la gestión de los riesgos. Estos indicadores serán formulados en línea con las políticas y estrategias implementadas, priorizando los recursos sobre aquellos riesgos de mayor importancia e impacto con el propósito de evitar la afectación de los objetivos estratégicos de la ESE HUEM. Utilizará el sistema de información implementado en la plataforma gerencial.

Por tanto, la ESE HUEM debe estar en la capacidad de argumentar el número de indicadores de riesgo que considera necesarios para evaluar la eficacia de los controles, con criterios claros sobre su escogencia con excepción de los indicadores obligatorios definidos en la normatividad vigente del sector salud. Debe contar con indicadores de gestión y resultado (nivel de riesgo alcanzado), con el fin de monitorear el logro de las metas, acorde con la escala establecida por la administración, y los límites de aceptación y tolerancia para los riesgos identificados, además permite modificar las estrategias de intervención en caso de ser necesario para garantizar el cumplimiento de las metas planteadas.

El propósito de monitorear los indicadores propuestos es efectuar el seguimiento de las acciones de gestión planteadas, las cuales deben ser definidas mediante un cronograma y ser objeto de un proceso de revisión, verificación y calidad de la información. El informe de la administración y gestión del SIGR incluye análisis del resultado y comportamiento de los indicadores implementados.

7.4.8 PLANES DE CONTINGENCIA

Como lo establece la norma: circular 20211700000004-5 de 2021 por la SNS literal d) Seguimiento y monitoreo del numeral 1. Ciclo General de Gestión de Riesgos

“(..) De llegarse a presentar desviaciones que superan los límites previamente establecidos, evento en que se requiere intervenir y tratar los diferentes riesgos, teniendo en cuenta la variabilidad de los riesgos identificados, con el propósito de ajustar las desviaciones lo más pronto posible.

Todas las acciones y actividades incluidas en estos planes de contingencia deben contener la definición de los estándares de seguimiento y monitoreo, además de contar con un responsable, plazos, periodicidad, reportes de avance y de evaluaciones periódicas sobre las estrategias seleccionadas que incluyan el monitoreo de los indicadores propuestos para el seguimiento de las acciones de gestión del riesgo planteadas.

Los planes de contingencias resultantes del seguimiento a riesgos deben ser coherentes con las otras medidas contingentes o planes de mejoramiento resultantes de otras actividades de control, internas o externas, a fin de lograr soluciones estructurales e integrales a las problemáticas identificadas.

Por lo anterior, se identifica, que dentro del ciclo de gestión de riesgos se deben implementar etapas de identificación, medición análisis, evaluación, control y monitoreo de riesgos. En la etapa de monitoreo, vale la pena diferenciar los planes de tratamiento de los planes de contingencia puesto que cada uno sigue objetivos diferentes.

En la metodología de tratamiento de riesgos, la ESE HUE debe definir con claridad los planes de tratamiento y los planes de contingencia.

El propósito de los Planes de tratamiento: Es documentar la forma en que se van a implementar las opciones de tratamiento seleccionadas.

Finalidad de planes de contingencia: intervenir y tratar los riesgos en escenarios particulares y que son de mayor relevancia para la organización por el impacto que pueda tener la materialización del riesgo en la continuidad de la prestación de los servicios de salud en la ESE HUEM. Por tanto, los planes de contingencia son de importancia frente a las desviaciones que se puedan presentar, porque estos determinan el camino a seguir para mitigar las consecuencias de las desviaciones que se presenten, y dada las dinámicas de la operación institucional, requieren que de manera periódica se revisen y actualicen de acuerdo con los cambios que puedan presentarse tanto a nivel interno, como por riesgos externos que puedan afectar la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

7.4.9 METODOLOGÍA Y NIVELES DE ACEPTACION:

La administración de la ESE HUEM ha realizado diversas acciones en relación a la gestión de los riesgos institucionales, desde el 28 de enero de 2016 con la

Resolución 00119 mediante la cual adopta la política de Administración de Riesgo, derogada por la el Resolución 00143 de enero 30 de 2019, esta derogada por la Resolución 000181- 2021 y ésta a su vez derogada por la Resolución 00256 de fecha 26 de enero de 2023, Estos actos administrativos adoptaron metodologías para la gestión de riesgos soportadas en la metodología y la guía para la administración del riesgos establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y el Departamento Nacional de planeación DNP.

Como parte de este proceso, desarrolló el mapa de riesgos institucionales, ha realizado el correspondiente monitoreo y evaluación, ha identificado cuatro (4) zonas de riesgo, categorizadas en: **Extremas, Altas, Moderadas o Baja.**

ZONA DE RIESGO	DESCRIPCION
 EXTREMA	Acción de pronta acción
 ALTA	Vigilancia Periódica
 MODERADA	Procedimientos normales de control
 BAJA	Genera menores efectos que pueden ser remediados fácilmente.

Soportado en el resultado de la evaluación del riesgo, la calificación y clasificación, se determina la zona de riesgos residual en categorías, dando prioridad a las calificaciones Extrema y Altas, se identifica la acción requerida para la eliminación de las causas y el fortalecimiento de los controles existentes.

La metodología de administración de riesgos, contempla que, los riesgos calificados en las zonas Baja y Moderada, son aceptados, esto es cumplen con criterios de aceptación de riesgos, por tanto, no es necesario, para estos riesgos establecer acciones de control preventivas que permitan reducir la probabilidad de ocurrencia; Si no se presentan riesgos en zonas EXTREMA se aplica la misma metodología priorizando la zona de más alta a más baja zona de riesgo.

Los riesgos calificados en la zona: ALTO o EXTREMO y todos los riesgos de CORRUPCION, requieren la implementación de acciones de control preventivo para mitigar su materialización. En la administración y gestión del SIGR de la ESE HUEM, es prioritario establecer medidas y procedimientos específicos que permitan mitigar el impacto de estos riesgos y se les debe hacer seguimiento más estricto al momento de su respectiva materialización. Las acciones que representan riesgos de corrupción no son aceptables bajo ninguna circunstancia.

La administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, define la Metodología a aplicar en los subsistemas, teniendo en cuenta la integralidad del sistema.

7.5 DOCUMENTACION

DOCUMENTOS CONTROLADOS DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTION DE RIESGOS:

Documentos y registros, de los cuales se debe garantizar la integridad, oportunidad, trazabilidad, confiabilidad y disponibilidad de la información contenida:

- Las etapas del Ciclo General de Riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos
- Los procesos y procedimientos, en los cuales deben quedar claramente definidas las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas para cada uno de los funcionarios de los diferentes órganos de dirección, administración y control involucrados en la administración de los diversos riesgos.

REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION

- a. Las políticas para la administración de cada uno de los riesgos.
- b. Las metodologías y procedimientos para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos identificados. A su vez, el establecimiento de los niveles de aceptación y límites de exposición.
- c. La estructura organizacional que garantice el desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos y que, a su vez, fortalezca el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la ESE HUEM.
- d. Los roles y responsabilidades de quienes participan en la gestión de los diversos riesgos identificados.
- e. Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas y objetivos de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- f. Roles, responsabilidades y acciones de los órganos de control interno frente a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- g. Las estrategias de capacitación y divulgación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

DOCUMENTACION DISPONIBLE EN TODO MOMENTO:

La ESE HUEM debe mantener en todo momento y a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud, la documentación e información, que se trata en la presente Circular y previendo como mínimo lo siguiente:

- 1) Las actas de Junta Directiva, donde conste la aprobación de las políticas de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, así como las actas correspondientes a ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.
- 2) Los Instructivos o manuales que contengan los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas aprobadas para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Firmados por el representante legal y de fácil consulta al interior de la ESE HUEM.
- 3) Código de Conducta y Buen Gobierno de la ESE HUEM.
- 4) Los informes presentados por la Junta Directiva, el Gerente, revisor fiscal
- 5) Actas de Junta Directiva donde conste la presentación de informes correspondientes al SIGR.
- 6) Las constancias de las capacitaciones impartidas a miembros de junta directiva, directivos, administradores y cualquier otra persona que tenga vinculación con la entidad sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos con el fin de asegurarse que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la ESE HUEM.
- 7) Los documentos y registros que evidencien el funcionamiento oportuno, efectivo y eficiente de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- 8) El procedimiento a seguir en caso de incumplimiento a los límites preestablecidos en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- 9) Disponer de un respaldo físico o en medio magnético de la documentación relacionada.
- 10) Determinar criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de la información

- 11) Establecer requisitos de seguridad, de forma tal, que se permita la consulta a información sensible, únicamente por parte de funcionarios autorizados.
- 12) Las bases de datos utilizados en la gestión de los riesgos y demás información, documentación y lineamientos referenciados en la circular 2021170000004-5 de 15-09-2021 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.

7.6 INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA:

Garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del Sistemas Integrado de Gestión de Riesgos, mediante la generación de informes confiables sobre dicha labor y contar con un soporte tecnológico acorde a la operación institucional.

Contar con procesos que permitan realizar un control adecuado del cumplimiento de las políticas y límites establecidos, así como con un plan de conservación, custodia y seguridad de la información tanto documental como electrónica.

Se requiere centralizar la información relacionada con la gestión de riesgos, para lo cual se debe utilizar el sistema de información adoptado por la ESE HUEM, implementando mecanismos de adecuados de consolidación eficaz de los distintos riesgos para la toma de decisiones efectivas, el cual deberá ser validado por lo menos una vez al año.

El Sistema de Información que respalda el SIGR de la ESE HUEM, debe responder como un conjunto de herramientas y reportes implementadas para asegurar que el sistema de administración de riesgos provee la información necesaria para la toma oportuna y adecuada de decisiones y para atender los requerimientos de todas las partes interesadas, tanto internas como externas.

La administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgo debe garantizar un sistema efectivo, veraz, eficiente y oportuno de la información, capaz de generar reportes, tanto internos como externos, que garanticen el funcionamiento del Sistema y Subsistemas de Administración de Riesgo, teniendo en cuenta los procesos y procedimientos implementados para cada uno.

El sistema de información debe ser funcional y garantizar que la información relacionada con el SIGR cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se deben establecer controles para el ingreso, procesamiento y salida de información, atendiendo la importancia y nivel de riesgo. El sistema de información debe permitir el monitoreo y control de cada uno de los riesgos adoptados por la Junta Directiva.

7.7 DIVULGACION DE LA INFORMACION Y CAPACITACIONES

El Gerente y representante Legal de la ESE HUEM, como responsable de la implementación y administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, que incluye, la debida publicación en el sitio Web Oficial y demás medios de comunicación interna que corresponda.

La administración del Sistema Integral de Gestión de Riesgos (SIGR) implica la necesidad de diseñar, programar y coordinar planes de divulgación y capacitación dirigidos a todas las áreas de la institución. Estos planes deben llevarse a cabo al menos una vez al año, con el propósito de asegurar que todos los funcionarios, colaboradores y terceros comprendan la importancia de la gestión de riesgos y estén equipados con el conocimiento y las habilidades necesarias para aplicar prácticas efectivas de gestión de riesgos en sus respectivas funciones y responsabilidades.

La divulgación y capacitación en la gestión de riesgos son esenciales para fomentar una cultura organizacional consciente de los riesgos, en la que todos los interesados sean proactivos en la identificación evaluación y mitigación de riesgos en sus áreas de trabajo. Estos programas deben estar complementados con los procesos y procedimientos específicos relacionados con la gestión de riesgos y garantizar una comprensión uniforme de toda la entidad.

7.7.1 Divulgación de la Información Interna:

La divulgación interna de la información de gestión de riesgos se presentará reportes semestrales resultado del monitoreo y control de cada uno de los riesgos identificados, informe de gestión al cierre del ejercicio sobre el cumplimiento de políticas, los límites establecidos y su grado de cumplimiento, nivel de exposición a los diferentes riesgos, y la cuantificación de los efectos de la posible materialización de estos sobre la salud de la población del área de influencia, las utilidades, el patrimonio y el perfil de riesgo de la entidad. Informes a cargo de los responsables de los subsistemas y dirigidos al gerente de la ESE HUEM, previamente los líderes de los procesos involucrados, deben mostrar las exposiciones por tipo de riesgo y manera desagregada, a su vez deben quedar en actas donde socialicen. Actividad coordinada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño – CIGD.

7.7.2 Divulgación de la Información Externa

En el informe de gestión, al cierre de cada ejercicio contable, se debe incluir en las notas a los estados financieros un apartado sobre la gestión adelantada en materia de administración, de los subsistemas de gestión de riesgos. Las notas deberán contener un resumen de la situación en materia de administración de riesgos, de información cuantitativa y cualitativa.

Información Cualitativa: Ayuda a la comprensión de Estados Financieros, informar sobre los objetivos de negocio, estrategia y filosofía en la gestión de riesgos y los controles implementados en cada uno para mitigarlos. La información debe considerar los cambios potenciales en los niveles de riesgo, cambios materiales de las estrategias y límites de exposición para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

Información Cuantitativa: Sobre la gestión integral de los riesgos, como resultado de las políticas y metodologías internas aplicadas para su control

7.8 INTEGRALIDAD DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA

La administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, una vez implementado cada subsistema, y cumpliendo con la política institucional del SIGR, como parte del Direccionamiento estratégico alineará el SIGR con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y con el Sistema de Gestión de Calidad.

8 CONTROL DE CAMBIOS

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos debe ser revisado como mínimo una vez al año, con el fin de actualizarlo a las condiciones particulares de la entidad y a las del mercado en general. La aprobación y las modificaciones que se efectúen, deben tener constancia en acto de Junta Directiva.

VERSIÓN	FECHA	PAGINA	APROBÓ	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
1	X-09-2023	1-45	Junta Directiva	Versión Original

Proyectó: Mónica Ortega Martínez, P.E. apoyo a planeación y calidad

Revisó: Doris Angarita, Asesora de Planeación y Calidad
Gladys Cecilia Mora Villamizar – P.E Apoyo Jurídico-administrativo Planeación y Calidad
Jonathan Gelves – Profesional apoyo a Planeación y calidad – SIG
Jorge Aponte – Profesional Apoyo a Planeación - Gestión de Riesgos