


# MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS




Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	<b>CODIGO: MC-MA-004</b>
		<b>VERSION: 2</b>
	<b>MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS</b>	<b>FECHA: SEP 2023</b>
		<b>Página 2 de 99</b>

## TABLA DE CONTENIDO

1.	OBJETIVO .....	3
2.	ALCANCE .....	4
3.	CAMPO DE APLICACIÓN .....	5
4.	ACTUALIZACION.....	5
5.	METODOLOGIA DE LA GESTION DEL SIGR Y LOS SUBSISTEMAS.....	5
6.	DEFINICIONES.....	9
7.	CONTENIDO GENERAL.....	13
7.1	MARCO NORMATIVO.....	13
7.2	ANTECEDENTES DE LA IMPLEMENTACION DEL SIGR .....	17
7.3	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS .....	18
7.4	ELEMENTOS DEL SIGR Y DE LOS SUBSISTEMAS.....	20
7.5	REDACTAR LOS RIESGOS.....	41
7.6	ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL RIESGO .....	46
7.7	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGO ESE HUEM .....	46
7.7.1	SUBSISTEMA DE RIESGOS EN SALUD .....	54
7.7.2	SUBSISTEMA DE RIESGO OPERACIONAL – SR .....	61
7.7.3	SUBSISTEMA DE RIESGO ACTUARIAL .....	69
7.7.4	SUBSISTEMA DE RIESGO DE CREDITO. ....	73
7.7.5	SUBSISTEMA DE RIESGO DE LIQUIDEZ .....	80
7.7.6	SUBSISTEMA DE RIESGO DE SARLAFT .....	92
7.7.7	SUBSISTEMA DE RIESGO DE SICOF .....	92
8	DOCUMENTACION .....	995
9	INFRAESTRUCTURA TECNOLOGICA.....	99
10	DIVULGACION DE LA INFORMACION Y CAPACITACIONES .....	99
11	ANEXO (SI APLICA) .....	99
12	CONTROL DE CAMBIOS .....	99

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 3 de 99


## OBJETIVO

Establecer la metodología efectiva para la administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR – ESE HUEM) y los Subsistemas de Riesgos Adoptados por la Junta Directiva de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, con el objetivo principal garantizar la administración eficiente y efectiva de los subsistemas de riesgos. La metodología se basa en varios principios fundamentales como el enfoque preventivo, sistemático y de mitigación de los riesgos, alineada a la estructura orgánica del SIGR – ESE HUEM, las líneas de defensa, y las características de los subsistemas de gestión de riesgos adoptados; la gestión eficaz debe seguir los lineamientos establecidos y las generalidades del SIGR institucional, que garanticen el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la ESE HUEM.

### 1.1. Objetivos específicos

- Prevenir posibles impactos negativos en el desempeño y funcionamiento de la entidad.
- Permitir una gestión eficaz de los riesgos inherentes a la prestación de los servicios de salud, al identificar, analizar y abordar estos riesgos de manera sistemática.
- 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.
- Identificar mecanismos de para 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.
- Prevenir posibles impactos negativos, mejorar la capacidad de toma de decisiones y garantizar la calidad de sus servicios, en beneficio de la población y de su propia sostenibilidad.
- Administrar el 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, teniendo en cuenta 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.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño


	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	<b>CODIGO: MC-MA-004</b>
		<b>VERSION: 2</b>
	<b>MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS</b>	<b>FECHA: SEP 2023</b>
		<b>Página 4 de 99</b>

- Integrar las políticas de gestión de riesgos de manera efectiva con todos los procesos de la Institución. Permitir un despliegue completo y 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 como cultura institucional la identificación de los riesgos, el autocontrol, la autoevaluación, y aplicación de herramientas de medición y seguimiento.
- Optimizar y utilizar la infraestructura tecnológica para la administración del SIGR, que permita garantizar información confiable, oportuna, verificable, con evidencia documentada, así como el archivo de gestión del SIGR.
- Identificar la tipología de cada subsistema adoptado, implementando metodologías que permita gestionar de manera efectiva los riesgos, los mecanismos de mitigación.
- Determinar los roles y responsabilidades de los diferentes actores de cada Subsistema de gestión del riesgo en el marco de las Líneas de Defensa.

## 2. ALCANCE

El alcance del presente manual comprende todo el proceso de administración de riesgos, inicia desde el reconocimiento de los diferentes subsistemas de riesgos que conforman el Sistema Integrado de Gestión de Riesgo adoptado por la Junta Directiva para la administración por la gerencia de la ESE HUEM; identificación de los riesgos de cada subsistema, su análisis, revisión, elementos para la implementación de políticas y estrategias de mitigación y gestión de riesgo. Incluye mecanismos de control y rendición de información respecto al comportamiento del sistema ante la Junta Directiva y los entes de inspección, vigilancia y control; la administración desde la línea estratégica y Gerencial de la institución. hasta el seguimiento, monitoreo y evaluación.

<b>Elaboro:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	<b>CODIGO: MC-MA-004</b>
		<b>VERSION: 2</b>
	<b>MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS</b>	<b>FECHA: SEP 2023</b>
		<b>Página 5 de 99</b>

### 3. CAMPO DE APLICACIÓN

Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, Se concibe como un sistema transversal, integral y de aplicación en todas las áreas y niveles de la ESE HUEM, siendo fundamental para una gestión eficaz de los riesgos a los que está expuesta la entidad, independiente de dónde se puedan surgir. Contempla una estructura organizativa y las diferentes líneas de defensa, que involucra a todos los funcionarios. Destacando el trabajo en equipo y la cultura institucional de la gestión integral de cada uno de los subsistemas y del sistema en general.

### 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. La revisión directa inicia en los subsistemas, evaluando las etapas que comprenden el ciclo y los elementos que hacen parte de los riesgos adoptados en cada sub sistema de riesgos, presentando como resultado informes al Comité Institucional de Gestión y Desempeño CIGD y a la Junta Directiva, La Junta Directiva como máximo órgano de administración evalúa los informes presentado por el Gerente y por el Revisor Fiscal, teniendo en cuenta la integralidad del sistema, las características de la entidad, las desviaciones presentadas e informadas, identifica y realiza los ajustes que consideren necesarios para el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del SIGR.

Revisión, evaluación, ajustes y actualización del SIGR, deben quedar documentados en un acto de Junta Directiva, soportado por los informes y reportes a la misma, o por ajustes normativos o de directrices emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

### 5. METODOLOGIA DE LA GESTION DEL SIGR Y LOS SUBSISTEMAS

La metodología para la gestión del SIGR de la ESE HUEM tiene en cuenta las directrices emitidas por la SNS y la guía para la administración de riesgos y diseño de controles en entidades públicas, dado su naturaleza como entidad pública descentralizada del orden departamental, adscrita al departamento de Norte de Santander, con la inspección, vigilancia y control entre otras entidades por la Superintendencia Nacional de Salud.

En la administración y gestión de riesgos, en concordancia con la planeación estratégica y objetivos institucionales, y partiendo del conocimiento de la entidad se identifican los siguientes aspectos:

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



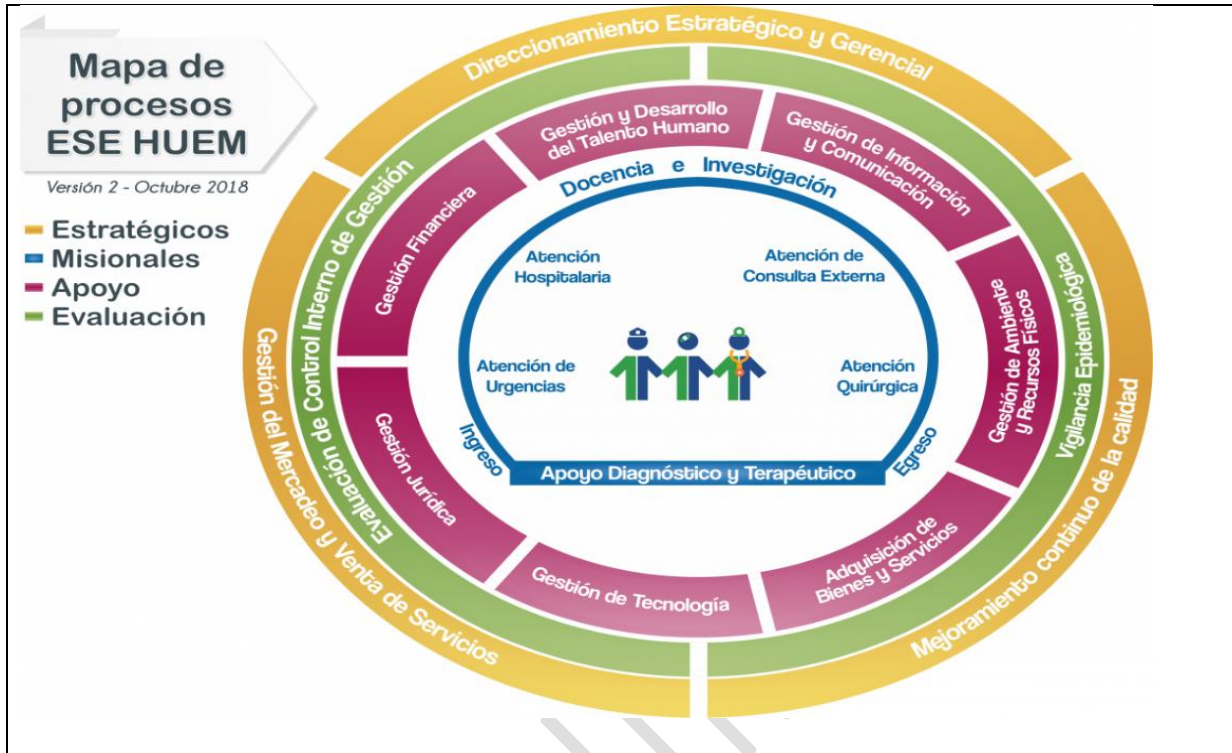
### 5.1. Modelo de Operación por Procesos

El modelo de operación por procesos es el estándar organizacional que soporta la operación de la ESE HUEM, integrando las competencias constitucionales y legales que la rigen con el conjunto de planes y programas necesarios para el cumplimiento de la misión, visión y objetivos institucionales. Pretende determinar la mejor y más eficiente forma de ejecutar las operaciones, por tanto, la planeación institucional.

La gestión de riesgos por procesos permite identificar en cada proceso los riesgos a los que está expuesta (riesgos inherentes), identificar la tipología de riesgos, y de esta manera, establecer la probabilidad de ocurrencia, las consecuencias o impacto, con el fin de estimar estrategias de control y políticas.

La representación gráfica de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y sus interacciones:

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



### 5.2. Planeación Institucional

La autonomía técnica y administrativa para el cumplimiento de los objetivos que le fija la ley a la ESE HUEM en el marco del SGSSS, y los planes sectoriales le permiten definir por parte de la alta dirección su planeación institucional. La planeación Institucional hace uso del plan estratégico, plan de desarrollo y planes de acción de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación para materializarla o ejecutarla.

### 5.3. Misión

Constituye la razón de ser de la entidad, sintetiza los principales propósitos estratégicos y los valores esenciales que deben ser conocidos, comprendidos y compartidos por todas las personas que hacen parte de la entidad.

*“Somos una Empresa Social del Estado, que produce y presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, actuando como centro de referencia de la región, mejorando la calidad de vida de sus usuarios y generando desarrollo del conocimiento mediante docencia.”*

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

### 5.4. Visión

Es la proyección de la ESE HUEM a largo plazo, que permite establecer su direccionamiento estratégico, el rumbo, las metas y lograr su desarrollo. Construida y desarrollada por la Alta Dirección de manera participativa, coherente, comunicada y compartida por todos los miembros de la ESE HUEM.

*“Ser la institución Norte Santandereana prestadora de servicios de salud, posicionada y preferida por su atención humana, segura, alto enfoque investigativo, con rentabilidad social y económica.”*

### 5.5. Cadena de valor

Cadena de valor es la interrelación de los procesos dirigidos a satisfacer las necesidades y requisitos de los usuarios.

### 5.6. Caracterización de los procesos

Estructura que permite identificar los rasgos distintivos de los procesos. Establece su objetivo, la relación con los demás procesos, los insumos, los activos, su transformación a través de las actividades que desarrolla y las salidas del proceso, se identifican los proveedores y clientes o usuarios, que pueden ser internos o externos.

### 5.7. Objetivos Estratégicos

Identifican la finalidad hacia la cual deben dirigirse los recursos y esfuerzos para dar cumplimiento al direccionamiento estratégico del hospital. Estos objetivos tienen indicadores y metas y se materializan a través de la ejecución anual de las actividades de los planes, programas, proyectos y procesos de la ESE HUEM.



Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



## 6. DEFINICIONES

**Administrador:** De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 222 de 1995, “son administradores el representante legal, (..) y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones”. El administrador debe obrar de buena fe, con lealtad y con diligencia. Sus actuaciones se cumplirán en interés de la entidad, teniendo en cuenta los objetivos estratégicos, el SIGSSS, y en el cumplimiento de su función, deben realizar como mínimo las expresadas en el artículo 23 de la mencionada Ley y el marco normativo institucional.

**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.

**Atención en Salud:** Servicios o tecnologías en salud suministrados a los individuos y a la comunidad para promover, mantener, monitorizar o restaurar el estado de salud.

**Categorías de riesgos prioritarios:** Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la SNS. Cabe resaltar que las IPS deben gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad y organización que cada entidad les quiera dar para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes riesgos: Riesgo en Salud, Riesgo Actuarial; Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo Operacional, y Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

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

**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

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

riesgos adoptados. Comprende la identificación, análisis, evaluación, tratamiento y monitoreo continuo de los riesgos.

**Conflicto de interés:** Se considera que existe un conflicto de interés cuando por una situación de control, influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas, se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal, desviaciones de recursos de seguridad social, o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector. Estos desequilibrios tienen su fundamento en un “interés privado” que motiva a actuar en contravía de sus obligaciones y puede generar un beneficio personal, comercial o económico para la parte que incurre en estas conductas.

**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.

**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 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.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

**Frecuencia:** Numero de eventos o efectos por unidad de tiempo definida (Anual). 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 del riesgo:** Proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos.

**Gobierno Organizacional:** Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables a cualquier tipo de entidad, mediante los cuales se dirige y controla la gestión de estas de conformidad con las disposiciones contenidas en la presente Circular y demás disposiciones sobre la materia. Tiene como objeto la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión de las entidades se realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión.

**Grupos de Riesgo:** Conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.

**Impacto:** Se entiende como las consecuencias que pueden ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

**Influencia Significativa:** El poder de intervenir en las decisiones de política financiera y de operación en la participación, sin llegar a tener el control ni el control conjunto de dichas decisiones.

**Mapa de riesgos:** Documento con la información resultante de la gestión del riesgo.

**Plan anticorrupción y de atención al ciudadano:** plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por todas las entidades.

**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 una entidad.

**Pruebas de desempeño o de autocomprobación (Back Testing):** Se desarrolla para evaluar y calibrar la consistencia y confiabilidad de la medición de los

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

indicadores de riesgos estimados por parte del modelo que se está utilizando, mediante la comparación de los resultados que el modelo arrojó, frente a los resultados observados. De esta manera se pueden identificar y ajustar los supuestos, parámetros y demás elementos que hacen parte del modelo de cálculo.

**Pruebas de tensión (Stress Testing):** Herramienta de diagnóstico donde bajo varios escenarios de estrés, se simulan diferentes choques extremos a los factores de riesgo para evaluar su sensibilidad e impacto, además de la capacidad de respuesta que las entidades tienen para enfrentarlos. Busca identificar fortalezas y vulnerabilidades de los Subsistemas de Administración de Riesgos de manera individual para cada riesgo, y así cada entidad pueda comprender mejor sus propios perfiles de riesgo y validar los límites establecidos.

**Probabilidad:** Posibilidad de ocurrencia del riesgo, se mide con criterios de frecuencia y factibilidad.

**Reputación:** Percepción agregada que sobre una organización tienen los agentes relacionados con ella, sean estos clientes, accionistas, grupos de interés, partes vinculadas o público en general, la cual tiene el potencial de afectar la confianza en la entidad, influenciando su volumen de negocios, y su situación general. Esta puede variar por factores tales como el desempeño, escándalos, menciones en prensa, entre otros.

**Riesgo:** La combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas.


**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 nos permite determinar el nivel de riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.

**Riesgo neto o residual:** Nivel de riesgo que resultado luego de la aplicación de las medidas de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.

**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.

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

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 13 de 99

**Riesgo de seguridad de la información:** Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño de un activo de la información.

**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.

**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.

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

**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.


## 7. CONTENIDO GENERAL

### 7.1 MARCO NORMATIVO

**Circular externa 018 de 2015:** En el marco del modelo de Inspección, Vigilancia y Control que se encuentra implementado en la Superintendencia Nacional de Salud, resulta necesario establecer criterios que permitan **clasificar** a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), privadas y públicas de acuerdo con su importancia y carácter estratégico, en la garantía de la prestación en el servicio en salud a la población afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en condiciones de eficiencia, oportunidad y calidad.

**Circular externa 009 de 2016:** Expedida por la Supersalud. Por la cual se imparten instrucciones relativas al sistema de administración del riesgo de lavado de activos y la 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).

<b>Elaboro:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 14 de 99

**Decreto 1499 de 2017:** Emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, Título 22 Sistema de Gestión. Define el Modelo Integrado de Planeación y gestión – MIPG con un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismo públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad.

**Resolución 004559 de 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, establece 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 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 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 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”*, La circular 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 2021:** Expedida por la Superintendencia Nacional de Salud–Supersalud, la Circular presenta *“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*

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 15 de 99

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, (...)”.

**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” en el artículo 9°, adicionó el artículo 34-7 de la Ley 1474 de 2011, Artículo 34-7 **PROGRAMAS DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL.**

**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*”.

**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 La Junta Directiva de la Empresa Social Del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz, N°022 de 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** 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. SICOF.

**Resolución 002072 de 2022** 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

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

CODIGO: MC-MA-004

VERSION: 2

MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS

FECHA: SEP 2023

Página 16 de 99

ESE Hospital Erasmo Meoz vigencia 2022”, y, designa el oficial de cumplimiento y suplente, con las funciones respectivas. SARLAFT.

**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.

**Acuerdo de Junta Directiva ESE HUEM de fecha 14- 09 de 2023:** Aprobación por la Junta Directiva de la ESSE HUEM el documento de adopción del Sistema Integrado de Gestión de Riesgo SIGR ESE HUEM. SUBSISTEMAS DE RIESGOS Y POLITICAS PARA MITIGACION DE RIESGOS

**Resolución 001752 de 27 de julio de 2023:** de la ESE HUEM Adopta los lineamientos de la SNS para el diseño e implementación del programa de Transparencia y ética empresarial PTEE, y designa el oficial de cumplimiento y sus funciones

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



## 7.2 ANTECEDENTES DE LA IMPLEMENTACION DEL SIGR

### Resolución 00256 de 26 enero de 2023

- Deroga la Resolución 00181- 2021 y Actualiza la Política de Administración del riesgo de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, 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 00133 de 13 enero de 2023

- Adopta la sexta versión del código de Integridad y Buen Gobierno de la ESE HUEM, anteriormente denominado Código de Integridad

### Resolución 002045 de 12 de septiembre de 2022

- Adopta la política del Subsistema de Administración Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude - SICOF

### Resolución 002072 de 14 Septiembre de 2022

- Actualiza la política del Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva SARLAFT

### Resolución N° 000181 de 2021

- Deroga la Resolución 00143 - 2019. Adopta la Política de Administración del Riesgo y las Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención del Ciudadano en la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz.

### Resolución N° 000143 de 2019

- Deroga la Resolución 00119 de 2016. Adoptó la Política de Administración de Riesgo, adoptando como metodología para la gestión de riesgos, los documentos "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas"

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

#### Resolución N° 00119 de 28 de Enero del 2016

- Se adoptó y actualizó la Política de Administración de Riesgo

#### Resolución N° 002137 de 30 de octubre 2008

- Por la cual se adopta el Manual de Administración de Riesgos en la E.S .E HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ”

#### Resolución N° 000508 de 11 de marzo 2008

- Por la cual se fijan las políticas en materias de administración de riesgo de la en EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ.

### 7.3 SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS

**QUE ES EL 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”

Para la ESE HUEM el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos. Consiste en implementar una estructura y metodología para la identificación, evaluación, control y monitoreo de todos los subsistemas de riesgos priorizados y adoptado por la Junta Directiva en el documento de adopción.

#### 7.3.1 OBJETIVO – SIGR ESE HUEM

El SIGR de la ESE HUEM, deben permitir incorporar acciones preventivas y correctivas a tiempo, dirigidas a mejorar los resultados en salud y financieros de la ESE HUEM, la satisfacción de los usuarios, la estabilidad de los agentes del sector y la confianza de la población en la entidad.

Permitir la adopción, desarrollo, **Apropiación, Implementación y Seguimiento** de las directrices relacionadas con las **Políticas de Gestión del Riesgo**, según los niveles de tolerancia al riesgo que la entidad esté dispuesta a asumir. Generar alertas tempranas y permitir incorporar acciones correctivas a tiempo, garantizando despliegue y cumplimiento en todos los procesos de la institución.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

### 7.3.2 FUNCIONES – SIGR

- 1) Implementar un conjunto de acciones coordinadas para administración de los riesgos.
- 2) Identificar, realizar seguimiento y diagnóstico de los riesgos existentes de la entidad.
- 3) Implementar políticas de gestión y control de riesgos orientadas a mitigar el impacto de los riesgos.
- 4) Identificar e implementar manuales, procedimientos, donde ese incluya metodologías de valoración de los riesgos y las funciones de los órganos de control (Control Interno, Auditoría interna, Revisor Fiscal).
- 5) Robustecer la infraestructura de supervisión encaminada a fortalecer internamente el control y gestión de riesgos. Administración Basada en Riesgos que desarrolle habilidades evaluativas sobre la calidad de la gestión de riesgos.
- 6) Impulsar las mejores prácticas de gobierno organizacional e incorporar el código de integridad y buen gobierno.
- 7) Fortalecer la prestación de Servicios de Salud y el cumplimiento de metas, y velar por el mejoramiento de la salud de los individuos y la mitigación de los riesgos de la entidad, brindando servicios con calidad y oportunidad.
- 8) Incrementar la probabilidad que los eventos de mayor impacto (eventos de salud, administrativos, financieros, entre otros) sean detectados y prevenidos antes que se materialicen.
- 9) Fomentar la cultura del autocontrol y de gestión de riesgos por parte de todos los integrantes de la ESE HUEM, como política institucional, incluyendo las políticas de control interno.
- 10) Con la gestión de los con la gestión de los subsistemas de administración de riesgos implementados, estratégicamente diseñados y debidamente documentados, generar condiciones de estabilidad operativa y financiera.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

### 7.3.3 SUBSISTEMAS DE RIESGOS DE LA ESE HUEM:

La Junta Directiva de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, teniendo en cuenta la operación, el marco normativo aplicable a la entidad, el direccionamiento de la Superintendencia Nacional de Salud en los actos administrativos y las circulares relacionadas, mediante acuerdo de **021** de fecha **14 de septiembre de 2023** Adopta el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos SIGR, y, prioriza y adopta 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 LA/FA
7. Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – COF

El Gerente como responsable de la administración del SIGR, adoptará los subsistemas para cada riesgo priorizado, y designará los responsables de cada subsistema.

### 7.4 ELEMENTOS DEL SIGR Y DE LOS SUBSISTEMAS

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 TECNOLOGICA
7. DIVULGACION DE LA INFORMACION Y CAPACITACIONES

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

### 7.4.1 CICLO GENERAL DE GESTION DE RIESGOS

Corresponde a las etapas que deben cumplir los subsistemas de riesgos.



#### 7.4.1.1. IDENTIFICACION DE RIESGOS

Consiste en reconocer, explorar exhaustivamente y **documentar todos los riesgos internos y externos** que podrían afectar tanto los objetivos de la entidad como la salud de los usuarios a su cargo (población objeto), en los casos que aplica, identificando:

- Las causas de los riesgos,
- Efectos potenciales y
- La posible interrelación entre los diferentes tipos de riesgos,

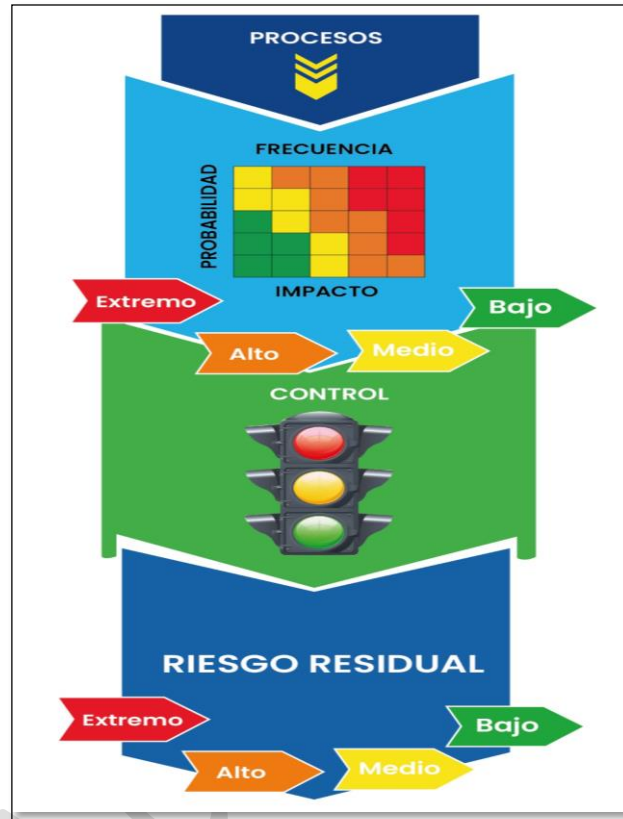
Para esta identificación se **selecciona las metodologías** y técnicas que consideren más adecuadas, como: Estudios científicos, encuestas, entrevistas estructuradas con expertos, talleres, lluvia de ideas, técnicas de escenarios, entre otros.

#### 7.4.1.2. EVALUACION Y MEDICION DE RIESGOS

Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. También se debe considerar el análisis de los riesgos inherentes y residuales, y su participación en el riesgo neto global.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

Se entenderá por valoración del riesgo, la medida cualitativa o cuantitativa de su **probabilidad de ocurrencia y su posible impacto**, Gráficamente se identifica la siguiente herramienta:



### 7.4.1.3. SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO DEL RIESGO


Una vez identificados y evaluados los riesgos, deben **compararse con los límites (tolerancia)** de riesgos aprobados y su política de riesgos, siempre dentro del marco normativo establecido.

Todo riesgo que exceda los límites o desviaciones aceptadas, debe ser objeto de actividades de mitigación y control a fin de regresar al nivel de riesgo tolerado, conforme la estrategia adoptada.

### 7.4.1.4. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

Establecer: Periodicidad y frecuencia acorde con los eventos, factores y naturaleza de riesgos identificados potenciales como:

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 23 de 99

- a) la evolución de los perfiles de riesgo
- b) exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de cada riesgo identificado
- c) desarrollar un sistema de alertas tempranas que facilitan la detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus subsistemas de administración de riesgos para evitar su materialización. (indicadores – TUCI)
- d) indicadores clave de desempeño

**En el numeral 7.5 se desarrolla la metodología para la gestión de riesgos.**

#### **7.4.2 POLITICAS DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS**

La(s) política(s) o lineamientos generales de Gestión y administración de riesgos proporciona una estructura clara y sistematizada para abordar y mitigar los riesgos, representada en un establecimiento de una Guía que define los procesos y los métodos que debe seguir la entidad para gestionar el riesgo de forma estructurada y sistematizada, involucrando todas las partes interesadas.


Las Políticas deben permitir el desarrollo del ciclo de la gestión de los riesgos prioritarios de forma efectiva, eficiente y oportuna, asegurar que se sigan procesos coherentes y se tomen decisiones informadas en relación con la identificación, evaluación, mitigación y monitoreo de los riesgos. Ayuda a fomentar la cultura de gestión de riesgos en todo el SIGR y por tanto en toda la ESE HUEM, garantizando que se cumplan los objetivos estratégicos mientras se minimizan los impactos negativos de los riesgos.

Cada una de las etapas y elementos para cada uno de los subsistemas de Administración de Riesgos debe contar con políticas claras y aplicables.

##### **7.4.2.1 PASOS PARA ELABORAR UNA POLITICA DE GESTION DE RIESGO**

- 1) Especificar** los responsables de monitorear y reportar, identificar funciones concretas.
- 2) Comunicación:** Identificar reportar eventos y los mecanismos de comunicación entre áreas.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 24 de 99

- 3) **Criterios:** Establecer los criterios o parámetros bajo los cuales se hace el análisis de riesgo
- 4) **Identificación:** cuándo, cómo, y donde se previenen los eventos de riesgo o 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

La SNS en la circular 20211700000004-5 de 2021, establece lineamientos mínimos que debe contemplar las políticas para la administración de riesgos, que se contemplan para la ESE HUEM en el numeral (7.6.4.1) de este manual.

### 7.4.3 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTION DE RIESGOS

Los lineamientos establecidos por la SNS en la circular 20211700000004-5 de 2021, respecto a los procesos y procedimientos de la entidad, deben cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

- a. Implementar las diferentes etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- b. Garantizar el efectivo y oportuno funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, de modo que se puedan adoptar oportunamente los correctivos necesarios.
- c. Definir las acciones a seguir en caso de incumplimiento de los límites fijados y los casos en los cuales se deban solicitar autorizaciones especiales.
- d. Generar informes internos y externos, que permitan la toma de decisiones de manera oportuna en todas las instancias de la organización.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



e. Garantizar como mínimo que las actividades de control del cumplimiento de los límites de los riesgos económicos y financieros sean llevadas a cabo por un área funcional diferente al área de tesorería.

### MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS

La ESE HUEM contempla la representación gráfica de los procesos mediante la herramienta de Mapa de Procesos, para la gestión de los riesgos es un componente clave del SIGR, Los procesos están clasificados en: Estratégicos, Misionales, y de Apoyo, de Evaluación.

**Estratégicos:** Son procesos que se enfocan en la formulación y ejecución de la estrategia de dirección y toma de decisiones, en el objetivo institucional como es la venta de servicios de salud y en el mejoramiento continuo de la calidad.

**Misionales:** Ingreso, Atención de Urgencias, Atención Hospitalaria, Atención consulta Externa, Atención Quirúrgica, Egreso, Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Docencia e Investigación.

**Apoyo:** Gestión financiera, Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Gestión de Información y Comunicación, Gestión de Ambiente y Recursos Físicos, Vigilancia Epidemiológica, Gestión de Tecnología, Adquisición de Bienes y Servicios.

**Evaluación:** Gestión de control Interno y vigilancia Epidemiológica



<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

#### 7.4.4 DOCUMENTACION

Las etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos deben quedar plasmados en documentos y registros, garantizando la integridad, oportunidad, trazabilidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.


Los procesos y procedimientos se deben adoptar y plasmar mediante documentos controlados, 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.

##### ➤ CONTENIDO MÍNIMO DE LA INFORMACIÓN DEL SIGR

La documentación debe contener como mínimo lo siguiente:

- 1) Las políticas para la administración de cada uno de los riesgos.
- 2) 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.
- 3) 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 entidad.
- 4) Los roles y responsabilidades de quienes participan en la gestión de los diversos riesgos identificados, especialmente los prioritarios.
- 5) Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas y objetivos de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- 6) Roles, responsabilidades y acciones de los órganos de control interno frente a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- 7) Las estrategias de capacitación y divulgación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	<b>CODIGO: MC-MA-004</b>
		<b>VERSION: 2</b>
	<b>MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS</b>	<b>FECHA: SEP 2023</b>
		<b>Página 27 de 99</b>

➤ **DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL SIGR**

La ESE HUEM debe mantener en todo momento, a disposición de los interesados interno y externos como la Superintendencia Nacional de Salud, la documentación e información correspondiente al SIGR, en medio físico o medio magnético y previendo como mínimo:

- 1) Actas de Junta Directiva, donde conste la aprobación de las políticas de cada uno de los subsistemas de administración de riesgos y actas de ajustes o modificaciones al SIGR.
- 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.
- 3) El código de Conducta y buen gobierno
- 4) Reportes presentados por la Junta Directiva, el representante legal. Entre estos debe encontrarse un reporte sobre el cumplimiento de los límites y del nivel de exposición de los riesgos adoptados para la ESE HUEM, principalmente los prioritarios.
- 5) Los Informes presentados por el Revisor Fiscal, sobre al funcionamiento y resultados de la implementación de cada uno de los subsistemas de Administración de Riesgos adoptados para la ESE HUEM.
- 6) Actas de Junta Directiva donde conste la presentación de los informes de gestión del SIGR por el gerente y revisor fiscal.
- 7) Actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Comité de Control Interno, en el cual la temática incluyera el SIGR.
- 8) Las constancias de las capacitaciones impartidas a todos los funcionarios, empleados, integrantes de Junta Directiva, Directivos, Responsables de los Subsistemas, líderes y cualquier otra persona que tenga vinculación con la entidad sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, con el fin de asegurar que sean entendidas e implementadas en todos los niveles del Hospital Universitario Erasmo Meoz.
- 9) Los documentos y registros que evidencien el funcionamiento oportuno, efectivo y eficiente de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos Adoptado para la ESE HUEM.

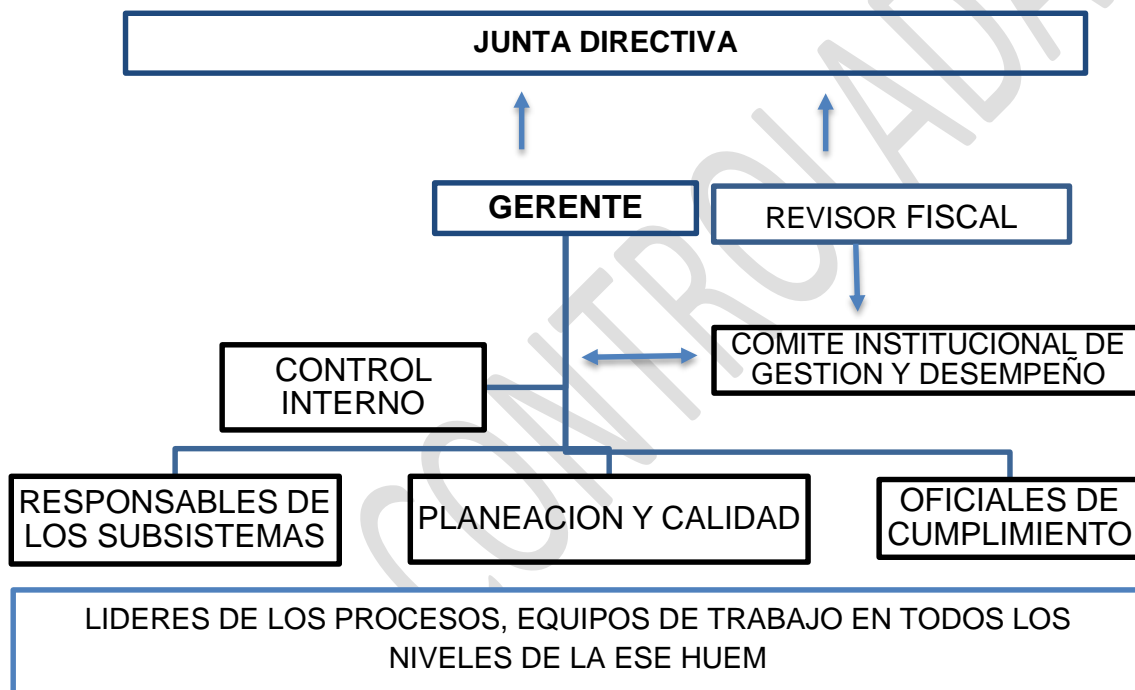
<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

- 10) Las metodologías, parámetros, fuentes de información y demás elementos utilizados para la medición de cada uno de los riesgos.
- 11) Las bases de datos utilizadas para la gestión de los diferentes riesgos y especialmente los riesgos de los subsistemas adoptados por la Junta Directiva.
- 12) El procedimiento a seguir en caso de incumplimiento a los límites preestablecidos en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- 13) Establecer requisitos de seguridad, de forma tal, que se permita la consulta a información sensible, únicamente por parte de funcionarios autorizados.
- 14) Determinar criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de la información.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

### 7.4.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA ADMINISTRACION DEL SIGR

Para la administración del sistema Integrado de Gestión de riesgos, la **ESE HUEM** implementa una estructura apropiada, teniendo en cuenta su estructura orgánica, y las características especiales de la entidad. Permitiendo contar con personal idóneo para la administración de los riesgos, así como asignar responsabilidades de las diferentes personas y áreas involucradas en los respectivos procesos y procedimientos, establecer reglas internas dirigidas a prevenir y sancionar conflictos de interés, a controlar el uso y a asegurar la reserva de la información.



**Junta Directiva de la ESE HUEM:** Adopta el sistema Integrado de Gestión de Riesgos, establece los Riesgos Prioritarios que debe desarrollar la ESE HUEM, Adopta las políticas o lineamientos generales y 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 recibido de la gerencia (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.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

✚ **Gerente de la ESE HUEM:** Designado por la Junta Directiva como responsable de la administración del SIGR, con las siguientes funciones:

- a) 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.
- b) Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas del Sistema Integrado de Gestión de riesgo adoptadas por la Junta Directiva.
- c) 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.
- d) Diseño e implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial PTEE con presentación a la Junta Directiva.
- e) 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.
- f) 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.
- g) 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.
- h) Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de Control Interno.
- i) 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.
- j) 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.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

- k) 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.
- l) 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.
- m) 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.

🚩 **Revisor Fiscal de la ESE HUEM:** Nombrado por la Junta Directiva, para la auditoría integral de entidad.

En la 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 del SIGR y de cada 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, SICOF, 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.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

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

- a. 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.
- b. Proporcionar aseguramiento objetivo gestión y administración de los subsistemas adoptados por la Junta Directiva para la ESE HUEM.
- c. Evaluar el funcionamiento de la primera y segunda línea de defensa de cada subsistema.
- d. Realiza seguimiento o monitoreo a las eficiencia y eficacia de las políticas, procedimientos y controles.
- e. 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:

- a. Identificar, medir, control y monitoreo de cada uno de los riesgos
- b. Apoyar el diseño de las metodologías de segmentación, identificación medición, control y monitoreo de los riesgos a los que está expuesta la entidad.
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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.
- f. Evaluación continua del ciclo para detectar desviaciones y generar insumos para la formulación de los planes de mejoramiento.
- g. Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



✚ **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:

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.

Validar la efectividad del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de los sub sistemas por los cuales está conformado.

✚ **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:

- a. Actuar de forma independiente y sin sesgos de las áreas misionales relacionadas con la prestación de los servicios de salud.
- b. Actuar de forma independiente y sin sesgos de las áreas encargadas de las negociaciones (compras, tesorería, contratación).
- c. 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.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

## LINEAS DE DEFENSA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGO DE LA ESE HUEM.




✚ **Línea estratégica de defensa del SIGR:** La función principal de esta línea de defensa se centra en la **emisión, revisión, validación y supervisión** del cumplimiento de políticas, analiza riesgos y amenazas institucionales al cumplimiento de los planes estratégicos, define el marco general para la gestión de riesgos, ajustes al SIGR y garantiza el cumplimiento de los planes de la ESE HUEM.

✚ **Primera línea de defensa del SIGR:** Esta es la línea de defensa más cercana a las operaciones de la ESE HUEM. Incluye a los equipos de trabajo que realizan actividades y toman decisiones que pueden generar riesgos. Esta línea de defensa **gestionar los riesgos, realiza el seguimiento y monitoreo permanente, es desarrollada** por los líderes, coordinadores o responsables de los procesos y sus equipos de trabajo en conjunto con el mantenimiento constante de sus controles, sobre la base del día a día, por lo tanto, **identifica, evalúa, controla y mitiga** los riesgos de los diferentes procesos.

Función Principal: **EL AUTOCONTROL**

✚ **Segunda línea de defensa del SIGR:** La segunda Realiza el **monitoreo y evaluación** de los controles de la gestión del riesgo, implementados en la primera línea de defensa, verificando que estén diseñados apropiadamente y funcionen correctamente, supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgos

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 35 de 99

eficaces, respaldan las actividades de primera línea, asegurando que se sigan políticas y procedimientos de primera línea, que los riesgos se gestionen eficazmente. Proporciona informes y análisis de riesgos a la alta dirección.

**Consolidan y analizan información sobre el comportamiento de los riesgos. Los responsables de los subsistemas de riesgos según designación de la gerencia.**

Función Principal: **MONITOREO Y EVALUACION**

- + **Tercera línea de defensa:** Es conformada por la oficina de control interno, la cual realiza la **evaluación independiente** y objetiva los controles de la segunda línea de defensa para asegurar su efectividad y cobertura; a su vez evalúa controles de Primera línea de defensa que no estén cubiertos.

Función Principal: **EVALUACION INDEPENDIENTE**

#### 7.4.6 INFRAESTRUCTURA TECNOLOGICA

La infraestructura Tecnológica desempeña un papel crucial en la administración eficaz del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de los subsistemas en toda la ESE HUEM. La utilización de una plataforma tecnológica común puede simplificar u mejorar la eficiencia de la gestión y administración de riesgos en toda la ESE HUEM. Se tiene por tanto en cuenta las siguientes consideraciones:

**7.4.6.1 Selección de una Plataforma Tecnológica:** La ESE HUEM utiliza el sistema de información Dinámica Gerencial.NET, Red Institucional de Información. Plataforma tecnológica que adaptable a las necesidades específicas del SGR y sus subsistemas. La Administración debe garantizar Incluir módulo de gestión de riesgos, integrado con el Sistema de información.

#### 7.4.6.2 Implementación Plataforma Tecnológica

**Integración de Subsistemas:** Los subsistemas adoptados por la Junta Directiva para la Gestión de los diferentes tipos de Riesgos, la plataforma tecnológica debe permitir gestionar los diferentes tipos de riesgos, así como la integración de los subsistemas para garantizar una holística de los riesgos en toda la ESE HUEM, base para en análisis y la generación de informes relacionados con el SIRGR.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

**Automatización de Procesos:** La plataforma tecnológica utilizada por la ESE HUEM permite la automatización de procesos institucionales los cuales están relacionados con la gestión de riesgos como la recopilación y análisis de datos, la generación de informes y el seguimiento a acciones correctivas, seguimiento a acciones correctivas y planes de mejora.

**Acceso Seguro:** Se deben implementar medidas de seguridad sólida para proteger la información relacionada con la gestión de riesgos. Esto incluye la autenticación de usuarios, el control de acceso y la encriptación de datos.

**Generación de informes:** La plataforma tecnológica debe permitir la generación de informes personalizados que muestren el estado de la gestión de los subsistemas de riesgos de la ESE HUEM. Estos informes son valiosos para la toma de decisiones y la presentación de informes a los interesados.

**Capacitación y Soportes:** Proporcionar capacitación a los usuarios de la plataforma tecnológica y establecer un sistema de soporte técnico para abordar problemas y preguntas relacionadas con el uso de la tecnología.


**Actualización Continua:** Mantener la plataforma tecnológica actualizada con las últimas versiones y parches para garantizar su seguridad y funcionalidad.

**Integración con Otros Sistemas:** Dado que la ESE HUEM utiliza un sistema de información que integra la gestión médica con la operación, administración y financiera, es importante que la plataforma tecnológica del SIGR se integre de manera efectiva con este sistema para garantizar la coherencia de los datos y la información.

**Respaldo y Recuperación de Datos:** Implementar procedimientos de respaldo regulares y planes de recuperación de desastres para proteger los datos relacionados con la gestión de riesgos en caso de fallo o incidentes.

En el numeral noveno (9) de este manual, se proporcionan detalles específicos sobre cómo se implementará en la ESE HUEM la infraestructura tecnológica para el SIGR y sus subsistemas, incluyendo la selección de la plataforma tecnológica, los procedimientos de seguridad y las responsabilidades relacionadas con la gestión de la tecnología. Esto garantizará que la tecnología respalde eficazmente la gestión de riesgos en la organización.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 37 de 99

#### 7.4.7 DIVULGACION DE LA INFORMACION Y CAPACITACIONES

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos – SIGR siendo un sistema transversal a toda la entidad ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz. La Comunicación, Divulgación y Socialización del SIGR son aspectos críticos para su efectiva implementación y funcionamiento. Se requiere tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- **Comunicación Interna:** Es esencial comunicar de manera efectiva la importancia del SIGR a todos los niveles de la ESE HUEM. Esto incluye la línea estratégica de defensa, los líderes de equipos y todos los colaboradores. Deben comprender por qué es importante y como pueden contribuir a su éxito.
- **Capacitación:** La capacitación es crucial para asegurar de que las personas comprendan cómo identificar, evaluar y gestionar los riesgos y las políticas relacionadas con la gestión de riesgos. Además, la capacitación debe ser continua para mantener al tanto de los cambios y las mejores prácticas.
- **Divulgación Externa:** Además de la comunicación interna, es importante considerar la divulgación externa. Esto puede incluir comunicarse con aliados estratégicos, reguladores, proveedores y otras partes interesadas externas para asegurarse de que estén al tanto de los esfuerzos de gestión de riesgos de la ESE HUEM.
- **Socialización de Políticas y Procedimientos:** Asegurarse de que las políticas y procedimientos relacionados y con la gestión de riesgos sean fácilmente accesibles y comprensibles para todos los colaboradores. Esto puede implicar la creación de manuales, guías y recursos de referencia.
- **Despliegue:** El despliegue del SIGR implica implementar las políticas y procedimientos a todas las áreas de la ESE HUEM de manera coherente. Esto puede requerir la asignación de responsabilidades específicas y la designación de puntos de contacto de cada área.
- **Monitoreo y Retroalimentación:** Establece un proceso para monitorear continuamente la efectividad del SIGR y recopilar retroalimentación de los colaboradores. Esto puede ayudar a identificar áreas de mejora y hacer ajustes según sea necesario.
- **Cultura de Riesgo:** Fomenta la cultura de gestión de riesgo, en la ESE HUEM. Esto implica promover la conciencia de riesgo, la responsabilidad compartida y la transparencia en la toma de decisiones relacionadas con riesgos.

El numeral diez (10) de este manual proporciona detalles específicos sobre cómo se llevará a cabo la comunicación, divulgación y socialización del SIGR y cada uno de sus subsistemas, incluyendo los procedimientos, responsabilidades y cronogramas

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

asociados. Esto garantizará que todos estén al tanto u comprometidos con la gestión efectiva de riesgos en la ESE HUEM.

## 7.5 GESTION Y ADMINISTRACION DE RIESGOS ESE HUEM

### Criterios generales para la identificación, prevención y control de los riesgos

- 1) **Definición de Límites:** Límites claros sobre cuánto riesgo está dispuesta a aceptar en sus operaciones. Estos límites pueden variar según el tipo de riesgo y la importancia de los objetivos.
- 2) **Evaluación de Riesgos:** Evaluar y medir los riesgos en relación con los objetivos para determinar si están dentro de los límites de tolerancia. Esto implica: identificar los riesgos evaluar su impacto y probabilidad, y compararlos con los límites establecidos.
- 3) **Decisiones Informadas:** La información sobre los riesgos y su relación con los objetivos deber estar disponible para los responsables de los subsistemas, la gerencia y otros responsables de la toma de decisiones. Permite tomar decisiones informadas adicionales para mitigar los riesgos o si se puede aceptar dentro de los límites establecidos.
- 4) **Gestión Activa:** Los responsables de los subsistemas de riesgo deben llevar una gestión activad de los riesgos que se encuentren fuera de los límites de tolerancia. Esto puede implicar la implementación de medidas de mitigación o cambios en las estrategias.
- 5) **Monitorización Continua:** La tolerancia al riesgo no es estática y puede cambiar con el tiempo debido a cambios en el entorno operativo o en los objetivos organizacionales. Por tanto, es necesario que los responsables de los subsistemas realizar un monitoreo continuo de los riesgos y de si están dentro de los límites de tolerancia.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

## CONCEPTOS BASICOS

RIESGO		RIESGO INHERENTE	RIESGO RESIDUAL
<b>Efecto</b> que se causa sobre los objetivos de la ESE HUEM, debido a eventos potenciales	Los eventos potenciales hacen referencia a la <b>posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones</b> , en el recurso humano, los procesos, la tecnología la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos.	Los niveles de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto, nos permite determinar el nivel de riesgo inherente, dentro de unas estacas de severidad.	El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.
PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO	
Posibilidad de ocurrencia del riesgo.	Efecto o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.	Es el valor que se determina a partir de <b>combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto</b> que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos.	
La Probabilidad inherente será el número de veces que pasa por el punto de riesgo en el periodo de un año.			
FACTOR DE RIESGO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	
Fuentes generadoras de riesgo	<b>Circunstancia bajo las cuales se presenta el riesgo</b> , pero no constituye causa principal o base para que se presente riesgo	<b>Causa principal o básica</b> , corresponde a las razones por las cuales se puede presentar el riesgo	
Causa Raíz (Causa Eficiente o Causa Adecuada): Es el <b>evento (acción u omisión que de presentarse es generador directo de un efecto dañino)</b> sobre los bienes, recursos o patrimonio de la ESE HUEM. Es la condición necesaria, de tal forma que, si ese hecho no se produce, el daño no se genera. La causa raíz se asocia con un hecho generador de daño.			

Elaboro:

Equipo de Planeación y calidad

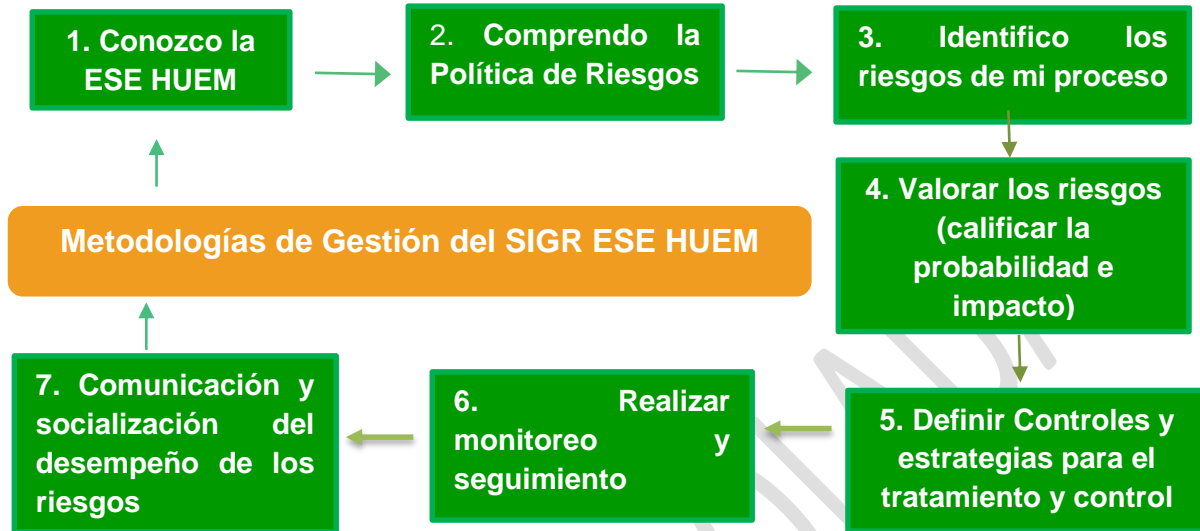
Reviso:

Asesor de planeación y Calidad

Aprobó:

Comité de Gestión y Desempeño

## 7.6 METODOLOGÍA DE GESTION DEL SIGR ESE HUEM



### 7.6.1 Conocer la ese HUEM

Siendo el SIGR de la ESE HUEM transversal a toda la entidad, la administración de sistema y de los subsistemas parten del conocimiento de la entidad por todos los interesados, en todos los niveles de la estructura de gestión de los riesgos como en las diferentes líneas de defensa.

El conocimiento de la ESE HUEM, de los procesos, permite reconocimiento e identificación de los riesgos, identificación de controles, los límites de aceptación y estrategias de mitigación de los riesgos, así como la confiabilidad de la información acerca de la exposición al riesgo y de la gestión de los eventos adversos ocurridos, identificados y reportados en el sistema de información,

### 7.6.2 IDENTIFICAR Y REDACTAR LOS RIESGOS DEL PROCESO

#### TÉCNICAS DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

La importancia de estas técnicas al momento de definir el riesgo (Identificación del Riesgo) está relacionado directamente con las características del objetivo, entre estas:

- 1) ENTREVISTAS
- 2) DIAGRAMA CAUSA EFECTO
- 3) REVISION DE SUPUESTOS

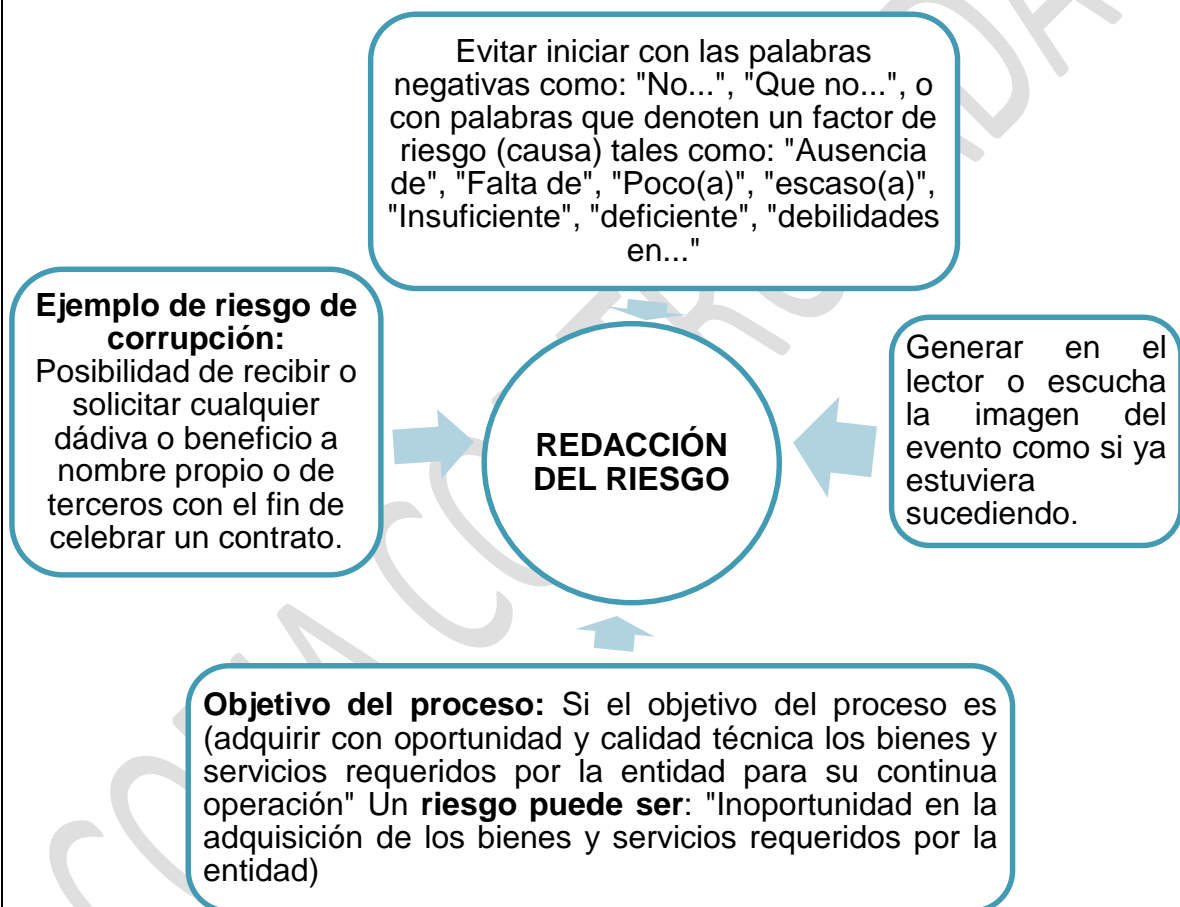
Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



- 4) CUESTIONARIOS Y LISTAS DE VERIFICACION
- 5) LLUVIA DE IDEAS, METODO PHI
- 6) MATRIZ DOFA: (Fortalezas, Debilidades, Oportunidades, Amenazas)

### 7.6.3 REDACTAR LOS RIESGOS

#### TÉCNICAS DE REDACCIÓN DE RIESGOS



Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

### 7.6.4 VALORAR LOS RIEGOS (probabilidad e impacto)

La valoración del riesgo busca aportar a la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto. En cuanto a la frecuencia de la actividad.

- **Determinar la Probabilidad:** es la posibilidad de ocurrencia del riesgo. El Nivel de Probabilidad, la exposición al riesgo estará asociada al proceso o actividad que se esté analizando. **Probabilidad Inherente:** es el número de veces que pasa por el punto de riesgo en el periodo de un (1) año.

En la gestión de los riesgos de los subsistemas, se requiere implementar herramientas gráficas que permitan valorar el riesgo. Ejemplo:


	Frecuencia de actividad	Probabilidad
<b>Muy baja</b>	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
<b>Baja</b>	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
<b>Media</b>	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
<b>Alta</b>	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
<b>Muy Alta</b>	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

Cada Subsistema desarrolla las herramientas gráficas, según los elementos de valoración de los riesgos propios del subsistema.

### 7.6.5 MEDIR LA EXPOSICION DE LA ENTIDAD A LOS IMPACTOS DEL RIESGO

Efectos o situaciones resultantes de la **Materialización del riesgo** que impacta en el proceso, la entidad, los procesos y demás partes interesadas. De igual manera es preciso utilizar herramientas que permitan cuantificar en cada subsistema, la exposición a los diferentes riesgos; cada subsistema de riesgos debe aplicar herramienta de valorar con herramienta de mapa de calor la exposición del riesgo y el impacto respectivo.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2023
		Página 43 de 99

### 7.6.6 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.

Análisis a partir de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se busca determinar la zona de Riesgo inicial (RIESGO INHERENTE).

Análisis preliminar (Riesgo Inherente: Se trata de determinar los niveles de severidad a través de la combinación entre la probabilidad y el impacto. Se definen cuatro (4) zonas de severidad en el mapa de calor.

### 7.6.7 EVALUACION DE LOS RIESGOS PARA MEDIR LA EXPOSICION DE LA ESE HUEM A LOS IMPACTOS DEL RIESGO

Tratamiento del riesgo consiste en seleccionar y aplicar las medidas más adecuadas, con el fin de poder establecer mecanismos de administración de los riesgos, así como niveles de tolerancia o aceptación de los riesgos identificados.

**Tolerancia o Aceptación:** La tolerancia o aceptación en el del riesgo se refiere al nivel de riesgos que el Hospital Universitario Erasmo Meoz, está dispuesta a asumir o en relación con sus objetivos y actividades. Es esencial para establecer los límites claros sobre cuánto riesgo está dispuesto a asumir y establecer los riesgos sujetos al tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afecten los objetivos institucionales y son considerados para cada uno de los procesos. Aspectos clave relacionados con la tolerancia al riesgo en la ESE HUEM.

- 1) El Hospital Universitario Erasmo Meoz tolera o acepta los riesgos que se encuentren en zona residual **BAJA y MODERADA**, los riesgos es estas zonas cumplen con los criterios de aceptación de riesgo, no es necesario, para estos establecer acciones de control preventivas que permitan reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo, más sin embargo si no se presente riesgo en zona **EXTREMA** se conservara la misma metodología priorizando la zona de más alta a la zona baja de riesgo.
- 2) Los riesgos del Hospital universitario Erasmo Meoz se priorizan los que se consideren en **ALTO O EXTREMO** o que sean de **CORRUPCION**, se deben incluir en la matriz de riesgos y se establecen acciones de control preventivas que permitan mitigar la materialización del riesgo y se debe hacer seguimiento más estricto al momento de su respectiva materialización.
- 3) Los riesgos de Seguridad de la información (Seguridad de la informática, Seguridad de la Información y Seguridad Digital) identificados como **EXTREMOS, ALTOS y MODERADOS**, se consolidarán para el tratamiento de

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

riesgos de Seguridad de la información, monitoreando la operación de los controles constantemente.

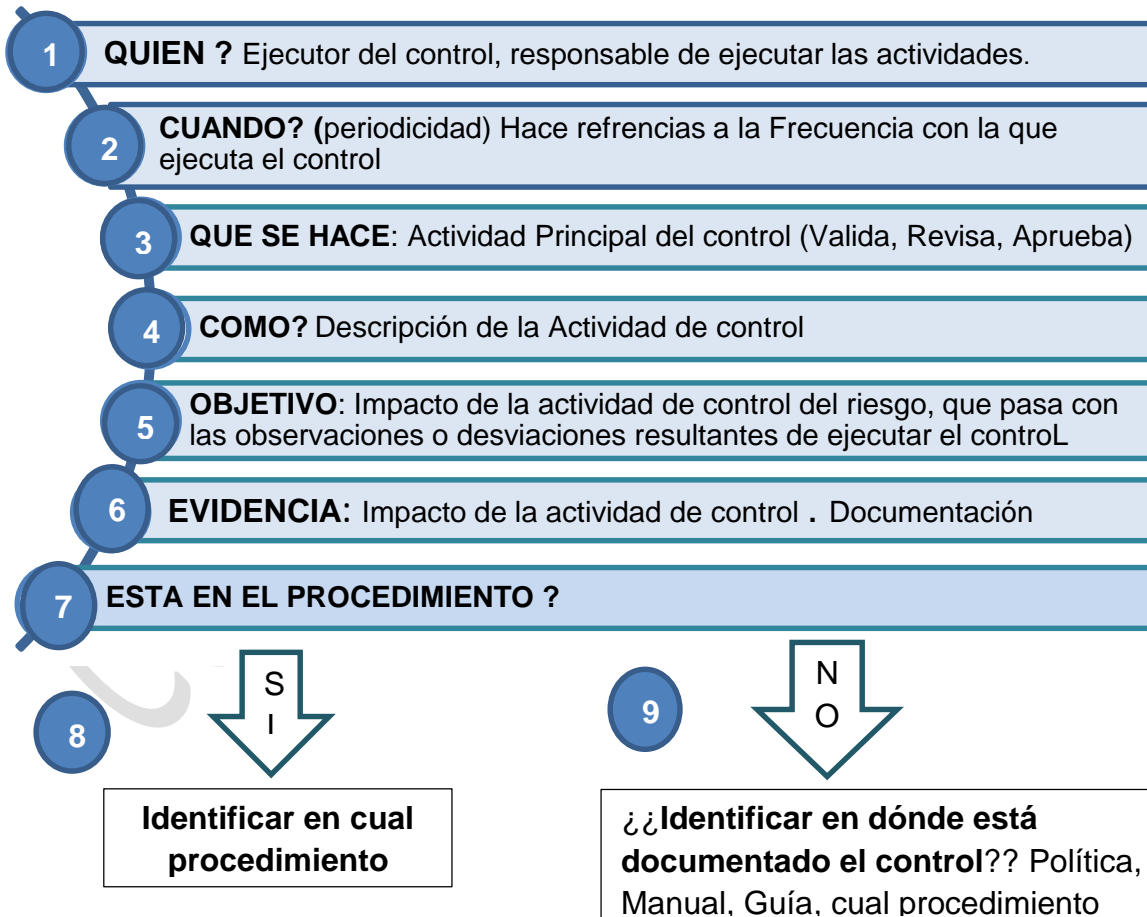
4) Riesgos de Corrupción no son aceptables bajo ninguna circunstancia

### 7.6.8 DEFINIR CONTROLES Y ESTRATEGIAS

#### 7.6.8.1 ESTRUCTURA DE LOS CONTROLES PARA GESTION DE LOS RIESGO

**CONTROL:** Acciones realizadas que ayudan a responder a los riesgos facilitando el logro de los objetivos. Toda medida tomada para mitigar o gestionar riesgo, para aumentar la probabilidad que el proceso logre metas y objetivos

Establecer el control



<b>Elaboro:</b> Equipo de Planeación y calidad	<b>Reviso:</b> Asesor de planeación y Calidad	<b>Aprobó:</b> Comité de Gestión y Desempeño
---	--	---

**Contemplar:** Acciones para las desviaciones u observaciones.

**TIPO DE CONTROL:** Manual, Automático o Dependiente de Tecnología Informática.

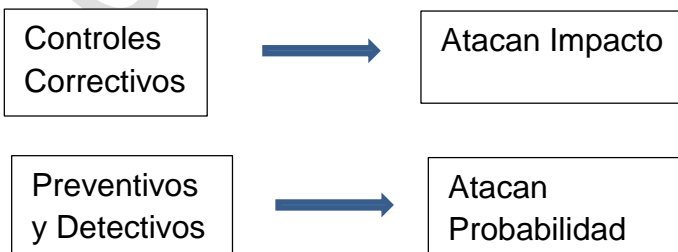
**NATURALEZA DEL CONTROL:** Preventivo, Detectivo o Correctivo

Características de los controles:

- 1) Atacan las CAUSAS
- 2) Un control puede atacar más de una causa
- 3) TODAS las causas deben tener asociado un control
- 4) Las causas incontrolables se analizan, pero no tendrán control asociado ya que al final no será un mecanismo efectivo.

CARACTERISTICAS		DESCRIPCION	
ATRIBUTOS DE EFICIENCIA	TIPO	Preventivo	Va hacia las causas del riesgo, aseguran el resultado final esperado
		Detectivo	Detecta que algo ocurre y devuelve el proceso a los controles preventivos. Se pueden generar reprocesos
		Correctivo	Dado que permite reducir el impacto de la materialización del riesgo, tienen un costo en su implementación
	IMPLEMENTACION	Automático	Son actividades de procedimiento o validación de información que se ejecutan por un sistema y/o aplicativo de manera automática sin la intervención de personas para su realización
Manual		Controles que son ejecutados por una persona, tiene implícito el error humano	

Tomado: Presentación Gestión de Riesgo Sector Publico



Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

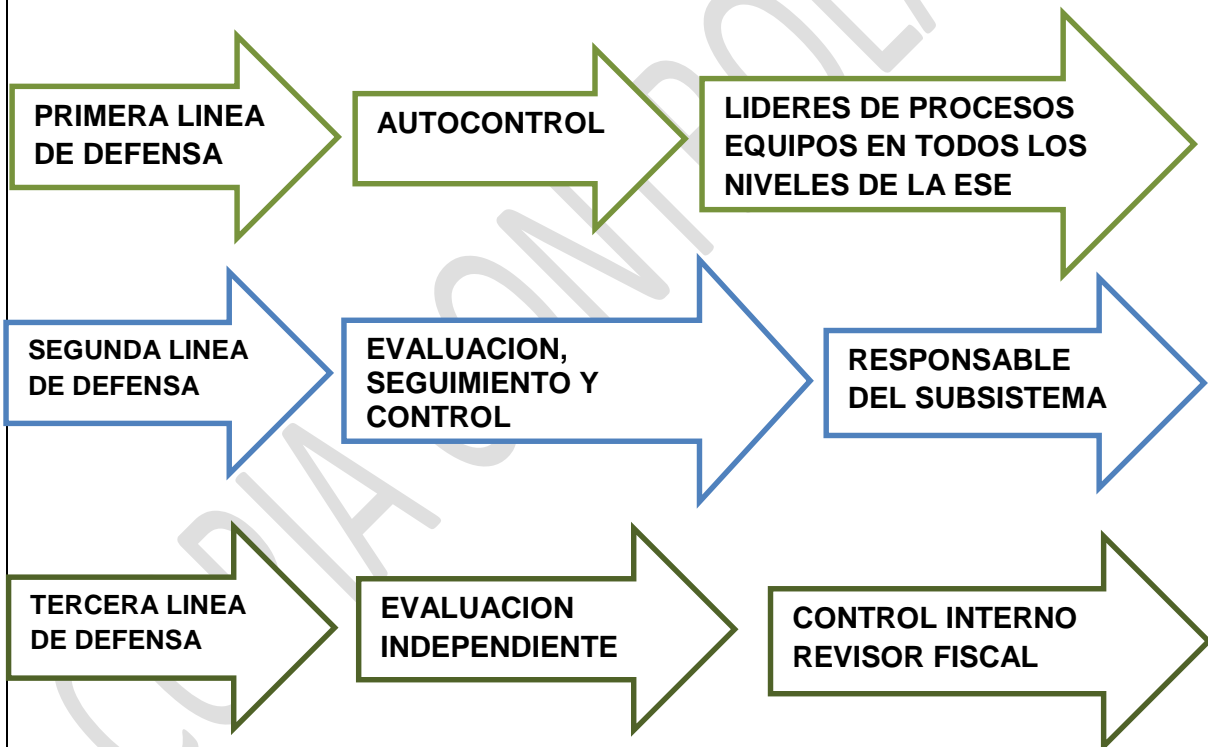
### 7.6.9 ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL RIESGO

#### REDUCIR

- Transferir
- Mitigar
  - Plan de Acción
- Ejecutar: Responsable, Fecha de Implementación y Seguimiento.

#### EVITAR

#### ACEPTAR



El responsable del subsistema designado por el gerente realiza la AUTOEVALUACION del Mismo Subsistema.

**Control Interno de Gestión:** realizará auditoria y seguimiento a los Subsistemas de riesgos, evaluación de los mapas de riesgo. Utiliza la metodología con el procedimiento a seguimiento de mapas de riesgo CI-PR-007

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

Como resultado de la aplicación de la auditoría, las no conformidades, generan plan de mejora, y, las acciones de mejora quedan plasmadas en el formato **CI-FO-005** Informe de auditoría y deben ser cargadas al software de planes de mejoramiento por el líder del proceso auditado, elementos a evaluar:

- 1) Determinar la efectividad de los controles.
- 2) Mejorar la valoración de los riesgos.
- 3) Mejorar los controles.
- 4) Analizar el diseño e idoneidad de los controles y si son adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de corrupción.
- 5) Determinar si se adelantaron acciones de monitoreo.

#### **7.6.10 ESTABLECER LA POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS**

Las políticas en la ESE HUEM, se convierten en una guía para definir a los colaboradores de la institución los límites dentro de los cuales pueden operar ante una determinada situación y el compromiso gerencial y/o administrativo frente a la misma.

**POLITICA:** Lineamientos generales que permitan el desarrollo del ciclo de la gestión de los riesgos prioritarios de forma eficiente y oportuna.


**OBJETIVO:** Establecimiento de una Guía que define los procesos y los métodos que debe seguir la ESE HUEM entidad para gestionar el riesgo de forma estructurada y sistematizada, involucrando todas las partes interesadas.

Cada una de las etapas y elementos para cada uno de los subsistemas de Administración de Riesgos debe contar con políticas claras y aplicables.

#### **➤ PASOS PARA ELABORAR POLITICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGO**

Presentan en el (Numeral 7.4.2) de este manual.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	VERSION: 2
		FECHA: SEP 2023
		Página 48 de 99

➤ **ASPECTOS DE DISEÑO DE POLITICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS**

como mínimo, los siguientes aspectos en su diseño y operación, que para la ESE HUEM son:

1. 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.
2. Instaurar una cultura de autocontrol, autorregulación, autogestión y mejoramiento continuo en todos los niveles de la entidad, liderada por la gerencia, que oriente el desarrollo de competencias en la gestión de riesgos.
3. Comunicar a todos los niveles de la ESE HUEM sobre la política de gestión de riesgos establecida.
4. Fijar lineamientos de ética y conducta que orienten el actuar de los funcionarios de la entidad 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.
5. 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.
6. 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 entidad, y de esta manera poderlos trabajar de forma independiente.
7. Especificar de manera clara y precisa los criterios para cada una de las etapas del ciclo de gestión de riesgo en cada riesgo identificado.
8. Determinar la directriz institucional en materia de la exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios, reflejando su nivel máximo de tolerancia, acorde con las metodologías para definir las escalas de calificación establecidas por la entidad.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



9. 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.
10. 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 previamente establecidas por cada entidad bajo un análisis autónomo, al enfrentar cambios fuertes e inesperados en las condiciones de la entidad, por ejemplo.
11. Iniciar las acciones necesarias y oportunas en respuesta a los cambios en el perfil de riesgo de la entidad.
12. Establecer la periodicidad de revisión de la Política, que se ajuste en todo momento a las condiciones particulares de la entidad, para la ESE HUEM mínimo una vez al año o cuando se identifique aspectos normativos por entes reguladores o del SGSSS.
13. Efectuar un monitoreo periódico al cumplimiento de los lineamientos de los Subsistemas de Administración de Riesgos y como mínimo al comportamiento de cada uno de los riesgos prioritarios.
14. Fijar políticas de Sistemas de Información y manejo de bases de datos. Las entidades deberán incluir en sus políticas, los criterios de seguridad y calidad de la información de todas y cada una de sus 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.
15. Instaurar políticas para garantizar que se cuente con información adecuada para la cuantificación de los diferentes riesgos.
16. 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.
17. Establecer los lineamientos del sistema de control interno y el monitoreo frente a los diferentes riesgos.
18. 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.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

19. Precisar los parámetros generales de la infraestructura tecnológica y el equipo técnico necesario para el adecuado funcionamiento de la gestión de riesgos.
20. 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.
21. Establecer una adecuada estructura organizacional que permita un desarrollo apropiado del Código de Conducta y Buen Gobierno en pro de la mejora continua en la implementación y administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de sus Subsistemas.

### **POLITICA INSTITUCIONAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS ESE HUEM.**

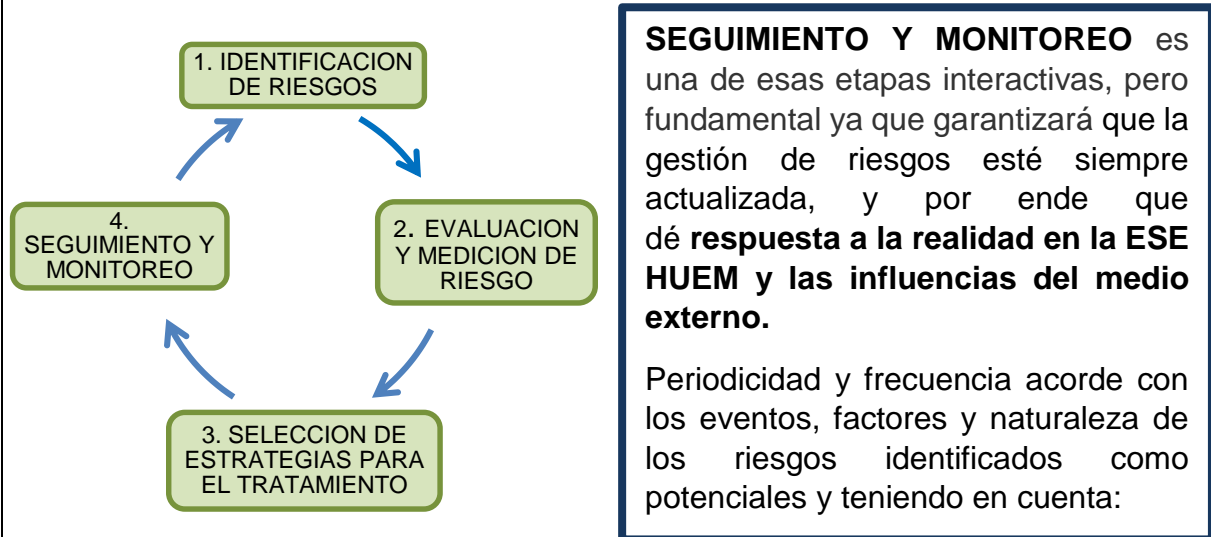
*“La Gerencia de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, en su rol de administradora del SIGR adoptado por la Junta Directiva, se compromete a asegurar el cumplimiento de las normas relacionadas con el sistema. Este compromiso debe estar alineado con el Direccionamiento Estratégico, la Gestión por 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”*

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

### 7.6.11 SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS RIESGOS



1. LA EVOLUCION DE LOS PERFILES DE RIESGO
2. EXPOSICIÓN FRENTE A POSIBLES PÉRDIDAS A CAUSA DE LA MATERIALIZACION DE CADA RIESGO IDENTIFICADO
3. DESARROLLAR UN SISTEMA DE ALERTAS TEMPRANAS QUE FACILITAN LA DETECCIÓN, CORRECCION Y AJUSTES DE LAS DEFICIENCIA EN CADA UNO DE SUS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS PARA EVITAR SU MATERIALIZACION. (INDICADORES SISTEMA DE INFORMACION)

➤ **MAPAS DE RIESGOS – MATRIZ DE RIESGO**

#### HERRAMIENTAS PARA EL SEGUIMIENTO MONITOREO DE LOS RIESGOS

**MAPA DE RIESGOS:** Herramienta para el seguimiento, monitoreo y gestión de los riesgos de la ESE HUEM, Representación gráfica donde se presentan los riesgos identificados y clasificados, permite el análisis esencial, se construyen en la primera línea de defensa.

Cada Subsistema de Riesgo Adoptado, diseña y gestiona los mapas de riesgo que permitan la gestión y administración de los riesgos del subsistema, que desarrollen los siguientes elementos:

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

1. **Identificar el Riesgo:** Identificar el proceso, tipo de riesgo, descripción del riesgo, impacto, causa, clasificación y frecuencia.
2. Analizar y Valorar los Riesgo: Causa, Efecto, Impacto
3. Evaluar el Riesgo Residual
4. Estructurar y Valorar los Controles
5. Establecer escalas de valoración y medición (mapas de calor) de: probabilidad, impacto, control.

### 7.6.12 COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACION

La comunicación y socialización sobre el comportamiento de los riesgos se soporta en los procesos de mejoramiento continuo institucional establecidos en la ESE HUEM, en los diferentes niveles de mejoramiento. Según los objetivos y las líneas de defensa del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos ESE HUEM.

- **MECANISMOS DE COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACION**
- **SOCIALIZACION, EVALUACION Y ANALISIS MENSUAL**

Las reuniones del equipo primario de mejoramiento es el espacio donde se evalúa y socializa el comportamiento de los riesgos de los procesos.



- **EVALUACION Y COMUNICACIÓN DE LOS SUBSISTEMAS**

Los Subsistemas son evaluados por los responsables de los mismos, presentando informe semestral ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño- CIGD.

**Periodicidad:** Semestral.

- **COMUNICACIÓN Y EVALUACION DEL SISTEMA INTEGRADO**

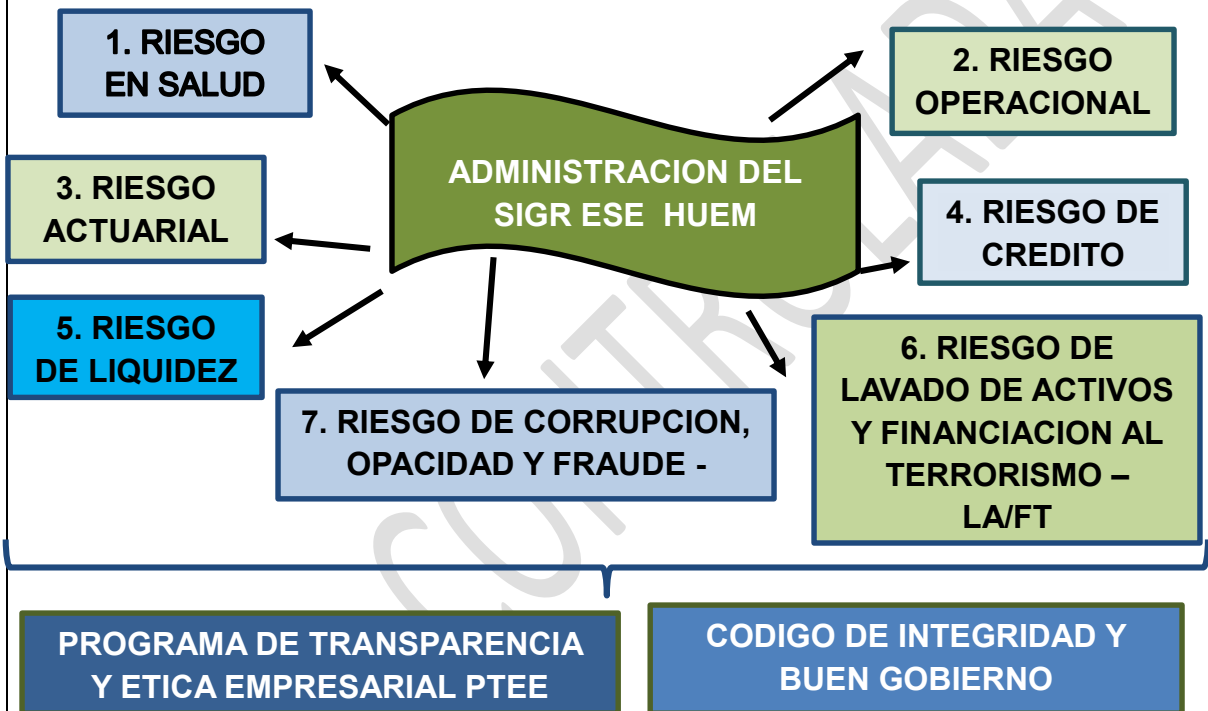
Informe anual por el Gerente y el Revisor Fiscal ante la Junta directiva de la gestión del Sistema Integrado de Gestión, comunicación cuantitativa y cualitativa en las notas a los Estados Financieros.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

**Periodicidad:** Mínimo una vez al año y extemporáneo cuando se presente eventos que lo ameriten:

**7.7 GESTION DE RIESGOS EN LOS SUBSISTEMAS ADOPTADOS PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ.**

**SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGO DE LA ESE HUEM**



**PTEE Y CODIGO DE INTEGRIDAD Y BUEN GOBIERNO:** Apoyo a la operatividad del SIGR, adoptados por la gerencia de la ESE HUEM.

El gerente como administrador del SIGR de 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.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

## 7.7.1 SUBSISTEMA DE RIESGOS EN SALUD

“El Riesgos en Salud se 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.”

### 7.7.1.1 CICLO GENERAL DE GESTION DE RIESGO EN SALUD

Para la gestión del subsistema de riesgos en salud es precisos priorizar los riesgos poblacionales, y territoriales.

#### A. IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS EN SALUD

La gestión del subsistema de riesgo en salud implica parte del conocimiento de la misión institucional de prestación de servicios de salud a la población, siendo prioritario tener en cuenta:

- a) Identificación de la situación en salud del territorio y de la población objeto de la ESE HUEM. Diagnóstico situacional – IDS necesidades de la población según cursos de vida, conocer las determinantes sociales de la población y establecer la oferta del servicio.
- b) Caracterización de los servicios ofertados según modalidades de atención y Contratación teniendo en cuenta los grupos de riesgos de la población potencialmente usuaria de estos servicios, que permita una gestión clínica optima en el marco de un enfoque diferencial. Evaluación de la capacidad de oferta de los servicios, teniendo en cuenta la capacidad instalada y la oferta de talento humano con respecto a la capacidad de producción, discriminado en cada uno de los servicios.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

c) Caracterización de la demanda de servicios ex-ante, efectiva y agregada propia de la entidad, teniendo en cuenta un enfoque diferencial (género, grupo etario, étnico, curso de vida, territorial, grupos de riesgo, entre otros). Los servicios contratados por la ESE HUEM con las EAPB, IDS, de atención a la población caracterizada por ellos. Soporte Análisis de los registros individuales de prestación de servicios.

d) Análisis de incidentes y eventos adversos. Con el respaldo del sistema de reporte institucional de incidentes y eventos adversos, Seguridad del paciente, de la Política, del Programa de seguridad del paciente, de indicadores.

e) Caracterización de los riesgos existentes en cada uno de los servicios declarados con su respectiva estrategia de prevención. Identificación de los riesgos por el líder del proceso determina causas del(los) riesgo(s). (Política de Seguridad del Paciente). Alineación de los resultados con los sucesos de seguridad. Se define en conjunto:

Frecuencia, Probabilidad, Impacto y Priorización del riesgo.

A.B.C = RIESGO INHERENTE.

f) La armonización con los riesgos operativos para evitar su materialización

## B. EVALUACION Y MEDICION SUBSISTEMA DE RIESGO EN SALUD

En el subsistema de Riesgo en Salud y sus correspondientes riesgos, es preciso identificar:


**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.

**Impacto:** Gravedad de posibles consecuencias, severidad de las consecuencias máximas sobre la salud de los pacientes.

**Probabilidad de Ocurrencia:** Posibilidad que se presente un evento de riesgo. la probabilidad inherente número de veces que pasa por el punto de riesgo.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 56 de 99

**Severidad:** Consecuencias posibles de un evento, tomando como referencia el peor escenario.

**Costo en la prestación de los servicios de salud:** Establecer el costo que representa para la ESE HUEM en términos de sobrecosto asistencial (susceptible de ser objeto de rechazo o glosa), estancia hospitalaria prolongadas, riesgo jurídico o la suma de los dos. Este análisis establece un vínculo entre los riesgos en salud y el riesgo operacional.

Incluir una matriz de priorización de riesgos en salud acorde con los criterios de valoración definidos por la ESE HUEM y armonizados con los lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes, y con las prioridades territoriales y poblacionales.

- Definir los límites de tolerancia para cada riesgo o factor de riesgo identificado de forma tal que se establezcan metas de control o mitigación para el sistema de gestión.
- Priorizar aquellos riesgos de mayor importancia, sin que eso implique ignorar, dejar de vigilar y no tratar de evitar, otros riesgos que se consideran de menor importancia y que pueden estar presentes en el hospital.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



## COMPONENTES DE LA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD



### C. SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL DEL SUBSISTEMA DE RIESGO EN SALUD

Los métodos con los que el hospital universitario Erasmo Meoz deberá contar deberán estar soportados con una metodología sistemática e integral, donde se establezcan acciones coordinadas, articuladas y de costo efectivas

- Diseño, implementación, evaluación y seguimiento de programas, planes o procedimientos que establezcan el tratamiento de los riesgos en salud identificados.
- Definir planes de mitigación o control de los riesgos que se encuentran en niveles mayores al nivel de tolerancia definido por la organización.
- Diseño, implementación, evaluación y seguimiento de los procesos y procedimientos institucionales y su articulación.
- Implementar jornadas de capacitación a su personal, haciendo énfasis en el procedimiento de evaluación, seguimiento, y adherencia a guías, protocolos de práctica clínica, normas técnicas, lineamientos y orientaciones.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



Tomado de la estructura documental de gestión riesgo en salud ESE HUEM

#### D. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

La evaluación, seguimiento y monitoreo de riesgos se realiza utilizando la herramienta de MAPA DE RIESGO contemplada en la gestión de riesgos. El mapa de riesgo en el subsistema de riesgo en salud se construye partiendo de la identificación de los riesgos relacionados directamente con las posibles afectaciones en la salud de la población

#### MATRIZ DE PRIORIZACION DE RIESGOS EN SALUD:

- ✓ **Riesgo de Población:** Riesgos asociados a los programas de Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades – PYP.
- ✓ **Riesgo de Seguridad del Paciente:** Riesgos del Proceso: Infecciones, caídas, Medicamentos y algunos específicos, riesgos de vigilancia.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

## EVALUACION INDEPENDIENTE

Control Interno de Gestión realizará auditoria y seguimiento al Subsistema, evaluación del mapa del subsistema de riesgo en Salud. Utiliza la metodología con el procedimiento a seguimiento de mapas de riesgo CI-PR-007

Como resultado de la aplicación de la auditoría, las no conformidades, generando plan de mejora y, las acciones de mejora quedan plasmadas en el formato CI-FO-005 Informe de auditoría y deben ser cargadas al software de planes de mejoramiento por el líder del proceso auditado, elementos a evaluar:

- 1) Determinar la efectividad de los controles.
- 2) Mejorar la valoración de los riesgos.
- 3) Mejorar los controles.
- 4) Analizar el diseño e idoneidad de los controles y si son adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de corrupción.
- 5) Determinar si se adelantaron acciones de monitoreo.

### 7.7.1.2 LA POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO 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

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

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.”

#### **POLITICAS:**

- Política de Prestación de Servicios de Salud
- Política de Seguridad del Paciente
- Política de Calidad
- Política de Administración del Riesgo

#### **7.7.1.3 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTION DE RIESGOS EN SALUD.**

Caracterización de los servicios ofertados según modalidades de atención y contratación, teniendo en cuenta los grupos de riesgos de la población potencialmente usuaria de estos servicios, que permita una gestión clínica óptima en el marco de un enfoque diferencial, según la contratación. Evaluación de la capacidad de oferta de servicios, teniendo en cuenta la capacidad instalada, los servicios habilitados y la oferta de talento humano con respecto a la capacidad de producción de servicios discriminado en cada uno de los servicios.

- Ingreso
- Atención de Urgencias
- Atención Hospitalaria
- Atención Quirúrgica
- Atención consulta Externa
- Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
- Programas de P y P
- Docencia e Investigación.

#### **7.7.1.4 DOCUMENTACION RIESGO EN SALUD**

MC-MA-004 de enfoque que gestión de riesgos institucional vs 01

Matriz de Riesgos por Procesos

Matriz de Riesgos Poblacional

Actas de Comité EPM

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

### 7.7.1.5 ESTRUCTURA ORGANICA DEL SUBSISTEMA DE RIESGO EN SALUD

- ✓ Subgerencia de Servicios de Salud: responsable del Subsistema
- ✓ Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
- ✓ Referente de Seguridad del Paciente
- ✓ Referente de Promoción y Prevención
- ✓ Coordinador de Urgencias
- ✓ Líder de Servicios Ambulatorios
- ✓ Líder de Atención Hospitalaria
- ✓ Líder de Atención Quirúrgica
- ✓ Líder de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

Planeación y Calidad: Identifica, mide y monitoreo de los riesgos, Apoyo el diseño de metodologías de segmentación, control.

Control Interno: Como Tercera Línea de Defensa, realiza Auditoria independiente del subsistema.

### 7.7.1.6 INFRAESTRUCTURA TECNOLOGICA RIESGO EN SALUD

Planteada en el numeral: 7.4.6 y desarrollada en el numeral nueve (9) de este manual.

### 7.7.1.7 DIVULGACION DE LA INFORMACION Y CAPACITACIONES

Planteada en el numeral: 7.4.7 y desarrollada en el numeral nueve (9) de este manual.

Particularmente, el subsistema de salud requiere garantizar la confiabilidad y disponibilidad de la información.

## 7.7.2 SUBSISTEMA DE RIESGO OPERACIONAL - SRO

### 7.7.2.1 CICLO GENERAL DE GESTION DE RIESGO OPERACIONAL

Para la gestión del riesgo operacional inherente se mantiene la metodología de gestión del riesgo.

#### A. IDENTIFICACION

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

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

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.

## B. EVALUACION Y MEDICION DE RIESGOS SUBSISTEMA RIESGO OPERACIONAL

Evaluación y medición de las consecuencias de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, derivados de la exposición a los posibles riesgos operacionales como: en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, catástrofes naturales, riesgos fiscales o por acontecimientos internos o externos de la institución. Las cuales pueden generar tres (3) 3 tipos de pérdidas

- Pérdidas en los resultados en salud de los pacientes, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.
- Pérdidas en los resultados operativos esperados, incluyendo la satisfacción de la población.
- Pérdidas financieras en la entidad, que corresponden a la contabilización de los eventos de riesgo y los riesgos que se materializaron, tratados en la evaluación de los riesgos financieros.
- Se señalan algunos procesos susceptibles a los riesgos operacionales a partir de los cuales la entidad podrá incluir otros que considere pertinentes

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

### C. SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL

Se toman medidas para controlar el riesgo operacional inherente a la que posiblemente se vea expuesta en el desarrollo de sus operaciones con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o impacto en caso de que se materialicen. Esta etapa debe cumplir con unos requisitos mínimos:

- 1) Diseñar e implementar controles para cada proceso de manera que se pueda mitigar el riesgo inherente, ya sea mediante su probabilidad, impacto o ambos.
- 2) Incluir los controles diseñados dentro de las políticas y procedimientos de la entidad.
- 3) En cuanto a los riesgos que afecten la operación en condiciones normales de la entidad, ésta debe implementar un Plan de Continuidad del Negocio aprobado por la Junta Directiva.

#### ➤ Plan de continuidad de negocio

Se debe definir, implementar, probar, y mantener un proceso para administrar y asegurar continuidad de la prestación de los servicios de salud en situaciones de emergencia o desastres, incluyendo elementos como prevención y atención de emergencias, administración de las crisis, planes de contingencia y capacidad de retorno operacional, las cuales deben tener unas medidas para su correcto funcionamiento:

- Identificación de eventos que pueden afectar la operación.
- Actividades por realizar cuando se presentan las fallas.
- Alternativas de operación.
- Proceso de retorno a la actividad normal.

### D. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

La evaluación, seguimiento y monitoreo de riesgos se realiza utilizando la herramienta de MAPA DE RIESGO contemplada en la gestión de riesgos. El mapa de riesgo en el subsistema de riesgo operacional se construye partiendo de la identificación de los riesgos relacionados directamente con las posibles fallas en la operación de la ESE HUEM requerida para la prestación de los servicios de salud.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

Desarrollar la supervisión y administración basa en riesgos que desarrolle habilidades evaluativas, como cultura institucional hacia identificar, evaluar, controlar, prevenir y mitigar los riesgos que pueda afectar el logro de los objetivos, el cumplimiento de los objetivos del SGSSS y las obligaciones contractuales. Para el análisis de riesgos operativos se utiliza la metodología de matriz de riesgos, inicialmente por la primera línea de defensa, presentando resultados en el EPM respectivo y al responsable del subsistema.

### MATRIZ DE PRIORIZACION DE RIESGO OPERACIONAL

- ✓ **Riesgo Fiscal**
- ✓ **Riesgo de SST**
- ✓ **Riesgo Gestión del Talento Humano**
- ✓ **Riesgo en la Gestión Jurídica**
- ✓ **Riesgo en la Gestión de Recursos Físicos**
- ✓ **Riesgo de Protección de Datos**
- ✓ **Riesgo de Gestión de la Tecnología**
- ✓ **Riesgo Ambiental**

Seguridad y privacidad  
de la Información


#### ➤ Evaluación Independiente al subsistema de riesgo operativo:

Control Interno de Gestión realizará auditoria y seguimiento al Subsistema, evaluación del mapa del subsistema de riesgo en operativo, Utiliza la metodología con el procedimiento a seguimiento de mapas de riesgo CI-PR-007. Verifica el cumplimiento de las acciones establecidas por el personal del proceso para el manejo del riesgo residual; estableciendo para los casos en que sea necesario, las acciones de mejoramiento correspondientes las cuales quedan plasmadas en el formato CI-FO-005 Informe de auditoría y que deben ser cargadas al software de planes de mejoramiento por el líder del proceso auditado.

- a) Determinar la efectividad de los controles.
- b) Mejorar la valoración de los riesgos.
- c) Mejorar los controles.
- d) Analizar el diseño e idoneidad de los controles y si son adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de corrupción.
- e) Determinar si se adelantaron acciones de monitoreo.
- f) Revisar las acciones del monitoreo.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 65 de 99

### 7.7.2.2 POLITICA DE ADMINISTRACION DEL 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.”

### 7.7.2.3 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTION DEL RIESGO OPERACIONAL

#### PROCESOS INSTITUCIONALES

- Atención hospitalaria
- Atención quirúrgica
- Atención de Urgencias
- Atención de consulta externa
- Atención de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
- Docencia e investigación
- Gestión de información y comunicación
- Mejoramiento continuo de la Calidad
- Gestión Financiera.
- Gestión de adquisición de bienes y servicios
- Gestión y desarrollo del talento humano
- Gestión de ambiente y recurso físico

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

- Gestión Jurídica
- Gestión de tecnología
- Vigilancia epidemiológica
- Gestión del mercadeo y ventas de servicios
- Evaluación control interno de gestión

#### 7.7.2.4 DOCUMENTACION

- Documento de Adopción del SIGR
- Actas comités de EPM
- Mapas de Riesgo
- Resoluciones o actos administrativos relacionados
- Acta de Comité Institucional de Gestión y Desempeño – Evaluación del SIGR
- Informes de Revisor Fiscal sobre la Gestión del subsistema de Riesgo Operativo.
- Notas a los Estados Financieros con información cuantitativa y cualitativa sobre la administración y el comportamiento del SIGR –
- Informes a la SNS sobre relacionados con la gestión del SIGR.
- Formatos del Evaluación del Subsistema de Riesgo Operacional
- Planes de mejora a las no conformidades u eventos adversos que se identifiquen en la gestión del subsistema de riesgo Operacional.
- Informes de Control Interno sobre la gestión y administración del Subsistema de Riesgo Operacional.

#### 7.7.2.5 ESTRUCTURA ORGANICA

Asesor de planeación y calidad: Responsable del Subsistema de Riesgo Operacional.

Subgerente Administrativo y financiero

Líder Financiero

Líder de Gestión de Talento Humano

Coordinador de TIC

Profesional de apoyo del Sistema Integrado de Gestión de Riesgo

Líder de Gestión de Contratación de bienes y Servicios

Líder de Gestión Jurídica

Profesional de Sistemas de Información

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

### 7.7.2.6 INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

Planteada en el numeral: 7.4.6 y desarrollada en el numeral nueve (9) de este manual.

### 7.7.2.7 DIVULGACION DE LA INFORMACION Y CAPACITACIONES

Planteada en el numeral: 7.4.7 y desarrollada en el numeral nueve (9) de este manual.

Identificación de los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos.

Identificación de procesos jurídicos en los que se encuentre la entidad.

Identificación pérdidas en los resultados en salud de sus pacientes, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.

Determinación de potenciales pérdidas financieras en la entidad causadas por los eventos de riesgo operacional identificados.

### 7.7.3 SUBSISTEMA DE 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.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

- 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.”

#### 7.7.3.1 CICLO GENERAL DE GESTIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL

Siempre se tiene en cuenta la metodología de gestión del riesgo, pero hay puntos específicos de cada riesgo en los cuales se deben identificar y ser propios de los procesos donde existan la posibilidad de manifestarse, los cuales se encuentran a continuación:

##### A. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL

Se define e identifica el riesgo actuarial teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- 1) Caracterización y conocimiento de la población.
- 2) Particularidad en las diferentes modalidades de pago (cápita, evento, grupo relacionado de diagnóstico, pago global prospectivo, entre otros).
- 3) Identificación de posibles incrementos en los costos de insumos y medicamentos, entre otros.
- 4) Evaluar el comportamiento de la variabilidad del ingreso y el costo que tenga la entidad, además del uso de los insumos para dar cumplimiento al objeto del contrato.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

## B. MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL

Se debe permitir a la institución la medición y evaluación de los riesgos y para ello hay que:

1. Anticipar incrementos inesperados en los índices de morbi-mortalidad y, por ende, en los costos de atención que puedan sobrepasar el valor pactado en los contratos.
2. Realizar proyecciones que incluyan los posibles **impactos** y la **ocurrencia**, entre otros, de los factores de riesgo asociados a la concentración, hechos catastróficos, incrementos en los costos de nueva tecnología y el cambio del perfil sociodemográfico de la población de su área de influencia, que pueden tener efectos sobre la frecuencia y características de la demanda de servicios de salud.
3. Construcción de modelos de cuantificación que contemplen de manera adecuada, las pérdidas esperadas e inesperadas, a las que se encuentra expuesta la entidad.

Teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- a) La probabilidad de ocurrencia del evento (materialización del riesgo) en la unidad de tiempo (**frecuencia**).
- b) Los asociados con cada distribución de pérdida que mejor defina la cuantía de la pérdida (**severidad**). Es decir, el cálculo del costo promedio del servicio.
- c) El nivel de exposición del riesgo en la unidad de tiempo.

## C. TRATAMIENTO Y CONTROL DEL RIESGO ACTUARIAL

Permite a la ESE HUEM tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo actuarial, y entre ellas las siguientes:

- a) Establecer y actualizar periódicamente las políticas y las estimaciones actuariales para cada tipo de contrato, teniendo en cuenta los cambios que se presenten en el sector.
- b) Hacer una traza de las medidas tomadas por la administración, en respuesta a los problemas identificados y a las recomendaciones efectuadas.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

c) Realizar pruebas de estrés (Stress-Testing) y ejercicios de auto comprobación (Back-Testing) sobre los modelos actuariales utilizados para establecer los valores de los contratos, y de esta manera realizar los ajustes correspondientes.

d) Realizar controles de calidad a los sistemas de información de la entidad.

## D. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

### DE MAPA DE RIESGO DE ACTUARIAL


La evaluación, seguimiento y monitoreo de riesgos se realiza utilizando la herramienta de MAPA DE RIESGO contemplada en la gestión de riesgos. El mapa de riesgo en el subsistema de riesgo actuarial se construye partiendo de la identificación de los riesgos relacionados elementos de riesgos derivados de la contratación por venta de servicios de salud. La Autoevaluación está orientada a:

- Determinar la efectividad de los controles.
- Mejorar la valoración de los riesgos.
- Mejorar los controles.
- Analizar el diseño e idoneidad de los controles y si son adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de corrupción.
- Determinar si se adelantaron acciones de monitoreo.
- Revisar las acciones del monitoreo.

### SEGUIMIENTO INDEPENDIENTE

Dentro del seguimiento realizado por la oficina de control interno, se verifica el cumplimiento de las acciones establecidas por el personal del proceso para el manejo del riesgo residual; estableciendo para los casos en que sea necesario, las acciones de mejoramiento correspondientes. Formatos CI – PR 007 Evaluación y CI FO -005 Informe de auditoría y que deben ser cargadas al software de planes de mejoramiento por el líder del proceso auditado.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 71 de 99

### 7.7.3.2 POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGO ACTUARIAL

“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.”

### 7.7.3.3 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESIÓN DEL SUBSISTEMA DE RIESGO ACTUARIAL

- Contratación de Venta de Servicios
- Facturación de Venta de Servicios
- Sistemas de información en salud
- Estadística
- Gestión Financiera.

### 7.7.3.4 DOCUMENTACION

- Documento de Adopción del SIGR
- Actas comités de EPM
- Mapas de Riesgo
- Resoluciones o actos administrativos relacionados
- Acta de Comité Institucional de Gestión y Desempeño – Evaluación del SIGR
- Informes de Revisor Fiscal sobre la Gestión del subsistema de Riesgo Actuarial.

<b>Elaboro:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

- Notas a los Estados Financieros con información cuantitativa y cualitativa sobre la administración y el comportamiento del SIGR –
- Informes a la SNS sobre relacionados con la gestión del SIGR.
- Formatos del Evaluación del Subsistema de Riesgo Actuarial
- Planes de mejora a las no conformidades u eventos adversos que se identifiquen en la gestión del subsistema de riesgo Actuarial
- Informes de Control Interno sobre la gestión y administración del Subsistema de Riesgo Actuarial.

### 7.7.3.5 ESTRUCTURA ORGANICA

- ✓ Subgerencia Administrativa: Responsable del Subsistema
- ✓ Contratación de Servicios de Salud
- ✓ Costos
- ✓ Líder Financiero
- ✓ Asesora Planeación
- ✓ Gestión Jurica
- ✓ Estadística

### 7.7.3.6 INFRAESTRUCTURA TECNOLOGICA

Planteada en el numeral: 7.4.6 y desarrollada en el numeral nueve (9) de este manual.

### 7.7.3.7 DIVULGACION DE LA INFORMACION Y CAPACITACIONES

Planteada en el numeral: 7.4.7 y desarrollada en el numeral nueve (9) de este manual.

Identificación de los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos.


Identificación de procesos jurídicos en los que se encuentre la entidad.

Identificación pérdidas en los resultados en salud de sus pacientes, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.

Determinación de potenciales pérdidas financieras en la entidad causadas por los eventos de riesgo operacional identificados.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 73 de 99

## 7.7.4 SUBSISTEMA DE RIESGO DE CREDITO

### 7.7.4.1 CICLO DE LA GESTION DE RIESGO DE CREDITO

#### A. IDENTIFICACION DE 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.”

#### B. EVALUACION Y MEDICION DE RIESGO DE CREDITO

La evaluación y medición del subsistema de riesgo de crédito se debe enfocar es la posibilidad de que la ESE HUEM incurra en las perdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, con evaluación permanente del riesgo inherente por el incumplimiento de en montos, plazo y demás condiciones, los montos se afectan principalmente por las glosas a la facturación por venta de servicios de salud.

Identificar y considerar aspectos mínimos los cuales parten por definir los tipos de activos expuestos al riesgo de crédito, como cuentas pendientes por cobrar

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

principalmente cartera por servicios de salud. Se deben tener como mínimo las siguientes estimaciones:

- ✓ La probabilidad de incumplimiento de los deudores dentro de un periodo de tiempo de 12 meses.
- ✓ Clasificación de la cartera por deudores de servicios de salud, teniendo en cuenta lo establecido en el manual de cartera. Análisis históricos de las cuentas por cobrar de cada deudor.
- ✓ La calidad del deudor y el plazo de la cartera (a mayor concentración de las deudas de mayor plazo, mayor el riesgo asociado al deudor).
- ✓ La cobrabilidad de la cartera, confiabilidad en los valores a cobrar.
- ✓ Las glosas a la facturación por las entidades responsables de pago.
- ✓ La estimación de la pérdida esperada en que incurriría la ESE por el incumplimiento de pago frente a prestaciones realizadas u obligaciones generadas, las cuales involucran entre otros elementos, la evaluación de deterioros o posteriores valoraciones de acuerdo con las políticas contables que sobre los instrumentos financieros haya escogido la entidad, específicamente en las cuentas por cobrar.


### C. TRATAMIENTO Y CONTROL DEL RIESGO CRÉDITO

El tratamiento y control del riesgo de crédito es fundamental en las finanzas de la ESE HUEM dado que los servicios de salud se facturan a las entidades responsables de pago, generando por naturaleza otorgamiento de crédito a estas. Para el tratamiento y control se debe establecer buenas prácticas de gestión y administración que pueden deben ser consideradas junto con la política de administración de riesgo de crédito. Se consideran buenas prácticas de gestión para el tratamiento y control del riesgo de crédito:

#### ➤ Límites de exposición crediticia y de pérdida tolerada

El manual de cartera establece la metodología de la gestión de cartera y recaudo de las cuentas por cobrar por facturación por servicios de salud. Las políticas de gestión del riesgo deben establecer lineamientos para la fijación de niveles y límites de

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 75 de 99

exposición (iniciales y potenciales) de los créditos totales, individuales, así como de los límites de concentración por deudor.

➤ **Deterioro de la cartera por Deudores Servicios de Salud**

La aplicación de deterioro de la cartera y la provisiones, obedece a la aplicación del manual de cartera aprobado y vigente en el ESE HUEM, así como la política contable relacionada con este aspecto. Las provisiones y deterioro representan cubrimiento del riesgo de crédito de los activos generales e individuales que permitan absorber las pérdidas esperadas derivadas de la exposición crediticia de la ESE HUEM y estimadas mediante las metodologías y análisis desarrollados para la gestión de riesgo de crédito. En todo caso, el sistema de deterioro desarrollado debe estar alineado con el cumplimiento de las normas que se encuentren vigentes sobre la materia y debe establecerse como política contable calculado en función de la pérdida esperada.

➤ **Capital expuesto al Riesgo**

El capital expuesto al riesgo de crédito corresponde a la estimación del nivel de Patrimonio comprometido por las pérdidas no esperadas de la entidad debido a incumplimientos de las obligaciones por parte de sus deudores. En este sentido, se recomienda como medida prudencial (autocontrol), que la ESE HUEM realicen un proceso de estimación de este capital expuesto, en sincronía del marco normativo de las políticas contables, el plan estratégico, manual de cartera y políticas de administración de riesgo.

Se hace énfasis en que el capital expuesto al riesgo es una forma de medir los riesgos asumidos y estimar las posibles pérdidas con el fin de gestionarlas y establecer las acciones necesarias para mitigarlos, más no implica constitución de reservas o requerimientos de capital adicional.

➤ **Recuperación de cartera**

La ESE HUE deben establecer políticas y procedimientos que les permitan tomar medidas oportunamente para enfrentar incumplimientos con el objeto de minimizar las pérdidas. El diseño debe partir como mínimo de la base histórica de recuperaciones y las variables críticas que determinen la minimización de las pérdidas o castigos a la cartera. La información sobre los resultados de estas políticas debe ser almacenada como insumo para el afinamiento de los modelos desarrollados para el seguimiento y

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

estimación de pérdidas, así como para alimentar las proyecciones de flujos de caja que permiten gestionar a su vez, el riesgo de liquidez.

#### D. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

La evaluación, seguimiento y monitoreo de riesgos de crédito se realiza utilizando la herramienta de MAPA DE RIESGO contemplada en la gestión de riesgos. El mapa de riesgo en el subsistema de riesgo de crédito se construye partiendo de la identificación de los riesgos relacionados elementos de riesgos derivados de la cartera por cobrar a las entidades responsables de pago. La Autoevaluación está orientada:

La evaluación, seguimiento y monitoreo de riesgos se realiza utilizando la herramienta de MAPA DE RIESGO contemplada en la gestión de riesgos. El mapa de riesgo en el subsistema de riesgo de crédito se construye partiendo de la identificación de los riesgos relacionados elementos de riesgos derivados de la contratación por venta de servicios de salud. La Autoevaluación está orientada:

##### Seguimiento directo de mapa de riesgo de crédito

El seguimiento a mapas de riesgos en la institución es realizado por la oficina de control interno de gestión, quien, dentro del cumplimiento de su cronograma de auditorías, realiza el seguimiento como se establece en CI-PR-007 Procedimiento a seguimiento a mapas de riesgos.

Dentro del seguimiento realizado por la oficina de control interno, se verifica el cumplimiento de las acciones establecidas por el personal del proceso para el manejo del riesgo residual; estableciendo para los casos en que sea necesario, las acciones de mejoramiento correspondientes las cuales quedan plasmadas en el formato CI-FO-005 Informe de auditoría y que deben ser cargadas al software de planes de mejoramiento por el líder del proceso auditado.

- a) Determinar la efectividad de los controles.
- b) Mejorar la valoración de los riesgos.
- c) Mejorar los controles.
- d) Analizar el diseño e idoneidad de los controles y si son adecuados para prevenir o mitigar los riesgos.
- e) Determinar si se adelantaron acciones de monitoreo.
- f) Revisar las acciones del monitoreo.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

#### 7.7.4.2 POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGO DE CREDITO

“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.”

#### 7.7.4.3 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE RIESGO ACTUARIAL

- Gestión Financiera
- Contratación de Venta de Servicios
- Gestión de Cartera
- Facturación de Venta de Servicios
- Cuentas médicas
- Estadística

#### 7.7.4.4 DOCUMENTACION

- Documento de Adopción del SIGR
- Actas comités de EPM
- Mapas de Riesgo
- Resoluciones o actos administrativos relacionados
- Acta de Comité Institucional de Gestión y Desempeño – Evaluación del SIGR
- Informes de Revisor Fiscal sobre la Gestión del subsistema de Riesgo de Crédito.
- Notas a los Estados Financieros con información cuantitativa y cualitativa sobre la administración y el comportamiento del SIGR –

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

- Informes a la SNS sobre relacionados con la gestión del SIGR.
- Formatos del Evaluación del Subsistema de Riesgo Actuarial
- Planes de mejora a las no conformidades u eventos adversos que se identifiquen en la gestión del subsistema de riesgo Actuarial
- Informes de Control Interno sobre la gestión y administración del Subsistema de Riesgo Actuarial.

#### 7.7.4.5 ESTRUCTURA ORGANICA DEL SUBSISTEMA DE RIESGO DE CREDITO

Responsable del subsistema

- ✓ Líder Financiero: Responsable del Subsistema de Riesgo de Crédito
- ✓ Líder financiero
- ✓ Coordinador de cartera
- ✓ Facturación
- ✓ Contador
- ✓ Presupuesto
- ✓ Tesorería

#### 7.7.4.6 INFRAESTRUCTURA TECNOLOGICA

Planteada en el numeral: 7.4.6 y desarrollada en el numeral nueve (9) de este manual.

#### 7.7.4.7 DIVULGACION DE LA INFORMACION Y CAPACITACIONES

Planteada en el numeral: 7.4.7 y desarrollada en el numeral nueve (9) de este manual.

Identificación de los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos.

Identificación de procesos jurídicos en los que se encuentre la entidad.

Determinación de potenciales pérdidas financieras en la entidad causadas por los eventos de riesgo de crédito identificados.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

## 7.7.5 SUBSISTEMA DE RIESGO DE LIQUIDEZ

### 7.7.5.1 CICLO GENRAL DEL SUBSISTEMA DE RIESGO DE LIQUIDEZ

#### A. DEFINICION DE RIESGO

“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.”

#### B. EVALUACION Y MEDICION DEL RIESGO DE LIQUIDEZ

Dada la posibilidad de que la ESE HUEM no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente) son en consecuencia de las actividades y operaciones diarias la entidad se verá expuesta a este tipo de riesgo.

##### ➤ Para los Activos

- a) Identificar los activos considerados como líquidos
- b) Identificar los recursos y plazos de recuperación de cartera

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

- c) Identificar los ingresos causados y recibidos por venta o prestación de servicios de salud.
- d) Proyectar cualquier movimiento de entradas futuras de efectivo por cualquier concepto.

➤ **Para los Pasivos**

- a) Identificar y caracterizar las cuentas por pagar bajo cualquier concepto (insumos y medicamentos; dispositivos médicos o equipo biomédico; salarios; Gastos operativos y administrativos; entre otros).
- b) Identificar el valor causado y pagado de los costos y gastos de la operación de la ESE HUEM.
- c) Proyectar cualquier movimiento de salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto, los cuales pueden presentarse por recursos de uso restringido, cumplimiento de pago de contratos de infraestructura, cumplimiento de mandamientos de pago por sentencia judiciales.

Se debe permitir cuantificar el nivel mínimo diario efectivo o equivalentes de efectivo requerido, que le permita cumplir de manera oportuna sus obligaciones (la institución de estar en capacidad de medir y proyectar los flujos de caja de sus activos y pasivos en diferentes horizontes de tiempo).

Se debe tener como mínimo los siguientes elementos críticos:

### **C. TRATAMIENTO Y CONTROL DEL RIESGO LIQUIDEZ**

La ESE HUEM debe implementar medidas adecuadas para controlar el riesgo de liquidez al que se ven expuestas en ejecución de sus actividades. Los cual se debe tener en cuenta la relación del volumen y la complejidad de la operación de desarrollada, la cual debe ser de conocimiento verificable por la junta directiva. La entidad con el seguimiento continuo de su exposición del riesgo de liquidez debe tener alertas tempranas para los límites de exposición y junto a los indicadores de liquidez establecidos con el fin de monitorear y realizar controles adecuados y a tiempo logrando con ello minimizar el riesgo pueda llegar a materializarse.

Para mejorar la capacidad técnico-administrativa, el flujo de recursos, la calidad y disponibilidad de información necesaria para diseñar el flujo de efectivo se requiere

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



como mínimo:

- a) La radicación oportuna de las facturas por venta de servicios ante las entidades responsables de pago ERP y la trazabilidad de las mismas.
- b) Gestión oportuna y efectiva de glosas por venta de servicios de salud.
- c) Registro oportuno, de preferencia en tiempo real, de los costos y gastos de la ESE HUEM.
- d) Radicación oportuna de las facturas, de preferencia en línea, por parte de los proveedores de la ESE HUEM y la trazabilidad de las mismas
- e) Gestión presupuestal y contable de las obligaciones, programación de pago de obligaciones a los diferentes acreedores de la ESE HUEM.
- f) Aplicación oportuna de los pagos recibidos de los responsables de pago.
- g) Depuración de mensual de la cartera por deudores servicios de salud, otros deudores, cartera por cuentas por pagar.
- h) Conciliación mensual de la gestión de los contratos tercerizados. UCI, Servicios Vivir (Tomografía), UT Norte (hemodinamia)
- i) Conciliación mensual entre presupuesto y tesorería.

#### **D. SEGUIMIENTO Y MONITOREO**

#### **MAPA DE RIESGO DE LIQUIDEZ**

La evaluación, seguimiento y monitoreo de riesgos se realiza utilizando la herramienta de MAPA DE RIESGO contemplada en la gestión de riesgos. El mapa de riesgo en el subsistema de riesgo de liquidez se construye partiendo de la identificación de los riesgos relacionados, los elementos de riesgos derivados de la disposición de recursos para cumplimiento de compromisos y la operación de la ESE HUEM.

La Autoevaluación es realizada por los EPM – Primera línea de densa del riesgo de liquidez y está orientada a:

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

- Determinar la efectividad de los controles.
- Mejorar la valoración de los riesgos.
- Mejorar los controles.
- Analizar el diseño e idoneidad de los controles y si son adecuados para prevenir o mitigar los riesgos.
- Determinar si se adelantaron acciones de monitoreo.
- Revisar las acciones del monitoreo.
- Evaluar la posición del riesgo de Liquidez utilizando la herramienta “**prueba de liquidez**” incluida en los indicadores institucionales.

## SEGUIMIENTO INDEPENDIENTE

Dentro del seguimiento realizado por Control Interno como tercera Línea de defensa, que verifica el cumplimiento de las acciones establecidas por el personal del proceso para el manejo del riesgo residual; estableciendo para los casos en que sea necesario, las acciones de mejoramiento correspondientes. Formatos CI – PR 007 Evaluación y CI FO -005 Informe de auditoría y que deben ser cargadas al software de planes de mejoramiento por el líder del proceso auditado.

### 7.7.5.2 POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGO DE LIQUIDEZ

“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. “

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

### 7.7.5.3 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTION DE RIESGOS

- ✓ Gestión financiera
- ✓ Presupuesto
- ✓ Tesorería
- ✓ Gestión de Cartera
- ✓ Cuentas por Pagar

### 7.7.5.4 DOCUMENTACION

Adicional a las establecidas para el riesgo de crédito:

- ✓ Reporte mensual a la SNS del formato FT 018

### 7.7.5.5 ESTRUCTURA ORGANICA

- ✓ Líder financiero: Responsable del subsistema
- ✓ Subgerencia administrativa
- ✓ Tesorería
- ✓ Presupuesto
- ✓ Gestión de Adquisición de Bienes y Servicios


### 7.7.5.6 INFRAESTRUCTURA TECNOLOGICA

Aplica lo correspondiente al subsistema de riesgo de crédito

### 7.7.5.7 DIVULGACION DE LA INFORMACION

Aplica lo correspondiente al subsistema de riesgo de crédito

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 84 de 99

## 7.7.6 SUBSISTEMA DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION AL TERRORISMO LA/FT/ADM

### 7.7.6.1 CICLO GENERAL DE GESTION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION AL TERRORISMO

#### A. IDENTIFICACION DEL RIESGO

“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.

Prevenir, detectar e informar actividades delictivas de las que pudiera ser objeto la entidad para evitar que en el desarrollo de su labor pueda ser utilizada como instrumento para la adquisición, resguardo, custodia, administración, ocultamiento, manejo, inversión o legalización de bienes ilícitos o actividades provenientes del Lavado de Activos de la Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación Armas de Destrucción Masiva SARLAFT/FPADM.”

#### B. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DEL RIESGO LA/FT/FPADM

En el desarrollo de esta etapa se mide el riesgo en cuanto a su probabilidad de ocurrencia y el impacto que este riesgo tendría para la E.S.E. HUEM en caso de materializarse. Se debe medir la probabilidad con respectos a los factores de riesgos y el impacto con respecto a los riesgos asociados mencionados en la circular externa 009 y 20211700000005-5 de la Superintendencia Nacional de Salud tales como el riesgo de contagio, el riesgo legal, el riesgo Reputacional y el riesgo operativo.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	<b>CODIGO: MC-MA-004</b>
		<b>VERSION: 2</b>
	<b>MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS</b>	<b>FECHA: SEP 2023</b>
		<b>Página 85 de 99</b>

El propósito de la evaluación y medición es el de brindar elementos de juicio para la toma de decisiones, determinando cuales riesgos necesitan tratamientos con mayor prioridad.

La Gestión del Riesgo de LA/FT/FPADM consiste en la adopción de políticas que permitan prevenir y controlar el riesgo de LA/FT/FPADM al que podrían estar expuesta La E.S.E. HUEM, debe comprender el diseño, la aprobación, implementación, seguimiento, monitoreo, evaluación, control y ajuste de políticas, lineamientos, metodologías y herramientas, para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM. Las políticas adoptadas para la administración del riesgo deben permitir el eficiente, efectivo y oportuno funcionamiento del subsistema y traducirse en reglas de conducta y procedimientos que orienten la actuación del Hospital, para sus Miembros de la Junta Directiva, colaboradores, empleados, proveedores, clientes y demás personal relacionado con la ESE HUEM.

Con el fin de brindar seguridad razonable respecto del logro de los objetivos de La E.S.E. HUEM, será una responsabilidad común para todas y cada una de las áreas establecidas en la estructura del Hospital a todo nivel y en especial en todos los procesos y procedimientos de la entidad, la Gestión de los Riesgos de LA/FT/FPADM, en desarrollo de la cual deberán cumplir las políticas e incorporar la cultura de gestión de riesgos de LA/FT/FPADM a la planificación, a la toma de decisiones y a la gestión del día a día, identificando, evaluando y comunicando los riesgos de LA/FT/FPADM que podrían afectar la entidad.

Con el fin de minimizar la posibilidad que a través de las distintas actividades desarrolladas por La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, se introduzcan recursos provenientes del lavado de activos, se financie el terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva, se implementaran los siguientes mecanismos:

- **Procedimientos de debida diligencia:** debida diligencia es el conjunto de procesos que debe realizar La E.S.E. HUEM, para investigar mediante un procedimiento estandarizado del cliente, usuario, proveedor o funcionarios de la entidad, con el fin de emitir un concepto o calificación acerca del nivel de riesgo de LA/FT/FPADM con base en la información exigida por la Ley en desarrollo del objeto social y en cumplimiento de los controles de constitucionalidad y legalidad, la cual debe ser implementada a la medida de la ESE HUEM, es decir, según las características particulares, los objetivos estratégicos, y la forma de comercialización de los servicios que presta. Para la ESE HUEM comprende entre otras, las siguientes actividades:

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

- a) Aplicación estricta de los procedimientos diseñados para el conocimiento, la vinculación y actualización de datos de:  
Clientes y Usuarios, Proveedores y Prestadores, Miembros de la Junta Directiva, Empleados Públicos y Personas Expuestas Públicamente / Políticamente- PEP's.
- b) Conocimiento de los Colaboradores/Agremiados
- c) Conocimiento de los Empleados Públicos
- d) Conocimiento de los practicantes universitarios
- e) Conocimiento de los Donantes de bienes o servicios.
- f) Conocimiento del responsable de pago para transacciones en efectivo

En este proceso debemos tener presente que el área que genere la necesidad y realice el proceso contractual, es quien debe realizar la debida diligencia.

Seguiremos el proceso de acuerdo al manual de contratación.


### **C. TRATAMIENTO Y CONTROL DEL SUBSISTEMA DE RIESGO LA/FT/FPADM**

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, debe adoptar los mecanismos necesarios que permitan reducir la posibilidad de que las operaciones, negocios y contratos que se hayan realizado o se intenten realizar, sean utilizados para dar apariencia de legalidad a actividades de lavado de activos o para financiar el terrorismo.

El control implica la detección de las operaciones que no se ajustan a la normalidad del negocio el análisis correspondiente para determinar si se trata de posibles operaciones sospechosas. Los procedimientos que se implementen para el control del riesgo de LA/FT/FPADM deben tener en cuenta, como mínimo lo siguiente:

Crear controles para reducir las situaciones que generen riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos que se realizan:

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	<b>CODIGO: MC-MA-004</b>
		<b>VERSION: 2</b>
	<b>MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS</b>	<b>FECHA: SEP 2023</b>
		<b>Página 87 de 99</b>

- Diseñar e Implementar medidas y controles que no permitan la realización de operaciones que no se ajusten a las políticas y procedimientos establecidos.
- Estos controles se deben desarrollar o implementar de acuerdo con las situaciones específicas que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en cada operación.
- Establecer herramientas para identificar operaciones inusuales o sospechosas, teniendo en cuenta su naturaleza específica, tamaño, características particulares y normatividad aplicable.
- Atender la dinámica normativa sobre el SARLAFT/FPADM, entre otras:
  - Señales de Alerta
  - Segmentación de los Factores de riesgo con relación al mercado
  - Seguimiento y Consolidación de las Operaciones

**D. SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL SUBSISTEMA DE RIESGO LA/FT/FPADM**

El seguimiento y monitoreo se realiza mediante la utilización de la herramienta de mapas de riesgo, teniendo en cuenta elementos como:

- cualquier persona natural o jurídica que exija que el negocio o contrato se realice sin dejar huella, sin que medie el respectivo soporte o se altere el valor real para consignar otro distinto, configura una operación inusual que debe ser analizada por el posible riesgo de LA/FT/FPADM.
- Crear o diseñar controles de seguridad asociados al uso de sustancias químicas asociadas a la FPADM.
- Diseñar protocolos de seguridad en el uso de sustancias químicas que sean empleadas en la institución y que la vez permitan crear barreras de seguridad, evitado eventos que puedan llevar a la FPADM entre ellos:
  - a) Protocolo de medicamentos de alto riesgo
  - b) Protocolo de uso de medicamentos de control especial
  - c) Protocolo de uso de medicamentos en custodia
  - d) Protocolo de aplicación de medicamentos.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

- Diseñar controles de seguridad asociados el correcto uso de la tecnología biomédica y no biomédica que pueda ser utilizada como arma de destrucción masiva por parte del cliente interno o externo.
- Otros Controles Asociados a LA/FT/FPADM:

#### **7.7.6.2 POLITICA DE ADMINISTRACION DEL SUBSISTEMA DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION AL TERRORISMO – FINANCIACION DE LA PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA -LA/FT/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.

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



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.”

#### **7.7.6.3 PROCESOS Y PROCEDIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE RIESGO – LA/FT/FPADM**

- Adoptar y contar con procedimientos que le permitan garantizar el adecuado manejo, conservación y archivo de los documentos y reportes relacionados con los sistemas de gestión de riesgo de LA/FT/FPADM, lo cual garantiza la integridad, oportunidad, confiabilidad, disponibilidad y confidencialidad de la misma

#### **7.7.6.4 DOCUMENTACION DE LA ADMINISTRACION DE RIESGO DE SARLAFT**

- ✓ Reportes a la UIAF.

#### **7.7.6.5 ESTRUCTURA ORGANICA SARLAF**

- ✓ **Subgerencia administrativa:** Responsable del Subsistema SARLAFT
- ✓ **Oficial de cumplimiento principal y suplente**
- ✓ **Líder Financiero**
- ✓ **Gestión Jurídica**
- ✓ **Gestión de Contratación de Bienes y Servicios**

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

### 7.7.6.6 INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

Aplica lo correspondiente al subsistema de SARLAFT

### 7.7.6.7 DIVULGACION DE LA INFORMACION

Aplica lo correspondiente al subsistema de SARLAFT

## 7.7.7 SUBSISTEMA DE RIESGO CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE

### 7.7.7.1 CICLO GENERAL DE GESTION DE RIEGOS DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE

#### A. IDENTIFICACION DEL RIESGO

“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.”

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

## B. EVALUACION Y MEDICION DEL SUBSISTEMA DE RIESGO DE COP

La ESE HUEM implementa las siguientes metodologías para la evaluación y medición de los riesgos del subsistema de riesgos de Opacidad y Fraude:

- a) Identificar, inventariar, relacionar y documentar la totalidad de los procesos.
- b) Revisar, evaluar y analizar el contexto interno y externo que permita identificar a los individuos o grupos que tienen interés e impacto en la ESE HUEM (stakeholders), y en los resultados de sus acciones, factores de riesgo, riesgos asociados, entre otros.
- c) Establecer metodologías de medición individual y consolidada, que sean aplicables a los procesos (internos y externos), con el fin de determinar los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude. La metodología deberá ser aplicable tanto a la Probabilidad de Ocurrencia como al Impacto.
- d) Evaluar y medir los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos, con base en las metodologías establecidas en desarrollo del literal anterior.
- e) Determinar el perfil de riesgo de corrupción, opacidad y fraude inherente de la entidad.

Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. También se deberá considerar el análisis de los riesgos inherentes y residuales, y su participación en el riesgo neto global. Se entenderá por valoración del riesgo, la medida cualitativa o cuantitativa de su probabilidad de ocurrencia y su posible impacto.

En el proceso de medición de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, la ESE HUEM deberán desarrollar, como mínimo, los siguientes pasos

## C. TRATAMIENTO Y CONTROL DEL RIESGO SICOF

Una vez identificados y evaluados los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, deben compararse con los límites (tolerancia) de riesgos aprobados identificada en la política de administración de riesgos aprobada por la Junta Directiva, siempre dentro del marco normativo establecido. Todo riesgo que exceda los límites o desviaciones

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

aceptadas, debe ser objeto de actividades de mitigación y control a fin de regresar al nivel de riesgo tolerado,

#### **D. SEGUIMIENTO Y MONITOREO SICOF**


Una vez establecidos los posibles mecanismos o un conjunto de estos, para la mitigación y control de los riesgos que se han identificado como relevantes para la ESE HUEM y después de realizar un análisis de causa y efecto para determinar los puntos más críticos a intervenir con mayor prelación. Con el fin de realizar el respectivo seguimiento y monitoreo permanente y continuo de la evolución de los perfiles de riesgos de corrupción, opacidad y fraude y la exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de éstos, se debe utilizar las herramientas de:

- a) Matriz de Riesgo de Corrupción Opacidad y Fraude
- b) Sistema de Alertas Tempranas que faciliten la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en el subsistema SICOF para evitar la materialización de los riesgos. Periodicidad mensual.
- c) Implementar un procedimiento de seguimiento efectivo, que facilite la rápida detección y corrección de las deficiencias en el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.
- d) Establecer indicadores descriptivos y/o prospectivos que evidencien los potenciales Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- e) Asegurar que los controles estén funcionando en forma oportuna, efectiva y eficiente.
- f) Generar un reporte interno de manera periódica (mínimo semestralmente) con la gestión de los riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude que contenga el perfil de riesgo inherente y residual de la entidad de acuerdo a las políticas establecidas y aprobadas, el cual debe estar a disposición de las autoridades competentes.

#### **Seguimiento y Monitoreo Independiente:**

Para el seguimiento y monitoreo independiente por la tercera línea de defensa de la ESE HUEM, la oficina asesora de control interno de gestión de la institución, en su

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 93 de 99

cronograma de auditorías a los procesos, revisa la gestión de los riesgos de los procesos que se encuentran dentro del formato MC-FO-002 Mapa de riesgos institucional, revisando el cumplimiento de las actividades para el manejo del riesgo residual.

#### 7.7.7.2 POLITICA DE ADMINISTRACION DEL SUBSISTEMA DE RIESGO - 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

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

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.”


### 7.7.7.3 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS SICOF

<b>Ejecución y administración de procesos</b>	Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos.
<b>Fraude Externo</b>	Pérdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la ESE HUEM (no participa personal de la entidad).
<b>Fraude Interno</b>	Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones irregulares, comisión de hechos delictivos abuso de confianza, apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales está involucrado por lo menos un (1) participante interno de la organización, son realizadas de forma intencional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.
<b>Fallas Tecnológicas</b>	Errores en hardware, software, telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.
<b>Relaciones laborales</b>	Pérdidas que surgen de acciones contrarias a las leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discriminación.
<b>Usuarios, productos y practicas</b>	Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios y que impiden satisfacer una obligación profesional frente a éstos.
<b>Daños activos fijos / eventos externos</b>	Pérdida por daños o extravíos de los activos fijos por desastres naturales u otros riesgos/eventos externos como atentados, vandalismo, orden público.

### 7.7.7.4 DOCUMENTACION DE LA ADMINISTRACION DE RIESGO DE SICOF

- ✓ Manual SICOF
- ✓ Matriz de riesgos SICOF

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	<b>CODIGO: MC-MA-004</b>
		<b>VERSION: 2</b>
	<b>MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS</b>	<b>FECHA: SEP 2023</b>
		<b>Página 95 de 99</b>

### 7.7.7.5 ESTRUCTURA ORGANICA SICOF

- ✓ Responsable del Subsistema
- ✓ Oficial de cumplimiento: Asesora de Planeación y calidad
- ✓ Suplente del Oficial de Cumplimiento: Líder de Talento Humano
- ✓ Profesional de gestión del SICOF

### 7.7.7.6 INFRAESTRUCTURA TECNOLOGICA SICOF

Aplica lo correspondiente al subsistema de SICOF

### 7.7.7.7. DIVULGACION DE LA INFORMACION SICOF

Aplica lo correspondiente al subsistema de SICOF

## 8 DOCUMENTACION

El Hospital Universitario Erasmo Meoz deberá mantener en disposición la documentación e información del Sistema integrado de Gestión del Riesgo, como mínimo los siguientes documentos:

- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ Resultados del Código de Conducta y Buen Gobierno de la ESE HUEM.
- ✓ Los informes presentados por la Junta Directiva, el Gerente, revisor fiscal
- ✓ Actas de Junta Directiva donde conste la presentación de informes correspondientes al SIGR.
- ✓ Las constancias de las capacitaciones impartidas a miembros de junta directiva, directivos, administradores y cualquier otra persona que tenga

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

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.

- ✓ Los documentos y registros que evidencien el funcionamiento oportuno, efectivo y eficiente de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- ✓ El procedimiento a seguir en caso de incumplimiento a los límites preestablecidos en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- ✓ Disponer de un respaldo físico o en medio magnético de la documentación relacionada.
- ✓ Guarda y conservación de la información
- ✓ Establecer requisitos de seguridad, de forma tal, que se permita la consulta a información sensible, únicamente por parte de funcionarios autorizados.
- ✓ Conservar evidencia de la comunicación de la información y reportes de la administración del SIGR en todas sus etapas.
- ✓ Los riesgos de seguridad digital deberán ser reportados a las autoridades o instancias respectivas que el gobierno disponga.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



## 9 INFRAESTRUCTURA TECNOLOGICA

El hospital Universitario Erasmo Meoz deberá 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.

Hospital Universitario Erasmo Meoz centraliza la información relacionada con la gestión de riesgos, para lo cual se debe utilizar el sistema de información del proceso de Información y comunicación, con un **LINK** de acceso específico, y cumpliendo con los criterios de seguridad de la información (confidencialidad, integridad y disponibilidad) para la toma de decisiones efectivas mínimo una vez al año.

El sistema de información debe permitir el monitoreo y control de cada uno de los riesgos adoptados por la Junta Directiva.

## 10 DIVULGACION DE LA INFORMACION Y CAPACITACIONES

El responsable de la implementación y administración del sistema integrado de Gestión de Riesgos, será el Gerente o representante legal del Hospital Universitario Erasmo Meoz, que incluye, la debida publicación en el sitio Web Oficial y demás medios de comunicación interna que corresponda.

La apropiación de la gestión del riesgo se desarrolla en las reuniones de los equipos primarios de mejoramiento EPM, donde se realiza:

- ✓ Presentación de cada uno de los mapas de riesgos.
- ✓ Realizar el seguimiento al comportamiento de los mismos; diferentes elementos de los mapas de riesgos.
- ✓ Concretar acciones adicionales en caso de que sea necesario para el manejo del riesgo residual, las cuales complementen las acciones inicialmente definidas por los miembros del proceso.
- ✓ Las bases de datos utilizados en la gestión de los riesgos y demás información, documentación y lineamientos referenciado, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Elaboro:

Equipo de Planeación y calidad

Reviso:

Asesor de planeación y Calidad

Aprobó:

Comité de Gestión y Desempeño

- ✓ Una vez ejecutado el cronograma de gestión del riesgo y se cuenta con la aprobación por parte del comité de gestión y desempeño de todos los mapas de riesgos por proceso de la institución, se procede a consolidar el mapa de riesgos institucional, en el formato “Mapa de riesgo” según el subsistema de riesgo, priorizando aquellos que se encuentran en zonas de riesgo alta y extrema del riesgo residual, es decir, después de la implementación de los controles (Riesgo residual).

### 10.1 DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN INTERNA

Se debe hacer especial énfasis en la difusión, socialización, capacitación y/o entrenamiento de todos y cada uno de los pasos que componen la metodología de la administración del riesgo, elementos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos SIGR, asegurando que permee a la totalidad de la ESE HUEM. Utilizando mecanismos como:


- ✓ Rondas
- ✓ Adherencia de las políticas
- ✓ Despliegues
- ✓ Capacitaciones
- ✓ Socialización
- ✓ Plataformas informáticas
- ✓ Intranet
- ✓ Emails
- ✓ Reuniones presenciales y virtuales

### 10.2 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,

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-MA-004
		VERSION: 2
	MANUAL DE ADMINISTRACION DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: SEP 2023
		Página 99 de 99

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.

## 11 ANEXO (SI APLICA)

Caracterizaciones de los procesos.

Mapas de Riesgos por procesos

## 12 CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	PAGINA	APROBÓ	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
1	27 de Abril de 2023	1-29	Comité De Gestión y Desempeño	Versión Original
2	28 de Septiembre de 2023	1-100	Comité De Gestión y Desempeño	Se incluyen y articulan los subsistemas de la gestión de riesgo de acuerdo al cambio de normatividad.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Equipo de Planeación y calidad	Asesor de planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño