



**POLÍTICA DE
ADMINISTRACIÓN DEL
RIESGO**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO"
PITALITO HUILA
NIT: 891.180.134-2

CODIGO DEL
PROCEDIMIENTO:

HSP-POL-31

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA

NIT.: 891.180.134-2

2018

| | | | |
|--|---|--|----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 1 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión N°: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|--|--|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO" PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

Control del Documento

| | Nombre | Cargo | Dependencia | Fecha |
|------------|---|-----------------------------------|-----------------|-------------------------|
| Autores | Luis Francisco Rojas Castillo | Asesor Oficina de Control Interno | Control Interno | 20 de Noviembre de 2018 |
| | Rosalba Silva Chicaiza | Profesional Administrativo | Estadística | |
| Revisión | Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | | | 20 de Noviembre de 2018 |
| Aprobación | Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno Acta No .005 | | | 28 de Noviembre de 2018 |
| Adopción | Resolución No. 328 | | | 28 de Noviembre de 2018 |

| | | | | |
|----------------|--------------|-----------|-------------|-------------------------------------|
| Estado: | Preparación: | Revisión: | Aprobación: | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------------|--------------|-----------|-------------|-------------------------------------|

Control de los Cambios

| Versión N° | Fecha de Aprobación | Descripción de los Cambios | Solicitó |
|------------|---------------------|--|---|
| 1.0 | 28/11//2018 | Adopción actualización conforme los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAF) y el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno | Ley 87 de 1993 Decreto 648 de Abril 17 de 2017 |

| | | | |
|--|---|---|----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 2 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión N°: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|--|--|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| 1. OBJETIVOS | 5 |
| 1.1. Objetivo General | 5 |
| 1.2. Objetivos Específicos | 5 |
| 2. ALCANCE | 6 |
| 3. MARCO LEGAL | 6 |
| 4. MARCO GENERAL DE POLITICAS DE ADMINISTRACION DEL RIESGO | 9 |
| 5. MAPA DE RIESGOS | 10 |
| 6. ESTRATEGIAS | 11 |
| 6.1. Línea Estratégica | 13 |
| 7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES | 15 |
| 8. METODOLOGÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | 19 |
| 9. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | 20 |
| 10. NIVELES DE ACEPTACIÓN AL RIESGO | 21 |
| 11. NIVELES PARA CALIFICAR EL IMPACTO | 22 |
| 11.1. Criterios para calificar el impacto – riesgos de gestión | 22 |
| 11.2. Criterios para calificar el impacto – riesgos de seguridad digital | 24 |
| 11.3. Criterios para calificar el impacto – riesgos de corrupción | 26 |
| 12. TRATAMIENTO DE RIESGOS | 27 |

| | | | |
|--|---|--|----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 3 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión N°: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|--|--|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

INTRODUCCIÓN

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, define su Política de Administración del Riesgo teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno con ocasión de la entrada en vigencia del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que integra los Sistemas de Gestión de la Calidad y de Desarrollo Administrativo, crea un único Sistema de Gestión y, lo articula con el Sistema de Control Interno, el cual se actualiza y alinea con los mejores estándares internacionales, como son el Modelo COSO 2013, COSO ERM 2017 y el Modelo de las Tres Líneas de Defensa, con el fin de entregar a los ciudadanos, lo mejor de la gestión para producir cambios en las condiciones de vida, mayor valor público en términos de bienestar, prosperidad general y fortalecer la lucha contra la corrupción; implementados a través de la *“Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas -Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital - Versión 4. Dirección de Gestión y Desempeño Institucional”*

El nivel directivo de la entidad considera que la administración de riesgos se constituye en una herramienta de gestión que permite evaluar periódicamente los factores operacionales de riesgo, que pueden afectar la calidad del servicio prestado por la entidad o la integridad de los recursos disponibles para su funcionamiento. Por lo tanto, los coordinadores y/o líderes de procesos o dependencias, son responsables de la implementación y el monitoreo de las acciones derivadas del tratamiento de los riesgos.

Para el éxito en la implementación de una adecuada administración de riesgos, es indispensable el compromiso de la Alta Gerencia como encargada de estimular la cultura para la identificación y prevención de los riesgos y en segunda instancia de definir las políticas como criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior de la entidad.

| | | | |
|--|---|--|----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 4 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión Nº: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</p> | <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</p> | <p>CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31</p> |
| <p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</p> | | |

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Generar una cultura de conocimiento y manejo de los riesgos que prevengan la ocurrencia de situaciones o eventos que tengan un impacto o consecuencia sobre el cumplimiento de la misión y objetivos estratégicos, generando un ambiente de control al interior de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

1.2. Objetivos Específicos

- Promover una cultura ética como elemento indispensable para la prevención, detección e investigación del fraude o corrupción.
- Gestionar y administrar los riesgos establecidos en los procesos para evitar su materialización.
- Asumir una posición de “Cero Tolerancia” al fraude y a cualquier acto de corrupción.
- Promover una cultura de transparencia, que integre los diferentes sistemas de gestión orientados a la identificación, detección, evaluación, mitigación, monitoreo, investigación, prevención y corrección de conductas relacionadas con la corrupción.
- Garantizar el debido proceso para analizar las situaciones de corrupción o cualquier otra conducta ilegal que se pueda presentar al interior de la Entidad, así mismo los posibles conflictos de interés que puedan tener los servidores públicos en cumplimiento de sus funciones y a esta Política.
- Dotar a la institución de una herramienta útil que le permita la administración de los riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital.
- Proteger los bienes de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito ante la ocurrencia de posibles riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital.
- Incorporar dentro de los procesos y procedimientos de la institución las medidas necesarias para minimizar los riesgos de las actividades que se desarrollan.

| | | | |
|---|---|---|-------------------------|
| <p>Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística</p> | <p>Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno</p> | <p>Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno</p> | <p>Hoja: 5</p> |
| <p>Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018</p> | <p>Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018</p> | <p>Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018</p> | |
| <p>Versión: 1.0</p> | <p>Revisión N°: 01 Acta No. 005</p> | <p>Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018</p> | |

| | | |
|---|--|--|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

- Establecer mecanismos para identificar, valorar y minimizar los riesgos de corrupción a los que constantemente está expuesta la Entidad, y poder de esta manera fortalecer el Sistema de Control Interno.
- Dar cumplimiento a la legislación vigente.

2. ALCANCE

La política de riesgos es aplicable a todos los procesos y procedimientos de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito y a todas las acciones ejecutadas por los servidores públicos durante el ejercicio de sus funciones.

Los riesgos de seguridad digital se gestionaran de acuerdo con los criterios diferenciales descritos en el documento de lineamientos “Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información”, que se constituye en la guía para mejorarlos estándares de seguridad de la información, de acuerdo con las nuevas tendencias tecnológicas, y además se encuentra alineado con el Marco de Referencia de Arquitectura TI y soporta transversalmente los otros componentes de la Estrategia: TIC para Servicios, TIC para Gobierno Abierto y TIC para Gestión.

3. MARCO LEGAL

- **LEY 87 DE 1993**, por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones. Artículo 2°.Objetivos del Sistema de Control Interno, literal a) “Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten”. 2 literal f). “Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos”.
- **LEY 489 DE 1998**. Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública. Artículos 27,28 y 29, Crea el Sistema de Control Interno con el objeto de integrar en forma armónica, dinámica, efectiva, flexible y suficiente el funcionamiento del Control Interno de las instituciones públicas.

| | | | |
|--|---|---|----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 6 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión Nº: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|--|---|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO" PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

- **DECRETO 2145 DE 1999**, por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y territorial y se dictan otras disposiciones. Modificado parcialmente por el Decreto 2593 de 2000. Define el S N C I las instancias de articulación y sus competencias, la Unidad Básica del mismo su operatividad y el fortalecimiento del Control Interno.
- **DIRECTIVA PRESIDENCIAL 09 DE 1999**, la cual define los lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción por parte del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, creado mediante el Decreto 2405 de 1998, tiene como propósito central coordinar, tanto la implementación de las iniciativas gubernamentales para hacerle frente a este flagelo, como su articulación con aquellas que en el mismo sentido adelanten los organismos de control y la sociedad civil.
- **Decreto 2145 de Noviembre 04 de 1999**: "Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones" que pretende lograr el funcionamiento armónico del Sistema Nacional de Control Interno.
- **DECRETO 1537 DE 2001**, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el Sistema de Control Interno, en su Artículo 3º establece el rol que deben desempeñar las oficinas de control interno. Establece en el artículo 4º que todas las entidades de la Administración Pública deben contar con una política de Administración de Riesgos tendiente a darle un manejo adecuado a los riesgos, con el fin de lograr de la manera más eficiente el cumplimiento de sus objetivos y estar preparados para enfrentar cualquier contingencia que se pueda presentar. Así mismo establece la Administración de Riesgos, como proceso permanente e interactivo entre la Administración y las Oficinas de Control Interno, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en acciones de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y dichas oficinas.
- **Decreto 4485 de 2009**: Por el cual se adopta la actualización de la NTCGP 1000-2009. Numeral 4.1 Requisitos generales literal g) "establecer controles sobre los riesgos identificados y valorados que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad; cuando un riesgo se

| | | | |
|--|---|--|----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 7 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión Nº: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|--|---|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO" PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

materializa es necesario tomar acciones correctivas para evitar o disminuir la probabilidad de que vuelva a suceder". Este decreto aclara la importancia de la Administración del riesgo en el Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades.

- **Ley 1474 de 2011:** Estatuto Anticorrupción. Artículo 73. "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano" que deben elaborar anualmente todas las entidades, incluyendo el mapa de riesgos de corrupción, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
- **Decreto No. 943 de 2014** " Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno" compilado en el Decreto 1083 de 2015, adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI 2014, el cual establece el componente de Evaluación Independiente como un conjunto de elementos de control que garantizan el examen autónomo y objetivo del Sistema de Control Interno, la gestión y los resultados de la entidad pública por parte de la Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoría Interna o quien haga sus veces.
- **Decreto No. 1083 de mayo 26 de 2015** "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública" en el Artículo 2.2.4.7 define las Competencias comportamentales comunes que debe acreditar todo servidor público, independientemente de la función, jerarquía y modalidad laboral al realizar las funciones y cumplir los compromisos organizacionales con eficacia, calidad y oportunidad conductas Adopta medidas para minimizar riesgos. Así mismo define en el Artículo 2.2.21.5.4 Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspecto tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizaciones, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos

| | | | |
|--|---|--|----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 8 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión N°: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|--|--|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

- **Decreto 648 de Abril 17 de 2017** “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”. Establece como función del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, como órgano asesor e instancia decisoria en los asuntos de control interno, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la Administración.

4. MARCO GENERAL DE POLITICAS DE ADMINISTRACION DEL RIESGO.

Dando cumplimiento a las acciones para la definición y/o actualización de la institucionalidad, tanto del Sistema de Gestión como del Sistema de Control Interno, vitales para iniciar el proceso de implementación del MIPG y del MECI, la ESE adopto el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, creó el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y actualizó el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno.

En este contexto, el Artículo 133 de la Ley 1753 del 9 de junio de 2015 “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, en su Capítulo V sobre Buen Gobierno establece: Intégrese en un solo Sistema de Gestión, los Sistemas de Gestión de la Calidad de que trata la Ley 872 de 2003 y de Desarrollo Administrativo de que trata la Ley 489 de 1998. El Sistema de Gestión deberá articularse con los Sistemas Nacional e Institucional de Control Interno consagrado en la Ley 87 de 1993 y en los artículos 27 al 29 de la Ley 489 de 1998, de tal manera que permita el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de control al interior de los organismos y entidades del Estado. Finalmente mediante el Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”, se sustituye el Título 22 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015.

La ESE Hospital Departamento San Antonio de Pitalito dentro del proceso de implementación del Modelo integrado de Planeación y Gestión establece el componente de Administración del riesgo como eje central de control, para lo cual

| | | | |
|--|---|---|----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 9 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión Nº: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</p> | <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO" PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</p> | <p>CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31</p> |
| <p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</p> | | |

desarrolla el Mapa de Riesgos y las Políticas de Administración de los Riesgos identificados y priorizados.

En este sentido la administración del riesgo en la ESE Hospital Departamento San Antonio de Pitalito está relacionada con el nivel de compromiso de sus funcionarios y/o contratistas respecto de la práctica de los valores y principios éticos, así como al buen desarrollo y aplicación de los componentes y elementos del sistema de control interno, para cumplir con la misión y objetivos institucionales.

Con base en lo anterior la Alta Gerencia, espera obtener un mayor grado de integración, participación y efectividad de los funcionarios y/o contratistas hacia el proceso de administración de los riesgos, para que entre todos contribuyamos a mejorar cada vez más los procesos y la aplicación de los mismos, en pro de un servicio eficiente y eficaz de la ESE.

La Alta Gerencia, se compromete a preservar la eficacia operativa de la Empresa, así como con la salvaguarda y bienestar de sus funcionarios, garantizando un manejo transparente de los recursos, mediante el establecimiento e implementación de un Sistema de Administración del Riesgo, que permita el cumplimiento eficiente y eficaz de la función constitucional y minimice eventuales costos causados por eventos de riesgos en la prestación de los servicios.

Conociendo adecuadamente el contexto estratégico del riesgo, la celeridad en la identificación de las amenazas y fuentes generadoras y la valoración de los riesgos, así como la debida selección de métodos para su tratamiento y monitoreo, la ESE podrá impedir la materialización de eventos generadores que puedan afectar o entorpecer el normal desarrollo de los procesos y el cumplimiento de los objetivos organizacionales.

5. MAPA DE RIESGOS

Los riesgos identificados y priorizados en la ESE Hospital Departamento San Antonio de Pitalito, se integran en el Mapa de Procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación, sobre los cuales la Alta Gerencia orientará su accionar para controlar su ocurrencia y mitigar su impacto cuando ello se presente.

| | | | |
|---|---|---|--------------------------|
| <p>Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística</p> | <p>Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno</p> | <p>Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno</p> | <p>Hoja: 10</p> |
| <p>Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018</p> | <p>Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018</p> | <p>Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018</p> | |
| <p>Versión: 1.0</p> | <p>Revisión Nº: 01 Acta No. 005</p> | <p>Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018</p> | |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</p> | <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</p> | <p>CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31</p> |
| <p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</p> | | |

El Mapa de Riesgos cubre todas las áreas administrativas, asistenciales y operativas, incluyendo en la matriz los riesgos de gestión, riesgo de corrupción y riesgos de seguridad digital, entre otros.

Nota: En el PAMEC (Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud) se encuentran identificados los riesgos del área asistenciales.

6. ESTRATEGIAS

La Alta Gerencia de la ESE Hospital Departamento San Antonio de Pitalito para la administración del riesgo, formula y adopta políticas, lineamientos y acciones, con la finalidad de evitar, reducir, dispersar, transferir o asumir los riesgos identificados.

Para ello, la ESE Hospital Departamento San Antonio de Pitalito orienta su gestión mediante la utilización de mecanismos y acciones que orientan su quehacer institucional con integridad, transparencia y eficiencia, destacándose la aplicación del modelo de gestión ético, fundamentado en la elaboración y adopción de un Código de Integridad del Servidor Público y la Plataforma Estratégica, donde los servidores se comprometen en la aplicación de prácticas y formas concretas de actuación en el cumplimiento de sus funciones.

Lo anterior debe ir acompañado de un proceso de formación y capacitación continua a todos los funcionarios y servidores de la ESE, que fortalezcan el conocimiento suficiente a los servidores para la ejecución eficiente de sus funciones y competencias.

En este sentido, los procesos de interiorización y sensibilización de los servidores respecto a la administración del riesgo, permitirán fomentar en mayor grado la cultura del autocontrol y autoevaluación, como herramientas de gestión para lograr buenas prácticas, que logren resolver con calidad y equidad las necesidades de los usuarios y ciudadanía en general de la Empresa.

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
| <p>Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística</p> | <p>Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno</p> | <p>Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno</p> | <p>Hoja: 11</p> |
| <p>Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018</p> | <p>Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018</p> | <p>Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018</p> | |
| <p>Versión: 1.0</p> | <p>Revisión Nº: 01 Acta No. 005</p> | <p>Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018</p> | |

| | | |
|---|--|--|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO" PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

Además se fortalecerá con el rol que desempeña los servidores sobre la base de la aplicación de las Tres Líneas de Defensa para una efectiva Gestión de Riesgos y Control.

Hoy por hoy, surgen buenas prácticas que pueden ayudar a delegar y coordinar las tareas esenciales de la gestión de riesgos mediante un enfoque sistemático. El modelo de las Tres Líneas de Defensa proporciona una manera simple y efectiva para mejorar las comunicaciones en la gestión de riesgos y control mediante la aclaración de las funciones y deberes esenciales relacionados.

En el modelo de las Tres Líneas de Defensa, el control de la gerencia es la primera línea de defensa en la gestión de riesgos; las varias funciones de supervisión de riesgos, controles y cumplimiento establecidas por la administración, son la segunda línea de defensa; y el aseguramiento independiente es la tercera. Cada una de estas "líneas" juega un papel distinto dentro del marco amplio de gobernabilidad de la organización.

| OPERATIVIDAD TRES LÍNEAS DE DEFENSA | | |
|--|--|--|
| LÍNEA ESTRATÉGICA | | |
| Define el marco general para la gestión del riesgo y el control A cargo de la Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno | | |
| 1ª. Línea de Defensa | 2ª. Línea de Defensa | 3ª. Línea de Defensa |
| A cargo de los Gerentes públicos y líderes de procesos o gerentes operativos de programas y proyectos de la entidad | A cargo de servidores con responsabilidades de monitoreo y evaluación de controles y riesgos: Jefes de planeación, supervisores, interventores, coordinadores de otros sistemas. | A cargo de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quién haga sus veces. |
| La gestión operacional se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día. La gestión operacional identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos. | Asegura que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente | Proporciona Información sobre la efectividad del SCI., la operación de la 1ª y 2ª Línea de Defensa con un enfoque basado en riesgos. |

| | | | |
|--|---|---|-------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 12 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión Nª: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</p> | <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</p> | <p>CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31</p> |
| <p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</p> | | |

6.1. Línea Estratégica

Compuesto por la Alta Dirección de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito y el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno. Este nivel analiza los riesgos y amenazas institucionales al cumplimiento de los planes estratégicos (objetivos, metas, indicadores).

En consecuencia tendrá la responsabilidad de definir el marco general para la gestión del riesgo (política de administración del riesgo) y garantiza el cumplimiento de los planes de la entidad.

1º. Línea de Defensa – Nivel Operacional

Compuesto por los Gerentes Públicos o Gerentes Operativos o los Líderes de los procesos, quienes gestionan los riesgos y son responsables de implementar acciones correctivas, igualmente detecta las deficiencias de control. La gestión operacional se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día. La gestión operacional identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos.

2º. Línea de Defensa

Su objetivo es asegurar que la primera línea está diseñada y opera de manera efectiva.

La administración de riesgos y funciones de cumplimiento. El control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento, seguridad, calidad y otras similares supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces por parte de la gerencia operativa, y ayudan a los responsables de riesgos a distribuir la información adecuada sobre riesgos hacia arriba y hacia abajo en la entidad.

Compuesta por aquellos servidores que tengan responsabilidades directas frente al monitoreo y evaluación del estado de los controles y la gestión del riesgo. Entre ellos pueden citarse: jefes de planeación o quienes hagan sus veces, coordinadores de áreas o servicios, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comité de contratación, áreas financieras (centros de costos, cartera, contabilidad, tesorería), de TIC, ambiental, seguridad y salud en el trabajo, seguridad de TI, legal, cumplimiento, aseguramiento de la calidad, entre otros

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
| <p>Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística</p> | <p>Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno</p> | <p>Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno</p> | <p>Hoja: 13</p> |
| <p>Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018</p> | <p>Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018</p> | <p>Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018</p> | |
| <p>Versión: 1.0</p> | <p>Revisión Nº: 01 Acta No. 005</p> | <p>Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018</p> | |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</p> | <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</p> | <p>CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31</p> |
| <p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</p> | | |

que generen información para el Aseguramiento de la operación y que se definan y evalúen en la primera línea de defensa.

3º. Línea de Defensa

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

La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces es quien tiene las responsabilidades de la tercera línea de defensa.

Relación de la Auditoría Interna con la 2ª línea de defensa, tener en cuenta

- Un listado de las funciones de aseguramiento
- Conocerlos requisitos que debe cumplir una función de aseguramiento para que sea efectiva.
- Procedimientos con los que la Auditoría Interna puede evaluar la efectividad de los servicios de aseguramiento.
- Establecer guías de colaboración entre Auditoría Interna y las otras funciones de aseguramiento, facilitando mayor eficiencia y evitar duplicidades

El mapa de aseguramiento es una Herramienta que permite coordinar las diferentes actividades de aseguramiento, visualiza el esfuerzo en común y se mitigan los riesgos.

Se construye a partir de un trabajo coordinado entre la Función de Auditoría y las demás funciones de aseguramiento, para lo cual tendrá en cuenta los siguientes pasos:

Fase 1: Identificar los procesos o actividades relevantes para la entidad. Se identifica el responsable y la función de aseguramiento que ejerce la segunda línea.

Fase 2: Asignar a los procesos o actividades anteriores uno o varios riesgos críticos, acorde con el mapa de riesgos definido.

| | | | |
|---|---|---|--------------------------|
| <p>Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística</p> | <p>Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno</p> | <p>Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno</p> | <p>Hoja: 14</p> |
| <p>Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018</p> | <p>Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018</p> | <p>Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018</p> | |
| <p>Versión: 1.0</p> | <p>Revisión Nª: 01 Acta No. 005</p> | <p>Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018</p> | |

| | | |
|---|--|--|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

Fase 3: Identificar las funciones que aseguran cada uno de los riesgos, se evalúa el nivel de aseguramiento de cada función en relación a cada riesgo bajo su supervisión.

7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Riesgo:

Es la posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o del proceso. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

Administración de Riesgos:

Comprende el conjunto de Elementos de Control y sus interrelaciones, para que la institución evalúe e intervenga aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar de manera positiva o negativa el logro de sus objetivos institucionales. La administración del riesgo, contribuye a que la entidad consolide su Sistema de Control Interno y a que se genere una Cultura de Autocontrol y Autoevaluación al interior de la misma.

Riesgo de gestión:

Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

Riesgo de corrupción:

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

Riesgo de seguridad digital:

Combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, así como afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.

Riesgo inherente:

Es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.

| | | | |
|--|---|---|-----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 15 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión N°: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|--|--|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

Riesgo Residual:

Nivel de riesgo que permanece luego de tomar sus correspondientes medidas de tratamiento.

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.

Probabilidad:

Se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Esta puede ser medida con criterios de frecuencia o factibilidad.

Impacto:

Se entiende como las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Causa:

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

Consecuencia:

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

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 del orden nacional, departamental y municipal.

| | | | |
|--|---|---|-----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 16 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión N°: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|--|--|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

Activo:

En el contexto de seguridad digital son elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, hardware, información física o digital, recurso humano, entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital.

Control:

Medida que modifica el riesgo (procesos, políticas, dispositivos, prácticas u otras acciones).

Amenazas:

Situación potencial de un incidente no deseado, el cual puede ocasionar daño a un sistema o a una organización.

Vulnerabilidad:

Es una debilidad, atributo, causa o falta de control que permitiría la explotación por parte de una o más amenazas contra los activos.

Confidencialidad:

Propiedad de la información que la hace no disponible, es decir, divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados.

Integridad:

Propiedad de exactitud y completitud.

Disponibilidad:

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

Tolerancia al riesgo:

Son los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de objetivos. Pueden medirse y a menudo resulta mejor, con las mismas unidades que los objetivos correspondientes. Para el riesgo de corrupción la tolerancia es inaceptable.

Apetito al riesgo:

Magnitud y tipo de riesgo que una organización está dispuesta a buscar o retener.

| | | | |
|--|---|---|-------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 17 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión N°: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|--|--|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

Autocontrol:

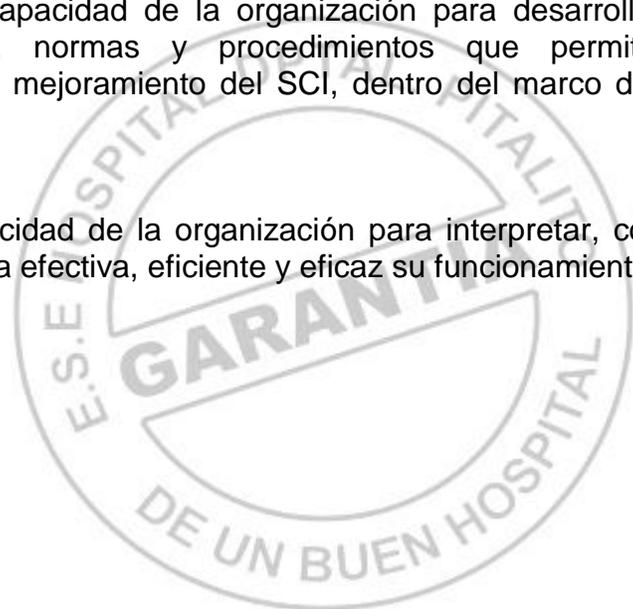
La capacidad que deben desarrollar todos y cada uno de los servidores públicos de la organización, independientemente de su nivel jerárquico, para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.

Autorregulación:

Se refiere a la capacidad de la organización para desarrollar en su interior y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento del SCI, dentro del marco de las disposiciones aplicables.

Autogestión:

Apunta a la capacidad de la organización para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento.



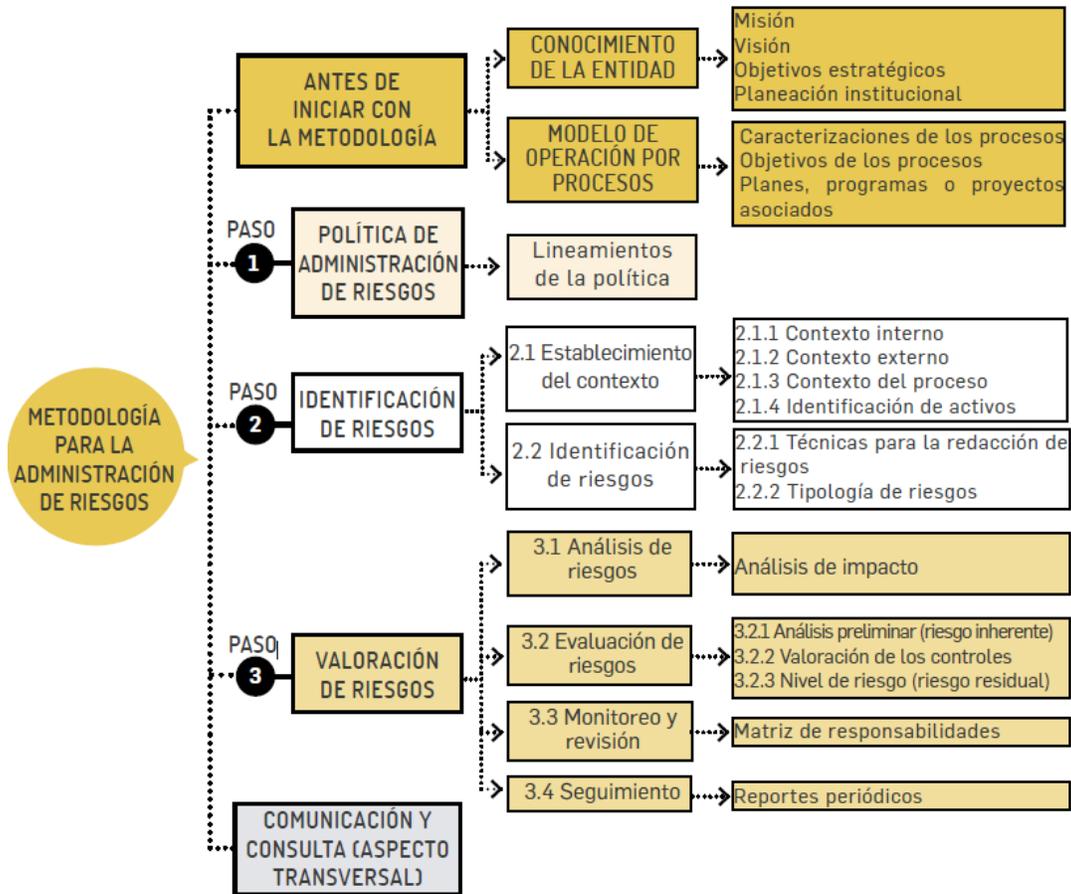
| | | | |
|--|---|---|-----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 18 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión N°: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|--|--|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

8. METODOLOGÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

La metodología para la administración del riesgo requiere de un análisis inicial relacionado con el estado actual de la estructura de riesgos y su gestión, el conocimiento de esta desde un punto de vista estratégico de la aplicación de tres (3) pasos básicos para su desarrollo y de la definición e implantación de estrategias de comunicación transversales a toda la entidad, para que pueda ser evidenciada.

La estructura completa con sus desarrollos básicos es la siguiente:



| | | | |
|--|---|--|-------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 19 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión Nº: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|--|--|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

9. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se compromete a la gestión o administración de los riesgos que pudieran afectar positiva o negativamente el logro de los objetivos estratégicos institucionales, garantizando la continuidad en la prestación de los servicios de salud con excelencia, a través de la transformación cultural de sus colaboradores para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

La gestión para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos, se define a partir de los siguientes lineamientos:

- Generar mecanismos que fortalezcan la cultura de la prevención de riesgos, consolidando un ambiente de autocontrol ajustado a las necesidades de la entidad.
- Identificar, analizar, evaluar y actualizar los riesgos por proceso institucionales.
- Definir e implementar controles y acciones orientados a evitar, mitigar, compartir o transferir los riesgos identificados y priorizados en cada proceso.
- La revisión periódica del mapa de riesgos para evaluar la efectividad de las acciones de mitigación e identificación de nuevos riesgos.
- Proteger los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos del Estado, resguardándolos contra la materialización de los riesgos.
- Contribuir a la excelencia en la gestión de la entidad, elevando el nivel de productividad, mejorando la calidad de los servicios y garantizando la eficiencia y la eficacia de los procesos organizacionales.
- Involucrar y comprometer a todos los servidores de la entidad en el tratamiento, manejo y seguimiento de los riesgos.
- Divulgar la política de riesgos a través de los diversos canales de comunicación institucional.
- Definir planes de mejoramiento continuo, estrategias y políticas orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la entidad, asegurando el cumplimiento de las normas, leyes y regulaciones técnicas.

| | | | |
|--|---|--|-----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 20 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión N°: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</p> | <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</p> | <p>CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31</p> |
| <p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</p> | | |

10. NIVELES DE ACEPTACIÓN AL RIESGO

Se deben emitir los lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales. Adicional a los riesgos operativos, es importante identificar los riesgos de corrupción, los riesgos de contratación, los riesgos para la defensa jurídica, los riesgos de seguridad digital, entre otros.

La aceptación del riesgo puede ocurrir sin tratamiento del riesgo.

Los riesgos aceptados están sujetos a monitoreo. Los riesgos de corrupción son inaceptables.

Se deberá establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de consecuencia o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE), los cuales se desarrollan a través de:

Análisis de Riesgos: Se busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE), teniendo las siguientes herramientas:

- Tabla para determinar probabilidad
- Tablas (s) para determinar el impacto o consecuencias (de acuerdo con la política de riesgos institucional)
- Matriz de evaluación de riesgos

Evaluación de riesgos: Se busca confrontar los resultados del análisis de riesgo inicial frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final (RIESGO RESIDUAL), lo cual se realiza a partir de:

- Elaboración del Mapa de Riesgos
- Análisis y evaluación de controles

Al momento de definir las actividades de control por parte de la primera línea de defensa, es importante considerar que los controles estén bien diseñados, es decir, que efectivamente estos mitigan las causas que hacen que el riesgo se materialice

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
| <p>Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística</p> | <p>Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno</p> | <p>Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno</p> | <p>Hoja: 21</p> |
| <p>Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018</p> | <p>Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018</p> | <p>Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018</p> | |
| <p>Versión: 1.0</p> | <p>Revisión N°: 01 Acta No. 005</p> | <p>Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018</p> | |

| | | |
|---|---|---|
|  | <p style="text-align: center;">EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</p> | <p style="text-align: center;">CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31</p> |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

11. NIVELES PARA CALIFICAR EL IMPACTO

Esta tabla de análisis variará de acuerdo con la complejidad de cada entidad, será necesario considerar el sector al que pertenece (riesgo de la operación, los recursos humanos y físicos con los que cuenta, su capacidad financiera, usuarios a los que atiende, entre otros aspectos).

11.1. Criterios para calificar el impacto – riesgos de gestión

| NIVEL | IMPACTO (CONSECUENCIAS) CUANTITATIVO | IMPACTO (CONSECUENCIAS) CUALITATIVO |
|---------------------|--|---|
| CATASTRÓFICO | <ul style="list-style-type: none"> - Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 50\%$. - Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 50\%$. - Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 50\%$. - Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 50\%$ del presupuesto general de la entidad. | <ul style="list-style-type: none"> - Interrupción de las operaciones de la entidad por más de cinco (5) días. - Intervención por parte de un ente de control u otro ente regulador. - Pérdida de información crítica para la entidad que no se puede recuperar. - Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave la ejecución presupuestal. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados. |
| MAYOR | <ul style="list-style-type: none"> - Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 20\%$. - Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 20\%$. - Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 20\%$. - Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 20\%$ del presupuesto general de la entidad. | <ul style="list-style-type: none"> - Interrupción de las operaciones de la entidad por más de dos (2) días. - Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta. - Sanción por parte del ente de control u otro ente regulador. - Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando el cumplimiento en las metas de gobierno. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. |

| | | | |
|--|---|--|-----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 22 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión N°: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|---|---|
|  | <p style="text-align: center;">EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO" PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</p> | <p style="text-align: center;">CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31</p> |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

| | | |
|-----------------------|--|---|
| MODERADO | <ul style="list-style-type: none"> -Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 5\%$. -Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 10\%$. -Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el pre- supuesto total de la entidad en un valor $\geq 5\%$. -Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 5\%$ del presupuesto general de la entidad. | <ul style="list-style-type: none"> -Interrupción de las operaciones de la entidad por un (1) día. -Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. -Inoportunidad en la información, ocasionando retrasos en la atención a los usuarios. -Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. -Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. -Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias |
| MENOR | <ul style="list-style-type: none"> -Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 1\%$. -Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 5\%$. -Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el pre- supuesto total de la entidad en un valor $\geq 1\%$. -Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 1\%$ del presupuesto general de la entidad. | <ul style="list-style-type: none"> -Interrupción de las operaciones de la entidad por algunas horas. -Reclamaciones o quejas de los usuarios, que implican investigaciones internas disciplinarias. -Imagen institucional afectada localmente por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. |
| INSIGNIFICANTE | <ul style="list-style-type: none"> -Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 0,5\%$. -Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 1\%$. -Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 0,5\%$. -Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 0,5\%$ del presupuesto general de la entidad. | <ul style="list-style-type: none"> -No hay interrupción de las operaciones de la entidad. -No se generan sanciones económicas o administrativas. -No se afecta la imagen institucional de forma significativa. |

Fuente: Adaptado de Instituto de Auditores Internos. COSO ERM. Agosto 2004

| | | | |
|--|---|--|-----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 23 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión N°: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|--|--|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

11.2. Criterios para calificar el impacto – riesgos de seguridad digital

| NIVEL | VALOR DEL IMPACTO | CRITERIOS DE IMPACTO PARA RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL | |
|---------------------|-------------------|--|--|
| | | IMPACTO (CONSECUENCIAS) CUANTITATIVO | IMPACTO (CONSECUENCIAS) CUALITATIVO |
| CATASTRÓFICO | 1 | Afectación $\geq X\%$ de la población. Afectación $\geq X\%$ del presupuesto anual de la entidad. No hay afectación medioambiental | Sin afectación de la integridad. Sin afectación de la disponibilidad. Sin afectación de la confidencialidad |
| MAYOR | 2 | Afectación $\geq X\%$ de la población. Afectación $\geq X\%$ del presupuesto anual de la entidad. Afectación leve del medio ambiente requiere de $\geq X$ días de recuperación. | Afectación leve de la integridad. Afectación leve de la disponibilidad. Afectación leve de la confidencialidad. |
| MODERADO | 3 | Afectación $\geq X\%$ de la población. Afectación $\geq X\%$ del presupuesto anual de la entidad. Afectación leve del medio ambiente requiere de $\geq X$ semanas de recuperación. | Afectación moderada de la integridad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros. Afectación moderada de la disponibilidad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros. Afectación moderada de la confidencialidad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros. |

| | | | |
|--|---|---|-----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 24 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión N°: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|--|---|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

| | | | |
|-----------------------|---|---|---|
| MENOR | 4 | Afectación $\geq X\%$ de la población. Afectación $\geq X\%$ del presupuesto anual de la entidad. Afectación importante del medioambiente que requiere de $\geq X$ meses de recuperación. | Afectación grave de la integridad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros. Afectación grave de la disponibilidad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros. Afectación grave de la confidencialidad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros. |
| INSIGNIFICANTE | 5 | Afectación $\geq X\%$ de la población. Afectación $\geq X\%$ del presupuesto anual de la entidad. Afectación muy grave del medioambiente que requiere de $\geq X$ años de recuperación. | Afectación muy grave de la integridad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros. Afectación muy grave de la disponibilidad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros. Afectación muy grave de la confidencialidad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros. |

Fuente: Fuente: Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. 2017

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

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

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

| | | | |
|--|---|---|-----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 25 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión N°: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</p> | <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</p> | <p>CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31</p> |
| <p>POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</p> | | |

Los porcentajes en las escalas pueden variar, según la entidad y su contexto.

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

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

11.3. Criterios para calificar el impacto – riesgos de corrupción

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

| | | | |
|--|---|--|-------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 26 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión Nº: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |

| | | |
|---|--|--|
|  POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2 | CODIGO DEL PROCEDIMIENTO: HSP-POL-31 |
| POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | |

| | | | |
|---------------|--|--|--|
| catastrófico. | | | |
| MODERADO | Genera medianas consecuencias sobre la entidad | | |
| MAYOR | Genera altas consecuencias sobre la entidad. | | |
| CATASTRÓFICO | Genera consecuencias desastrosas para la entidad | | |

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

Si la respuesta a la pregunta 16 es afirmativa, el riesgo se considera catastrófico.

Por cada riesgo de corrupción identificado, se debe diligenciar una tabla de estas.

Para los riesgos de corrupción, el análisis de impacto se realizará teniendo en cuenta solamente los niveles “moderado”, “mayor” y “catastrófico”, dado que estos riesgos siempre serán significativos; en este orden de ideas, no aplican los niveles de impacto insignificante y menor, que sí aplican para los demás riesgos.

12. TRATAMIENTO DE RIESGOS

Es la respuesta establecida por la primera línea de defensa para la mitigación de los diferentes riesgos, incluyendo aquellos relacionados con la corrupción.

El tratamiento o respuesta dada al riesgo, se enmarca en las siguientes categorías:

Aceptar el riesgo: No se adopta ninguna medida que afecte la probabilidad o el impacto del riesgo. (Ningún riesgo de corrupción podrá ser aceptado).

Evitar el riesgo: Se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo, es decir, no iniciar o no continuar con la actividad que lo provoca.

Compartir el riesgo: Se reduce la probabilidad o el impacto del riesgo transfiriendo o compartiendo una parte de este. Los riesgos de corrupción se pueden compartir pero no se puede transferir su responsabilidad.

Reducir el riesgo: Se adoptan medidas para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos; por lo general conlleva a la implementación de controles

| | | | |
|--|---|--|-----------------|
| Redactado Por: Luis Francisco Rojas Castillo Asesor Control Interno Rosalba Silva Chicaiza Profesional Administrativo Estadística | Revisado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno | Aprobado Por: Comité Institucional de Coordinación del Sistema de control Interno | Hoja: 27 |
| Fecha de Radicación: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de revisión: 20 de Noviembre de 2018 | Fecha de Aprobación: 28 de Noviembre de 2018 | |
| Versión: 1.0 | Revisión N°: 01 Acta No. 005 | Resolución No. 328 del 28 de Noviembre de 2018 | |