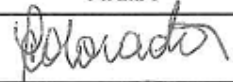
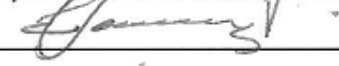


**1. APROBACIÓN**

	<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>	Especialista II Planeación en Misión	José Francisco Colorado Sarmiento	22/10/2021	
<b>REVISÓ</b>	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	Dr. Yesid Ramírez Moya	29/10/2021	
<b>APROBÓ</b>	Gerente	Dr. Edgar Silvio Sánchez	16/11/2021	



**2. POLÍTICA**

**“SI PREVIENES EL RIESGO ASEGURAS EL ÉXITO INSTITUCIONAL”**

La E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana se compromete con la gestión del riesgo institucional en sus sedes. Formula e implementa la Política de Administración de Riesgos, donde establece los lineamientos para la gestión del riesgo aplicable en todos los niveles de la entidad y la metodología para identificar, medir, valorar, monitorear, administrar y tratar los riesgos que pudieran afectar positiva o negativamente el logro de los objetivos estratégicos Institucionales, tales como: Ejecución y administración de procesos, fraude externo, fraude interno, fallas tecnológicas, relaciones laborales, usuarios, productos y prácticas, corrupción, lavado de activos y financiación del terrorismo, seguridad de la información, enmarcados en una cultura de calidad y satisfacción de los usuarios, promoviendo la prevención, y fomento de la cultura del riesgo, para alcanzar un mejor desempeño de los procesos y el cumplimiento efectivo de la misión.

**3. OBJETIVOS**

1. Promover el enfoque preventivo en la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana y sus unidades funcionales, mediante la identificación, análisis (medición y valoración), evaluación, monitoreo, administración y tratamiento de riesgos.
2. Suministrar lineamientos metodológicos que le permitan a la entidad gestionar de manera efectiva sus riesgos.
3. Determinar los roles y responsabilidades frente a la gestión de riesgos.
4. Proporcionar información derivada del monitoreo a la gestión de riesgos, para la toma de decisiones y la mejora continua.
5. Mantener y fortalecer la cultura de la administración integral del riesgo para el logro de los objetivos institucionales

	<b>POLITICA</b>		
	<b>PROCESO</b>	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	
	<b>NOMBRE:</b>	<b>ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</b>	
	<b>CÓDIGO DEL DOCUMENTO:</b>	<b>01DE06 – V5</b>	
			<b>05GC07-V2</b>

#### 4. DESPLIEGUE

La presente política tiene alcance a la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana y sus sedes en operación. La gestión del riesgo integra los conceptos relacionados con los riesgos asociados a la planeación estratégica, los procesos, corrupción, Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, Sistema de Gestión Ambiental, Sistema de Seguridad de la Información, Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de Financiación del Terrorismo, Sistema de Control Interno y Defensa Jurídica, así mismo, los lineamientos relacionados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión Operacional MIPG.

#### 5. IMPLEMENTACIÓN

##### 5.1 MARCOS DE REFERENCIA

Estos marcos proporcionan un enfoque genérico que suministra componentes y principios adaptables para la gestión de riesgos de una manera sistemática, en diferentes alcances y contextos. Así como también una metodología formal para alinear el riesgo aceptado con la estrategia, mejorar las decisiones de respuesta a los riesgos, identificar y administrar el riesgo a nivel de entidad, aprovechar las oportunidades y mejorar la utilización de los recursos.

La presente política estará disponible en el aplicativo Almera, bajo el proceso de Direccionamiento estratégico, y será obligación de las diferentes líneas de defensa su socialización y aplicación. La E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, utiliza como marcos de referencia:

- Decreto 124 de 2016 “Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.
- La Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, versión 5 publicada en diciembre de 2020.
- Norma Técnica NTC-ISO 31000 Gestión Integral del Riesgo. Principios y Directrices.
- Manual para la Identificación y Cobertura del Riesgo en los Procesos de Contratación, Colombia Compra Eficiente
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Versión 3 – 2019.
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO/IEC 27001, 27002. Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información. Requisitos y Código de buenas prácticas para la gestión de seguridad de la información.
- Norma Técnica Colombiana NTC ISO 45001:2018. Sistemas de gestión en seguridad y salud ocupacional. Requisitos.
- Norma Técnica Colombiana NTC ISO 14001. Sistemas de gestión ambiental. Requisitos.
- Norma Técnica Colombiana NTC 5722 Gestión de la continuidad de negocio. Requisitos.
- Guía para la Gestión de Riesgo de corrupción 2015.
- Guía Técnica Colombiana GTC 45 Guía para la identificación y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional.
- Guía Técnica Colombiana GTC 104 Guía gestión del riesgo ambiental.
- Guía Técnica Colombiana GTC 137 Gestión Integral del Riesgo.
- Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción.

<b>Estado de documento:</b> VIGENTE	<b>Fecha de Próxima revisión:</b> Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	<b>Tipo de copia:</b> CONTROLADA	<b>Nº</b> 01	<b>Tabla de Retención:</b>	<b>Página</b> 2 de 30
-------------------------------------	--	----------------------------------	--------------	----------------------------	-----------------------

- Circular externa 009 del 21 de abril de 2016, por la cual se imparten instrucciones relativas al sistema de administración del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo. SARLAFT.
- Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

## 5.2 ROLES Y RESPONSABILIDADES FRENTE A LA GESTIÓN DEL RIESGO Y CONTROL

La gestión de riesgos, por tratarse de una actividad que conjuga un 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, depende de la decidida intervención y participación de la alta dirección, los servidores públicos y contratistas. Por ello es preciso identificar los diferentes roles y responsabilidades de los actores en la implementación, operación, seguimiento y fortalecimiento, propuesto en el modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG.



En este numeral hará referencia a los actores y la clasificación (línea estrategia y las líneas de defensa) que le da el Modelo Integral de Planeación y Gestión - MIPG a los involucrados en la implementación, operación y seguimientos de la gestión del riesgo.

**Línea Estratégica:** Esta línea se centra en la emisión, revisión, validación y supervisión del cumplimiento de políticas en materia de control interno, gestión del riesgo, seguimientos a la gestión y auditoría interna para toda la Institución.

**Tercera Línea de Defensa:** (evaluación independiente – auditoría interna), la función de la auditoría interna, a través de un enfoque basado en el riesgo, proporciona aseguramiento objetivo e independiente 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.

**Segunda Línea de Defensa:** (funciones de aseguramiento – autoevaluación), asegura que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces.

**Primera Línea de Defensa:** (gestión operativa – autocontrol) 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

Cuadro No. 1. Implementación de las líneas de defensa

Líneas de Defensa	Conformación	Responsabilidades
Estratégica	Conformada por la Alta Dirección y  Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Establecer lineamientos para el funcionamiento del Sistema de Control Interno.</li> <li>▪ Generar alertas al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para la mejora de la gestión, a partir de los resultados de la evaluación o seguimiento del Sistema de Control Interno.</li> <li>▪ Definir y evaluar la política para la gestión de riesgos. La evaluación puede considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo, riesgos emergentes.</li> <li>▪ Monitorear el estado de los riesgos de la entidad, con énfasis en los de corrupción y fraude.</li> <li>▪ Definir líneas de reporte (canales de comunicación) en temas claves para la toma de decisiones, atendiendo el esquema de líneas de defensa.</li> <li>▪ Fomentar la generación de acciones para apoyar a la segunda línea de defensa frente al seguimiento del riesgo.</li> </ul>
Tercera Línea	.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Brindar orientación técnica y recomendaciones frente a la gestión del riesgo en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad.</li> <li>▪ Monitorear la exposición de la entidad al riesgo y realizar recomendaciones con alcance preventivo.</li> <li>▪ Asesorar a la Alta Dirección y líderes de procesos en materia de control interno y sobre las responsabilidades en materia de riesgos.</li> <li>▪ Informar los hallazgos y proporcionar recomendaciones de forma independiente.</li> </ul>
Segunda Línea	Dirección Científica, Atención al Usuario, Administrativa, Financiera, Oficina Asesora Jurídica, supervisores o interventores de contratos o proyectos, responsables SST, SGA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar labores de supervisión sobre temas transversales para la entidad, relacionados con los asuntos de su competencia.</li> <li>▪ Asegurar que la gestión del riesgo y control realizados por la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente; realizando el monitoreo, actualización y evaluación permanente de las matrices de riesgos de los procesos a su cargo.</li> <li>▪ Consolidar informes y reportes, relacionados con los temas de su competencia, con base en la información suministrada por la primera línea de defensa.</li> <li>▪ Articular acciones con la primera línea de defensa para la consolidación y mejoramiento del Sistema de Control Interno.</li> </ul>
	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asesorar, acompañar, capacitar y generar recomendaciones a la primera línea de defensa en temas claves para el Sistema de Control Interno: i) riesgos y controles, ii) planes de mejora, iii) indicadores, iv) procesos y procedimientos.</li> <li>▪ Establecer mecanismos para la autoevaluación requerida (auditoría interna a sistemas de gestión, seguimiento a través de herramientas objetivas, informes con datos de contraste que generen acciones</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>para la mejora).</li> <li>Trabajar coordinadamente con la Oficina Asesora de Control Interno en el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.</li> <li>Consolidar informes y reportes, relacionados con los temas de su competencia, con base en la información suministrada por otras dependencias.</li> </ul>
Primera Línea	Conformada por líderes de procesos y sus equipos de trabajo, quienes aplican los controles tal como han sido diseñados, como parte del día a día y autocontrol de las actividades de la gestión a su cargo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar las políticas, planes, prácticas, herramientas, lineamientos e instrumentos definidos por la línea estratégica, segunda y tercera línea de defensa para la mejora de la gestión.</li> <li>Identificar riesgos y establecer controles, así como realizar seguimiento constante, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos.</li> <li>Realizar la medición, análisis y seguimiento a los indicadores de gestión de los procesos e institucionales, según corresponda.</li> <li>Formular, implementar y realizar seguimiento a planes de acción, para resolver hallazgos u oportunidades de mejora presentados.</li> <li>Suministrar información consolidada, relacionada con los temas de su competencia, para la realización de informes y reportes, respondiendo por la calidad y oportunidad requerida.</li> </ul>

Fuente: Manual Operativo del MIPG 2021

### 5.3 COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

La alta dirección del Hospital Universitario La Samaritana, define la política de gestión de riesgos, de igual manera promueve el cambio de cultura “gestión basada en riesgos”, para lograr el compromiso a todo nivel mediante la aplicación de la política y metodología establecida.

### 5.4. ALINEACIÓN DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y LA GESTIÓN DE RIESGOS

Los riesgos de la Institución deben estar alineados desde el diseño estratégico, por cuanto toda la plataforma y formulación estratégica pretende lograr la misión y visión propuestas, en ese sentido todos los análisis para la identificación de los riesgos debe tomar como primer referente la planeación estratégica Institucional.

### 5.5. ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

La dependencia responsable verifica y controla que los procesos, dependencias, servicios o unidades incluyan en el anteproyecto de presupuesto y posterior plan anual de adquisiciones de cada vigencia, los bienes y servicios necesarios para la ejecución de los planes de mejora asociados a los riesgos (planes de manejo de riesgo) que así lo requieran, con el fin de gestionar la apropiación presupuestal con el fin de viabilizar las acciones de control y el logro de los objetivos de proceso y estratégicos de la Institución.

### 5.6. GESTIÓN DE CONOCIMIENTO

La divulgación de la política de gestión de riesgos, será realizada por la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de Calidad, a través de los canales disponibles. La difusión del conocimiento se realizará por medio de talleres de capacitación teórica – practica, de forma virtual y presencial tanto a los responsables de procesos, Sistemas, unidades y servicios y al personal en general en la inducción de ingreso del personal.

### 5.7. MANEJO DE CRISIS Y COMUNICACIONES

En caso de presentarse una crisis o materialización de un riesgo que requiera la coordinación de los procesos, interinstitucional o con los usuarios, el Hospital cuenta con los medios físicos y tecnológicos necesarios para elaborar y desarrollar planes de contingencia requeridos y dispone de los mecanismos para consolidar la información del riesgo provenientes de diferentes fuentes externas. Para el manejo de crisis, se definirán y establecerán los siguientes aspectos y criterios:

Niveles de riesgos y áreas de afectación.

Realizar seguimiento y monitoreo permanente a los riesgos en las diferentes categorías.

Ejecución de las políticas y protocolos de comunicación.

Determinar un sistema de alertas tempranas a partir de las fuentes de información y demás insumos asociados.

### 5.8. EVALUACIÓN INTEGRAL DEL RIESGO

La auditoría interna, incluye entre otros aspectos, la verificación del cumplimiento de los preceptos de ésta política, al igual evaluar la información producida a partir del aplicativo Almera – módulo de riesgos y el impacto generado por los planes de mejora aplicados a los riesgos (planes de manejo de riesgos), constituidos como proyectos, programas o planes, por lo que se debe involucrar tanto en las auditorías como autoevaluaciones a la metodología de riesgos, las auditorías basadas en riesgos, los criterios definidos en la dimensión “Control Interno” del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

En cuanto a la verificación del cumplimiento de los criterios de esta política, la Oficina Asesora de Control Interno, en sus auditorías, así como los procesos, sistemas, unidades y servicios, en sus ejercicios de autoevaluación tendrán en cuenta lo siguiente:

Cumplimiento de la Política de gestión de riesgos.

El cumplimiento de los riesgos Institucionales, en cabeza del proceso de Direccionamiento estratégico.

El cumplimiento de los objetivos de la política de gestión de riesgos.

El cumplimiento del asesoramiento y entrenamiento a los equipos de los procesos de los diferentes los procesos, sistemas, unidades y servicios,

El porcentaje de presupuesto asignado para la ejecución de los distintos planes de mejora relacionados con la gestión del riesgo.

El comité Institucional de Coordinación de Control Interno, evaluarla gestión, desempeño y resultados en la gestión de riesgos.

### 5.9. MEJORA CONTINUA

Las decisiones tomadas como resultado del monitoreo del marco de referencia, deben originar mejoras y generar cultura de la gestión de riesgos en el Hospital Universitario La Samaritana.

### 5.10. MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO

La materialización de los riesgos deberán registrarse obligatoriamente y permanente, dentro del aplicativo, ya que constituyen la primera línea de acción, ante los conceptos de previsión, provisión, anticipación, prevención y mitigación de los diferentes factores de riesgos internos y externos del contexto estratégico de la Institución, lo que permite robustecer la administración del riesgo, a la vez impacta en la información para la toma de decisiones.

El registro de la materialización de riesgos será considerada una fuente de mejora y no un elemento para represarias o acciones en contra de los procesos o personas, por cuanto es una herramienta del sistema que permite determinar una debilidad del HUS, que debe tratarse a través de los diferentes mecanismos de la mejora continua.



### 5.11. METODOLOGÍA

La metodología que se utilizará para desarrollar la gestión de riesgos considerará las directrices del Departamento administrativo de la Función Pública y las definidas en diferentes normas, recogiendo aplicaciones y experiencias de diferentes entidades y las propias del sector, el desarrollo, documentación, socialización y capacitación será responsabilidad de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de Calidad y será aplicada por todos los líderes de proceso y sus equipos de trabajo.

### 5.12. OBLIGATORIEDAD

La política será de obligatorio cumplimiento en el desarrollo de las actividades realizadas con la gestión de riesgos en el Hospital Universitario La Samaritana y sus sedes.

## 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	ÍTEM MODIFICADO	JUSTIFICACIÓN
01	07/03/2015	N/A	Viene de la política DE-POL-05 – V1 Política de administración y gestión del riesgo
02	02/06/2017	2. Política 3. Objetivos	2. Se cambia la redacción del lema, y se da alcance a la política para integrar con SARLAFT 3. Se adiciona un objetivo el cual es: "Articular los sistemas de riesgos (Emergencias y desastres, seguridad y salud laboral, gestión ambiental, SARLAFT, MECI, seguridad del paciente, entre otros) a uno institucional que dé respuesta a las necesidades del Hospital.
03	07/05/2019	2. Política 3. Objetivos	2. Se modifica el alcance y se incluyen las diferentes tipologías de riesgos 3. Se retira MECI y se modifican los diferentes sistemas de riesgos y se incluye el objetivo Fortalecer la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)
04	18/03/2020	2. Política 3. Objetivos	2. Se da alcance de la Política al Hospital Universitario de La Samaritana y a sus Unidades Funcionales, que hace referencia al Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ) y a la Unidad Funcional de Zipaquirá (UFZ) 3. Se incluye un nuevo Objetivo de la Política: Alinear el Contexto Interno y Externo de la Institución con el alcance del Sistema de Gestión del Riesgo.
05	10/11/2021	2. Política 3. Objetivos 4. Despliegue 5. Implementación	Se revisa y ajusta por completo la política para dar respuesta a los nuevos lineamientos de la Guía DAFP 2020, circular 000004 del 29/06/18 Supersalud y MIPG