



# E.S.E. Hospital Del Rosario

Acreditado IAMI

por el Min. de Protección Social - UNICEF - Sec. de Salud del Huila  
según Resolución 001244 del 5 de Agosto de 2008  
Nit. 891180039-0



## Política Institucional de Administración del Riesgo

**E.S.E. Hospital del Rosario**  
**Campoalegre - Huila**

**2023**

## INTRODUCCIÓN

La Administración del Riesgo 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; contribuye a que la ESE consolide su Sistema de Control Interno y a generar una cultura de Autocontrol y autoevaluación al interior de la misma.

Teniendo en cuenta que la administración de riesgos es estratégica para el logro de los objetivos institucionales y de procesos, en este manual se enuncia la política marco de acción que permitirá tomar decisiones relativas a la administración del riesgo, el cual está alineado y armonizado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, la Guía para la Gestión del Riesgo establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública versión 6, el manual para la identificación y cobertura del riesgo en los procesos de contratación y la Norma Técnica sobre Gestión del Riesgo, ISO 31001.

La tendencia más común es la valoración del riesgo como una amenaza; en este sentido, los esfuerzos institucionales se dirigen a reducir, mitigar o eliminar su ocurrencia. No obstante, el riesgo como oportunidad, implica que su gestión está dirigida a optimizar los resultados que este genera.

En tal sentido, la ESE Hospital del Rosario, no es inmune al riesgo, es más, los riesgos de la ESE cambian constantemente y la naturaleza y las consecuencias potenciales que se enfrentan son cada vez más complejas y sustanciales.

La rapidez del cambio, la creciente complejidad de la economía mundial, las expectativas más exigentes de la comunidad, los requerimientos del estado colombiano, el impacto de una posible falla en los controles, los rápidos cambios en las tecnologías y un sin número de otros factores pueden afectar a la ESE, de manera tal que se requiere de una alta y oportuna capacidad, así como de una estructura organizacional preparada.

### OBJETIVO

Establecer el lineamiento institucional (política) que oriente a todos los niveles de operación de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, (estratégico, misional, apoyo y control) en el adecuado manejo y gestión de los riesgos, con el propósito de controlar los eventos o sucesos que en determinado momento puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y cumplimiento de las metas institucionales del Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, entendiendo por riesgo la posibilidad de ocurrencia de algún evento que tendrá un impacto negativo sobre el cumplimiento de los objetivos.

Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

En la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre podemos encontrar los siguientes grupos de riesgos:

- Riesgos de gestión
- Riesgos de corrupción
- Riesgos administrativos
- Riesgos de seguridad digital

### ALCANCE

La Política de Administración del Riesgo es un lineamiento de carácter estratégico, aplicable a los objetivos estratégicos, proyectos, planes y todos los procesos de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, (estratégico, misional, apoyo y control) desde las actividades de identificación de los riesgos, incluyendo el análisis, valoración, monitoreo, seguimiento de los mismos, a los controles para su mitigación y las acciones de intervención, como también la evaluación de su gestión.

### RESPONSABILIDAD

Las responsabilidades para lograr el cumplimiento de la política y el despliegue de la metodología institucional están definidas mediante las líneas de defensa del Modelo Integrado - MIPG y en la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, se acogen según la siguiente tabla:

LÍNEA DE DEFENSA	RESPONSABLE	RESPONSABILIDADES
Estratégica	Alta Dirección Comité Institucional de Control Interno	<p>Analizar los riesgos y amenazas institucionales, que puedan afectar el cumplimiento de los planes estratégicos, así como definir la política de administración del riesgo y el cumplimiento de los planes de la ESE.</p> <p>Aspectos clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluar la forma como funciona el Esquema de Líneas de Defensa, incluyendo la línea estratégica.</li> <li>▪ Definir líneas de reporte (canales de comunicación) en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa.</li> <li>▪ Definir y evaluar la Política de Administración del Riesgo. La evaluación debe considerar su aplicación en la ESE, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo, riesgos emergentes.</li> <li>▪ Evaluar la política de gestión estratégica del Talento Humano (forma de provisión de los cargos, capacitación, código de Integridad, bienestar, entre otros).</li> </ul>
Primera línea	Servidores públicos en todos los niveles de la ESE.	<p>Mantenimiento efectivo de controles internos, la ejecución de gestión de riesgos y controles en el día a día. Para ello, identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos a través del "Autocontrol".</p> <p>Aspectos clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y apropiar las políticas, procedimientos, manuales, protocolos y otras herramientas que permitan tomar acciones para el autocontrol en sus puestos de trabajo.</li> <li>• Identificar riesgos y establecer controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos.</li> <li>• Seguimiento a los indicadores de gestión de los procesos e institucionales, según corresponda.</li> <li>• Formular planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados.</li> </ul> <p>Coordinar con sus equipos de trabajo y/o personal de apoyo, las acciones establecidas en la planeación institucional a fin de contar con información clave para el seguimiento o autoevaluación aplicada por parte de la 2ª línea de defensa.</p>
Segunda línea	Subdirecciones	<p>Asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisar la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces; así mismo, consolidar y analizar información sobre temas clave para la ESE, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos, todo lo anterior enmarcado en la "autogestión".</p>

		<p>Aspectos clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces.</li> <li>• Consolidar y analizar información sobre temas claves para la ESE, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos.</li> <li>• Trabajar de manera coordinada para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.</li> <li>• Asesorar a la 1ª línea de defensa en temas clave para el Sistema de Control Interno:             <ol style="list-style-type: none"> <li>Riesgos y Controles;</li> <li>Planes de Mejoramiento;</li> <li>Indicadores de Gestión;</li> <li>Procesos y Procedimientos.</li> </ol> </li> <li>• Establecer mecanismos para la autoevaluación requerida (auditoría interna a sistemas de gestión, seguimientos a través de herramientas objetivas, informes con información de contraste que genere acciones para la mejora).</li> </ul>
Tercera línea	Control Interno	<p>Desarrollar su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, relación con entes externos de control y el de evaluación y seguimiento.</p> <p>Aspectos clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría, orientación técnica y recomendaciones frente a la administración del riesgo en coordinación con la Subdirección Administrativa. Monitoreo a la exposición de la organización al riesgo y realizar recomendaciones con alcance preventivo. Asesoría proactiva y estratégica a la Alta Dirección y los líderes de proceso, en materia de control interno y sobre las responsabilidades en materia de riesgos.</li> <li>• Informar a la alta dirección y a todos los niveles de la ESE las responsabilidades en materia de riesgos.</li> <li>• Informar los hallazgos y/u observaciones y proporcionar recomendaciones de forma independiente.</li> </ul>

## MARCO NORMATIVO

AÑO	NORMA	DESCRIPCIÓN
1993	Ley 87	Crea el Sistema Institucional de Control Interno y dota a la administración de un marco para el control de las actividades estatales, directamente por las mismas autoridades.
1998	Ley 489	Fortalece el Control Interno, con la creación del Sistema Nacional de Control Interno.
2001	Decreto Nacional 1537	Provee elementos técnicos y administrativos para fortalecer el Sistema de Control Interno (SCI) Establece la administración del Riesgo y se contempla como parte integral del fortalecimiento de los SCI.
2011	Ley 1474	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 anti-trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
2014	Decreto 943	Actualiza el Modelo Estándar de Control Interno - MECI a una versión más moderna y de fácil comprensión por parte de las entidades.
2017	Decreto 1499	Articula el Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades. Actualiza el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – MECI a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (correspondiendo a la 7° Dimensión de MIPG).
2021 y 2022	Guías	Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas - Versión 4 – Julio de 2021. Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Versión 6.

### DEFINICIONES:

**Modelo De Operación Por Procesos:** Es el estándar organizacional que soporta la operación de la ESE pública, integrando las competencias constitucionales y legales que la rigen con el conjunto de planes y programas necesarios para el cumplimiento de su misión, visión y objetivos institucionales.

Pretende determinar la mejor y más eficiente forma de ejecutar las operaciones de la ESE.

**Riesgo:** Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos.

Se expresa en términos de probabilidad e impacto.

**CICCI:** Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: Medida que modifica el riesgo bien modificando la probabilidad de ocurrencia o el impacto del evento de riesgo (procesos, políticas, dispositivos, prácticas u otras acciones).

**CGDI:** Comité de Gestión y Desempeño Institucional.

**Mapa de Riesgos:** Documento que resume los resultados de las actividades de gestión de riesgos, incluye una representación gráfica en modo de mapa de calor de los resultados de la evaluación de riesgos.

**MIPG:** Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**MECI:** Modelo Estándar de Control Interno.

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

**Riesgos 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.

**Riesgos 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.

**Política de Administración del Riesgo:** Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.

**Administración del Riesgo:** Proceso efectuado por la alta dirección de la ESE y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos.

El enfoque de riesgos no se determina solamente con el uso de la metodología, sino logrando que la evaluación de los riesgos se convierta en una parte natural del proceso de planeación.

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

**Proyecto de Inversión:** Unidad operacional de la planeación para el desarrollo que vincula recursos para resolver problemas o necesidades sentidas de la población. Los proyectos de inversión pública contemplan actividades limitadas en el tiempo, que utilizan total o parcialmente recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar o recuperar la capacidad de producción o provisión de bienes o servicios por parte del Estado.

**Programa:** Es una unidad lógica de acciones dirigidas al logro de los objetivos estratégicos.

**Plan:** Se trata de un modelo sistemático que se elabora antes de realizar una acción, con el objetivo de dirigirla y encauzarla. En este sentido, un plan también es un escrito que precisa los detalles necesarios para realizar una obra.

## POLÍTICA:

Teniendo en cuenta la razón de ser de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, su proyección en el futuro, los objetivos estratégicos establecidos y los niveles de responsabilidad frente al manejo de los riesgos, se establece la política general para la administración del riesgo:

La Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, se compromete a gestionar con enfoque sistémico, todas las clases de riesgos que puedan impedir el cumplimiento de su misión (prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad y formación del talento humano para la salud), sus objetivos estratégicos, planes, proyectos y procesos institucionales, definiendo la metodología propia para su gestión, revisando

continuamente el contexto estratégico, definiendo e implementando controles y acciones de tratamiento y/o barreras de seguridad, garantizando el seguimiento y control como aspecto esencial para la eficiencia y mejoramiento institucional.

## DESARROLLO DE LA POLÍTICA:

### Antecedentes y Justificación:

La Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, inició metodológicamente el proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno y con él un ejercicio continuo para la administración de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de su función pública y que le permita fomentar la cultura del control a todo nivel, ejercicio anual sostenido hasta la fecha y que se mejora continuamente con los ajustes metodológicos.

Con 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, se crea un único sistema de gestión articulado 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.

La Ley 87 de 1993 estableció normas para el ejercicio del control interno en las entidades del estado colombiano y el Decreto 1537 de 2001, definió la "Administración del Riesgo" como uno de los elementos requeridos para el desarrollo adecuado y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las diferentes entidades y organismos de la Administración Pública. Con el Decreto 943 de mayo de 2014 se actualizó el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y en el módulo de planeación y gestión incluye la administración del riesgo como uno de los componentes. El Decreto 1083 de 2015 en el capítulo 6 artículo 2.2.21.6.1 adopta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (MECI), (...)

Desde octubre de 2018, el Departamento Administrativo de la Función Pública, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones presentan la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital", incluidos sus anexos, como una herramienta con enfoque preventivo, vanguardista

y proactivo que permitirá el manejo del riesgo, así como el control en todos los niveles de la ESE pública, brindando seguridad razonable frente al logro de sus objetivos.

Teniendo en cuenta, que el modelo integrado de planeación y gestión (MIPG), presenta en la segunda Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación el propósito es permitirle a la ESE pública, definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios, así como fortalecer la confianza ciudadana y la legitimidad.

Un requisito básico para emprender un adecuado ejercicio de direccionamiento estratégico y de planeación, es que la ESE tenga claro cuál es el propósito fundamental (misión, razón de ser u objeto social) para el cual fue creada y que enmarca lo que debe o tiene que hacer; para quién lo debe hacer, es decir, a qué grupo de ciudadanos debe dirigir sus productos y servicios (grupos de valor), para qué lo debe hacer, es decir qué necesidades o problemas sociales debe resolver y cuáles son los derechos humanos que debe garantizar como entidad público; y cuáles son las prioridades identificadas por la ESE, propuestas por la ciudadanía y grupos de valor y fijadas en los planes de desarrollo (nacionales y territoriales), el presupuesto general asignado y, en general, el marco normativo que rige su actuación.

Con base en esto, la ESE debe analizar el contexto interno y externo de la ESE para la identificación de los riesgos y sus posibles causas.

En la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, los documentos antes mencionados se tomaron como referentes para la definición de la metodología institucional de administración del riesgo.

Adicionalmente los desarrollos nacionales alcanzados en los temas Administración Del Riesgo y la Gestión de los Riesgos de Corrupción son motivo para que el Hospital ajuste y mejore la política general y la metodología institucional establecida.

En lo referente a la gestión del riesgo clínico, la institución con base en los lineamientos nacionales para la seguridad del paciente, abordó el tema de seguridad del paciente formulando la primera política institucional y desplegando desde la oficina de gestión de calidad, las metodologías y estrategias relacionadas con el tema.

Se formaliza la política y el programa de seguridad del paciente con un profesional de la salud como referente institucional del proceso.

Se estandariza el “modelo institucional de gestión del riesgo clínico” con el fin de que los servicios de salud tengan una directriz en cuanto a la metodología y componentes del modelo a implementar para la gestión del riesgo en salud.

A finales de 2019, con base en el proceso de Acreditación Institucional se articula la gestión del riesgo clínico con la política y metodología institucional para la gestión del riesgo de La Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre.

### **PRINCIPIOS ORIENTADORES:**

**Principios Corporativos:** Los principios Institucionales de La Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, están definidos como reglas o normas generales que rigen el pensamiento, la conducta y orientan la acción de cada servidor y no son negociables, se toman como referente para la actualización de la política y metodología institucional de administración del riesgo Liderazgo y Responsabilidad Social en la prestación de servicios de salud:

- Destacarse por la calidad y un óptimo nivel de desempeño en la prestación de los servicios que se ofrecen en la E.S.E.
- Integrar de modo permanente los procesos y la función pública de la empresa con su entorno social, participando en actividades y eventos comunitarios que promuevan el desarrollo sostenible de la sociedad.

**Trabajo en Equipo y Comunicación Asertiva:** Emplear el trabajo como una poderosa fuerza transformadora, para así alcanzar los objetivos de la empresa y hacer que ella logre los más altos niveles de productividad y desarrollo.

El éxito de La Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, depende, en gran medida, de la compenetración, comunicación y compromiso que puedan existir entre sus empleados para que las actividades fluyan de manera más rápida y eficiente.

**Espíritu investigativo e innovación:** Para el aprendizaje y crecimiento organizacional, el Hospital establece la investigación e innovación como principio para la construcción y transformación de conocimiento que generará valor agregado a la función pública de la ESE de manera constante y consistente en el tiempo.

El espíritu investigativo e innovación son un hecho causal, que debe formar parte de la cultura de la organización e impregnarse en todas sus áreas para dar un servicio útil a la sociedad y que sea percibido por ella.

**Compromiso, seguridad y trato digno al usuario y su familia:** Alto grado de identificación de los servidores con la organización y sus metas, en un ambiente con enfoque de seguridad y trato digno que se puede evidenciar a través de cuatro conceptos importantes, lo emocional que se relaciona fundamentalmente con el ser tratado como persona (trato humano), la información durante la atención de salud, el derecho a contar con un personal comprometido/responsable y una atención oportuna.

**Mejoramiento continuo:** significa acciones diarias que permitirán que los procesos y la empresa sean más competitivos en la satisfacción del cliente, este principio debe formar parte de la cultura de la organización, y convertirse en una filosofía de vida y trabajo.

Este incidirá directamente en la velocidad del cambio.

**Autocontrol:** Actitud que debe demostrar todo servidor del Hospital para asumir el control de sus funciones, en el logro de los objetivos y metas Institucionales.

El autocontrol es la distinción o característica especial que debemos agregar como valor personal a nuestro trabajo diario, somos lo que hacemos cada día, por consiguiente, debe convertirse en un hábito, lo cual implica realizar las cosas de manera correcta.

**Sostenibilidad y desarrollo institucional:** Principios en permanente construcción y que resultan de la relación activa del Hospital con el entorno, como de varias facetas de la vida institucional, entre ellas: una oferta de servicios de salud adecuada, la gestión de recursos acordes con la oferta y la transparencia; que generan confianza y el impacto de las acciones de desarrollo, concebidas como parte de procesos que trascienden a la propia organización.

Perfeccionar nuestros procesos y servicios, a través de una mejora continua, para lograr eficacia, eficiencia y productividad buscando alcanzar la excelencia, en beneficio y satisfacción de nuestro personal y clientes.

**Mística, vocación y formación:** El servidor comprometido multidimensionalmente, desempeñando un rol protagónico, que lo perfeccione moral, profesional, social y económicamente.

## **CULTURA DE CALIDAD:**

Además de los principios corporativos de la E.S.E. para la definición de este lineamiento, se tendrán en cuenta como principios reguladores de la gestión del riesgo:

**Autorregulación:** Capacidad de cada una de las organizaciones para desarrollar y aplicar en su interior métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y fortalecimiento continuo del Sistema de Control Interno, en concordancia con la normatividad vigente.

**Autogestión:** Capacidad de toda organización pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la ley y sus reglamentos.

**Enfoque de Riesgo:** Las políticas y procedimientos de la ESE promoverán en los diferentes niveles de operación el desempeño institucional con enfoque en la gestión del riesgo.

**Multicausalidad:** Considerando que los riesgos son un problema sistémico y multicausal, la organización promoverá la integración de las diversas políticas y procesos institucionales para la gestión y control del riesgo.

**Gestión clínica excelente y segura:** La prestación del servicio en salud tiene como meta de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad.

## **EJES DE LA POLÍTICA:**

Siendo la Administración del Riesgo uno de los componentes de la Dimensión No.2 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG está, conformada en su estructura por cinco elementos de control como son:

1. Contexto estratégico
2. Identificación de riesgos
3. Análisis de riesgos
4. Valoración de riesgos
5. Lineamientos específicos de administración de riesgos

Su mirada sistémica contribuye a que la ESE no sólo garantice la gestión institucional y el logro de los objetivos, sino que fortalece el ejercicio del Control Interno.

### **1. CONTEXTO ESTRATÉGICO:**

Se determinan las características o aspectos internos y externos del entorno en el cual opera el Hospital y que se han de tomar en consideración para la administración del riesgo.

A partir de los factores que se definan es posible establecer las causas de los riesgos a identificar.

Se debe establecer el contexto interno, externo del Hospital y el contexto del proceso o servicio de salud.

## **2. IDENTIFICACION DE RIESGOS:**

Se realiza determinando las causas o fuentes que dan origen al riesgo y los eventos identificados en el análisis del contexto de la ESE y el proceso o servicio de salud, que pueden afectar el logro de los objetivos.

En esta fase, debe centrarse en los riesgos más significativos para la ESE y/o proceso, relacionados con el logro de los objetivos estratégicos y de los procesos.

En el caso de riesgos de corrupción se deben aplicar la matriz de definición de riesgo de corrupción, con la cual se incorpora y valida cada uno de los componentes de su definición, como son: Acción u omisión, Uso del poder, Desviar la gestión de lo público, Beneficio privado.

## **3. ANALISIS DEL RIESGO:**

La calificación del riesgo se establece estimando la probabilidad de ocurrencia y el impacto. Para establecer la probabilidad se considera cuantas veces el riesgo se ha presentado en un determinado periodo de tiempo o la factibilidad de que se presente, teniendo en cuenta la presencia de factores internos o externos que generan el riesgo.

De acuerdo al grupo de riesgos a analizar (de gestión, clínico, seguridad digital y corrupción) se deben utilizar las tablas que contienen los criterios para calificar la probabilidad y el impacto.

## **4. VALORACION DEL RIESGO:**

El objetivo es determinar el nivel o grado de exposición de la institución y del proceso o servicio de salud a los impactos del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

La valoración del riesgo requiere de una evaluación de los controles existentes, busca confrontar los resultados del análisis de riesgo inicial (o riesgo inherente) frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final (riesgo residual).

## 5. LINEAMIENTOS ESPECIFICOS PARA LA ADMINISTRACION DE RIESGOS:

a. El Proceso de Direccionamiento Estratégico de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, asume la administración del riesgo como un componente esencial para el control y cumplimiento de los objetivos institucionales, en este sentido la gestión del riesgo es transversal y fundamental en la gestión institucional y en la eficiencia y efectividad del modelo de operación por procesos adoptado por la Empresa Social del Estado.

b. Acompañan la política institucional para la Administración del riesgo, un conjunto de políticas o directrices específicas que se deben aplicar en los cuatro niveles de operación, como son: Estratégico, Misional, Apoyo y Control.

c. El Hospital adopta los siguientes criterios para el manejo de los riesgos, según la zona de ubicación del riesgo residual, el cual se obtiene posterior a la valoración de los controles.

En Zona de Riesgo Baja: Asumir el riesgo.

En zona de Riesgo Moderada: Asumir el riesgo o reducir el riesgo.

En zona de Riesgo Alta: Reducir, evitar, compartir o transferir el riesgo.

En zona de Riesgo Extrema: Reducir, evitar, compartir o transferir el riesgo.

d. En la institución se deben priorizar para la implementación de controles, aquellos riesgos residuales que en la fase de valoración queden ubicados en las zonas de riesgo alta y extrema.

e. Todos los riesgos identificados deben tener controles efectivos definidos e implementados.

f. Los controles implementados en el proceso o servicios de salud deben ser principalmente preventivos y fundamentarse en el análisis sistémico de las causas que generan el riesgo y reconociendo aquellas que se presenten por factores internos.

g. Para la adecuada mitigación de los riesgos no basta con que un control esté bien diseñado, el control debe ejecutarse por parte de los responsables tal como se diseñó.

h. La ESE debe garantizar las medidas y los recursos requeridos para el mantenimiento y/o fortalecimiento de los controles que demuestren ser efectivos y para los que no existen y deban diseñarse e implementarse.

i. La Gerencia de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, debe garantizar los recursos necesarios para el fortalecimiento de los controles, la ejecución de acciones de tratamiento establecidas en los mapas de riesgos y la implementación de herramientas que permitan monitorear el comportamiento de los riesgos.

j. La Gerencia de la Empresa Social del Estado Hospital del Rosario de Campoalegre, debe emitir las políticas necesarias para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

k. La Oficina responsable de la Planeación promoverá y liderará el análisis del Contexto Estratégico y la articulación de la administración del riesgo con la planificación institucional.

l. Cada Jefe de Oficina Coordinadora, líder de proceso, coordinador de servicio de salud tiene la responsabilidad de aplicar al menos una vez al año la metodología establecida por el Hospital, para la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos, que puedan afectar el desarrollo de las actividades del proceso o el logro de los objetivos propuestos.

El mapa de riesgos obtenido del trabajo de cada líder y su grupo, es insumo para la institución, por lo tanto debe ser enviada a la Oficina responsable de la Planeación Institucional, si se trata de un proceso estratégico, administrativo o de control y a la Subgerencia de Servicios de Salud – Asistencial y al programa de seguridad del paciente si se trata de un proceso misional.

m. Cada líder de proceso debe definir las acciones necesarias para el tratamiento de los riesgos, de acuerdo a la zona de riesgo obtenida en la fase de valoración, teniendo en cuenta los criterios de tratamiento expuestos.

n. Es responsabilidad de los líderes de proceso asegurar el fortalecimiento y mejoramiento de los controles definidos e implementados y socializar con su grupo de trabajo, el mapa de riesgos del proceso, el institucional, la política y metodología establecida para la Administración del Riesgo.

o. Permanentemente, todos los funcionarios deben realizar el autocontrol en el desempeño de sus funciones, conocer y adherirse a las políticas de administración del riesgo y aplicar los controles efectivos, de acuerdo a su competencia y rol en el proceso al que pertenece.

p. Control Interno o quien haga sus veces debe realizar la valoración de los controles establecidos por la ESE y los procesos, evaluando su pertinencia y efectividad, como

también, debe asesorar en la materia (diseño de controles) y emitir los informes oportunos que le permitan a la Alta Gerencia tomar decisiones para fortalecer la gestión del riesgo.

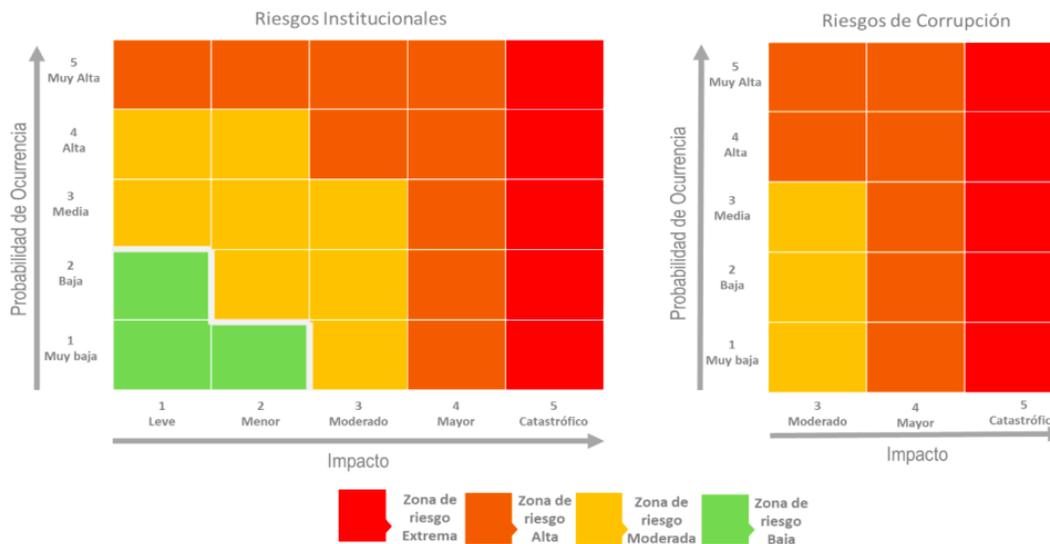
q. Las políticas y metodologías específicas para la gestión de los riesgos clínicos, se encuentran definidas en el modelo de gestión del riesgo clínico estandarizado por el Hospital, modelo que anualmente será revisado y ajustado (de ser necesario) por la Subgerencia de Servicios de Salud – Asistencial y la Oficina de Seguridad del Paciente.

r. La identificación y evaluación de los riesgos clínicos, se realizarán de forma transversal con la participación de los procesos misionales que compartan características de prestación.

### NIVELES DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO O TOLERANCIA AL RIESGO:

Se determina que para los riesgos residuales de gestión y seguridad digital que se encuentren en zona de riesgo baja, está dispuesto a aceptar el riesgo y no se requiere la documentación de planes de acción, sin embargo, se deben monitorear conforme a la periodicidad establecida.

Para los riesgos de corrupción no hay aceptación del riesgo, siempre deben conducir a formular acciones de fortalecimiento.



Matriz de calificación de nivel de severidad del riesgo, DAFP

## TRATAMIENTO DE RIESGOS:

El tratamiento de riesgos, es la respuesta establecida por la primera línea de defensa para la mitigación de los diferentes riesgos, incluyendo los riesgos de Corrupción. A la hora de evaluar las opciones existentes en materia de tratamiento del riesgo, y partiendo de lo que establezca la política de administración del riesgo, los dueños de los procesos tendrán en cuenta la importancia del riesgo, lo cual incluye el efecto que puede tener sobre la ESE, la probabilidad e impacto del riesgo y la relación costo beneficio de las medidas de tratamiento.

En caso de que una respuesta ante el riesgo, derive en un riesgo residual que supere los niveles aceptables para la dirección, se deberá volver a analizar y revisar dicho tratamiento.

En todos los casos para los riesgos de corrupción, la respuesta será evitar, compartir o reducir el riesgo.

OPCIÓN PARA EL MANEJO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN
<b>EVITAR EL RIESGO</b>	Tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Es siempre la primera alternativa a considerar, se logra cuando al interior de los procesos se genera cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas.
<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	Implica tomar medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección). La reducción del riesgo es probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas más costosas y difíciles. Se consigue mediante la optimización de los procedimientos y la implementación de los controles.
<b>COMPARTIR O TRANSFERIR EL RIESGO</b>	Reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido. <i>Ejemplo, la información de gran importancia se puede duplicar y almacenar en un lugar distante y de ubicación segura, en vez de dejarla concentrada en un solo lugar.</i>
<b>ACEPTAR EL RIESGO</b>	Luego de que el riesgo ha sido reducido o transferido, puede quedar un riesgo residual que se mantiene, en este caso el responsable del proceso simplemente acepta la pérdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo.

## Zona de Riesgo y Tratamiento:

TIPO DE RIESGO	ZONA DE RIESGO	NIVEL DE ACEPTACIÓN
Riesgos de Gestión y seguridad digital	Baja	Se <b>ACEPTA</b> el riesgo y se administra por medio de las actividades propias del proceso o procedimiento asociado y se realiza en el reporte bimensual de su desempeño.
	Moderada	Se establecen acciones de control preventivas que permitan <b>REDUCIR</b> la probabilidad de ocurrencia del riesgo, se hace monitoreo <b>BIMENSUAL</b> .
	Alta y Extrema	Se adoptan medidas para <b>REDUCIR O COMPARTIR</b> la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos, esto conlleva a la implementación de controles.
Riesgos de Corrupción	Moderada	Se establecen acciones de control preventivas que permitan <b>REDUCIR</b> la probabilidad de ocurrencia del riesgo. Periodicidad <b>BIMESTRAL</b> de monitoreo para evitar a toda costa su materialización por parte de los procesos.
	Alta y Extrema	Se adoptan medidas para: <b>REDUCIR</b> la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos; por lo general conlleva a la implementación de controles. <b>EVITAR</b> Se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo, decidiendo no iniciar o no continuar con la actividad que causa el riesgo. <b>TRANSFERIR O COMPARTIR</b> una parte del riesgo para reducir la probabilidad o el impacto del mismo. Periodicidad <b>BIMENSUAL</b> de monitoreo para evitar a toda costa su materialización por parte de los procesos a cargo de los mismos.

En el caso en que el riesgo residual se sitúe en las zonas Extremas, Altas y Moderadas, se deben definir acciones de contingencia que permitan hacer un tratamiento adecuado en caso de que estos riesgos se materialicen.

### PROBABILIDAD:

Por **PROBABILIDAD** se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo, ésta puede ser medida con criterios de Frecuencia o Factibilidad. Bajo el criterio de **FRECUENCIA** se analizan el # eventos en un periodo determinado, se trata de hechos que se han materializado o se cuenta con un historial de situaciones o eventos asociados al riesgo. Bajo el criterio de

FACTIBILIDAD se analiza la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, se trata en este caso de un hecho que no se ha presentado pero es posible que se dé.

## Nivel de calificación de probabilidad para riesgos de corrupción:

NIVEL	PROBABILIDAD		DESCRIPCIÓN
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Más de 1 vez al año.
4	Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Al menos 1 vez en el último año.
3	Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento.	Al menos 1 vez en los últimos 2 años.
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento.	Al menos 1 vez en los últimos 5 años.
1	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales).	No se ha presentado en los últimos 5 años.

## IMPACTO:

Se adopta la siguiente tabla con los criterios para calificar el Impacto – riesgos de gestión. El impacto se debe analizar y calificar a partir de las consecuencias identificadas en la fase de descripción del riesgo.

## Calificación de impacto para riesgos de proceso:

NIVEL	IMPACTO	DESCRIPCIÓN ECONÓMICA O PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN REPUTACIONAL
100%	Catastrófico	Pérdida económica superior a 1500 SMLV	Deterioro de imagen con efecto publicitario sostenido a nivel internacional.
80%	Mayor	Pérdida económica de 319 hasta 1500 SMLV	Deterioro de imagen con efecto publicitario sostenido a nivel Nacional o Territorial.
60%	Moderado	Pérdida económica de 21 hasta 318 SMLV	Deterioro de imagen con efecto publicitario sostenido a nivel Local o Sectores Administrativos.
40%	Menor	Pérdida económica de 11 hasta 20 SMLV	De conocimiento general de la ESE a nivel interno, Dirección General, Comités y Proveedores.
20%	Leve	Pérdida económica hasta 10 SMLV	Solo de conocimiento de algunos funcionarios.

La calificación del impacto para los riesgos de corrupción en la ESE, se realiza aplicando la siguiente tabla de valoración establecida por Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la Republica.

Cada riesgo identificado es valorado de acuerdo con las preguntas, la tabla y la calificación obtenida se compara con la tabla de medición de impacto de riesgo de corrupción para obtener el nivel de impacto del riesgo.

### Calificación del Impacto para los riesgos de Corrupción:

No.	PREGUNTA:	RESPUESTA	
	Si el riesgo de corrupción se materializa podría	SÍ	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 ESE?		
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la ESE?		
5	¿Generar pérdida de confianza de la ESE, 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 ESE?		
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?		

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN	RESPUESTAS AFIRMATIVAS
1	Moderado	Genera medianas consecuencias sobre la ESE.	1 a 5
2	Mayor	Genera altas consecuencias sobre la ESE.	6 a 11
3	Catastrófico	Genera consecuencias desastrosas para la ESE.	12 a 19

### Crterios para la evaluación de impacto de pérdida de continuidad:

La determinación de las prioridades de recuperación de servicios en caso de materialización de escenarios de pérdida de continuidad de negocio se realiza mediante la valoración del impacto percibido por los líderes de los procesos. Mediante mesa de trabajo los participantes califican los impactos en cada variable y definen el orden de recuperación de los servicios asignando la secuencia de reactivación de los mismos primero a los servicios con mayor impacto y de manera secuencia a los servicios con menor impacto percibido.

CRITERIO	DESCRIPCIÓN
Financiero	Nivel de pérdidas económicas
Reputacional	Nivel de pérdida de la confianza de los grupos de valor en la ESE
Legal / Regulatorio	Nivel de incumplimiento de normas y regulaciones a las que está sometida la ESE
Contractual	Impactos asociados al incumplimiento de cláusulas en obligaciones contractuales
Misional	Nivel de incumplimiento o impacto percibido por imposibilidad de cumplir los objetivos y obligaciones misionales.

### Acciones ante los riesgos materializados:

Cuando se materializan riesgos identificados en la matriz de riesgos institucionales se deben aplicar las acciones descritas en la tabla "acciones de respuesta a riesgos".

TIPO DE RIESGOS	RESPONSABLE	ACCIÓN
Riesgo de Corrupción	Líder de Proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar a la Profesional Administrativa y Financiera como segunda línea de defensa en el tema de riesgos sobre el posible hecho encontrado y marcar en el SGI la alerta de posible materialización.</li> <li>Una vez surtido el conducto regular establecido por la ESE y dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), determinar la aplicabilidad del proceso disciplinario.</li> <li>Identificar las acciones correctivas necesarias y documentarlas en el plan de mejoramiento.</li> <li>Efectuar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora.</li> <li>Revisar los controles existentes y actualizar el mapa de riesgos.</li> </ul>

	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar al líder del proceso y a la segunda línea de defensa, quienes analizarán la situación y definirán las acciones a que haya lugar.</li> <li>Una vez surtido el conducto regular establecido por la ESE y dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), determinar la aplicabilidad del proceso disciplinario.</li> <li>Informar a discreción los posibles actos de corrupción al ente de control.</li> </ul>
Riesgos de Gestión y Seguridad digital	Líder de Proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar a la Profesional Administrativa y Financiera como segunda línea de defensa, el evento o materialización de un riesgo.</li> <li>Proceder de manera inmediata a aplicar el plan de contingencia o de tratamiento de incidentes de seguridad de la información que permita la continuidad del servicio o el restablecimiento de este (si es el caso) y documentar en el plan de mejoramiento.</li> <li>Realizar los correctivos necesarios frente al cliente e iniciar el análisis de causas y determinar acciones correctivas, preventivas, y de mejora, así como la revisión de los controles existente, documentar en el plan de mejoramiento institucional y actualizar el mapa de riesgos.</li> <li>Dar cumplimiento al plan de mejoramiento.</li> </ul>
	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar al líder del proceso sobre el hecho encontrado.</li> <li>Informar a la segunda línea de defensa con el fin de facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos.</li> <li>Verificar que se tomen las acciones y se actualice el mapa de riesgos correspondiente.</li> <li>Si la materialización de los riesgos es el resultado de una auditoría realizada por Control Interno, esta verificará el cumplimiento del plan de mejoramiento y realizará el seguimiento de acuerdo con el procedimiento.</li> </ul>

## Seguimiento al mapa de riesgos y controles:

TIPO DE RIESGOS	ZONA DE RIESGO RESIDUAL	ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO - CONTROLES
Riesgos de Gestión, y Seguridad digital	Baja	Se realiza seguimiento a los controles con periodicidad SEMESTRAL y se reportan sus avances.
	Moderado	Se realiza seguimiento a los controles con periodicidad TRIMESTRAL y se reportan sus avances.

	Alta	Se realiza seguimiento a los controles con periodicidad BIMESTRAL y se reportan sus avances.
	Extrema	Se realiza seguimiento a los controles con periodicidad MENSUAL y se reportan sus avances.
Riesgos de Corrupción	Todos los riesgos de corrupción, independiente de la zona de riesgo en la que se encuentran debe tener un seguimiento MENSUAL y se reportan sus avances.	

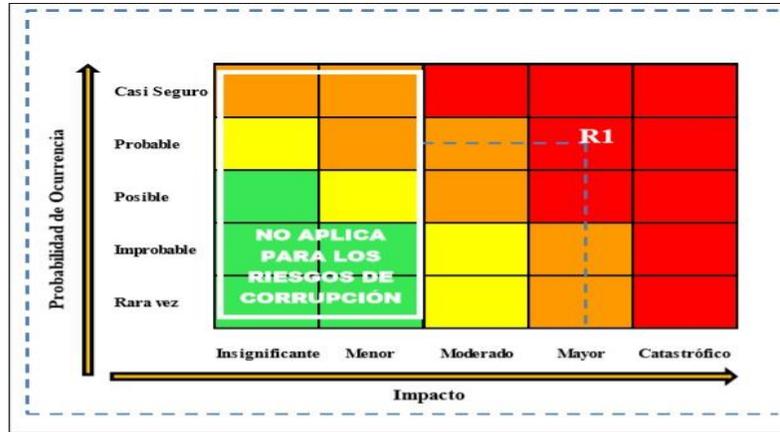
### Estrategia de seguimiento al plan de acción:

TIPO DE RIESGOS	ZONA DE RIESGO RESIDUAL O SEVERIDAD	ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO PLAN DE ACCIÓN
Riesgos de Gestión, y Seguridad digital	Baja	No se debe realizar plan de acción por que está dentro del nivel de aceptación del riesgo.
	Moderada	El líder del proceso define acciones que permita mitigar el riesgo residual. Así mismo, determina la fecha de inicio y finalización de estas y establece los seguimientos que va a realizar durante la ejecución de la acción correspondiente a su avance, el cual se debe reportar junto con el seguimiento al mapa de riesgo y controles. Después de haber implementado la acción debe realizar un seguimiento con el fin de evaluar la efectividad del plan de acción.
	Alta Extrema	

### MAPA DE CALOR:

Para poder identificar la zona de riesgo se utilizará el siguiente mapa de calor que cruza la probabilidad y el impacto determinados tanto para los riesgos inherentes como para los residuales. Se hará con base en el siguiente mapa de calor.

Nota: Para determinar la valoración de cada riesgo del proceso de contratación deben sumar las valoraciones de probabilidad e impacto, para obtener la valoración total del Riesgo.



Fuente: Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República

		Impacto				
Calificación Cualitativa		Obstruye la ejecución del contrato de manera intrascendente.	Dificulta la ejecución del contrato de manera baja, aplicando medidas mínimas se pueden lograr el objeto contractual.	Afecta la ejecución del contrato sin alterar el beneficio para las partes.	Obstruye la ejecución del contrato sustancialmente pero aun así permite la consecución del objeto contractual.	Perturba la ejecución del contrato de manera grave imposibilitando la consecución del objeto contractual.
Calificación Monetaria		Los sobrecostos no representan más del uno por ciento (1%) del valor del contrato.	Los sobrecostos no representan más del cinco por ciento (5%) del valor del contrato.	Genera un impacto sobre el valor del contrato entre el cinco (5%) y el quince por ciento (15%).	Incrementa el valor del contrato entre el quince (15%) y el treinta por ciento (30%).	Impacto sobre el valor del contrato en más del treinta por ciento (30%).
Categoría	Valoración	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
		1	2	3	4	5
Probabilidad	Raro (puede ocurrir excepcionalmente)	2	3	4	5	6
	Improbable (puede ocurrir ocasionalmente)	3	4	5	6	7
	Posible (puede ocurrir en cualquier momento futuro)	4	5	6	7	8
	Probable (probablemente va a ocurrir)	5	6	7	8	9
	Casi cierto (ocurre en la mayoría de circunstancias)	6	7	8	9	10

### Valoración del Riesgo:

Valoración del Riesgo	Categoría
8, 9 y 10	Riesgo extremo
6 y 7	Riesgo alto
5	Riesgo medio
2, 3 y 4	Riesgo bajo

### CONTROL FISCAL:

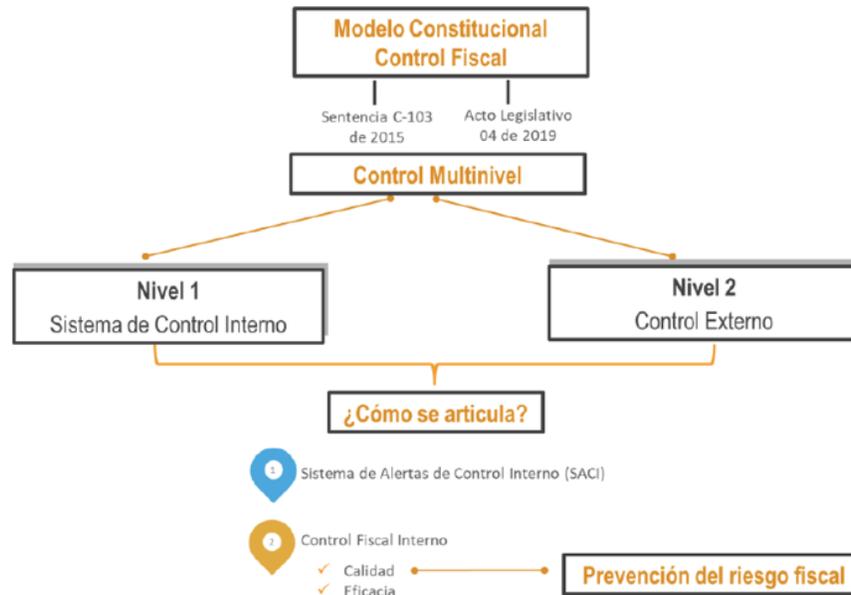
El control fiscal además de posterior y selectivo a través de las auditorías (control interno), es preventivo y concomitante, buscando con ello el control permanente al recurso público, para lo cual, una de las herramientas previstas es la articulación con el sistema de control interno, con lo cual surgen conceptos clave como:

- **Control fiscal Multinivel:** Es la articulación entre el sistema de control interno (primer nivel de control) y el control externo (segundo nivel de control), con la participación activa del control social.
- **Control fiscal Interno (CFI):** Primer nivel para la vigilancia fiscal de los recursos públicos y para la prevención de riesgos fiscales y defensa del patrimonio público. El Control Fiscal Interno, hace parte del Sistema de Control Interno y es responsabilidad de todos los servidores públicos y de los particulares que administran recursos, bienes, e intereses patrimoniales de naturaleza pública y de las líneas de defensa, en lo que corresponde a cada una de ellas. El Control Fiscal Interno es evaluado por la Contraloría respectiva, siendo dicha evaluación determinante para el fenecimiento de la cuenta.

En el nuevo modelo constitucional el control externo adquiere un enfoque preventivo y a su vez el control interno potencia el enfoque preventivo, partiendo de la premisa de que el Sistema de Control Interno es fundamental para conjugar el logro de resultados, con la prevención de riesgos de gestión, corrupción y fiscales, así como, con la seguridad del gestor público (jefes de entidad, ordenadores y ejecutores del gasto, tesoreros, estructuradores y

responsables de la planeación contractual, supervisores, responsables de labores de cobro, entre otros), a través de la prevención de responsabilidades.

## Articulación modelo constitucional control fiscal y sistema de control interno:



### Riesgo Fiscal:

Efecto dañoso sobre recursos públicos o bienes o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial.

### Los elementos que componen la definición de riesgo fiscal:

**Efecto:** es el daño que se generaría sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública, en caso de ocurrir el evento potencial.

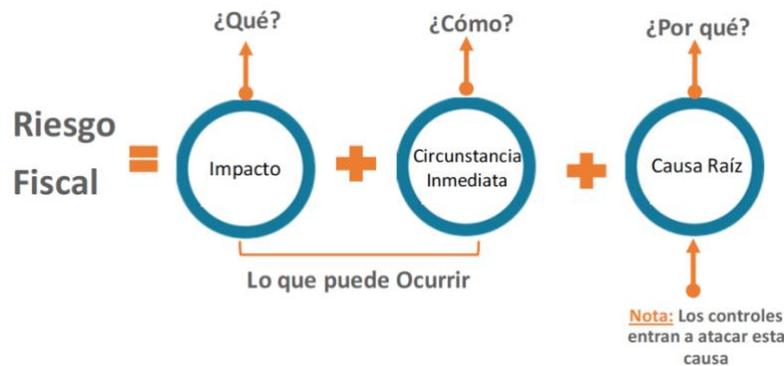
**Evento Potencial:** Hechos inciertos o incertidumbres, refiriéndonos a riesgo fiscal, se relaciona con una potencial acción u omisión que podría generar daño sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública.

Riesgo Fiscal = Evento Potencial (Potencial Conducta) + Efecto dañoso

### Paso 1: Identificación de Riesgos Fiscales

Los puntos de riesgo fiscal son todas las actividades que representen gestión fiscal, así mismo, se deben tener en cuenta aquellas actividades en las cuales se han generado advertencias, alertas, hallazgos fiscales y/o fallos con responsabilidad fiscal.

**Estructura propuesta por el DAFP para la redacción de riesgos fiscales es la siguiente:**



## Paso 2: Valoración del riesgo fiscal

**Evaluación de riesgos:** Se busca establecer la probabilidad inherente de ocurrencia del riesgo fiscal y sus consecuencias o impacto inherentes.

**Probabilidad:** Es la posibilidad de ocurrencia del riesgo fiscal, se determina según al número de veces que se pasa por el punto de riesgo fiscal en el periodo de 1 año, es decir, el número de veces que se realizan las actividades que representen gestión fiscal.

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

**Impacto:** Considerando la naturaleza y alcance del riesgo fiscal, éste siempre tendrá un impacto económico, toda vez que el efecto dañoso siempre ha de recaer sobre un bien, recurso o interés patrimonial de naturaleza pública.

Toda potencial consecuencia económica sobre los bienes, recursos o intereses patrimoniales públicos, es relevante para la adecuada gestión fiscal y prevención de riesgos fiscales, sin perjuicio de ello, existen diferentes niveles de impacto, según la valoración del potencial efecto dañoso, es decir, del potencial daño fiscal, se aplicará la siguiente tabla:

	Afectación Económica	Reputacional
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV .	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor-40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.
Moderado 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

### Determinación del nivel de riesgo inherente:

A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se busca determinar la zona de riesgo inicial (riesgo inherente), se trata de determinar los niveles de severidad , para lo cual se aplica la siguiente matriz:

		Impacto					
		Leve 20%	Menor 40%	Moderado 60%	Mayor 80%	Catastrófico 100%	
Probabilidad	Muy Alta 100%	Alto	Alto	Alto	Alto	Extremo	
	Alta 80%	Moderado	Moderado	Alto	Alto	Alto	
	Media 60%	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Alto	
	Baja 40%	Bajo	Moderado	Moderado	Alto	Alto	
	Muy Baja 20%	Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Alto	

### Paso 3. Valoración de controles:

Como medio para propiciar el logro de los objetivos, las actividades de control se orientan a prevenir y detectar la materialización de los riesgos.

### Tipologías de controles:

**Control Preventivo:** Control accionado en la entrada del proceso y antes de que se realice la actividad en la que potencialmente se origina el riesgo fiscal (punto de riesgo). Estos controles buscan establecer las condiciones que aseguren atacar la causa raíz y así evitar que el riesgo se concrete.

**Control Detectivo:** Control accionado durante la ejecución de la actividad en la que potencialmente se origina el riesgo fiscal (punto de riesgo). Estos controles detectan el riesgo fiscal, pero generan reprocesos.

**Control Correctivo:** Control accionado en la salida de la actividad en la que potencialmente se origina el riesgo fiscal (punto de riesgo) y después de que se materializa el riesgo fiscal. Estos controles tienen costos implícitos.

Para el análisis y evaluación de los controles se analizan los atributos para el diseño del control, teniendo en cuenta características relacionadas con la eficiencia y la formalización.

Documento de aprobación: Acta N° 003 del 18 de mayo de 2023, del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

### Aprobado:



**NELSON LEONARDO FIERRO GONZÁLEZ**  
Gerente

**Proyecto:** 

Juan Carlos Gutiérrez Bernal  
Asesor de Control Interno