

SOCIALIZACIÓN EJE DE ACREDITACIÓN: GESTIÓN DEL RIESGO



E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO PITALITO – HUILA

Pitalito, 30 de Agosto de 2022

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente

CONTENIDO

1. Marco Normativo y Contextual.
2. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS.
3. Ejes Trazadores.
4. Plan de Gestión Institucional.
5. Conceptos Homologados.
6. Política del Eje de Gestión del Riesgo.
7. Programa de Administración del Riesgo.
8. Líneas de Acción del Eje de Gestión del Riesgo.
9. Plan de Acción del Eje de Gestión del Riesgo.
10. Principales Logros y Resultados.
11. Los Retos Continúan

1. MARCO NORMATIVO Y CONTEXTUAL



Minsalud

- Decreto 1011 / 2006 - SOGC
- Resolución 1445/2006 Funciones de la Entidad Acreditadora
- Decreto 2200 de 2005
- Resolución 1403 de 2006
- Resolución 4002 de 2007
- Resolución 4816 de 2008
- Otros.



DAFP - OTROS

- Ley 1122 de 2007 – Modificaciones al SGSSS
- Decreto 4485 de 2009 – NTCGP 1000-2009
- Ley 1438 de 2011- Reforma SGSSS
- Ley 1474 de 2011- Estatuto Anticorrupción.
- Decreto 943/2014 Actualiza MECI
- Decreto 1083/2015 – Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública
- Otros



Supersalud

- Resolución 4559/2018 Supervisión Basada en Riesgos
- SARLAFT
- Código de Conducta y Buen Gobierno.
- Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 –Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos.
- **Circular Externa 20211700000005-5 de 2021** - Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF)

2. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - SOGCS



Componentes del SOGC DECRETO 1011 de 2006

Obligatorio

Voluntario



Acreditación

Resolución
5095/2018



PAMEC

**Pautas
Indicativas**



Habilitación

Resolución
3100/2019

Condiciones mínimas

Seguridad del paciente

Sistema de Información

3. EJES TRAZADORES - SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN



Ejes del modelo evaluativo



TRANSFORMACIÓN Y MEDICIÓN DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL

RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL

LA CALIDAD, UN ESTILO DE VIDA

4. PLAN DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

“Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana”

2020-2024



Acuerdo No.
003 de 29 de
Mayo de 2020.

5. CONCEPTOS HOMOLOGADOS:



- Administración de Riesgos
- Amenazas
- Apetito al riesgo
- Autocontrol
- Autorregulación
- Autogestión
- Confidencialidad
- Consecuencia
- Control
- Efectividad
- Factor de Riesgo

- Gestión del Riesgo
- Impacto
- Mapa de Riesgos
- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- Probabilidad
- Riesgo
- Riesgo de Gestión
- Riesgo Inherente
- Riesgo de Corrupción
- Riesgo Residual

6. Política del Eje de Gestión del Riesgo



La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se compromete a la **administración y gestión 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.

Palabras claves de la política

Gestión del riesgo

Prestación de servicios de salud con excelencia

Transformación cultural con colaboradores

(HSP-POL-31 – Resolución No. 328 de 28 de noviembre de 2018)

7. Programa de Administración del Riesgo



(HSP-DE-PRO01 – Resolución No. 316 de 08 de octubre de 2019)

OBJETIVOS

- 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.

- 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.

7. Programa de Administración del Riesgo

(HSP-DE-PRO01 – Resolución No. 316 de 08 de octubre de 2019)



- Objetivos Específicos

- 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.
- 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.

- Alcance

El Programa de Administración 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.

8. Líneas de Acción del Eje de Gestión del Riesgo



LÍNEAS DE ACCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO



Promoción de una cultura de administración del riesgo



Gestión de la administración de riesgos por procesos



Gestión y control por líneas de defensa para autocontrol, auditoría interna y de seguimiento

8. Líneas de Acción del Eje de Gestión del Riesgo

1. Promoción de una cultura de administración del riesgo

LÍNEAS DE ACCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO



8. Líneas de Acción del Eje de Gestión del Riesgo

2. Gestión de la Administración de Riesgos por Procesos

LÍNEAS DE ACCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO



8. Líneas de Acción del Eje de Gestión del Riesgo



3. Gestión y Control por Líneas de Defensa para Autocontrol, Auditoría Interna y de Seguimiento

LÍNEAS DE ACCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO

3. Gestión y control por líneas de defensa para autocontrol, auditoría interna y de seguimiento

PROGRAMA INTEGRAL DE AUDITORIAS

PROCESOS

- Gestión de la Calidad
- Gestión de Control Institucional
- Gestión del Ambiente Físico
- Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia
- Gestión del Talento Humano

PROGRAMAS

- Programa de Seguridad del Paciente
- Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud PAMEC
- Programa de Responsabilidad Social
- Programa de Humanización

Líneas de Defensa

Línea Estratégica de Defensa:

Alta Dirección y El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

1° Línea –Servidores en sus diferentes niveles, Coordinadores y/o líderes de áreas, procesos o dependencias.

2° Línea –Planeación, Calidad, Coordinadores y/o líderes de áreas, procesos o dependencias, supervisores, interventores, servidores públicos.

3° Línea –Control Interno, Auditoría Interna o quién haga sus veces.

9. Plan de Acción del Eje de Gestión del Riesgo

1. Promoción de una cultura de administración del riesgo

➤ MATRIZ DE RIESGO POR PROCESOS → MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL

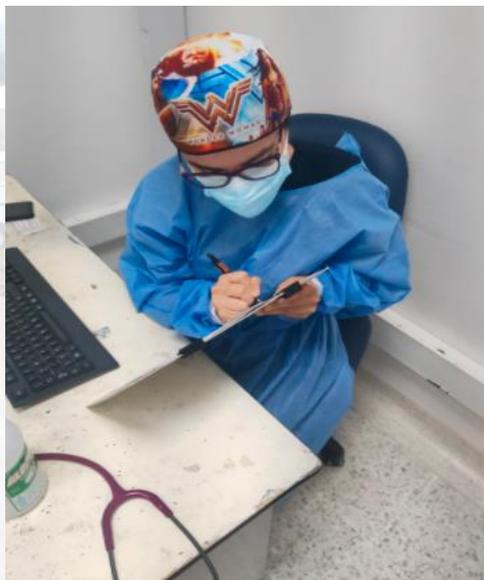
Procesos	Cantidad
Procesos Estratégicos	Cantidad
Gestión del Direccionamiento Estratégico Institucional	3
Gestión de la Calidad	8
Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia	5
Gestión del Talento Humano	13
Subtotal	29
Procesos Misionales	Cantidad
Atención en Cirugía	7
Gestión de la Docencia Servicio	1
Atención de Hospitalización	22
Atención de Urgencias	15
Servicio de Referencia y Contrarreferencia	4
Subproceso Rehabilitación	8
Subproceso Farmacia	11
Subproceso Gestión de Laboratorio Clínico	16
Subtotal	84
Procesos de Apoyo	Cantidad
Gestión de Recursos Financieros	8
Gestión de Recursos Tecnológicos	4
Gestión Jurídica	3
Gestión del Ambiente Físico	8
Gestión de la Información	4
Subtotal	27
Gran Total	140

18 Riesgos Priorizados
(2021-2022)

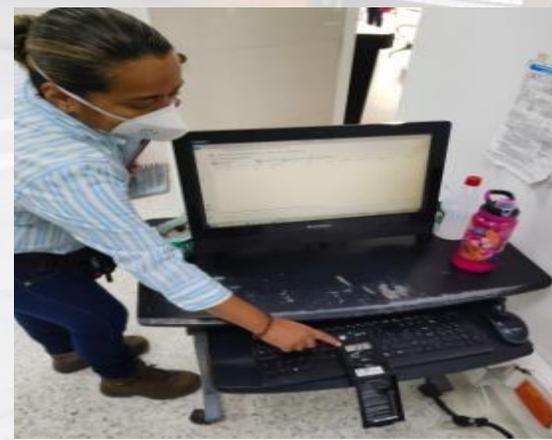
- Elaboración, aprobación y cumplimiento del Programa Integral de Auditorías.
- Inspecciones periódicas relacionadas con uso adecuado de elementos de protección personal en el marco de los componentes de bioseguridad.
- Seguimiento al ausentismo laboral por enfermedad común a través de la evaluación de puesto de trabajo y riesgo ergonómico.
- Seguimiento al ausentismo laboral por enfermedad laboral a través de la evaluación de puesto de trabajo y riesgo ergonómico.
- Seguimiento al ausentismo laboral por accidente de trabajo de puesto de trabajo y riesgo ergonómico.

IMPLEMENTACIÓN

Rondas sobre el uso adecuado de EPP, para evitar el riesgo dentro de los colaboradores.



Rondas periódicas de seguridad del paciente en los procesos asistenciales.



9. Plan de Acción del Eje de Gestión del Riesgo



2. Gestión de la Administración de Riesgos por Procesos

- Rondas periódicas de seguridad del paciente en los procesos asistenciales para mitigar eventos adversos en los pacientes.
- Monitoreo periódico a la clasificación adecuada de los residuos hospitalarios para prevenir la ocurrencia de riesgos biológicos – Gestión ambiental.
- Rondas periódicas de inspección de la tecnología en los procesos para medición del buen funcionamiento de los equipos biomédicos y no biomédicos – Gestión de Recursos Tecnológicos.

IMPLEMENTACIÓN



Rondas periódicas de adherencia al Plan de Gestión Integral de Residuos en la Atención en Salud (PGIRASA)



9. Plan de Acción del Eje de Gestión del Riesgo



3. Gestión y Control por Líneas de Defensa para Autocontrol, Auditoría Interna y de Seguimiento

- Seguimiento periódico (cuatrimestral) de acuerdo a las líneas de defensa – autocontrol – auditoría interna – control interno.
- Gestión de los riesgos priorizados y seguimiento a la ejecución de los controles definidos en el mapa de riesgos institucional y en cada matriz de riesgos.

10. Principales Logros y Resultados



Realización del Boletín Informativo Eje de Gestión del Riesgo



E.S. Hospital Departamental
San Antonio de Platteo



No. 01
Trimestre I de 2021

Boletín informativo

Eje de Gestión del Riesgo

1. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN

Dando cumplimiento al Eje de Gestión del Riesgo, las actividades más significativas durante el primer trimestre de la vigencia 2021, son:

- Actualización y seguimiento del mapa de riesgos institucional y las actividades de seguimientos a los controles de la matriz de riesgo por proceso priorizado.
- Seguimiento al ausentismo laboral a través de la evaluación de puesto de trabajo y riesgo ergonómico.
- Rondas periódicas de seguridad del paciente en los procesos asistenciales para mitigar eventos adversos en los pacientes.
- Monitoreo periódico a la clasificación adecuada de los residuos hospitalarios para prevenir la ocurrencia de riesgos biológicos.
- Gestión de la Administración del Riesgo, categorización SIN RIESGO Fiscal y Financiero de la vigencia 2020.

Líneas de Defensa: Cada Líder de procesos institucionales a través de autocontrol (18 Líneas realiza el seguimiento a los controles establecidos a los riesgos priorizados.

Auditoría Interna (28 Líneas) Con el apoyo de las Subgerencias se hace seguimiento a los controles de los riesgos priorizados por los procesos Estratégicos – Misionales y de Apoyo, verificando su cumplimiento con base a lo diseñado y para lo que se pretende.

Se realiza seguimiento a los controles planteados en la matriz de riesgo priorizado por proceso, como: Gestión de direccionamiento estratégico institucional, gestión de la calidad, gestión de la experiencia del paciente y su familia, gestión del talento humano, atención de urgencias, atención de hospitalización, atención en apoyo diagnóstico y terapéutico, atención de consulta externa, atención en cirugía, gestión del ambiente físico, gestión de recursos

Contenido

- Cumplimiento y despliegue del plan de acción.
- Resultados del plan de acción
- Plan de acción para el siguiente trimestre



2. RESULTADOS DEL PLAN DE ACCIÓN

RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Efectividad Rondas de Seguridad del Paciente

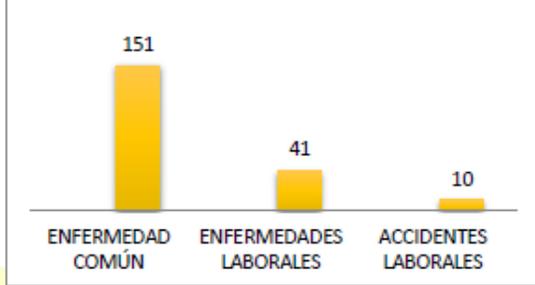


Mes	Ronda de seguridad ejecutada	Ronda programada
Abril	1	1
Mayo	1	1
Junio	1	1

Las rondas de Seguridad del Paciente, ha permitido identificar y mitigar los riesgos asociados a la prestación de servicios. En el segundo trimestre de 2021, se ejecutó la estrategia (100% de lo programado) en los servicios de Atención en Cirugía, Apoyo Diagnóstico y Urgencias.

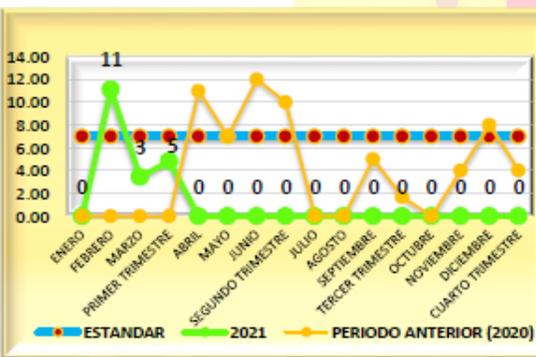
AUSENTISMO LABORAL

Para el segundo trimestre 2021, se presentaron 151 enfermedades comunes, 41 enfermedades laborales y 10 accidentes laborales.



Categoría	Cantidad
ENFERMEDAD COMÚN	151
ENFERMEDADES LABORALES	41
ACCIDENTES LABORALES	10

RONDAS PERIÓDICAS DE INSPECCIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA



Mes	2021	PERIODO ANTERIOR (2020)
ENERO	11	0
FEBRERO	3	0
MARZO	5	0
PRIMER TRIMESTRE	0	0
ABRIL	0	0
MAYO	0	0
JUNIO	0	0
SEGUNDO TRIMESTRE	0	0
JULIO	0	0
AGOSTO	0	0
SEPTIEMBRE	0	0
TERCER TRIMESTRE	0	0
OCTUBRE	0	0
NOVIEMBRE	0	0
DICIEMBRE	0	0
CUARTO TRIMESTRE	0	0

AUDITORÍAS INTEGRALES PROCESO DE CALIDAD



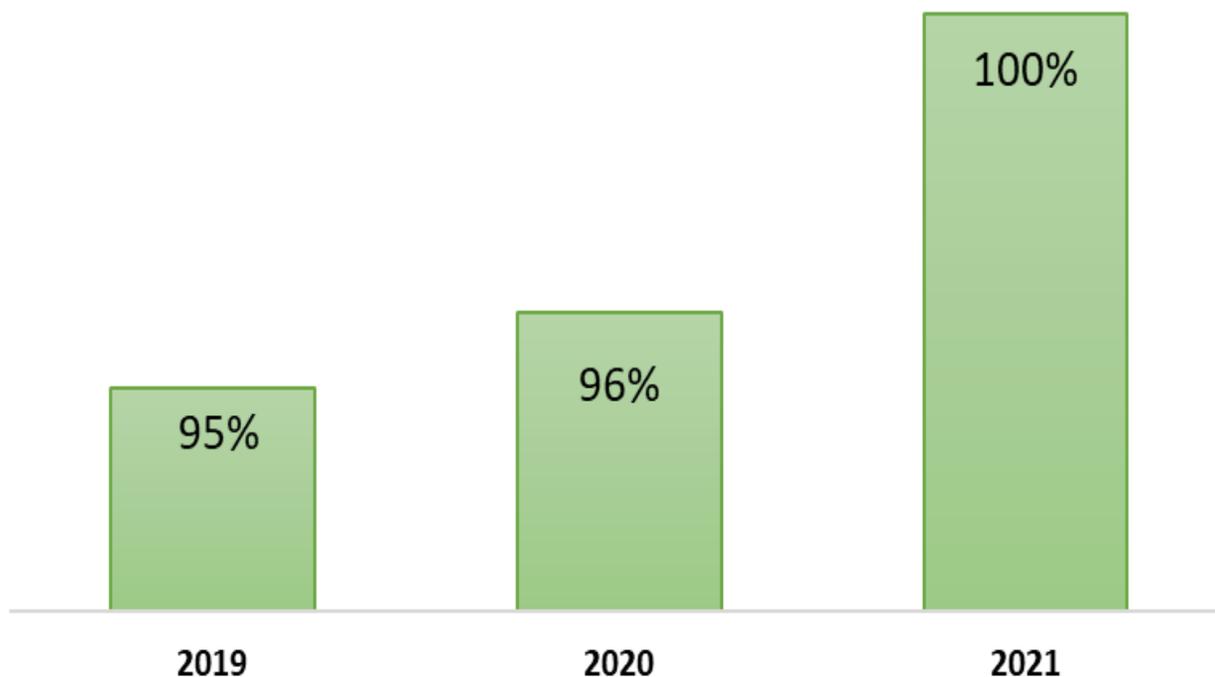
Mes	Porcentaje
ABRIL	50%
MAYO	100%
JUNIO	100%
TOTAL	83,3%

En el II trimestre de la vigencia 2021 se dio cumplimiento al 83,3% del total de auditorías programadas en este periodo, a las cuales corresponden a: Adherencia, guías de práctica clínica y a los procesos de Urgencias, Cirugía, Referencia y Contrarreferencia.

3. PLAN DE ACCIÓN PARA EL SIGUIENTE TRIMESTRE

Cumplimiento Del Programa Integral De Auditorías

Comparativo Realización de Auditorías Internas

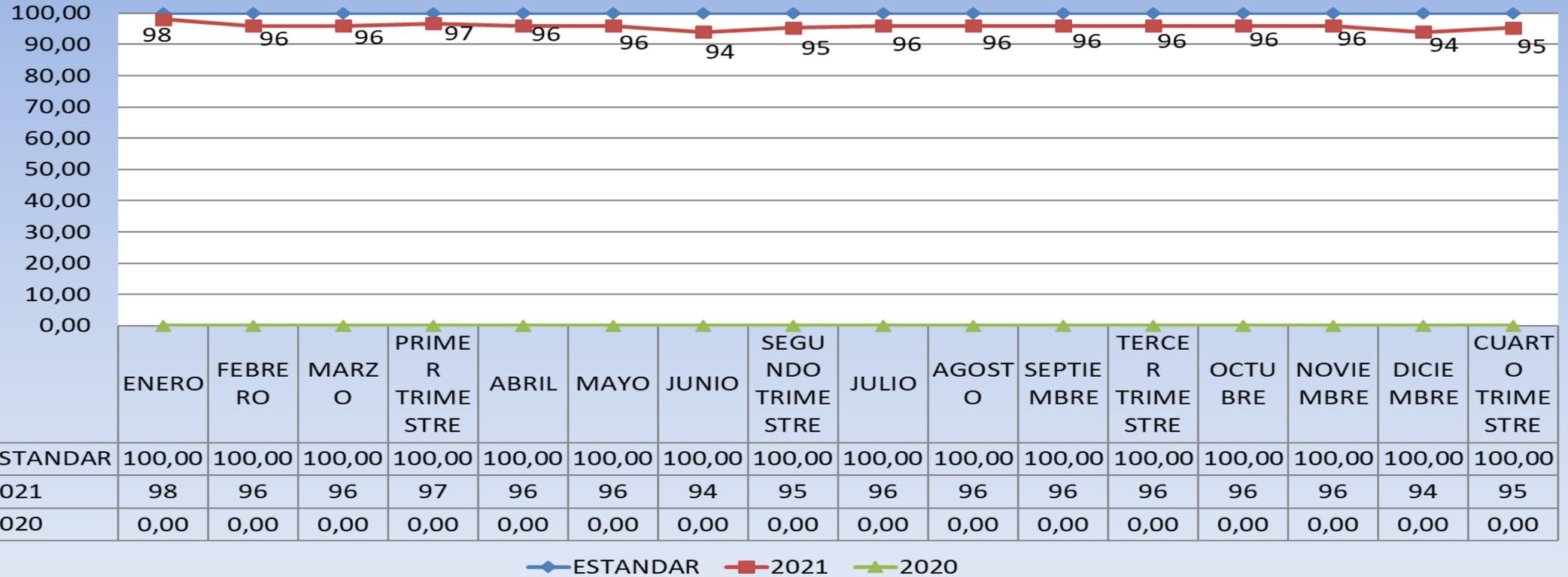


NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	INTERPRETACIÓN			META 2021
			ÓPTIMO	ADECUADO	INADECUADO	
IN02 Auditorías integrales ejecutadas por procesos	Verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos desde el Sistema Único de Habilitación y el Sistema Único de Acreditación en cada proceso.	No. de auditorías integrales ejecutadas / total de auditorías programadas	≥90%	Entre 80% y 89%	<79%	Cumplimiento del programa integral de auditorías

RESULTADOS DEL PLAN DE ACCIÓN 2021



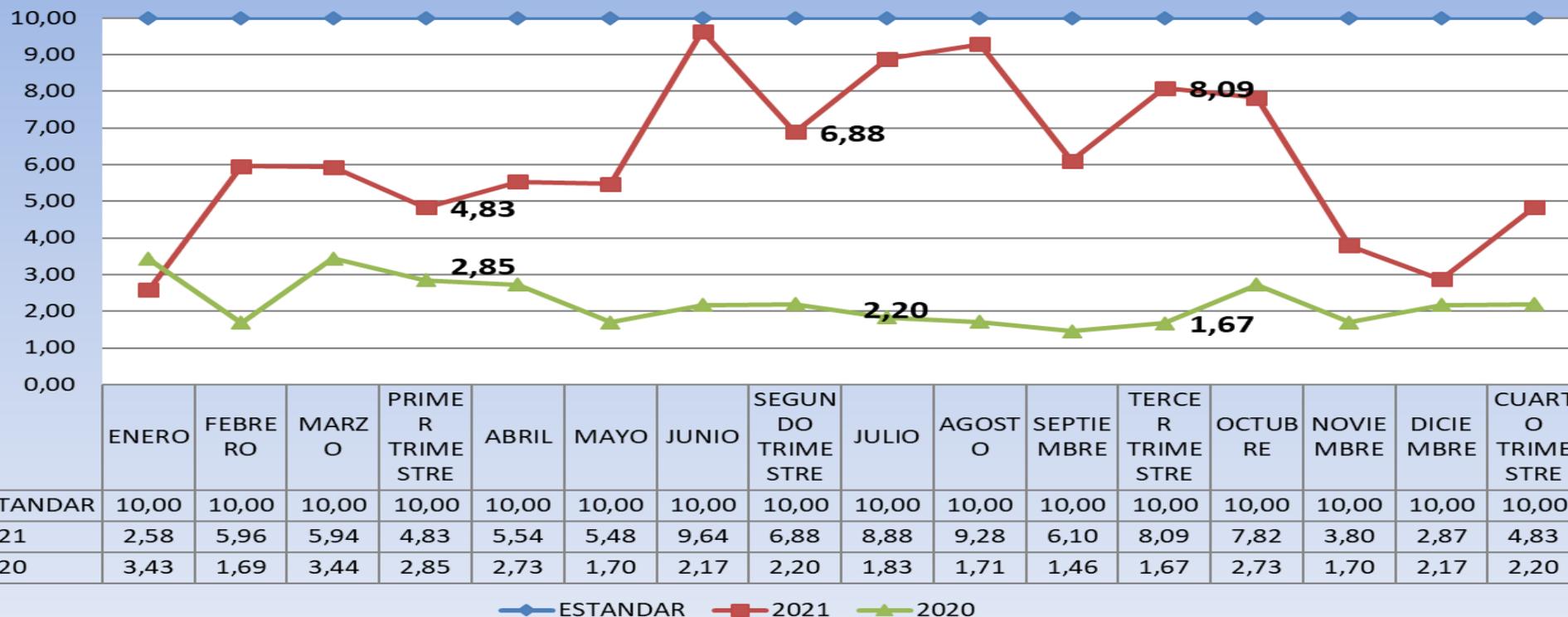
Cumplimiento en el uso adecuado de los EPP



NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	INTERPRETACIÓN			META 2021
			ÓPTIMO	ADECUADO	INADECUADO	
IN03	Cumplimiento en el uso adecuado de los EPP	Numero total de criterios que se cumplen en la verificación en el proceso del uso adecuado de los EPP/ Numero total de criterios evaluados*100	≥80%	entre 70% y 79%	≤69%	100%

RESULTADOS DEL PLAN DE ACCIÓN 2021

Ausentismo laboral por Enfermedad Común



NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	INTERPRETACIÓN			META 2021	
			ÓPTIMO	ADECUADO	INADECUADO		
IN04	Ausentismo laboral por Enfermedad Común	Fortalecer sistemas de escucha al cliente interno que permitan identificar necesidades y expectativas, generando respuestas oportunas y efectivas.	(No. de horas perdidas por Enfermedad Común en el período/No. de horas programadas en el mismo período)*100	Menor a 10%	10%	Mayor a 10%	<10%

RESULTADOS DEL PLAN DE ACCIÓN 2021

Cumplimiento de criterios inspecciones de seguridad

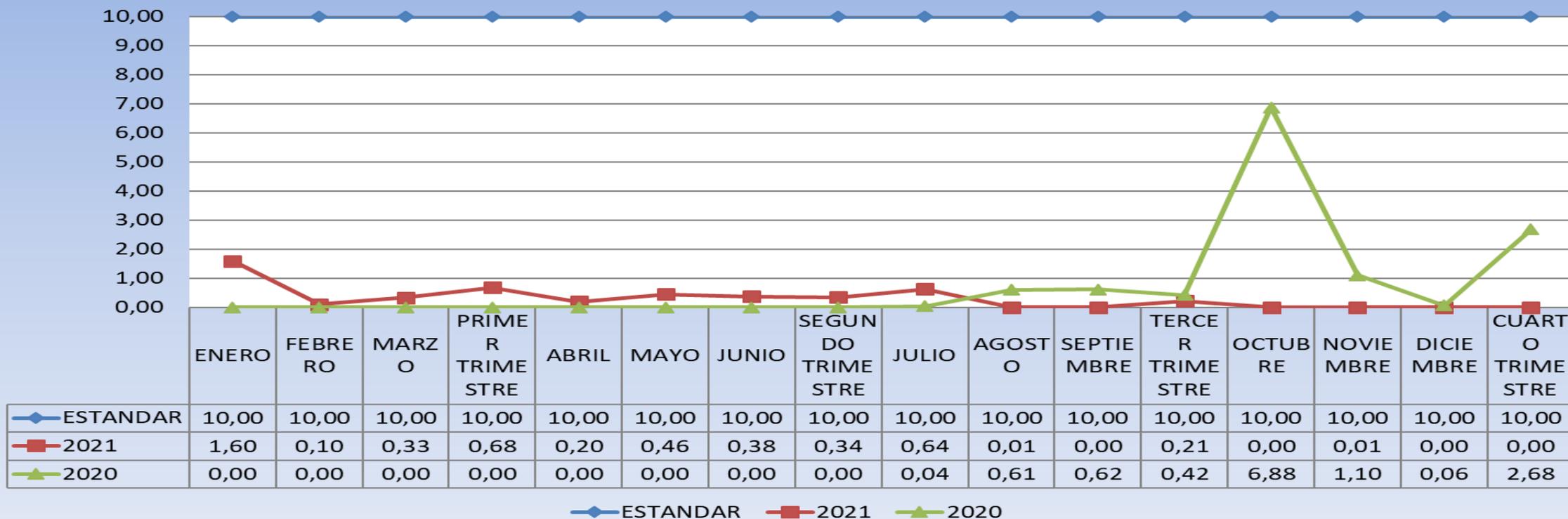


	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
— Criterios Cumplidos	33	32	33	32	32	33	33	32	35	33	32	35
— Criterios evaluados	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
— Porcentaje de Cumplimiento	87%	84%	87%	84%	84%	87%	87%	84%	92%	87%	84%	92%

— Criterios Cumplidos
 — Criterios evaluados
 — Porcentaje de Cumplimiento

RESULTADOS DEL PLAN DE ACCIÓN 2021

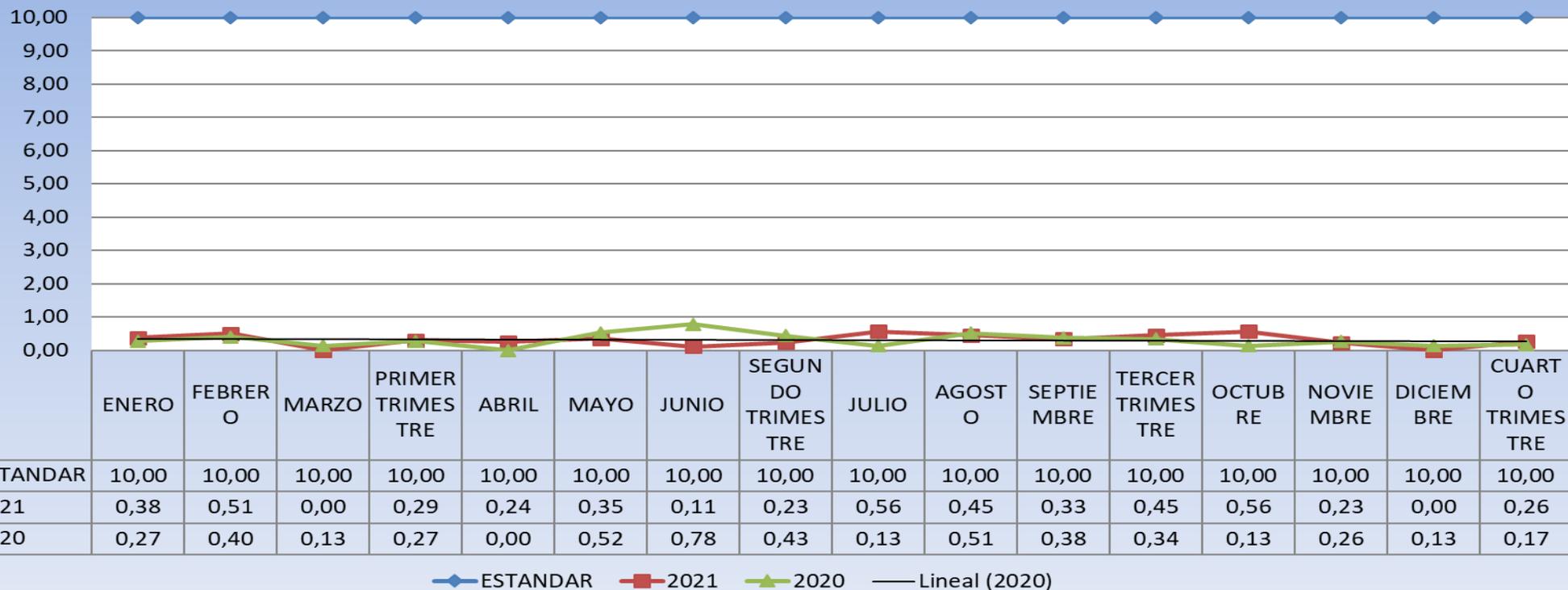
Ausentismo laboral por Enfermedad Laboral



NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	INTERPRETACIÓN			META 2021
			ÓPTIMO	ADECUADO	INADECUADO	
IN05	Ausentismo laboral por Enfermedad Laboral	(No. de horas perdidas por Enfermedad Laboral en el período/No. de horas programadas en el mismo período)*100	Menor a 10%	10%	Mayor a 10%	<10%

RESULTADOS DEL PLAN DE ACCIÓN 2021

Ausentismo laboral por Accidente de Trabajo.



NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	INTERPRETACIÓN			META 2021	
			ÓPTIMO	ADECUADO	INADECUADO		
IN06	Ausentismo laboral por Accidente de Trabajo	Fortalecer sistemas de escucha al cliente interno que permitan identificar necesidades y expectativas, generando respuestas oportunas y efectivas.	(Número total de horas perdidas por Accidente de Trabajo por subproceso/Número total de horas trabajadas por subproceso)*100	Menor a 10%	10%	Mayor a 10%	<10%

RESULTADOS DEL PLAN DE ACCIÓN 2021

Porcentaje de adherencia al PGIRASA (Plan de Gestión Integral de Residuos generados en la Atención de Salud)



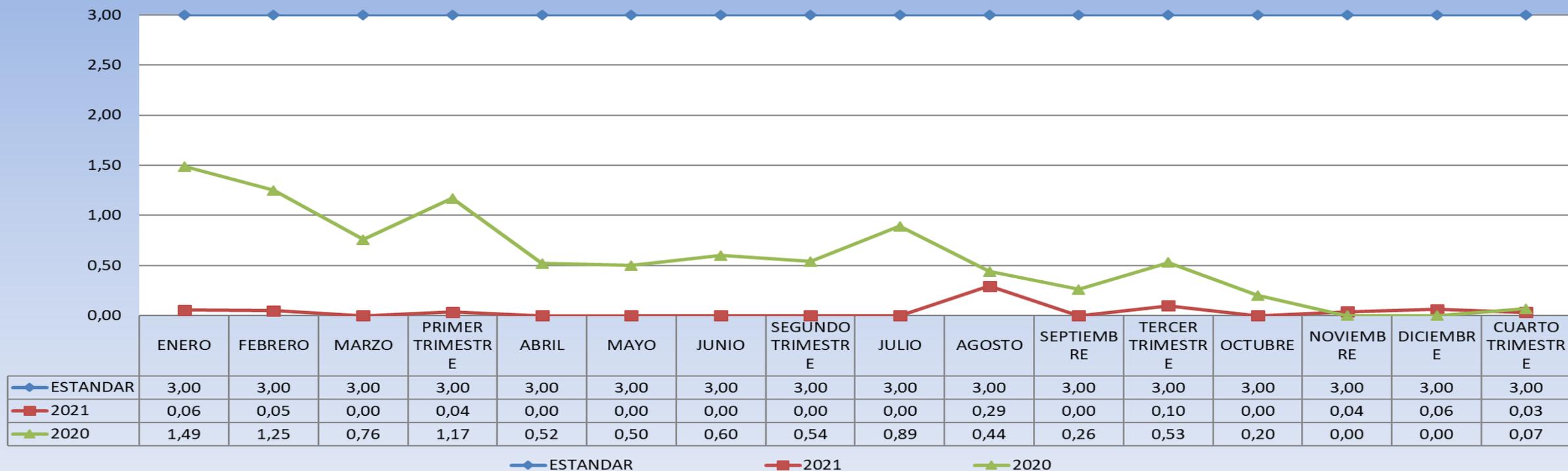
	ENERO	FEBRERO	MARZO	PRIMER TRIMESTR E	ABRIL	MAYO	JUNIO	SEGUNDO TRIMESTR E	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMB RE	TERCER TRIMESTR E	OCTUBRE	NOVIEMB RE	DICIEMB R E	CUARTO TRIMESTR E
ESTANDAR	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
2021	98,00	96,00	96,00	96,67	96,00	96,00	98,00	96,67	98,00	96,00	96,00	96,67	96,00	96,00	98,00	96,67
2020	98,00	98,00	96,00	97,33	98,00	96,00	94,00	96,00	92,00	96,00	92,00	93,33	96,00	96,00	94,00	95,33

ESTANDAR 2021 2020

NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	INTERPRETACIÓN			META 2021	
			ÓPTIMO	ADECUADO	INADECUADO		
IN08	Clasificación adecuada de los residuos hospitalarios	Verificar el cumplimiento de los criterios básicos de manejo de residuos generados en la atención en salud como lo son guardianes, clasificación adecuada, educación y desviaciones.	Promedio de calificación de áreas en el periodo/calificación optima (5)*100	≥90%	Entre 80% y 89%	<79%	100%

RESULTADOS DEL PLAN DE ACCIÓN 2021

% EQUIPOS QUE NO CUMPLEN CON LOS CRITERIOS EN LAS RONDAS DE INSPECCIÓN .



NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	INTERPRETACIÓN			META 2021	
			ÓPTIMO	ADECUADO	INADECUADO		
IN09	Rondas de inspección de la tecnología biomédica	Prevenir e identificar fallas de equipos biomédicos.	Total equipos que no cumplen con los criterios de verificación en la ronda de inspección /Total de equipos biomédicos verificados en el periodo*100	Menor a 2%	Entre 2% y 3%	Mayor a 3%	Menor al 2% de criterios evaluados

Participación en el Relanzamiento del Eje de Transformación Cultural:



“Las Olimpiadas de la Transformación” – 11 de agosto de 2022-

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se compromete a la administración y gestión 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.

Palabras claves de la política

Gestión del riesgo

Prestación de servicios de salud con excelencia

Transformación cultural con colaboradores



LINEAS DE ACCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO

- Promoción de una cultura de administración del riesgo
- Gestión de la administración de riesgos por procesos
- Gestión y control por líneas de defensa para autocontrol, auditoría interna y de seguimiento

ARTICULACION PARA LA GESTION DEL RIESGO

- * Todos los Ejes del SUA.
- * Riesgos Asistenciales y Clínicos.
- * Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- * Plan de Emergencias Hospitalario.
- * Gestión del Ambiente Físico.
- * Gestión de Recursos Tecnológicos.
- * Gestión de Recursos Financieros.
- * Gestión de la Información y Gestión Jurídica.
- * Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
- * Modelo Estandar de Control Interno - MECI.
- * Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
- * Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT.
- * Planes Operativos Anuales - POAS





Participación en el Relanzamiento del Eje de Transformación Cultural:

“Las Olimpiadas de la Transformación” – 11 de agosto de 2022-

Ejemplos – Participantes de La Pirinola de la Gestión del Riesgo



11. Los Retos Continúan



- Actualización de matrices de riesgos priorizados.
- Fortalecer la difusión del Eje de Gestión de Riesgos a los colaboradores de la institución.
- Revisar periódicamente las caracterizaciones de los procesos en términos de identificación de los riesgos para homologarlos con la metodología que incluyen las matrices de riesgos por procesos.
- Validar con los Líderes de los procesos el establecimiento y la identificación de controles para medir su eficiencia.
- Realizar el acompañamiento desde los niveles de auditoría al cumplimiento de los controles.
- Ejecutar el seguimiento a los controles con la periodicidad establecida (riesgos priorizados).

- Evaluación de resultados en la aplicación de controles a los riesgos priorizados.
- Construcción, Aprobación e Implementación de los Ajustes solicitados por parte de la Supersalud:
 - a). Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (Subsistemas).
 - b). Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos. – Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.
 - c). Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) y modificaciones a las Circulares Externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.



El servicio público
es de todos

Función
Pública

¿Por qué es importante la labor de administrar nuestros riesgos?

Porque...

- Apoya la toma de decisiones
- Mejora la calidad de procesos y sus servidores
- Garantiza la operación normal de la organización
- Minimiza la probabilidad e impacto de los riesgos
- Fortalece la capacidad para alcanzar los objetivos
- Brinda herramientas y controles para una administración más eficaz y eficiente de los resultados.



¡Gracias!

Te atendemos
con el **Corazón**



@hsapitalito