



**HOSPITAL
DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO**
ROLDANILLO - VALLE E.S.E.



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO
ROLDANILLO - VALLE DEL CAUCA**

MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS

MACROPROCESOS

**ESTRATÉGICOS
MISIONALES
DE APOYO
DE EVALUACIÓN**

MAURICIO SALDARRIAGA VINASCO
Gerente

2025



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E
NIT. 891.900.343 - 6

MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

CÓDIGO:DE-GR-MA-01

VERSIÓN: 02

FECHA: 22/05/2025

TRD:

Página 2 de 5

● TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	5
2.	JUSTIFICACIÓN	7
3.	OBJETIVOS	7
3.1	Objetivo General	7
3.2	Objetivos Especificos	7
4.	ALCANCE	8
5.	MARCO CONCEPTUAL	8
6.	RIESGOS	15
	ROLES Y RESPONSABILIDADES EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	16
7.	SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO 20	
7.1	Razones por la cuales se requiere un sistema de administración del riesgo	20
7.2	Mapa de procesos de la ESE	21
7.3	Estructura organizacional	22
7.4	Factores críticos de éxito del sistema de administración de riesgos	23
8.	METODOLOGÍA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO	24
8.1	Metodología para una adecuada gestión del riesgo	24
8.2	Relación del MIPG con y la administración de los riesgos	25
9.	ESTRUCTURA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LA ESE	28
9.1	Actividades previas de autodiagnóstico y conocimiento del contexto	28
9.1.1	Direccionamiento estratégico	28
9.1.2	Análisis del contexto interno y externo	30
9.2	Política de Administración de Riesgos	30
9.2.1	Objetivos	31
9.2.2	Alcance	31
9.2.3	Niveles de Aceptación del Riesgo	31
9.2.4	Gestión del Riesgo	32
9.3	Metodología	33
9.3.1	Identificación del Riesgo	34
9.3.2	Análisis y Valoración del riesgo	36
9.3.3	Análisis de controles	37
9.3.4	Mapa de riesgos	41



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN
ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E
NIT. 891.900.343 - 6

MANUAL DEL SISTEMA
INTEGRADO DE ADMINISTRACION
DE RIESGOS

CÓDIGO:DE-GR-MA-01

VERSION: 02

FECHA: 22/05/2025

TRD:

Página 3 de 5

9.3.5	Monitoreo y Seguimiento.....	44
9.3.6	Autocontrol.....	44
1.	SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.....	45
1.1	SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD	45
•	8.2 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE LIQUIDEZ	3
8.3	SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CREDITO.....	6
8.4	SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO ACTUARIAL.....	9
10.	CONTROL DE CAMBIOS.....	11
11.	BIBLIOGRAFÍA	11



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN
ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E
NIT. 891.900.343 - 6**

**MANUAL DEL SISTEMA
INTEGRADO DE ADMINISTRACION
DE RIESGOS**

CÓDIGO:DE-GR-MA-01

VERSION: 02


FECHA: 22/05/2025

TRD:

Página 4 de 5

Lista de Tablas

Tabla 1. Categorías de riesgo	18
Tabla 2. Contexto interno y externo	34
Tabla 3. Control de cambios	45

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 5 de 5

1. INTRODUCCIÓN

El presente Manual de Gestión de Riesgos se desarrolla en cumplimiento del Artículo 269 de la Constitución Política de Colombia, de 1991, el cual establece la obligación de las entidades públicas de diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control interno, de acuerdo con las disposiciones legales. Este manual, en línea con el literal (l) del artículo 4° de la Ley 87 de 1993, se enfoca en la simplificación y actualización de normas y procedimientos.

La implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, compuesto por siete (7) dimensiones y dieciséis (16) políticas, define los aspectos más significativos de las prácticas y procesos de la entidad para lograr resultados y un impacto que genere valor público. Esto se basa en acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de control interno y prevención, así como la evaluación de riesgos que asegure la consecución de los objetivos.

En respuesta a las actualizaciones en el Modelo de Planeación y Gestión, lideradas por el Decreto 1499 de 2017, el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (MinTIC) han revisado y actualizado la "Guía de Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas-Versión 4". Esta guía unifica la metodología para la administración de riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital, incorporando el diseño de controles. En diciembre de 2020, la Función Pública publica la versión 5 de esta guía, actualizando algunos elementos metodológicos y manteniendo la estructura en tres pasos (DAFP, 2020a). Por otro lado, las circulares 04-5 del 15 de Septiembre del 2021 y 05-5 del 17 de septiembre de 2021, emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud-SNS (Súper Salud, 2021b, 2021a), proporcionan instrucciones generales para las IPS públicas sobre el Código de Conducta y Buen Gobierno, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos, alineados con los tres pasos definidos por el DAFP: (1) Política de administración de riesgos, (2) Identificación de riesgos, incluyendo análisis de causa raíz, factores de riesgo y relación con las tipologías de riesgo, y (3) Valoración del riesgo, estableciendo criterios para el análisis de probabilidad e impacto.

La ESE ha adoptado una tabla para el análisis de la probabilidad con un enfoque en la exposición y el impacto en función del nivel de severidad, considerando la afectación económica y/o reputacional ante la materialización de riesgos. Además, se han mantenido los atributos para el diseño y ejecución de controles, complementando con una nueva tabla para análisis que ajusta la matriz de calor, permitiendo evaluar la eficiencia de los controles identificados, facilitando su aplicación y seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno (OCI) y entes de control. Se conservan las opciones de tratamiento de riesgos y los indicadores clave y de alerta temprana definidos en la Circular 4-5 de 2021 de la Supersalud, que son herramientas para la toma de decisiones y la evaluación de la efectividad de la gestión de riesgos.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E
NIT. 891.900.343 - 6

MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

CÓDIGO:DE-GR-MA-01

VERSIÓN: 02

FECHA: 22/05/2025

TRD:


Página 6 de 5

La metodología para la gestión de riesgos de Seguridad de la Información sigue las directrices del MinTIC y se incluye en esta Guía versión 5. Esta metodología promueve un enfoque preventivo y activo, respaldado por una cultura de autocontrol ejercida por la primera línea de defensa y la autogestión de la segunda línea de defensa, en el marco de los lineamientos estratégicos, brindando seguridad razonable para el logro de los objetivos institucionales.

En la séptima dimensión de Control Interno del Modelo IPG, se implementa el Modelo Estándar de Control Interno- MECI, que estructura el control de la planeación, gestión, riesgos y seguimiento al mejoramiento continuo. Además, se articula con la política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, liderada por la Secretaría de Transparencia, fortaleciendo la cultura de legalidad e integridad mediante un enfoque de Estado Abierto y la de Seguridad de la Información, que lidera el Ministerio de las Tecnologías, la Información y las Comunicaciones- MinTIC.

Dentro de los componentes se encuentra la Administración del Riesgo, entendida como el conjunto de elementos de control que, al interrelacionarse, permiten a la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo Valle del Cauca (en adelante ESE) evaluar eventos negativos internos y externos que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o eventos positivos que identifiquen oportunidades para cumplir adecuadamente sus competencias. Esta administración del riesgo tiene como objetivo enfatizar la necesidad de incluir controles en los procesos de la ESE para prestar servicios con altos estándares de seguridad y calidad.

El Manual de Gestión de Riesgos se presenta como una herramienta técnico-administrativa que permite a los servidores públicos identificar, analizar y gestionar de manera continua el riesgo inherente a sus actividades. Esto garantiza el cumplimiento de los objetivos institucionales, la supervivencia de la entidad y el fortalecimiento continuo de su credibilidad ante los usuarios y la comunidad en general.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 7 de 5

2. JUSTIFICACIÓN

La implementación de este Manual y su Plan correspondiente habilita a la ESE a llevar a cabo una gestión integral y técnica de los riesgos prioritarios, identificados en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, que afectan sus operaciones. Esta gestión comprende la identificación, evaluación, medición, control y monitoreo eficaz de los riesgos, con el propósito fundamental de mejorar los resultados en salud de la población atendida, elevar la satisfacción de los usuarios, mantener la estabilidad financiera, fortalecer la confianza de la comunidad y prevenir posibles impactos negativos.

El presente Manual y su Plan asociado representan la guía metodológica que establece los lineamientos para la implementación de un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de manera coordinada, en estricto cumplimiento de los requisitos normativos dictados por el Departamento de la Función Pública (DAFP), el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC) y la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). El enfoque integral de esta gestión de riesgos está orientado a alcanzar los objetivos institucionales de manera efectiva y eficiente.


3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Establecer y fortalecer un sistema integral de administración de riesgos en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, Valle del Cauca. Este sistema tiene como propósito principal asegurar la gestión adecuada de los riesgos operativos, informáticos, de corrupción y LA/FT, mediante la implementación de políticas, procedimientos y mecanismos de control que permitan salvaguardar los objetivos estratégicos de la entidad y cumplir con los principios de legalidad, transparencia y buen gobierno.

3.2 Objetivos Específicos

- Establecer un mecanismo estratégico que permita el seguimiento continuo y efectivo de la gestión de riesgos en la organización, con el propósito de garantizar el control y la eficacia en la administración de los riesgos.
- Promover y fortalecer una cultura de autocontrol en la entidad.
- Implementar una herramienta esencial destinada a prevenir la ocurrencia de eventos o situaciones que puedan afectar la gestión global de la entidad, incluyendo su información, reputación e imagen institucional, en consonancia con los principios de Buen Gobierno.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025
		TRD:
		Página 8 de 5

- Establecer una metodología que permita la identificación de amenazas potenciales que puedan poner en riesgo el logro de los objetivos estratégicos de la organización.
- Proporcionar una herramienta de consulta y trabajo que facilite la identificación de posibles eventos que puedan entorpecer la operabilidad de las diferentes áreas de la institución.
- Servir como instrumento para el análisis continuo del contexto interno y externo, permitiendo la identificación y el establecimiento de directrices, procedimientos y mecanismos claros y precisos.

4. ALCANCE

El presente Manual abarca las atribuciones y deberes asignados a múltiples partes interesadas, que incluyen la Junta Directiva de la ESE, el personal empleado, los clientes, los usuarios, los proveedores, los contratistas, los aliados estratégicos y otros terceros que puedan mantener relaciones comerciales con la entidad. En consecuencia, es de aplicación en todos los procesos llevados a cabo en la ESE. Este manual establece una política integral para la gestión de los riesgos institucionales, sin importar su categorización, y detalla el diseño y la gestión de los controles, además de la implementación de medidas preventivas destinadas a la mitigación de riesgos en caso de su materialización.


5. MARCO CONCEPTUAL

En este manual, se emplean algunas definiciones tomadas de la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO31000, la "Guía de Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas-Versión 5", que integra los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital, así como la Circular Externa 09 de 2016 (Súper Salud, 2016), y las circulares 4-5 y 5-5 del 17 de septiembre del 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, que detallan las directrices para la administración de los riesgos de todos los subsistemas de administración del riesgo aplicables a las IPS.

Riesgo: Conforme a la ISO31000 del año 2018, el "Riesgo se refiere a la incertidumbre que surge durante la consecución de un objetivo".

Incertidumbre: denota el estado de insuficiencia de información relacionada con la comprensión o el conocimiento de un evento, sus consecuencias o su probabilidad.

De acuerdo con la Guía del DAFP versión 5: "El Riesgo se define como el impacto que puede afectar los objetivos de las entidades debido a eventos potenciales".

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 9 de 5

"Otros términos sinónimos vinculados incluyen peligro, amenaza, perjuicio o daño".

Se considera riesgo cualquier circunstancia, evento potencial, amenaza, acto u omisión que pueda perturbar el desarrollo normal de las actividades o impedir el logro de los objetivos, y que, en general, tienen repercusiones económicas para sus responsables.

"Riesgo: efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a **eventos potenciales**" (DAFP, 2020a)


Los eventos potenciales aluden a la eventualidad de sufrir perjuicios como resultado de deficiencias, fallos o inadecuaciones en los aspectos relacionados con el recurso humano, los procedimientos, la tecnología, la infraestructura, o debido a la materialización de sucesos externos.

Cabe destacar que el concepto de riesgo no se circunscribe exclusivamente a sucesos adversos o eventos imprevistos. También abarca la ausencia o el sub aprovechamiento de eventos positivos u oportunidades.

De igual manera, es importante resaltar que no todos los componentes que circunscriben la operación comercial de las empresas poseen la naturaleza intrínseca de riesgos. Por el contrario, existen ciertas cualidades fundamentales que los califican como tales (Ver Figura 1).

Figura 1. Cualidades fundamentales de los riesgos



	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 10 de 5

Administración del Riesgo: La administración del riesgo es un proceso liderado por la Alta Dirección y ejecutado por todo el personal con el fin de brindar una seguridad razonable en relación a los controles establecidos para mitigar los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos. Este enfoque va más allá de simplemente aplicar una metodología; busca incorporar la evaluación de riesgos como una parte integral del proceso de planificación.

Gestión de Riesgos: La gestión de riesgos se refiere a la aplicación sistemática de una serie de acciones diseñadas para optimizar el manejo de los riesgos en todos los procesos. El ciclo de la Gestión Integral de Riesgos comprende actividades como comunicación y divulgación, identificación, evaluación, manejo, monitoreo y revisión. Estas actividades permiten prevenir y controlar los riesgos operativos, de salud, de corrupción, lavado de activos y financiamiento del terrorismo. Este proceso es liderado por la Alta Dirección y llevado a cabo por todo el personal con el objetivo de brindar una seguridad razonable para el logro de los objetivos.

Contexto Estratégico: El contexto estratégico engloba los parámetros y el entorno, tanto internos como externos, que la organización debe considerar al gestionar los riesgos en busca de alcanzar sus objetivos.

Apetito de Riesgo: El apetito de riesgo es el nivel o magnitud de riesgo que la organización está dispuesta a asumir o aceptar. Este nivel se relaciona con los objetivos de la organización, el marco legal y las directrices establecidas por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno. El apetito de riesgo puede variar según el tipo de riesgo que la entidad esté gestionando.


Nivel de Riesgo: El nivel de riesgo se calcula considerando la probabilidad de que ocurra un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que dicho evento tendría en la capacidad de la organización para alcanzar sus objetivos. Aunque la fórmula general para calcular el nivel de riesgo es probabilidad x impacto, también se pueden relacionar estas variables de otras maneras a través de una matriz de probabilidad e impacto.

Activo: En el contexto de la seguridad digital, un activo se refiere a los elementos que la organización utiliza en su entorno digital, como aplicaciones informáticas, servicios web, redes, hardware y recursos humanos, tanto en formato físico como digital.

Vulnerabilidad: Una vulnerabilidad representa una debilidad, atributo, causa o falta de control que podría permitir la explotación por parte de una o más amenazas contra los activos de la organización.

Disponibilidad: La disponibilidad se refiere a la propiedad de un recurso o activo de ser accesible y utilizable en el momento en que la entidad lo requiere.

Amenaza: Una amenaza se define como una situación potencial que podría dar lugar a un incidente no deseado, causando daño al sistema o la organización.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 11 de 5

Integridad: La integridad hace referencia a la propiedad de la información que garantiza su exactitud y completitud.

Confidencialidad: La confidencialidad se refiere a la propiedad de la información que la mantiene no disponible o no divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados.

Causa: Las causas son factores internos y externos que, solos o en combinación con otros, pueden dar lugar a la materialización de un riesgo. Se distinguen entre causas inmediatas y causas raíces, siendo estas últimas las razones principales o básicas que pueden dar lugar a la materialización del riesgo.

Probabilidad: La probabilidad se relaciona con la posibilidad de que ocurra un riesgo o la oportunidad de que un evento se produzca, ya sea objetiva o subjetivamente. La probabilidad inherente se refiere al número de veces que se espera que ocurra un evento de riesgo en un año.

Impacto: El impacto se refiere a las consecuencias que la materialización de un riesgo puede tener en la organización.

Consecuencia: Las consecuencias son los efectos o situaciones que resultan de la materialización del riesgo, los cuales impactan en los procesos, la entidad, su grupo de valor y otras partes interesadas.


Criterios de Riesgo: Los criterios de riesgo son los términos de referencia utilizados para evaluar y medir los riesgos.

Riesgo Inherente: El riesgo inherente representa el nivel de riesgo inicial asociado a una actividad o proceso sin tener en cuenta los controles existentes en la organización ni las acciones de dirección destinadas a modificar su probabilidad o impacto. Se calcula combinando la probabilidad con el impacto y se expresa en una escala de severidad.

Riesgo Residual o Retenido o Neto: El riesgo residual, también conocido como nivel de riesgo remanente, es el resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.

Controles: Los controles son medidas destinadas a modificar, ya sea reduciendo o mitigando, un riesgo. Estas medidas pueden adoptar diversas formas, como procesos, políticas, dispositivos y otras acciones. Es importante destacar que no siempre los controles logran el efecto modificador previsto. Los controles pueden ser tanto preventivos como correctivos y tienen un impacto en la frecuencia de ocurrencia de un riesgo (probabilidad) o en el impacto que dicho riesgo tendría si se materializa.

Nivel de Tolerancia del Riesgo: El nivel de tolerancia del riesgo representa el máximo margen admisible de desviación con respecto al valor del apetito de riesgo determinado por la entidad. Este nivel puede medirse y debe estar en consonancia con las estrategias y objetivos

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 12 de 5

estratégicos. Se asignan recursos en función de este nivel. Para los riesgos de corrupción, la tolerancia es inaceptable.

Capacidad de Riesgo: La capacidad de riesgo es el valor máximo del nivel de riesgo que una entidad puede soportar antes de que la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno consideren que es imposible lograr los objetivos de la entidad.

Riesgo de Seguridad de la Información: El riesgo de seguridad de la información se refiere a la posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información, de acuerdo con las normas ISO/IEC 27000.

Riesgo de Corrupción: El riesgo de corrupción se define como la posibilidad de que, por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se desvíe la gestión pública, lesionando los intereses de una entidad y del Estado en general, en búsqueda de beneficios privados o particulares. Esta definición proviene de la Presidencia de la República, el Departamento Nacional de Planeación y el Departamento Administrativo de la Función Pública.


Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo: Los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo representan la posibilidad de pérdida o daño que una entidad puede sufrir debido a su susceptibilidad a ser utilizada directa o indirectamente para cometer delitos de lavado de activos o canalización de recursos para financiar el terrorismo. Las consecuencias de este tipo de riesgo nunca son positivas, siempre implican pérdidas, por lo que su manejo se enfoca en la reducción o prevención.

Beneficiario final: El beneficiario final se refiere a las personas naturales que en última instancia poseen o controlan a un cliente o persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción. Esto incluye a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona jurídica.

Riesgos asociados al LA/FT: Los riesgos asociados al lavado de activos y financiación del terrorismo son los que materializan el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo. Estos riesgos pueden clasificarse en categorías tales como reputacionales, legales, operativos y de contagio, en línea con la categorización del impacto definida por el DAFP.

Riesgo reputacional: El riesgo reputacional se refiere a la posibilidad de pérdida que enfrenta una entidad debido al desprestigio, mala imagen o publicidad negativa, real o no, que afecte la percepción de la institución y sus prácticas de negocios. Esto puede resultar en la pérdida de clientes, disminución de ingresos o acciones legales.

Riesgo legal: El riesgo legal es la posibilidad de pérdida que una entidad enfrenta al ser sancionada, multada o requerida para indemnizar daños debido al incumplimiento de normas, regulaciones u obligaciones contractuales. Este riesgo también puede surgir como resultado

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 13 de 5

de fallas en contratos y transacciones debido a acciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afecten la formalización o ejecución de dichos acuerdos.

Riesgo operativo: El riesgo operativo es la posibilidad de incurrir en pérdidas debido a deficiencias, fallos o inadecuaciones en el recurso humano, procesos, tecnología, infraestructura o a la ocurrencia de eventos externos.

Riesgo de Contagio: El riesgo de contagio se refiere a la posibilidad de pérdida que una entidad puede sufrir, ya sea directa o indirectamente, como resultado de una acción o experiencia de un relacionado o asociado. Un relacionado o asociado puede ser una persona natural o jurídica que tiene la capacidad de ejercer influencia sobre la entidad.


Clientes y/o Contraparte: Los clientes y/o contrapartes se definen como todas las personas naturales o jurídicas con las que la entidad establece relaciones contractuales o legales. Esto incluye contratistas, proveedores, suministradores de medicamentos e insumos, miembros de redes de prestadores, compradores y cualquier otra figura contractual que implique la inyección efectiva de recursos, como los afiliados a los planes de beneficios.

Factores de Riesgo, incluido el riesgo LA/FT: Los factores de riesgo se consideran fuentes generadoras de riesgo. En el caso de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo, estos factores incluyen a los clientes o usuarios, los productos o servicios, los canales de distribución (que se refieren a la forma en que se realizan los pagos, compras o transacciones) y la jurisdicción (territorio, zona o región).

Financiación de Terrorismo: La financiación de terrorismo es el proceso a través del cual se obtienen bienes, recursos o activos, ya sean de origen lícito o ilícito, que se utilizan para llevar a cabo actividades terroristas. Estas actividades implican actos que generan zozobra, temor o terror en la población a través de acciones que ponen en peligro la vida, integridad física o libertad de las personas, así como la infraestructura y otros activos. La financiación del terrorismo puede ocurrir mediante la recaudación de fondos para respaldar actividades terroristas, la colocación de recursos legales o ilegales en sistemas para ocultar su destino, la estratificación a través de transacciones complejas para mezclar activos de origen lícito o ilícito, o la utilización de fondos o activos con apariencia de legalidad para ocultar su destino terrorista.

Lavado de Activos: El lavado de activos se refiere al delito cometido por cualquier persona que busque dar una apariencia de legalidad a bienes o dinero que provienen de actividades delictivas, según lo establecido en el artículo 323 del Código Penal. Este delito puede ocurrir a través de la obtención de bienes, recursos o activos ilícitos, su colocación en la economía formal, su estratificación mediante múltiples transacciones económicas o su integración con fondos de origen legal.

Monitoreo: El monitoreo es un proceso continuo y sistemático que tiene como objetivo verificar la eficiencia y eficacia de una política o proceso, así como identificar sus fortalezas y

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025
		TRD:
		Página 14 de 5

debilidades para recomendar medidas correctivas destinadas a mejorar los resultados esperados. El monitoreo es esencial para ajustar o profundizar en la ejecución y para asegurar la retroalimentación entre los objetivos, los presupuestos teóricos y las lecciones aprendidas a través de la práctica.

Debida Diligencia: La debida diligencia se refiere a la ejecución de actividades con un cuidado suficiente, que incluye el análisis de antecedentes comerciales y financieros, así como la consulta de listas cautelares restrictivas, vinculantes y otras listas similares.

Operación Inusual: Una operación se considera inusual cuando su cuantía o características no se ajustan a la actividad económica reportada, al mercado, al producto o a la información de fuentes externas. También se puede considerar inusual si el hospital no puede encontrar una explicación o justificación razonable para la misma. Estas operaciones deben reportarse a la UIAF.

Operación Sospechosa: Una operación se considera sospechosa cuando, debido a su número, cantidad o características, no se ajusta a los sistemas o prácticas normales de negocios, ya sea en el sector o en la actividad económica en cuestión, y no puede ser razonablemente justificada de acuerdo con los usos y costumbres de dicha actividad.


Operación Intentada: Una operación se considera intentada cuando se tiene conocimiento de la intención de una persona natural o jurídica de llevar a cabo una operación sospechosa, pero esta no se materializa debido a un desistimiento o a que los controles establecidos no lo permiten. Estas operaciones también deben ser reportadas a la UIAF.

Señal de Alerta: Las señales de alerta son circunstancias particulares que realizan personas naturales o jurídicas relacionadas con la actividad económica del sector salud. Estas circunstancias llaman la atención y justifican un análisis más exhaustivo, incluyendo elementos como el lugar o procedencia de los productos, inconsistencias en la información relacionada con la existencia legal o el domicilio, así como la información proporcionada por fuentes externas, o la presentación de facturas con precios ostensiblemente diferentes a los del mercado.

Segmentación: La segmentación es un proceso mediante el cual se realizan divisiones de elementos en grupos que comparten características homogéneas dentro de cada grupo, pero son heterogéneos entre grupos. Estas características diferenciales significativas se conocen como "variables de la segmentación".

Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF): La UIAF es la entidad responsable de supervisar y dirigir los actos relacionados con el lavado de activos y la financiación del terrorismo.

Persona Expuesta Públicamente (PEP): Las PEP son personas nacionales o extranjeras que, debido a su cargo, manejan o han manejado recursos públicos, tienen la capacidad de

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 15 de 5

disposición sobre estos recursos o han gozado de reconocimiento público. En el caso de personas extranjeras, se refiere a aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en otro país.

Mapa de Riesgos: El mapa de riesgos es un documento que contiene información resultante de la gestión de riesgos.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano es un plan que incorpora estrategias destinadas a combatir la corrupción. Debe ser implementado anualmente por la ESE y consta de al menos cinco componentes: gestión de riesgos de corrupción, gestión de trámites, rendición de cuentas, servicio al ciudadano y transparencia.

Estas definiciones y conceptos son esenciales para una gestión efectiva de riesgos en el entorno de la salud y la administración pública, garantizando la integridad de las operaciones y el cumplimiento de las regulaciones aplicables.

6. RIESGOS

Dentro de nuestro sistema integrado de gestión, cumpliendo con lo expuesto en la circular el Hospital da tratamiento a riesgos priorizados para el cumplimiento de los subsistemas:


1. Riesgos en salud
2. Riesgo operacional
3. Riesgo Actuarial
4. Riesgos de crédito
5. Riesgo de liquidez
6. Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo (Se tratará en el Manual SICOF / SARLAFT).

Riesgo en Salud: Es la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.

Riesgo Operacional: toda posible contingencia que pueda provocar pérdidas a una empresa a causa de errores humanos, de errores tecnológicos, de procesos internos defectuosos o fallidos, o a raíz de acontecimientos externos (fraudes, accidentes, desastres, etc.

Riesgo Actuarial: Se refiere al riesgo que puede ser inexacto o incorrecto con los supuestos aplicados por los actuarios en los modelos utilizados para fijar el precio de pólizas de seguro particulares. Los posibles supuestos incluyen la frecuencia de las pérdidas, la gravedad de las pérdidas y la correlación de las pérdidas entre los contratos. El riesgo actuarial también se conoce como «riesgo de seguro Riesgo de crédito: Es el riesgo de incumplimiento de una deuda que puede surgir de un deudor que no realiza los pagos requeridos.

Riesgo de Liquidez: El riesgo de liquidez hace referencia a la dificultad de una empresa para poder

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 16 de 5

hacer frente a sus obligaciones de pago a corto plazo debido a la incapacidad de convertir sus activos en liquidez sin incurrir en pérdidas.

Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo: es la posibilidad que en la realización de las operaciones de una entidad, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas.


ROLES Y RESPONSABILIDADES EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

Junta Directiva:

- Las asignadas en SICOF, SARLAFT.
- Revisar, aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.
- Generar los lineamientos para el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el punto anterior, para cada uno de los riesgos identificados.
- Revisar, aprobar los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
- Aprobar y evaluar el Manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- Revisar los informes de evaluación del comité de Gestión integral de riesgos en relación a los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados.
- Realizar seguimiento a los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos.
- Realizar seguimiento al comportamiento y los niveles de exposición del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo a cada uno de los riesgos (como mínimo los riesgos prioritarios), así como las operaciones objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing).
- Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados. o

Representante legal:

- Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva.
- Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos u Órgano equivalente, en los casos que aplique, y mantener informada a la Junta Directiva
- Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.
- Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 17 de 5

Comité de Riesgos sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la entidad y los controles realizados, además de los informes presentados por la Revisoría Fiscal. Lo anterior debe plasmarse en un informe a la Junta Directiva o, quien haga sus veces, y hacer énfasis cuando se presenten situaciones anormales como mínimo en algún riesgo prioritario o existan graves incumplimientos a las políticas, procesos y procedimientos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

- Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.
- Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tengan relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la entidad tanto interna como externamente, para identificar y controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.
- Informar de manera oportuna mediante Oficio a la Superintendencia Nacional de Salud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente o prevea que pueda presentarse como mínimo en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la entidad para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.

Oficial de cumplimiento o Suplente: Según lo definido en el Manual para SICOF, SARLAFT y PTEE

Líderes de proceso: dirigen la Administración de Riesgos en cada uno de los procesos y son los responsables por la implementación de controles y mecanismos de evaluación de su efectividad.

Todos los servidores públicos de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo: son responsables de la reducción de los riesgos y de velar por la eficacia de los controles integrados en los procesos, actividades y tareas a su cargo.

El líder de planeación: es el responsable de Consolidar mapa de riesgos institucional, básico para el seguimiento a los riesgos críticos para la entidad.

Organismo de Control: Los órganos de control serán por lo menos los siguientes: Revisoría Fiscal y Auditoría Interna o quien ejerza el control interno.

- **Revisoría Fiscal:** Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al Revisor Fiscal, éste debe elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable, en el que informe acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF. A su vez, debe poner en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOF, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la Junta Directiva u órgano que haga sus veces.

Auditoría Interna de control interno: Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones a la Auditoría Interna, o quien ejerza el control interno, ésta debe evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN
ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E
NIT. 891.900.343 - 6**

**MANUAL DEL SISTEMA
INTEGRADO DE ADMINISTRACION
DE RIESGOS**

CÓDIGO:DE-GR-MA-01

VERSION: 02

FECHA: 22/05/2025

TRD:

Página 18 de 5

SICOF, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, deberán informar los resultados de la evaluación al representante legal o junta directiva

Conforme a las directrices establecidas en las circulares externas 4-5 y 5-5 emitidas el 17 de septiembre de 2021, se procede a la actualización de los subsistemas o tipologías vinculados a las categorías de riesgos potenciales susceptibles de manifestarse y vinculados con los riesgos inherentes a la entidad. Estas actualizaciones revisten importancia fundamental en la formulación de políticas operativas destinadas a la gestión y mitigación de dichos riesgos.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E
NIT. 891.900.343 - 6

MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

CÓDIGO:DE-GR-MA-01

VERSION: 02

FECHA: 22/05/2025

TRD:


Página 19 de 5

Tabla 1. Categorías de riesgo

Categoría del Riesgo	Definición
Riesgo en Salud	Se entiende por Riesgo en Salud la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición preva o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta, y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.
Riesgo Operacional	El Riesgo Operacional corresponde a la probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos entre otros.
Riesgo Actuarial	Se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron.
Riesgo de Crédito	El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones.
Riesgo de Liquidez	El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).
Riesgo de Mercados de Capitales	El Riesgo de Mercado de Capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de un incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en los parámetros del mercado tales como la tasa de interés, la tasa de cambio o cualquier otra variable de referencia que afecte los precios del mercado financiero y asimismo los estados financieros de la entidad.
Riesgo de Grupo	El Riesgo de Grupo corresponde a la posibilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial. Este se deriva de la exposición a fuentes de riesgo adicionales a las propias del negocio de la entidad, dentro de las que se encuentran, por ejemplo: i) riesgo de contagio financiero, ii) deterioros patrimoniales por filtración de flujos o concentración de pasivos y/o, iii) posibles conflictos de intereses, que generen condiciones desfavorables en las transacciones de la entidad. La exposición a las fuentes de riesgo puede ser directa, mediante exposición financiera u operativa, o indirecta, mediante daño a la reputación.
Riesgo de Fallas de Mercado	El Riesgo de Fallas de Mercado corresponde a la posibilidad que la estructura del mercado de salud genere pérdidas en el bienestar y beneficios de la entidad. Ejemplos: mercado monopolístico u oligopólico; prácticas de competencia desleal (como lo son la selección de riesgo, barreras de acceso a los servicios, entre otros).
Riesgo Reputacional	El Riesgo Reputacional corresponde a la posibilidad de toda acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de una entidad, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad. Tal publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede disminuir la confianza pública en la entidad, dar lugar a riesgos costosos, a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o los ingresos, entre otros. Estos pueden ser desagregados, en situacional o previsto, de acuerdo con la capacidad de prevención-mitigación: i) Riesgo reputacional situacional: Riesgo reputacional inmediato derivado de una acción imposible de anticipar. ii) Riesgo reputacional previsto: Riesgo reputacional derivado de eventos a los cuales la organización puede anticiparse con una gestión adecuada de los riesgos en salud, financieros, y operativos, así como mediante estrategias de comunicación.
Riesgo LAFT	Es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad, por su propensión a ser utilizada directa o a través de sus operaciones, como instrumento para cometer los delitos de Lavado de Activos, canalización de recursos para la Financiación del Terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

Fuente: Elaboración propia

Las definiciones presentadas anteriormente se derivan de las circulares externas 4-5 y 5-5 emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud el 17 de septiembre de 2022. Es fundamental destacar que en este manual, la institución concentrará su atención en las

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 20 de 5


clasificaciones de riesgos que sean pertinentes a las actividades específicas que realiza en su operativa.

7. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO

7.1 Razones por la cuales se requiere un sistema de administración del riesgo

La gestión efectiva de riesgos dentro de la entidad aporta significativamente a través de los siguientes aspectos clave:

- **Mejora de la Calidad y Enfoque en el Cliente:** Impulsa una mayor exigencia y excelencia en los procesos, productos y servicios, con un enfoque preciso en las necesidades del cliente.
- **Eficiencia y Eficacia en la Administración:** Facilita la implementación de herramientas y controles para lograr una administración más eficiente y efectiva, alineada con los objetivos establecidos en el Plan de Desarrollo 2020-2023. Este enfoque se basa en un análisis detallado del contexto interno y externo de la entidad, junto con la identificación de las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos.
- **Mitigación de Riesgos ante la Competencia:** Minimiza tanto la probabilidad como el impacto de los riesgos, lo que es particularmente valioso en un entorno de competencia feroz. Esto se logra mediante la creación de múltiples servicios que optimizan costos y aumentan los niveles de control, culminando en la eficacia, efectividad y un sólido manejo de los recursos.
- **Estímulo a la Innovación Tecnológica:** Fomenta la adopción de innovación tecnológica, especialmente en el ámbito de las tecnologías de la información. Estas tecnologías, como internet, diseño asistido por ordenador y herramientas electrónicas, respaldan la toma de decisiones basadas en datos en tiempo real.
- **Fortalecimiento de la Cultura de Autocontrol y Control Organizacional:** Refuerza la cultura de autocontrol y control organizacional en consonancia con las cambiantes regulaciones del sector salud y las entidades públicas. Al mismo tiempo, promueve la participación ciudadana como una estrategia para una gestión más efectiva del riesgo.
- **Incremento de Capacidad para Alcanzar Objetivos:** Aumenta la capacidad de la entidad hospitalaria para alcanzar sus objetivos al anticipar riesgos y garantizar la disponibilidad de personal y recursos logísticos necesarios para satisfacer la demanda de servicios.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 21 de 5

- **Garantía de Operación Continua:** Garantiza la operación ininterrumpida de la organización incluso en circunstancias adversas. La adaptabilidad y la capacidad de los empleados para desempeñar múltiples roles y funciones se vuelven esenciales, lo que implica un compromiso continuo con la formación y la adaptación constante.
- **Estímulo al Trabajo en Equipo y la Innovación Continua:** Facilita un entorno propicio para el trabajo en equipo, incentivando la colaboración y la participación activa de los trabajadores. Además, promueve la generación constante de ideas y sugerencias, lo que a su vez alimenta la innovación continua y contribuye a la consecución de los objetivos de calidad y diferenciación exigidos por un mercado cada vez más competitivo.
- **Desarrollo de una Formación Basada en Competencias:** Impulsa el desarrollo de un enfoque de formación basado en competencias, diseñado para satisfacer las necesidades específicas de la institución. Esto se traduce en una mayor calidad en los servicios ofrecidos por la entidad.
- **Énfasis en Principios Éticos y de Integridad:** Fomenta la observancia de los principios éticos y de integridad por parte de todo el personal de la entidad. Estos principios, actualizados en 2018 con la incorporación de los valores de integridad del DAFP (compromiso, justicia y diligencia), enfatizan la transparencia en la gestión de los recursos públicos.
- **Promoción de la Comunicación y la Participación:** Promueve activamente la comunicación efectiva dentro de la organización. Además, facilita la participación activa de los empleados en decisiones y diálogos relacionados con los intereses generales de la entidad. Del mismo modo, fomenta la transacción y el consenso como herramientas clave para la gestión de relaciones entre empleadores públicos y su personal, además de buscar crear un clima laboral favorable y un alto nivel de alineamiento entre los objetivos de la organización y las expectativas de su personal.

7.2 Mapa de procesos de la ESE

En consonancia con la estructura organizacional de la ESE, se ha desarrollado un Mapa de Procesos institucional. Este mapa constituye una representación visual que refleja de manera gráfica el diagrama de valor, así como la interconexión existente entre los procesos inherentes a la institución:


	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 22 de 5

Figura 2. Mapa de procesos ESE HDSA



Fuente: (HDSA, 2023a)

7.3 Estructura organizacional

Conforme a lo estipulado en los Decretos 1876 de 1994 y 780 de 2016, la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio se ha abocado al proceso de alineación de su estructura organizativa con el Mapa de Procesos correspondiente.

El organigrama, en su esencia, constituye una representación gráfica de la estructura organizacional de la E.S.E. Este gráfico, de naturaleza esquemática, traza con precisión los niveles jerárquicos establecidos, así como las líneas de autoridad y asesoramiento que vertebran la entidad. Esta disposición obedece a la finalidad de garantizar una gestión integral y sistémica de las actividades y operaciones institucionales.


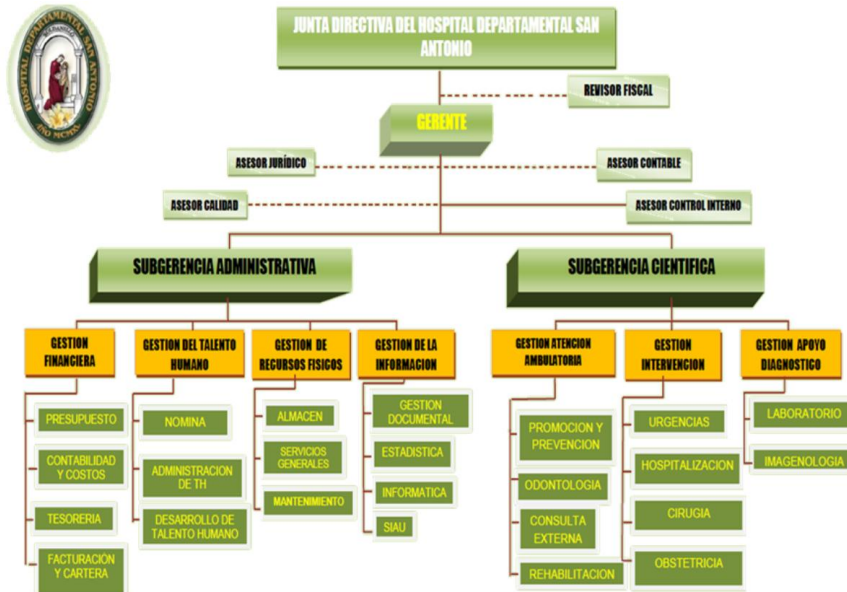
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 23 de 5


Figura 3. Estructura organizacional HDSA



Fuente: (HDSA, 2023b)

7.4 Factores críticos de éxito del sistema de administración de riesgos

- La Integración de la Administración de Riesgos emerge como un componente intrínseco en la planificación estratégica, asimismo, en la gestión de proyectos y operaciones, y se entrelaza con todas las facetas que abarcan los distintos niveles jerárquicos de la institución.
- La Administración de Riesgos, concebida como un proceso abierto y respaldado de manera inquebrantable por el Hospital, se posiciona como una herramienta de valor sustancial para la organización. En este sentido, se refuerza aún más al ser amalgamada en otros mecanismos, tal como su incorporación en los criterios de evaluación del desempeño institucional.
- El enfoque de la Administración de Riesgos se modela como una práctica de fácil asimilación en las rutinas cotidianas, transformándose en una utilidad integral que contribuye a la materialización de nuestra visión y metas.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 24 de 5

8. METODOLOGÍA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO

El fundamento primordial de la Gestión de Riesgos se materializa en la interconexión estratégica, que se manifiesta en la vinculación recíproca entre el proceso de planificación estratégica, la identificación de los riesgos inherentes a los objetivos corporativos, los procedimientos operativos de la entidad y la robustez y eficacia de los mecanismos de control, así como en la vigilancia y eficacia en la mitigación del riesgo.

Figura 4. Metodología institucional para la gestión del riesgo



Fuente: Elaboración propia

8.1 Metodología para una adecuada gestión del riesgo

La Guía 18 emitida por el **DAFP** establece tres estrategias que se mantienen como pilares fundamentales en este Manual, ya que representan la base metodológica de la versión-5, estructurada en tres fases compuestas por un total de 13 subdivisiones.

Dio formato: Fuente: Negrita

Adicionalmente, la Circular 009 de 2016, emanada por la SNS y orientada a abordar los riesgos asociados a Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT), delinea un proceso integral que comprende cuatro etapas fundamentales: identificación, evaluación y medición, implementación de controles, y seguimiento y monitoreo. Estas etapas son esenciales para la gestión de riesgos LA/FT y se encuentran minuciosamente detalladas en la sección 5.3 de este Manual.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN
ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E
NIT. 891.900.343 - 6

MANUAL DEL SISTEMA
INTEGRADO DE ADMINISTRACION
DE RIESGOS

CÓDIGO:DE-GR-MA-01

VERSIÓN: 02

FECHA: 22/05/2025

TRD:

Página 25 de 5

En consonancia con lo anterior, las tres etapas primordiales establecidas por el DAFP son las siguientes:

- **Compromiso de la Alta Dirección:** La alta dirección se compromete a fomentar una cultura de prevención del riesgo y establece canales de comunicación estratégicos. Se designa a un alto ejecutivo como responsable de orientar y respaldar la concepción e implementación de los elementos esenciales, desempeñando un rol crucial en la evolución y sostenibilidad del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
- **Constitución del Equipo MECI:** Se conforma un equipo MECI interdisciplinario compuesto por individuos con profundo conocimiento de la entidad. Este equipo lidera la conducción del proceso de gestión de riesgos, manteniendo canales de comunicación directa con las diversas unidades organizacionales y la dirección general. Actúan como facilitadores en la aplicación de la metodología y en la construcción de los mapas de riesgos, tanto a nivel de procesos como a nivel institucional.
- **Capacitación en la Metodología:** Se lleva a cabo la formación especializada del equipo interdisciplinario en la metodología de gestión de riesgos y su relación intrínseca con el MECI. Estos profesionales se convierten en agentes multiplicadores del conocimiento dentro de sus respectivas áreas, garantizando la comprensión profunda y la aplicación efectiva de la metodología en toda la organización.

8.2 Relación del MIPG con y la administración de los riesgos

- **Dimensión 7. Control Interno:** Con esta dimensión, y la implementación de la política que la integra, se logra cumplir el objetivo de MIPG, el cual busca desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua (Ver Figura 3) (DAFP, 2020b).



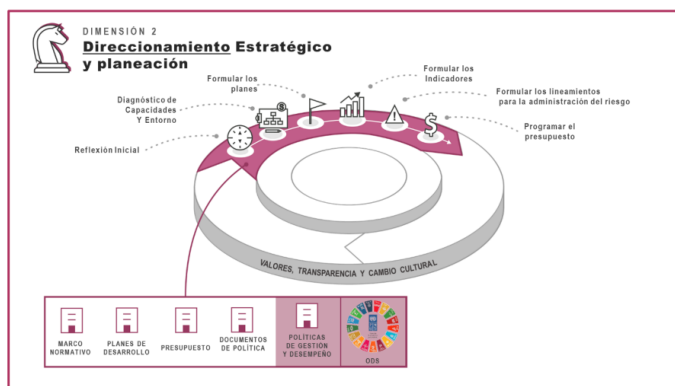
Figura 5. Dimensión 7: Control Interno



Fuente: (DAFP, 2020b)

Dimensión 2. Dirección y Planeación Estratégica: Desde esta perspectiva, se elaboran políticas de gestión de riesgos que abarcan el análisis tanto del entorno interno como del externo. Se desarrollan estrategias y se realiza un seguimiento riguroso de los procesos que puedan ser susceptibles de actos de corrupción, tal y como se detallan en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (Ver Figura 4) (DAFP, 2020b).

Figura 6. Dimensión 2: Direcccionamiento Estratégico y Planeación



Fuente: (DAFP, 2020b)

- **Dimensión 3. Gestión con Valores para resultados:** El propósito de esta dimensión es permitirle a la entidad realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados

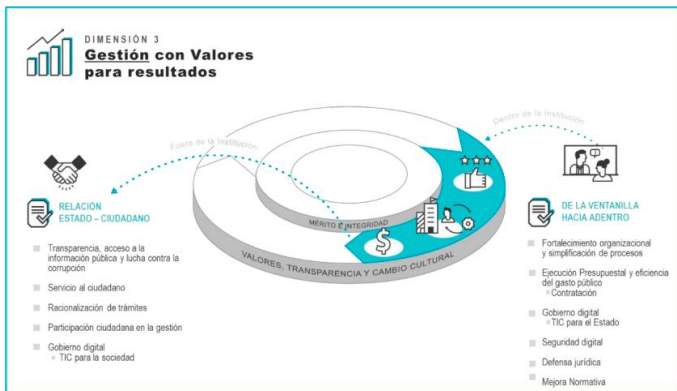


HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E
NIT. 891.900.343 - 6
MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

CÓDIGO:DE-GR-MA-01
VERSIÓN: 02
FECHA: 22/05/2025
TRD:
Página 27 de 5

propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público (Ver Figura 5) (DAFP, 2020b).

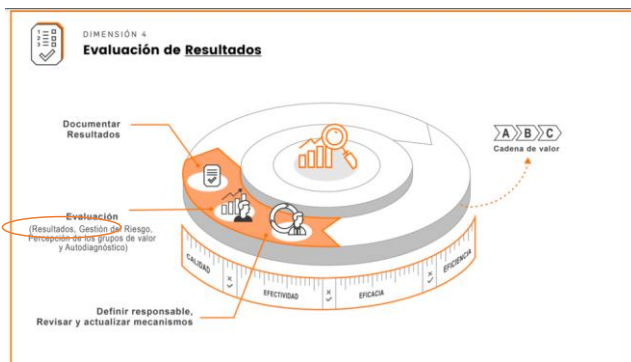
Figura 7. Dimensión 3: Gestión con Valores para resultados




Fuente: (DAFP, 2020b)

- **Dimensión 4. Evaluación de Resultados:** Para MIPG es importante que las entidades conozcan de manera permanente los avances en su gestión y los logros de los resultados y metas propuestas, en los tiempos y recursos previstos y si genera los efectos deseados para la sociedad; de igual manera, esto le permite introducir mejoras en la gestión (Ver Figura 6) (DAFP, 2020b).

Figura 8. Dimensión 4: Evaluación de Resultados:



Fuente: (DAFP, 2020b)

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025
		TRD:
		Página 28 de 5

9. ESTRUCTURA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LA ESE

En virtud del Modelo MECI:2005 y sus actualizaciones subsiguientes, MECI:2014 y MECI:2017, así como también con base en las circulares externas 4-5 y 5-5 del 17 de septiembre del 2021 emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud, se delinear los elementos constitutivos para el componente de Administración de Riesgo, configurándolo como una herramienta esencial para la evaluación y mitigación de eventos, tanto endógenos como exógenos, que puedan ejercer influencia tanto positiva como negativa en el logro de los objetivos institucionales.

Esta estructura se concibe como una estrategia de control que implica la supervisión periódica de la efectividad de su implementación. En la medida de su aplicabilidad, esta metodología contribuye a consolidar el Sistema de Control Interno y a fomentar una cultura arraigada de autocontrol y autoevaluación al interior de la organización. Esta cultura, a su vez, minimiza las pérdidas y maximiza las oportunidades.

Los componentes de este enfoque se desglosan de la siguiente manera:

1. Desarrollo de actividades preliminares de autodiagnóstico y análisis contextual.
2. Formulación de una política de Administración de Riesgo.
3. Ejecución del proceso de gestión de riesgos.

9.1 Actividades previas de autodiagnóstico y conocimiento del contexto

9.1.1 Direccionamiento estratégico

El Plan de Desarrollo Institucional Anual de la ESE, en cada periodo de Gobierno, se integra y concilia de manera sinérgica con las políticas y estrategias delineadas en el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Sectorial de Salud, el Plan Departamental de Desarrollo y el Plan Municipal de Desarrollo. Esta integración y alineación se reflejan en la estructura esquemática a continuación:



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E
NIT. 891.900.343 - 6

MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

CÓDIGO:DE-GR-MA-01

VERSIÓN: 02

FECHA: 22/05/2025

TRD:

Página 29 de 5

Figura 9. Planeación Institucional



Fuente: Elaboración propia

Así pues, en el contexto del cuatrienio 2020-2023, la ESE ha concebido su Plan de Desarrollo Institucional, estructurado en tres líneas estratégicas, quince programas y treinta y tres proyectos. De especial relevancia es la inclusión de aspectos inherentes a la gestión de riesgos en dos de estos programas.

La ESE cuenta, además, con un marco estratégico que le permite alinear sus competencias, misión y visión de manera sistémica con los demás elementos corporativos que la conforman. Esto asegura la eficiente y eficaz ejecución de los planes y programas adoptados. El esquema del Marco Estratégico se presenta de la siguiente manera:


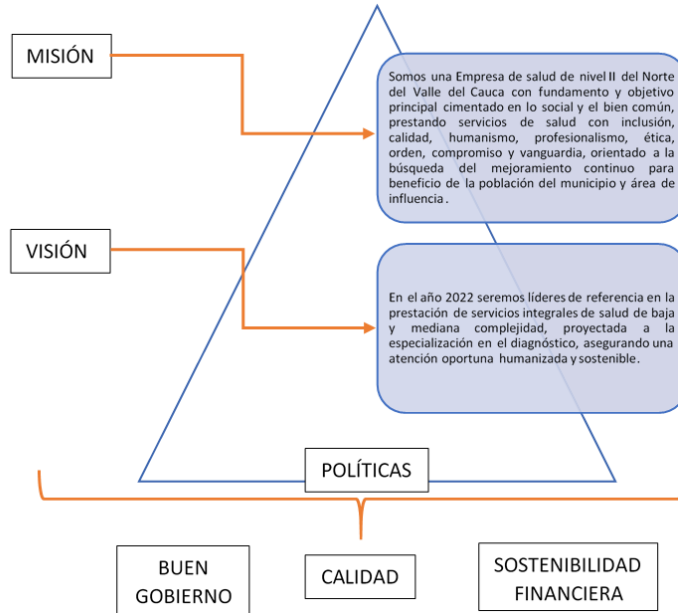
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 30 de 5

Figura 10. Marco estratégico del HDSA



Fuente: Elaboración propia


9.1.2 Análisis del contexto interno y externo

Para analizar el contexto de la entidad, se estableció una matriz DOFA, en donde se procedió a la identificación de factores, diferenciando entre los factores internos con connotaciones positivas y negativas, así como los factores externos que inciden en la identificación de los riesgos y su grado de criticidad.

9.2 Política de Administración de Riesgos

La política de administración del riesgo de la ese Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, Valle del Cauca, es parte esencial e integral de la plataforma estratégica y gestión administrativa de la institución, la cual adopta la siguiente estructura:

La ESE Hospital Departamental San Antonio De Roldanillo, Valle del Cauca se compromete a gestionar las estrategias necesarias para una adecuada administración del riesgo de la entidad, que permita que desde cada proceso se realice la identificación, valoración, análisis y tratamiento de: los riesgos, contribuyendo así al cumplimiento de la plataforma estratégica, planes y proyectos institucionales.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 31 de 5

9.2.1 Objetivos

9.2.1.1 Objetivo General

Orientar y guiar la toma de decisiones respecto al tratamiento de los riesgos y minimizar los efectos adversos al interior del Hospital San Antonio de Roldanillo Valle del Cauca, con el fin de garantizar el cumplimiento la misión, visión y de los objetivos institucionales.

9.2.1.2 Objetivos Específicos

- Formalizar al interior de la entidad una metodología para administrar los riesgos de toda naturaleza a los que se enfrenta la entidad, los cuales son entre otros, de gestión y de corrupción.
- Manejar las escalas de valoración para la probabilidad de ocurrencia y el impacto de cada factor de riesgo identificado.
- Fomentar al interior del Talento Humano de la ESE, la actitud preventiva direccionada a identificar, analizar el contexto y administrar los riesgos.
- Realizar seguimiento al registro de los controles precisados, con el fin de lograr mitigar, asumir o trasladar los riesgos identificados.


9.2.2 Alcance

Esta Política de Administración del Riesgo aplica a los planes de direccionamiento y procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, Valle del Cauca desde las actividades de identificación de los riesgos incluyendo el análisis, valoración, monitoreo, hasta la evaluación y seguimiento de los mismos y a todas las acciones ejecutadas por los servidores durante el ejercicio de sus funciones.

9.2.3 Niveles de Aceptación del Riesgo

En el contexto de los riesgos relacionados con procesos diferentes al riesgo de corrupción y al riesgo del Sistema de Administración de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), la ESE considerará la aceptación de aquellos riesgos que presenten baja probabilidad de ocurrencia y bajo impacto, es decir, los catalogados como riesgos bajos. Estos riesgos deben estar adecuadamente controlados.

Sin embargo, es imperativo destacar que la ESE no tolerará la corrupción, ya que la materialización de los riesgos asociados a esta práctica es inadmisibles e inaceptable. Por lo

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01
		VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025
		TRD:
		Página 32 de 5

tanto, se implementarán medidas rigurosas para controlar y prevenir cualquier manifestación de corrupción.

En cuanto a los riesgos vinculados al Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT), la ESE solo aceptará aquellos que se encuentren en un nivel bajo o "riesgo aceptable". Esta aceptación implica que el riesgo inherente ya se encuentra dentro de los parámetros de tolerancia de riesgo o que, después de aplicar medidas de mitigación, el riesgo residual de LA/FT se mantenga en un nivel bajo o "riesgo aceptable". Estos riesgos serán objeto de monitoreo constante para asegurar que se mantengan dentro de los límites establecidos.


Cabe destacar que todos los demás riesgos identificados y evaluados deben ser sometidos a controles efectivos por parte de los responsables de los procesos correspondientes, a fin de cumplir con las responsabilidades inherentes a su rol como servidores públicos y evitar omisiones.

9.2.4 Gestión del Riesgo

Cualquier esfuerzo emprendido por la ESE en relación con la gestión del riesgo resulta infructuoso si no culmina en un tratamiento adecuado, un manejo riguroso, un seguimiento detallado y un control efectivo de los riesgos. Esto implica la implementación de acciones prácticas y eficaces, como la adopción de políticas de administración del riesgo institucional, la optimización de procedimientos, ajustes físicos, auditorías, planes de mejora, autoevaluaciones por procesos, entre otras medidas, que formen parte integral de un plan de gestión de riesgos.

La ESE, en su enfoque hacia la gestión de riesgos por procesos, lleva a cabo acciones orientadas a:

- **Evitar el riesgo:** Esto implica la implementación de medidas destinadas a prevenir la materialización del riesgo. Esto se logra cuando cada responsable de proceso introduce cambios sustanciales mediante acciones de mejora, rediseño o eliminación de tareas, todo esto como resultado de la implementación de controles adecuados a los riesgos identificados. Entre estas acciones se incluye el control de calidad, la gestión apropiada de los insumos, el mantenimiento preventivo de la infraestructura física, los equipos biomédicos, informáticos y de transporte, entre otros.
- **Reducir el riesgo:** Esto implica la adopción de medidas destinadas a disminuir tanto la probabilidad de ocurrencia del riesgo (medidas de prevención) como el impacto o daño que el riesgo puede causar (medidas de protección). La reducción del riesgo es, en muchos casos, el método más sencillo y económico para abordar las debilidades antes de recurrir a medidas más costosas y complejas. Esto se logra a través de la optimización de procedimientos y la implementación de controles adecuados a los riesgos, así como la capacitación del personal.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 33 de 5

- **Dispersar y atomizar el riesgo:** Esto se logra distribuyendo o ubicando el riesgo en diferentes lugares. Por ejemplo, la información crítica puede duplicarse y almacenarse en ubicaciones remotas y seguras en lugar de mantenerla concentrada en un solo lugar.
- **Compartir o transferir el riesgo:** Esto implica reducir el impacto del riesgo al transferir las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguros o mediante otros mecanismos que permiten compartir una parte del riesgo con otra entidad, como los contratos de riesgo compartido.
- **Asumir el riesgo:** Después de reducir o transferir el riesgo, puede quedar un riesgo residual que se mantiene. En este caso, el responsable del proceso simplemente acepta la pérdida residual probable y desarrolla planes de contingencia para su gestión.


9.3 Metodología

El 15 de septiembre de 2022, la ESE emitió el Acuerdo No. 14, "Por la cual se implementa la política de administración del riesgo y se adopta la metodología suministrada por el DAFP para la gestión de riesgo de la ESE Hospital Departamental San Antonio nivel II". Este acuerdo establece la obligación de cada entidad de llevar a cabo las actividades de identificación, análisis, valoración y estructuración del mapa de riesgos tanto a nivel de procesos como institucional. Es importante destacar que esta metodología seguirá siendo utilizada por la ESE en la gestión de los riesgos por procesos, siempre que la naturaleza de dichos riesgos lo justifique.

Por otra parte, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República de Colombia, en colaboración con la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites del Departamento Administrativo de la Función Pública, el Programa Nacional del Servicio al Ciudadano y la Dirección de Seguimiento y Evaluación a Políticas Públicas del Departamento Nacional de Planeación, en cumplimiento de lo dispuesto por el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, ha establecido la Metodología para elaborar la estrategia de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano. Además, la Superintendencia Nacional de Salud ha emitido circulares, específicamente la Circular No. 00009 del 21 de abril de 2016 y la Circular No. 20211700000005-5 del 17 de septiembre de 2021, que proporcionan instrucciones relacionadas con el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y enfatizan en el Sistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF). La ESE ha estado implementando estas metodologías en la gestión de riesgos de aquellos procesos que podrían dar lugar a actos de corrupción institucional y al lavado de activos y financiación del terrorismo.

Además, en el ámbito de la salud, se utilizan diversas metodologías para impulsar mejoras continuas en la calidad de los servicios prestados por las instituciones hospitalarias. Entre estas metodologías se encuentran los Sistemas de Gestión de Riesgo Clínico (SGRC), que se centran en el análisis y la prevención de eventos e incidentes adversos mediante la aplicación de la metodología de Análisis de Modo de Falla y Efecto (AMFE). Esta metodología permite

Dio formato: Fuente: Negrita

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 34 de 5

anticipar posibles fallas en los procesos de atención y fortalecer la seguridad del paciente. Actualmente, la ESE utiliza esta metodología en los procesos misionales o clínicos, así como en algunos procesos de apoyo.

En resumen, la ESE aplica diversas metodologías de administración de riesgos emitidas por las autoridades competentes de manera coordinada y articulada. El propósito de estas acciones es salvaguardar y proteger los recursos de la empresa frente a la materialización de los riesgos asociados a los procesos, la corrupción y el lavado de activos y financiación del terrorismo.

9.3.1 Identificación del Riesgo

La identificación de riesgos se lleva a cabo mediante un análisis exhaustivo de las causas y fuentes de riesgo, así como de los eventos que pueden incidir en el logro de los objetivos, tomando como referencia tanto el contexto de la ESE como el contexto del proceso. Se enfoca principalmente en aquellos riesgos que revisten mayor importancia para la entidad y que guardan relación directa con los objetivos de los procesos y los objetivos institucionales.

9.3.1.1 Establecimiento del Contexto Interno y Externo

El análisis de riesgos por procesos se inicia con la consideración de los factores del entorno que rodean a la ESE. Estos factores pueden abarcar aspectos políticos, legales, sociales, económicos, ambientales y tecnológicos, entre otros. Simultáneamente, se examina la situación actual de la empresa, basándose en los resultados de diversas evaluaciones, como auditorías internas y externas, auditorías de calidad, autoevaluaciones de procesos, autoevaluaciones de condiciones de habilitación, autoevaluaciones para la acreditación en salud, análisis efectuados por los Comités institucionales, seguimiento a eventos adversos en la atención médica, informes de quejas y reclamos de los usuarios, así como informes de gestión, entre otros.

En resumen, se destacan los factores externos e internos que ejercen influencia en las operaciones de la ESE, los cuales se describen a continuación:


	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 35 de 5

Tabla 2. Contexto interno y externo

	FACTORES - RIESGOS INTERNOS		FACTORES - RIESGOS EXTERNOS
INFRAESTRUCTURA	Vulnerabilidad sísmica de la planta física.	POLÍTICOS	Cambios de gobierno.
	Proliferación de construcciones, adecuaciones y/o recomendaciones sin una debida planeación.		Politización del Sector Salud.
TECNOLOGÍA	Falta de recursos para inversión en tecnología de última generación.	LEGALES	Improvisación en la legislación de salud y normas no favorables para el sector.
	Falta de recursos para implementar las tecnologías de comunicaciones hacia los usuarios.		Privatización del sector salud.
PERSONAL	Equipos antiguos en operación.	ECONÓMICAS	Crisis financiera del sector salud.
	Inestabilidad laboral e intermediación laboral.		Prácticas corruptas en el manejo financiero.
FINANCIERO	Dificultad para la contratación de personal especializado y subespecializado en salud.	SOCIALES	EPS no cancelan los servicios en los términos de ley.
	Liquidez para funcionar adecuadamente.		Violencia social.
SERVICIOS DE SALUD	Alta cartera morosa de las EPS y demás pagadores.	TECNOLÓGICOS	Accidentes de tránsito.
	Altos eventos adversos.		Difícil acceso a la tecnología de última generación.
ARCHIVO E HISTORIAS CLÍNICAS	Demandas judiciales.	AMBIENTALES	Poca accesibilidad a la tecnologías de las comunicaciones.
	Cumplimiento de condiciones mínimas de habitación, sin recursos para ello.		Tendencia a la centralización del recurso humano y tecnológico en las grandes ciudades.
	Deterioro de la documentación del archivo central.		Cambio climático y contaminación ambiental.
	Pérdida y/o extravío de Historias Clínicas.		Cambios patológicos.

Fuente: Elaboración propia

Como se aprecia en el cuadro previo, todos los factores, tanto externos como internos, vinculados al entorno de la ESE, tienen la capacidad de generar impactos que pueden variar desde catastróficos hasta leves. Por lo tanto, es imperativo que los funcionarios públicos, al efectuar la identificación, análisis, valoración y desarrollo de mapas de riesgos por procesos, consideren diligentemente estos factores en sus análisis.

En la práctica, los servidores públicos de la ESE continuarán empleando las herramientas que han sido adoptadas y que se aplican en el tratamiento, gestión y seguimiento de los riesgos durante las etapas de identificación, análisis, valoración y estructuración de mapas de riesgos por procesos, así como en los ámbitos de SICOF y SARLAFT.

No obstante, la ESE ha implementado una matriz en formato Excel que permite a los responsables de cada proceso llevar a cabo la autogestión y el autocontrol de los riesgos inherentes a sus respectivos procesos. Así mismo, se diseñó el siguiente instructivo, con el objetivo de que los funcionarios, pudieran completar la matriz de una manera mucho más precisa:



	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSION: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 36 de 5

Figura 11. Instructivo para la identificación del riesgo


1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

Esta etapa tiene como objetivo identificar los riesgos que estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance, y también, el análisis frente a los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.

Para el caso de esta matriz, en primera instancia se debe definir el objetivo del proceso y establecer el área de impacto, por ejemplo:

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO Empresa Social del Estado MAPA DE RIESGOS PROCESO: URGENCIAS
OBJETIVO:	Brindar una atención oportuna y eficaz para establecer el estado de salud de los pacientes que soliciten la atención de urgencias y definir una conducta adecuada.
RESPONSABLE:	

Una vez hecho esto, se procede a realizar la respectiva identificación del riesgo con sus causas y consecuencias. Tenga en cuenta que para la identificación del mismo se puede implementar el diagrama de ISHIKAWA (Ver ejemplo). Así mismo, esta información debe establecerse en la matriz, tal como se muestra a continuación:

		MODALIDADES DEL RIESGO	
TIPO DE RIESGO	RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS
OPERATIVO		1. Falta de capacitación del personal. 2. Falta de recursos. 3. Falta de comunicación. 4. Falta de coordinación. 5. Falta de información. 6. Falta de recursos. 7. Falta de comunicación. 8. Falta de coordinación.	1. Pérdida de tiempo. 2. Pérdida de recursos. 3. Pérdida de información. 4. Pérdida de coordinación. 5. Pérdida de comunicación.


Fuente: Elaboración propia

A los fines mencionados, es esencial tener presente lo siguiente:

- **Riesgo:** Este término se refiere a la probabilidad de que se produzca un acontecimiento que pueda obstaculizar o tener un impacto significativo en el curso normal de los procedimientos o actividades que se llevan a cabo en el contexto de un proceso determinado.
- **Descripción del riesgo:** En esta instancia, nos referimos a las características intrínsecas o las modalidades en que se manifiesta el riesgo identificado, ofreciendo una visión general de sus atributos y cualidades distintivas.
- **Efectos o consecuencias del riesgo:** Estos constituyen los resultados que se derivan de la materialización del riesgo en relación con los objetivos de la ESE. En su mayoría, estos efectos recaen sobre las personas o los recursos, ya sean tangibles o intangibles, y pueden incluir consecuencias sustanciales como daño físico y fallecimiento, imposición de sanciones, pérdida de activos económicos, información, bienes, prestigio, credibilidad y confianza, interrupción de servicios y daño al medio ambiente, entre otros.

9.3.2 Análisis y Valoración del riesgo

El propósito de esta acción consiste en cotejar los desenlaces obtenidos en la evaluación inicial de riesgos con las medidas de control previamente instauradas, con el objetivo de definir el nivel de riesgo subsistente, conocido como "Riesgo Residual". Estas medidas de control pueden adoptar la forma de salvaguardias preventivas o correctivas.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSION: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 37 de 5

Para esta etapa, se tiene presenta la siguiente escala de calificación:

Figura 12. Instructivo para la valoración del riesgo

2. VALORACIÓN DEL RIESGO		
Para la valoración de los riesgos identificados, se debe de tener en cuenta la probabilidad de ocurrencia y el impacto que cada riesgo genera en caso de su materialización. Los criterios establecidos para la medición de estas dos variables es la siguiente:		
Frecuencia de la Actividad	Probabilidad	Afectación Económica / Reputacional
Muy Baja La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%	Leve 20% Afectación menor a 10 SMLMV. El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Baja La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%	Medio 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.
Medio La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%	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.
Alta La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%	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.
Muy Alta La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%	Catastrófico 100% Mayor a 500 SMLMV. El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país.

Fuente: Elaboración propia

Continuación de la figura 10


Teniendo claro la probabilidad y el impacto de cada riesgo, se debe proceder a diligenciarlo en la matriz establecida, en la cual, solamente deberán diligenciar la lista desplegable en la celda de probabilidad e impacto tal como se muestra en la figura. Es necesario tener en cuenta solo modificar lo señalado por el círculo rojo, pues en caso de no ser así, el cálculo del riesgo inherente puede presentar errores.

TIPO DE RIESGO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIA	ANÁLISIS DEL RIESGO		
				PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO
OPERATIVO	Caídas de pacientes en el servicio de urgencias.	1. Falta de acompañamiento familiar. 2. Factores de riesgo propios de su enfermedad. 3. No aser/directivos. 4. Infraestructura no adecuada para su movilización (falta de rampas, camillas, escaleras, elevadores). 5. pisos mojados. 6. desorden en el sitio asignado.	1. pérdida de imagen institucional y pérdidas económicas. 2. demandas judiciales. 3. politrazos/morales, lesiones físicas o muerte del paciente. 25- Accidentes laborales.	20% (Círculo rojo)	100% (Círculo rojo)	Alto (Círculo rojo)

Fuente: Elaboración propia

9.3.3 Análisis de controles


Asimismo, en el proceso de escrutinio de los mecanismos de control, la entidad proporciona tres categorías de controles: preventivos, detectivos y correctivos. Los controles

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 38 de 5

potencialmente empleados con frecuencia por la ESE para resguardar sus activos y servicios comprenden los siguientes:

Controles preventivos:


1. Normas de autorregulación de la ESE, como los Estatutos de la Empresa, el Manual de Funciones y Competencias, el Estatuto de Contratación, el Reglamento Interno de Trabajo, las normas de supervisión e interventoría, entre otros.
2. Políticas de Operación destinadas a agilizar el control administrativo y optimizar el tiempo empleado por los servidores de la ESE en la toma de decisiones relacionadas con asuntos rutinarios. Esto asegura seguridad y confianza a aquellos responsables de ejecutar procesos, procedimientos y actividades.
3. Actos administrativos mediante los cuales se adoptan los distintos componentes del Sistema Integrado de Gestión y Control (SIGC).
4. Políticas de Buen Gobierno que promueven una gestión íntegra, eficiente y transparente en la administración de los recursos públicos bajo la responsabilidad de la ESE.
5. Plan de Gestión y planes operativos o de acción que garantizan el cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales de la Empresa.
6. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud, dirigido a la continua mejora de la prestación de servicios de salud a los usuarios.
7. Gestión Ética basada en valores y principios éticos de los servidores públicos de la ESE, reflejados en el trato y la convivencia respetuosa con usuarios internos y externos.
8. Comités Gerenciales e Institucionales que establecen directrices y toman medidas para el cumplimiento efectivo de los objetivos institucionales y la mejora constante de los procesos.
9. Programa Institucional de Capacitación (PIC) enfocado en fortalecer las competencias de los funcionarios y servidores para garantizar una gestión eficaz.
10. Programa de Bienestar Social y Estímulos, que previene la vulnerabilidad en la integridad del personal, y cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional para mantener el bienestar biopsicosocial de los servidores.
11. Programa de mantenimiento hospitalario, con el propósito de prevenir riesgos en la infraestructura física, equipamiento biomédico, transporte, tecnología de la información, muebles y enseres, redes eléctricas y sistemas de información.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 39 de 5

12. Implementación de planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas realizadas en la ESE.

Controles detectivos:

1. Implementación integral del Modelo de Operación por Proceso, que se concibe como el componente de control que configura el estándar organizacional respaldando la operatividad de la Entidad Pública. Este enfoque, alineado con una perspectiva sistémica, armoniza la Misión y la Visión Institucional, orientándolas hacia una estructura basada en Procesos. La interacción, interdependencia y relaciones causa-efecto entre estos procesos aseguran una ejecución eficaz y la consecución de los objetivos de la Entidad Pública.
2. Mantenimiento constante de procedimientos administrativos y asistenciales, así como pautas para la gestión médica y de enfermería, en congruencia con la continuidad y sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión y Control. Esto implica cumplir con los requisitos mínimos de habilitación, someterse a procesos de auditoría para la mejora de la calidad en la atención de la salud y presentar informes de salud ante las entidades de control, respetando los plazos establecidos por la legislación pertinente.
3. Supervisión y evaluación de los controles asociados a los riesgos inherentes a cada proceso.
4. Revisión periódica del Mapa de Riesgo institucional, con énfasis en la identificación priorizada de riesgos y la especificación de medidas de control destinadas a mitigar los riesgos relacionados con la prestación de servicios a cargo de la empresa.
5. Aplicación de mecanismos de Autocontrol por parte de los servidores durante la ejecución de sus respectivos procedimientos y tareas. Este proceso se ve reforzado por la asesoría y el apoyo brindado por el asesor de Control Interno. A través de este enfoque, los servidores desarrollan la capacidad de evaluar su labor, detectar desviaciones, realizar correcciones y perfeccionar su desempeño.
6. Supervisión y seguimiento constante de la ejecución de las acciones llevadas a cabo por las diferentes unidades funcionales. Esta actividad se traduce en la medición del rendimiento institucional y la formulación de planes de mejora en respuesta a las limitaciones detectadas.
7. Ejecución de auditorías internas por parte del área de Control Interno y auditorías de Calidad en la atención de salud. Estos procesos permiten evaluar el desempeño de los procedimientos, proporcionar retroalimentación a nivel institucional y establecer pautas de mejora.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 40 de 5

8. Realización de auditorías externas por parte de las entidades de inspección, supervisión y control, así como por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio. Estas auditorías contribuyen a la mejora de los procesos y al control de los riesgos institucionales.
9. Instalación de sistemas de videovigilancia en diversas áreas de la ESE para garantizar la seguridad y el monitoreo de actividades.

Controles correctivos:

1. Mantenimiento constante de software y hardware en el Sistema de Información, con el objetivo de reforzar la seguridad de la infraestructura informática.
2. Garantía de seguridad para la preservación de la información mediante la ejecución periódica de copias de respaldo (Backup) de los datos del sistema.
3. Implementación y adopción de políticas en el ámbito de la gestión de la información y las comunicaciones, seguidas de su efectiva implementación.
4. Establecimiento de mecanismos de control para regular el acceso a la Red Interna de Información y a plataformas en línea.

Controles para transferir o compartir el riesgo:

1. La ESE ha adoptado comúnmente una serie de políticas y medidas, tales como la suscripción de pólizas de seguro que amparan contra diversos riesgos, que incluyen pólizas de seguro contra todo riesgo, SOAT y pólizas de seguro de responsabilidad civil, entre otras.
2. Adicionalmente, se han contratado servicios de seguridad privada, encargados de velar por la protección de los activos, el personal y los usuarios de la ESE. Estas medidas se han implementado con el fin de mitigar los riesgos y garantizar la integridad de las operaciones y los recursos de la entidad.

Asimismo, en el proceso de examinar los controles y evaluar su efectividad para reducir la probabilidad y el impacto de los riesgos analizados, se consideró la metodología presentada por el DAFP en su más reciente directriz sobre gestión de riesgos. En consecuencia, se ha elaborado un instructivo que incluye una plantilla específica para el registro de datos correspondiente a cada categoría de control, tal como se detalla a continuación:


	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 41 de 5

Figura 13. Instructivo para el análisis de los controles

2.1 ANÁLISIS DE CONTROLES
 Al calificar cada riesgo, se deben de identificar si existen controles ya establecidos para su mitigación (ver ejemplo)

CONTROLES ESTABLECIDOS		ATRIBUTOS DE EFICACIA						ATRIBUTOS RECOMENDADOS					
		TIPO		IMPLEMENTACIÓN		CORRECCIÓN		DOCUMENTADO		FIDELIDAD		VIGILANCIA	
PREVENCIÓN	COMBATE	MANUAL	AUTOMATIZADO	MANUAL	AUTOMATIZADO	MANUAL	AUTOMATIZADO	PREVENCIÓN	COMBATE	PREVENCIÓN	COMBATE	PREVENCIÓN	COMBATE
X	X	NA	X	NA	X	NA	NA	NA	NA	DOCUMENTADO	CONTROLADO	CONTROLADO	CONTROLADO
										EN DOCUMENTOS	CONTROLADO	CONTROLADO	CONTROLADO
										EN REGISTROS	CONTROLADO	CONTROLADO	CONTROLADO
										EN REGISTROS	CONTROLADO	CONTROLADO	CONTROLADO

Fuente: Elaboración propia

9.3.4 Mapa de riesgos


El mapa de riesgos representa una síntesis integral que exhibe la evaluación conjunta de la probabilidad y el impacto de uno o varios riesgos vinculados a un proceso, proyecto o programa específico. En el contexto de la ESE, se configuran tres tipos de mapas de riesgo, a saber, el mapa de riesgo por proceso, el mapa de riesgo de corrupción y el mapa de riesgos de LAFT, los cuales desempeñan un papel esencial en esta evaluación global.

Para agilizar la calificación y el análisis de riesgos, resulta imperativo considerar la "Guía para la gestión de riesgos y el diseño de controles en entidades del sector público", suministrada por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP, 2020a). Asimismo, se empleará la matriz de riesgos contenida en esta guía, la cual facilita un análisis cualitativo destinado a determinar la probabilidad de ocurrencia y la magnitud de las consecuencias en caso de materialización.

La medición del riesgo se iniciará mediante la identificación de los eventos adversos en cada factor de riesgo identificado y segmentado. La probabilidad o frecuencia y el impacto asociado a cada riesgo, se establecerán mediante la elaboración de matrices de riesgo que permitan calcular la frecuencia y el impacto respectivos (Ver Figura 10)

Como fases adicionales para la etapa de medición del riesgo, la institución determinará una calificación o puntuación que refleje el nivel de riesgo para cada proceso, de acuerdo con la exposición que presenten frente al riesgo.

Adicionalmente, se ha tomado en consideración la siguiente matriz de valoración de riesgos, la cual permite estimar el nivel de riesgo inicial. Mediante la intersección de los valores correspondientes a la probabilidad y al impacto, se determina la ubicación del riesgo identificado en la matriz.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 42 de 5

El primer análisis efectuado es conocido como RIESGO INHERENTE, el cual refleja el nivel de riesgo al que se expone la entidad sin la aplicación de controles internos. Los valores obtenidos se posicionan en la matriz, asignándose a cada cuadrante un nivel de riesgo inherente de acuerdo con los resultados obtenidos. Dado que la matriz se basa en un sistema cartesiano, la ubicación del riesgo en la matriz se establece en función de los valores de probabilidad e impacto. En este sentido, se identifica la zona extrema como aquella de mayor criticidad dentro de la matriz (ver Figura 12).

Figura 14. Matriz de calor para determinar la zona de riesgo inherente

PUNTAJE	PROBABILIDAD	IMPACTO				
		Alto	Alto	Alto	Alto	Extrema
100%	MUY ALTA	Alto	Alto	Alto	Alto	Extrema
80%	ALTA	Moderada	Moderada	Alto	Alto	Extrema
60%	MEDIA	Moderada	Moderada	Moderada	Alto	Extrema
40%	BAJA	Baja	Moderada	Moderada	Alto	Extrema
20%	MUY BAJA	Baja	Baja	Moderada	Alto	Extrema
		LEVE	MENOR	MODERADO	MAYOR	CATASTRÓFICO
		20%	40%	60%	80%	100%
PUNTAJE						

Fuente: Elaboración propia, adaptado de (DAFP, 2020a)

Probabilidad:

Se avanza hacia abajo en el cuadrante de probabilidad, cuando el control establecido, puede evitar que el riesgo se presente (Ver Figura 13).

Figura 15. Metodología para la probabilidad en la matriz de calor cartesiana


PUNTAJE	PROBABILIDAD	IMPACTO				
		Alto	Alto	Alto	Alto	Extrema
100%	MUY ALTA	Alto	Alto	Alto	Alto	Extrema
80%	ALTA	Moderada	Moderada	Alto	Alto	Extrema
60%	MEDIA	Moderada	Moderada	Moderada	Alto	Extrema
40%	BAJA	Baja	Moderada	Moderada	Alto	Extrema
20%	MUY BAJA	Baja	Baja	Moderada	Alto	Extrema
		LEVE	MENOR	MODERADO	MAYOR	CATASTRÓFICO
		20%	40%	60%	80%	100%
PUNTAJE						

Fuente: Elaboración propia

Impacto:

Se avanza hacia la izquierda en el cuadrante de impacto, cuando el control no pudo evitar que el riesgo se materializara (Ver Figura 14).

Figura 16. Metodología para el impacto en la matriz de calor cartesiana

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 43 de 5

PUNTAJE	PROBABILIDAD	IMPACTO				
		Alto	Alto	Alto	Alto	Extrema
100%	MUY ALTA	← Alto	Alto	Alto	Alto	Extrema
80%	ALTA	Moderada	Moderada	Alto	Alto	Extrema
60%	MEDIA	Moderada	Moderada	Moderada	Alto	Extrema
40%	BAJA	← Baja	Moderada	Moderada	Alto	Extrema
20%	MUY BAJA	← Baja	Baja	Moderada	Alto	Extrema
		LEVE	MENOR	MODERADO	MAYOR	CATASTRÓFICO
		20%	40%	60%	80%	100%
		PUNTAJE				

Fuente: Elaboración propia

Finalmente la identificación, análisis, valoración y mapeo de riesgos por procesos deben ser objeto de seguimiento y evaluación continua por parte del encargado del proceso, y en particular, por quien ejecuta la tarea o el procedimiento. En última instancia, es esta persona la encargada de adoptar las medidas necesarias para la eliminación, reducción, compartición, transferencia o asunción del riesgo.


Por lo tanto, la adopción de medidas para gestionar la eliminación, reducción, compartición, transferencia o asunción del riesgo no puede ser delegada en otro funcionario; esta responsabilidad recae directa y exclusivamente en quien ejecuta el proceso, subproceso, procedimiento, actividad o tarea.

9.3.4.1 Mapa de riesgos por proceso

Un mapa de riesgos es una herramienta integral de control y gestión empleada por la ESE. Su función principal radica en representar y describir diversos aspectos considerados en la evaluación de riesgos y en el plan de gestión de riesgos. Estos mapas se estructuran de acuerdo con la división en megaprocursos, de la siguiente manera:

- **Mapa de Riesgo Procesos Estratégicos.** Integrado por los riesgos de los procesos de Planeación Estratégica y Gestión de la Legalidad.
- **Mapa de Riesgo Procesos Misionales.** Conformado por los riesgos de los procesos de Gestión de la Salud Pública, Gestión de la Intervención, Apoyo Diagnóstico y Apoyo Terapéutico.
- **Mapa de Riesgos Procesos de Apoyo.** Integrado por los riesgos de los procesos Gestión Talento Humano, Gestión Financiera, Gestión de Recursos Físico y Gestión de la Información.
- **Mapa de Riesgo Procesos de Evaluación.** Conformado por los riesgos del proceso Control de la Evaluación y Control Integral de la Calidad

9.3.4.2 Actualización del mapa de riesgos

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 44 de 5

La actualización de los riesgos institucionales y el mapeo de riesgos por procesos recae en la responsabilidad del encargado de la gestión del proceso. Este responsable se apoyará en el personal encargado de llevar a cabo los procedimientos, actividades o tareas inherentes al proceso en cuestión. Este personal tiene la responsabilidad de monitorear, dar seguimiento y evaluar los controles o medidas implementadas para prevenir o mitigar la materialización de riesgos. En el proceso de actualización de los riesgos por procesos y la construcción del mapa de riesgo, se deben analizar las implicaciones de los factores externos e internos del entorno de la ESE.

El monitoreo, seguimiento y evaluación de los controles de riesgos debe ser constante y llevado a cabo por el servidor público encargado de ejecutar el procedimiento, actividad o tarea. Para esto, se debe establecer un instrumento o lista de verificación cuya aplicación dependerá del tipo de proceso, ya sea Estratégico, Misional, de Apoyo o de Evaluación.

En los procesos relacionados directamente con la atención en salud a los usuarios, el seguimiento y la evaluación de los controles de riesgo deben llevarse a cabo de manera diaria, con la generación de informes trimestrales. Además, la actualización del mapa de riesgos por proceso debe realizarse a más tardar el 30 de abril de cada año.

Para los procesos Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación que no guardan una relación directa con la atención en salud a los usuarios, el monitoreo y evaluación de los controles de riesgo deben realizarse mensualmente, con informes semestrales. La actualización del mapa de riesgos por proceso debe efectuarse igualmente antes del 30 de abril de cada año.

9.3.5 Monitoreo y Seguimiento


Dentro del marco del Mapa de Riesgos por Procesos, se definen los controles de riesgo, las acciones a ejecutar, los responsables asignados y los indicadores que se deben alcanzar. Esto se configura como el plan para la gestión de riesgos por procesos, el cual requiere un seguimiento y evaluación constante por parte de los responsables de cada proceso. Es importante reconocer que los riesgos nunca dejan de representar una amenaza para el logro de los objetivos de la organización. El monitoreo y la evaluación son esenciales para garantizar la vigencia del plan y verificar la efectividad de las acciones implementadas para el control de los riesgos.

Resulta fundamental llevar a cabo revisiones periódicas para evaluar el progreso del plan de gestión de riesgos, identificando cualquier factor o situación que pueda influir en la implementación de las medidas preventivas y de mejora destinadas a mitigar los riesgos.

La evaluación independiente de la efectividad en la aplicación de las políticas de gestión de riesgos recae en el Asesor de Control Interno, cuyo propósito principal es aplicar correcciones y ajustes necesarios para asegurar una gestión eficaz del riesgo institucional.

9.3.6 Autocontrol

Sin embargo, la evaluación independiente llevada a cabo por la Oficina de Control Interno, aunque es una responsabilidad fundamental, no exime a cada uno de los servidores públicos de la ESE de la obligación de

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 45 de 5

realizar el autocontrol en relación con sus actividades o tareas asignadas. Esto implica la generación de acciones de mejora destinadas a gestionar de manera efectiva los riesgos inherentes a cada actividad.

El Autocontrol se define como la capacidad que debe desarrollar todo servidor público de la ESE, sin importar su posición jerárquica, para evaluar y supervisar su propio desempeño laboral. Esto implica identificar desviaciones y tomar medidas correctivas de manera oportuna para garantizar el cumplimiento adecuado de los resultados esperados en el ejercicio de sus funciones. El objetivo es asegurar que la ejecución de los procesos, actividades y tareas bajo su responsabilidad se ajuste a los principios establecidos en la Constitución Política y en la legislación vigente.


1. SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

1.1 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD

Se entiende por Riesgo en Salud como la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. En este caso, el evento se entiende como la ocurrencia de la enfermedad, su evolución desfavorable o su complicación; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.

DIR-00-R01 MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD: El Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, tiene definido el Modelo de atención en salud.

El objetivo principal del Modelo de Atención en Salud del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, es brindar servicios integrales de salud, alineados a la Política Atención Integral en Salud y al Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE con un enfoque diferencial que propenda por resolver las particularidades y problemas de salud de acuerdo a las características epidemiológicas, sociales y culturales de la población del departamento de Arauca y áreas influencia por medio la Unidad de Atención Primaria en Salud como epicentro en la implementación de Rutas Integrales de Atención en Salud y gestión Integral del riesgo donde se promocióne la salud y prevenga la enfermedad, articulado con un componente complementario de mediana y alta complejidad, bajo una estructura integrada de gestión (SIG); con el fin de garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población adscrita, ajustado a las capacidad técnico administrativa del Hospital".

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 46 de 5

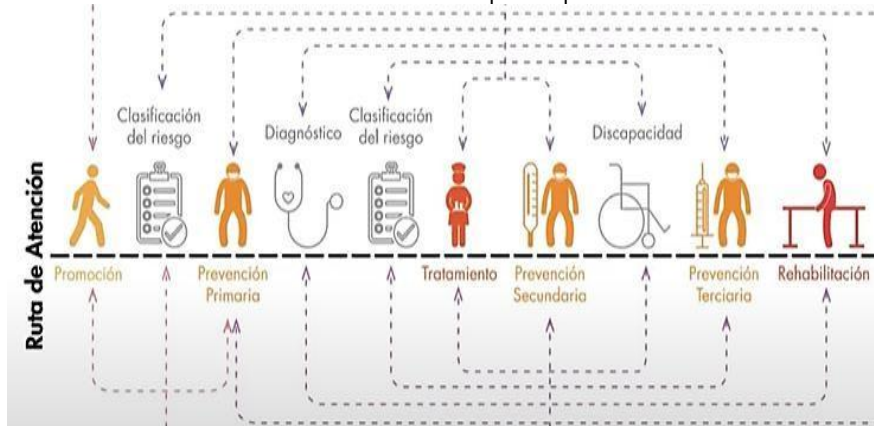
El presente Modelo de Prestación de servicios de Salud tiene su alcance acorde a las características de la población del Municipio de Saravena y los demás municipios adscritos bajo acuerdo de voluntades entre la EAPB y el Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo.


El diseño del Modelo de Atención de Salud del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, emerge de la Política de Prestación de servicios de Salud de la institución; y nace para que, de acuerdo a las características de la población, su perfil epidemiológico, sus condiciones y necesidades, el análisis de situación de salud -ASIS, la disponibilidad y suficiencia de la oferta de servicios de salud; se preste de forma adecuada a las demandas en salud de la población de la región.

Es una estrategia adoptada por la E.S.E. alineada a PAIS y MAITE, acorde con su capacidad de infraestructura física, dotación, recurso humano, tecnológico y suficiencia económica, que buscar garantizar disponibilidad, accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad, integralidad, calidad e idoneidad profesional, continuidad, resolutivez y eficiencia de la atención en salud, con visión centrada en la persona y en los resultados en salud, considerando su curso de vida y su entorno, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que legitimen el derecho fundamental a la salud.

El Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, cuenta con un portafolio de servicio integral que de acuerdo con las características de progresión de la enfermedad se encuentra con la capacidad técnico administrativa de desarrollar acciones desde la promoción y prevención intramural y extramural, intervenciones colectivas, clasificación y gestión del riesgo, diagnóstico, tratamiento y complementación terapéutica incluida la rehabilitación (terapias). Asimismo, el Modelo de Prestación de Servicios de Salud del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, se puede acoplar con facilidad con otros prestadores complementarios o complejidades superiores para conformar redes integrales de prestación de servicios de salud.

Ilustración. Alcance de intervención del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo



	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO:DE-GR-MA-01 VERSIÓN: 02
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS	FECHA: 22/05/2025 TRD: Página 47 de 5

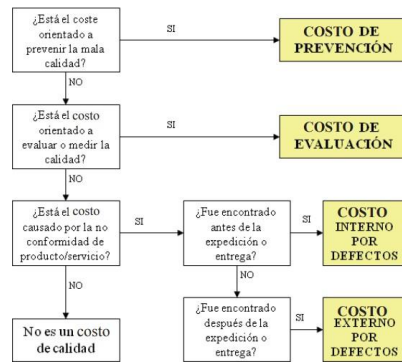
Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, tiene documentado PROCEDIMIENTO DE REPORTE Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.

GUIA PARA LA METODOLOGÍA DE CÁLCULO DE COSTOS DE CALIDAD Y NO CALIDAD DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.

El procedimiento interno de costos de calidad incluye un sistema completo de los elementos de tales costos generados. Estos elementos (o cuentas) deberían estar codificados de manera que, los costos de prevención, evaluación y de fallas internas y externas se pudieran distinguir y clasificar con facilidad.

Costos Implicados en la Calidad

Figura 1: Cómo Distinguir los Costos Implicados en la Calidad.



Objetivos de un sistema de costos de la calidad

- 1) Atacar directamente los costos por fallas en un intento de llevarlos a cero.
- 2) Invertir en las actividades de prevención adecuadas para mejorar.
- 3) Reducir los costos de evaluación conforme a los resultados obtenidos.
- 4) Evaluar continuamente y reorientar los esfuerzos de prevención para conseguir más mejoras.

Un programa de costos de la calidad conferirá credibilidad al programa de gestión de la calidad y proporcionará la justificación del costo de las acciones correctivas exigidas. La medida de los costos de la calidad proporcionan orientación al programa de gestión de la calidad igual que el sistema de contabilidad de costos lo hace a la dirección.

La Cuantificación de Costos de la Calidad

Los costos totales relacionados con la calidad son la suma de los costos controlables de calidad, es decir, los costos de prevención y evaluación y los costos de la no calidad o de las fallas. Representa la diferencia entre el costo real de un producto o servicio y el menor costo que tendría si se hubiera



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN
ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E
NIT. 891.900.343 - 6**

**MANUAL DEL SISTEMA
INTEGRADO DE ADMINISTRACION
DE RIESGOS**

CÓDIGO:DE-GR-MA-01

VERSION: 02

FECHA: 22/05/2025

TRD:

Página 48 de 5

realizado con la calidad exigida a la primera sin necesidad de reprocesos o modificaciones. Los costos totales de calidad son la suma de:



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
	VERSIÓN: 01
	FECHA: 07/03/2024
	TRD:
MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	PÁGINA: 1 de 61

- Costos de acciones preventivas para evitar la mala calidad: Son los costos asociados con aquellas actividades que suponen la identificación temprana de problemas, incluso a veces en la fase de diseño, y con las acciones realizadas para que las fallas no lleguen siquiera a presentarse.

• COSTOS DE ACCIONES PREVENTIVAS PARA EVITAR LA MALA CALIDAD:	
• Relacionados con diseño	<ul style="list-style-type: none">• Esfuerzo de calidad en la elaboración de los protocolos asistenciales.• Revisión periódica del diseño de los protocolos y elaboración de los nuevos cuando se trate de nuevos productos o servicios.
• Relacionados con producción	<ul style="list-style-type: none">• Estudios de capacidad (habilidad para cumplir objetivos). Control de procesos.• Mantenimiento preventivo. Estudios de métodos y tiempos
• Relacionados con el sistema de gestión de calidad	<ul style="list-style-type: none">• Planificación de la calidad.• Análisis de mercado. Incentivos para la calidad.• Esfuerzo de calidad en el conocimiento de los protocolos a seguir por parte de todo el personal implicado.• Creación y mantenimiento de la documentación del sistema. Evaluación y selección de proveedores.• Descripción de tareas y responsabilidades. Adquisición y análisis de datos para la calidad

- Costos de evaluación para comprobar la calidad: son los que se relacionan con la medida, la valoración o la auditoria de productos o servicios, con el propósito de garantizar su conformidad con especificaciones o requerimientos. Son aquellos en los que se incurre para evaluar el producto o servicio (durante la realización de los mismos) , y determinar si es capaz de satisfacer los requerimientos establecidos por el cliente.

• COSTOS DE EVALUACIÓN PARA COMPROBAR LA CALIDAD	
• Relacionados con diseño	<ul style="list-style-type: none">• Inspección de prototipos. Evaluación de pruebas piloto.
• Relacionados con el sistema de gestión	<ul style="list-style-type: none">• Auditorías de calidad de producto o servicio. Control de la documentación y planos.• Evaluación periódica del personal.
• Relacionados con producción	<ul style="list-style-type: none">• Inspección y ensayo de productos, materiales y servicios consumidos.• Adquisición, mantenimiento y calibración de los equipos de medida o prueba. Inspección en recepción.• Inspección y ensayos en procesos (en especial los que sean 100%).• Inspección final. Homologaciones del producto / servicio.• Elaboración de Informes de inspección. Pruebas en equipos de

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo, Teléfono 8912317 - 018000952749

www.hdsa.gov.co

gerencia@hdsa.gov.co - coord.siau@hdsa.gov.co - hdsa@hospitalroldanillo.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
		VERSIÓN: 01
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: 07/03/2024
		TRD: PÁGINA: 2 de 61

	mantenimiento
--	---------------

- Costos de fallas: que pueden ser externas e internas: ocurren cuando un producto o servicio ya realizado, incumple los requerimientos de conformidad. Éstos se dividen en dos categorías:

Los Costos de fallas internas son aquellos que se relacionan con las no conformidades de los productos o defectos de los servicios, y que se detectan antes de que el producto se envíe o el servicio se realice. Los costos internos por defectos pueden tomar la forma de desperdicio, Re fabricación, reelaboración, Re inspección o pruebas repetitivas.

Los costos de fallas externas se presentan cuando un producto o servicio no conforme, llega hasta el consumidor. En el ámbito de la salud se incluyen aquellos asociados con quejas de los clientes o las demandas por responsabilidad legal ocasionadas por un servicio mal prestado, los reingresos, las reclamaciones de garantía y la re solicitud de productos. Los costos por fallas externas son los que tienen un impacto más grande sobre los costos de calidad totales, si bien son también los menos frecuentes pero conviene eliminarlos por completo; además como son muy visibles reciben una gran atención.

• COSTOS DE FALLAS: INTERNAS	
• Relacionados con diseño	• Acciones correctoras del diseño / procedimiento.
• Relacionados con el sistema de gestión	• Corrección de errores contables o administrativos. Rotación no programada del personal. • Horas extras (sobresueldos). Margen de beneficio perdido por mala calidad. Repetición de mecanografiado de documentos por fallas. • Reprogramaciones y cambios en el plan de trabajo.
• Relacionados con producción	• Trabajos repetidos. Ensayos y análisis repetidos. Disminución del rendimiento de instalaciones. • Accidentes. Cambios no previstos. Cese de equipos. • Reparaciones
• COSTOS DE FALLAS: EXTERNAS	
• Relacionados con diseño	• Acciones correctoras del diseño / procedimiento.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
	VERSIÓN: 01
	FECHA: 07/03/2024
	TRD:
MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	PÁGINA: 3 de 61

<ul style="list-style-type: none">• Relacionados con el sistema de gestión	<ul style="list-style-type: none">• Costos de la responsabilidad legal. Costos indirectos.• Fallas en la facturación. Pérdida de cuota de mercado.• Pérdida en la percepción positiva de la imagen de la empresa, en su mercado objetivo. Aumento del gasto publicitario.• Relacionados con producción/servicio. Previsión de exceso de tiempo para cubrir fallas
<ul style="list-style-type: none">• Relacionados con producción	<ul style="list-style-type: none">• Trabajos repetidos. Ensayos y análisis repetidos. Disminución del rendimiento de instalaciones.• Accidentes.• Cambios no previstos.• Cese de equipos.• Reparaciones

Los costos más elevados se producen cuando el cliente o paciente encuentra las fallas. Cuando el programa de calidad de la organización se dirige hacia la prevención de defectos y mejora continuada de la calidad, los defectos y sus costos resultantes se minimizan.

Costos totales de calidad: Los costos totales relacionados con la calidad son la suma de los costos controlables de calidad, es decir, los costos de prevención y evaluación y los costos de la no calidad contemplados en todos los estándares de la acreditación, recordemos valorar los costos en la atención, o los de la información o la tecnología de igual forma que los derivados del recurso humano o del ambiente físico. Representa la diferencia entre el costo real de un producto o servicio y el menor costo que tendría si se hubiera realizado con la calidad exigida a la primera sin necesidad de reprocesos o modificaciones.

• 8.2 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE LIQUIDEZ

CIRCULAR EXTERNA 2021170000004-5 DE 2021

El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).

Como consecuencia de las actividades y operaciones diarias, las entidades se ven expuestas a este riesgo de liquidez. La gestión de liquidez de la entidad está relacionada con:

- a. Una adecuada recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito),
- b. Una adecuada modelación y monitoreo a las volatilidades del mercado financiero (gestión de riesgo de mercado de capitales).
- c. Una adecuada modelación y gestión de la razón combinada entre costos e ingresos por venta de servicios de salud contratados bajo modalidades diferentes al pago por evento (gestión de riesgo actuarial), dado que los flujos esperados de ingresos se ajustarían a las proyecciones de la

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo, Teléfono 8912317 - 018000952749

www.hdsa.gov.co

gerencia@hdsa.gov.co - coord.siau@hdsa.gov.co - hdsa@hospitalroldanillo.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
		VERSIÓN: 01
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: 07/03/2024
		TRD: PÁGINA: 4 de 61

entidad para cubrir con sus obligaciones.

La materialización del riesgo de liquidez genera necesidades de recursos líquidos por parte de las entidades, las cuales pueden verse limitadas para realizar los pagos a terceros como pueden ser a proveedores, empleados y demás acreedores, lo que podría conllevar, entre otras consecuencias, a deficiencias en la prestación de los servicios de salud. Lo expuesto, puede generar un riesgo sistémico y afectar la percepción de los usuarios al servicio de salud y la viabilidad financiera de las entidades del sector.

Con el objetivo de evitar que las situaciones antes descritas se materialicen, la Superintendencia Nacional de Salud considera necesario que las entidades desarrollen e implementen un Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez que les permita tomar decisiones oportunas para mitigar este riesgo.

CICLO DE GESTIÓN DE RIESGO DE LIQUIDEZ

Para la gestión de este riesgo inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez que implementen las entidades, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

Identificación del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a las entidades definir e identificar el riesgo de liquidez al que están expuestas las entidades en función de los flujos de ingresos y egresos de efectivo y equivalentes de efectivo, de acuerdo con las operaciones autorizadas.

Para realizar la identificación y cuantificación del riesgo de liquidez la entidad debe disponer de la mejor información para efectos de realizar las proyecciones de todos los flujos netos de activos y pasivos o de ingresos y egresos, y debe contar como mínimo con lo siguiente para poder analizar los posibles descálces:

Activos

a) Identificar los activos considerados como líquidos (aquellos que proveen a la entidad de liquidez inmediata). Se recomienda incluir dentro de estos como mínimo, el disponible que esté consignado en bancos y/o inversiones en Fondos de Inversión Colectiva (FIC) en las siguientes modalidades: cuentas corrientes, cuentas de ahorros (cuentas maestras de recaudo), FIC abiertos, del mercado monetario y cualquier otro tipo de encargo fiduciario o fondo de inversión, fideicomisos, fondos de inversión colectiva de inmobiliarios y fondos de capital privado que no tengan restricciones para el retiro inmediato de recursos (sin pacto de permanencia). Asimismo, se deben identificar todas las inversiones en títulos o valores, sean de renta fija o renta variable, emitidos por entidades nacionales o extranjeras, públicas o privadas, que considere de fácil realización (activos que forman parte del portafolio de inversiones de la entidad y que no tengan ninguna restricción de movilidad ni que estén sujetos a algún tipo de gravamen, medida preventiva o de cualquier naturaleza, que impida su libre cesión o transferencia).

b) Identificar los recursos y plazos de recuperación de cartera (cuentas por cobrar). Tener en

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo, Teléfono 8912317 - 018000952749

www.hdsa.gov.co

gerencia@hdsa.gov.co - coord.siau@hdsa.gov.co - hdsa@hospitalroldanillo.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
		VERSIÓN: 01
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: 07/03/2024
		TRD: PÁGINA: 5 de 61

cuenta el comportamiento histórico de cartera vencida para aplicar factores de descuento o de castigo, en los casos que considere necesario para obtener una aproximación mucho más cercana a la realidad.

c) Identificar los ingresos causados y recibidos por venta o prestación de servicios de salud.

d) Proyectar cualquier movimiento de entradas futuras de efectivo por cualquier concepto, entre los cuales puede estar el portafolio de inversiones: vencimiento de títulos de renta fija o de operaciones, cobro de cupones, rendimientos de un CDT, dividendos en efectivo, entre otros flujos que se esperan recibir.

Pasivos

a) Identificar y caracterizar las cuentas por pagar bajo cualquier concepto (insumos y medicamentos; dispositivos médicos o equipo biomédico; salarios; gastos operativos y administrativos; entre otros).

b) Identificar el valor causado y pagado de los costos y gastos de la operación de la entidad.

c) Proyectar cualquier movimiento de salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto, los cuales pueden presentarse por la emisión de instrumentos financieros, el pago de cupones de emisiones de deuda por renta fija y el pago de dividendos por acciones emitidas, entre otros flujos a entregar.

Evaluación y Medición del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a las entidades cuantificar el nivel mínimo diario de efectivo o equivalentes de efectivo requerido, en moneda nacional y/o extranjera, de acuerdo con la normatividad vigente, que le permita cumplir de manera oportuna con sus obligaciones de pago. Es decir que las entidades deben estar en capacidad de medir y proyectar los flujos de caja de sus activos y pasivos, en diferentes horizontes de tiempo, tanto en un escenario en condiciones normales como en un escenario de crisis bajo hipótesis razonables (stress testing), en el que los flujos de caja se alejan significativamente de lo esperado, por efecto de cambios imprevistos en el entorno de los mercados, de la entidad o de ambos, y de esta manera, poder calcular sus necesidades de liquidez.

Para la medición del riesgo de liquidez se requiere que la entidad aplique una "prueba de liquidez" periódicamente con el fin de identificar potenciales necesidades de liquidez o recursos líquidos para cubrir sus flujos de pago y las causas de potenciales situaciones de iliquidez. Uno de los principales objetivos de esta prueba es que las entidades mejoren sus estimaciones conforme lo aplican frecuentemente y puedan prevenir potenciales situaciones adversas. Si bien algunos ingresos y/o egresos son más predecibles que otros, se busca que las estimaciones vayan mejorando a medida que estas se realizan y que con fundamento en las proyecciones de egresos se identifiquen los activos necesarios o recursos adicionales para poder cubrir estas estimaciones, de acuerdo con unos niveles de tolerancia de riesgo definidos. Para estructurar la prueba de liquidez debe usar la información de los flujos de efectivo tanto de ingresos como de egresos, de acuerdo con los diferentes tipos de obligaciones y acreencias proyectándolos en un horizonte de tiempo de por lo menos tres (3) meses. Los periodos de proyección se pueden construir de forma diaria, semanal, mensual e incluso

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo, Teléfono 8912317 - 018000952749

www.hdsa.gov.co

gerencia@hdsa.gov.co - coord.siau@hdsa.gov.co - hdsa@hospitalroldanillo.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
		VERSIÓN: 01
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: 07/03/2024
		TRD: PÁGINA: 6 de 61

trimestral. La proyección de ingresos y egresos estará basada en la mejor información disponible con la que cuente la entidad, y de acuerdo con supuestos y estimaciones propias, los cuales en todo caso deben ser explícitos y justificados técnicamente por la entidad. Para efectos de la determinación del riesgo inherente de liquidez, la entidad deberá establecer el superávit o déficit de liquidez, que corresponderá a la diferencia entre el monto total de ingresos y egresos de efectivo proyectados. Este monto se utilizará para el cálculo del indicador de liquidez.

Tratamiento y Control del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a las entidades tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo de liquidez al que se ven expuestas en las actividades propias de la entidad. Estos controles deberán guardar relación con el volumen y la complejidad de la operación desarrollada, deberán estar aprobados y ser de conocimiento verificable por la Junta Directiva de la entidad o quien haga sus veces.

Adicionalmente, debe permitir a las entidades realizar seguimiento continuo de su exposición al riesgo de liquidez mediante las alertas tempranas, los límites de exposición y los indicadores de liquidez que la entidad haya elaborado con el fin de monitorear y realizar los controles adecuadamente y a tiempo para evitar que el riesgo de liquidez pueda llegar a materializarse e impactar negativamente en los objetivos de la entidad. En caso de que se materialice el riesgo, la entidad deberá tomar las medidas correctivas para mitigar dicho impacto.

A su vez, se deben establecer límites para mantener un nivel mínimo de activos líquidos, que estén acordes con el volumen de operaciones y tamaño de la entidad y sus necesidades de liquidez bajo condiciones normales del negocio y márgenes adicionales de liquidez para enfrentar situaciones de estrés. Asimismo, las entidades deberán incluir mediciones de escenarios extremos (stress testing) y de back testing, como medios para verificar la precisión de las proyecciones obtenidas a través de las pruebas de liquidez y hacerlas parte de estas para hacer ajustes posteriores. Para mejorar la capacidad técnico-administrativa, el flujo de recursos, la calidad y disponibilidad de información necesaria para diseñar el flujo de efectivo se requiere como mínimo:

- a. Sistema de información que permita la identificación y gestión del recaudo de los ingresos y egresos de la entidad acorde con los diferentes rubros.
- b. Registro oportuno, de preferencia en tiempo real, de los costos de la entidad.
- c. Implementación de procesos orientados a garantizar el pago oportuno de las obligaciones a los diferentes acreedores de la entidad.
- d. Sistema que permita la radicación oportuna de las facturas, de preferencia en línea, por parte de los proveedores de cada entidad y la trazabilidad de las mismas.

8.3 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CREDITO

CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones.

Ciclo de gestión de Riesgo de Crédito

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo, Teléfono 8912317 - 018000952749
www.hdsa.gov.co
gerencia@hdsa.gov.co - coord.siau@hdsa.gov.co - hdsa@hospitalroldanillo.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
		VERSIÓN: 01
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: 07/03/2024
		TRD: PÁGINA: 7 de 61

Para la gestión del riesgo de crédito inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Crédito que implementen las entidades, deberá incorporar dentro de sus procesos y procedimientos internos para la gestión del riesgo de crédito, los siguientes lineamientos y aspectos específicos como mínimo:

- a. Una evaluación de riesgo por contraparte (incluyendo los instrumentos financieros, tratándose de inversiones de renta fija), teniendo en cuenta los límites de exposición por contraparte asociadas a la evaluación de riesgos realizada. La entidad podrá realizar una evaluación agrupando activos con características y perfiles de riesgo similares, pero deberá realizar esta evaluación en forma individual si el activo es significativo.
- b. Un modelo de cálculo de deterioros/provisiones por riesgo de crédito que sea adecuado para reflejar las potenciales pérdidas a las que está expuesta la entidad por el incumplimiento de las contrapartes y que se ajuste a la normatividad vigente.
 - c. La definición de procedimientos específicos de seguimiento, cobranza de las deudas y el establecimiento de mecanismos apropiados de negociación y recuperación de deudas que se encuentren en incumplimiento.
- d. Una estrategia de gestión de glosas ante las EPS, la ADRES (o la entidad que ejerza sus funciones) o ante las Entidades Territoriales según sea el caso. La definición de la estrategia de gestión de glosas se debe formular en función del análisis histórico y su consecuente caracterización para determinar procesos específicos de actuación ante cada tipo de glosa.
- e. La verificación de los literales anteriores se debe realizar por lo menos una vez al año, para evaluar su funcionamiento y monitorear efectivamente la exposición a este riesgo.
- f. Las bases de datos utilizadas en el proceso de diseño de los modelos para la administración del riesgo crediticio deben tener una historia mínima de tres (3) años. En caso de no cumplirse con el tiempo recomendado, la entidad deberá preparar un plan de ajuste en el cual se expongan los procedimientos y fechas en las cuales se logrará cumplir con esta recomendación. Durante el periodo de ajuste, a partir de la infraestructura tecnológica y de los sistemas necesarios para garantizar la adecuada administración del Riesgo de Crédito se deben generar informes confiables sobre dicha labor por lo menos una vez al trimestre.

Identificación del Riesgo de Crédito

Para la identificación de este riesgo, los aspectos mínimos a considerar por parte de la entidad parten de definir los tipos de activos expuestos a este riesgo, como mínimo las cuentas por cobrar y los instrumentos financieros.

Estos últimos incluyen:

- a. Cuentas de Bancos y Fondos de Inversión Colectivas (FIC, antes Carteras Colectivas)

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo, Teléfono 8912317 - 018000952749

www.hdsa.gov.co

gerencia@hdsa.gov.co - coord.siau@hdsa.gov.co - hdsa@hospitalroldanillo.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
		VERSIÓN: 01
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: 07/03/2024
		TRD: PÁGINA: 8 de 61

tales como: cuentas corrientes; cuentas de ahorros; cuentas maestras de recaudo; FIC abiertos, del mercado monetario; carteras colectivas cerradas; y otros tipos de encargos fiduciarios o fondos de inversión, fideicomisos, fondos de inversión colectiva inmobiliarios y/o fondos de capital privado, entre otros, siendo locales o extranjeros

- b. Instrumentos inscritos en el Mercado de Valores de Colombia, tales como títulos de deuda pública emitidos o garantizados por la Nación o por el Banco de la República; títulos de renta fija emitidos, aceptados, garantizados o avalados por entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, FOGAFIN y FOGACCOOP.
- c. Todas las inversiones en títulos o valores de renta fija emitidos por entidades nacionales o extranjeras.

Evaluación y Medición del Riesgo de Crédito

El Subsistema de Administración de Riesgo de Crédito debe evaluar las pérdidas estimadas como resultado del incumplimiento de sus contrapartes. Dentro del Subsistema, la entidad puede diseñar modelos para diferentes tipos de activos expuestos a este riesgo, dentro de los cuales deberá como mínimo contemplar la estimación de los siguientes elementos:

- a. La probabilidad de incumplimiento de los deudores dentro de un periodo de tiempo de 12 meses.
- b. Al interior de cada tipo de activo se deben generar categorías de calidad del deudor/contraparte que orienten una posterior asignación de factores de riesgo diferenciales según dicha categorización.
- c. La estimación de la pérdida esperada en que incurriría la entidad dado el incumplimiento. En este elemento se debe considerar tanto el valor expuesto del activo (saldo de la obligación o valor neto del activo) en el momento del incumplimiento, como la tasa de recuperación del valor del activo una vez se ha materializado el incumplimiento, la cual debe contemplar las recuperaciones efectivas que se han realizado sobre estos incumplimientos en los últimos 3 años y la existencia e idoneidad de las garantías, si las hubiese.

Para estimar la probabilidad que el deudor / contraparte no cumpla con sus obligaciones en los términos acordados, se recomienda que la entidad tenga en cuenta como mínimo los siguientes aspectos:

- i) En el caso de los deudores/cuentas por cobrar:
 - a) Análisis históricos de las cuentas por cobrar de cada deudor según plazos y cumplimiento de pago, teniendo en cuenta los acuerdos de voluntades.
 - b) La calidad del deudor y el plazo de la cartera (a mayor concentración de las deudas de mayor plazo, mayor el riesgo asociado al deudor).
 - c) Adicional al análisis individual por deudor, se recomienda realizar un análisis segmentado por líneas de negocio (en los casos en que la entidad desarrolle varias actividades dentro del sector como aseguramiento obligatorio, voluntario, prestación de servicios de salud) y el concepto generador de la obligación, en el caso de las cuentas por cobrar.
 - d) Estimar las posibles pérdidas que resulten de incumplimientos de pago frente a prestaciones realizadas u obligaciones generadas, las cuales involucran entre otros elementos, la evaluación de deterioros o posteriores valoraciones de acuerdo con las políticas contables que sobre los instrumentos financieros haya escogido la entidad, específicamente en las cuentas por cobrar.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
		VERSIÓN: 01
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: 07/03/2024
		TRD: PÁGINA: 9 de 61

ii) En el caso de los instrumentos financieros, se recomienda que la entidad:

- a) Clasifique la seguridad del activo con fundamento en la calificación de crédito emitida por agencias calificadoras de riesgo tanto para el activo de renta fija como para el emisor, ya que estas calificaciones reflejan las probabilidades de incumplimiento de los activos en cada categoría de calificación.
- b) Asigne factores de riesgo en función de las probabilidades de incumplimiento para cada categoría de seguridad del activo. De no disponer de estudios propios que evalúen estas probabilidades de incumplimiento para los diferentes emisores y tipos de instrumentos financieros, se puede tomar como referencia los ponderadores que se mencionan en el Decreto 2954 de 2010 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y sus modificatorias.

Tratamiento y Control del Riesgo de Crédito

Las entidades deberán contemplar dentro de este Subsistema de Administración y Gestión de Riesgo mecanismos de tratamiento y control del riesgo de crédito, los cuales deben ser aplicados de forma continua. Su frecuencia y criterios deberán definirse de acuerdo con las políticas de gestión del riesgo que esté dispuesto a asumir cada entidad. Se consideran buenas prácticas de gestión para el tratamiento y control del riesgo de crédito, acciones que por su naturaleza deberán ser refrendadas en los aspectos específicos de la política de gestión del riesgo de crédito de la entidad.

Límites de exposición crediticia y de pérdida tolerada

Las políticas de gestión del riesgo deben establecer lineamientos para la fijación de niveles y límites de exposición (iniciales y potenciales) de los créditos totales, individuales y por portafolios de inversión, así como de los límites de concentración por deudor, sector o grupo económico. Asimismo, establecer porcentajes máximos de tenencia de activos de la categoría más riesgosa y mínimos de los activos de máxima seguridad.

8.4 SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO ACTUARIAL

Se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global

Facilita la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización (debe incluir la definición de los límites máximos de exposición o niveles aceptables de riesgo, la normatividad vigente y los criterios definidos en la política de gestión de riesgo. Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron. Estas estimaciones deben realizarse teniendo en cuenta algunos eventos futuros e inciertos que podrían ocurrir como:

- a. Desconocimiento de la demanda efectiva de servicios que van a atender, de la situación en salud de la población y de las frecuencias de uso.
- b. Concentración poblacional, con un enfoque diferencial de género, étnico, grupos etarios, regiones, grupo de riesgo, curso de vida, entre otros.
- c. Atención en zonas de difícil acceso y alta dispersión de la población.
- d. Hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de la población incluida en los contratos.
- e. Variaciones en las condiciones de morbi-mortalidad de la población incluida en los contratos.
- f. Incrementos inesperados en los costos de proveedores.

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo, Teléfono 8912317 - 018000952749

www.hdsa.gov.co

gerencia@hdsa.gov.co - coord.siau@hdsa.gov.co - hdsa@hospitalroldanillo.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
		VERSIÓN: 01
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: 07/03/2024
		TRD: PÁGINA: 10 de 61

g. Incorporación de tecnología nueva que requiera recursos de inversión considerables.

Identificación del Riesgo Actuarial

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad definir e identificar el riesgo actuarial teniendo en cuenta, como mínimo, las siguientes consideraciones relevantes:

- a. Caracterización y conocimiento de la población que incluirá en los contratos por venta de servicios teniendo en cuenta los aspectos geográficos, etarios, demográficos, la situación de morbi-mortalidad; así como la actualización de novedades.
- b. Particularidades de las diferentes modalidades de pago (por capitación, por evento, por paquete, entre otros). • Pago por Capitación: Identificación de las personas incluidas en el contrato e identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos de baja complejidad incluidos en el contrato. • Pago por evento: Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el contrato para el cálculo de las tarifas y precios a ser aplicadas a las tecnologías en salud. • Pago por Grupo Relacionado de Diagnóstico: Identificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición o condiciones individuales de salud, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos de acuerdo con el grupo de riesgo. • Pago Global Prospectivo: Identificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición o condiciones individuales de salud, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos de acuerdo con el grupo de riesgo. Además, de tener en cuenta la frecuencia estimada de los episodios de atención y/o de tecnologías en salud a ser prestadas con cargo a la suma global. • En los demás tipos de contratación, es importante identificar el riesgo asumido

por la IPS y las obligaciones de cobertura de servicios cada contrato, así como las características de la tarifa pactada.

- c. Identificación de posibles incrementos en los costos de insumos y medicamentos, entre otros.
- d. Evaluar el comportamiento de la variabilidad del ingreso y el costo que tenga la entidad, además del uso de los insumos para dar cumplimiento al objeto del contrato.

Medición y Evaluación del Riesgo Actuarial

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad:

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

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
		VERSIÓN: 01
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: 07/03/2024
		TRD: PÁGINA: 11 de 61

para calcular estas pérdidas deben contar con los siguientes parámetros teniendo en cuenta las particularidades de cada tipo de contrato:

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

Tratamiento y Control del Riesgo Actuarial

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo actuarial, entre ellas:

- a. Establecer y actualizar periódicamente las políticas y las estimaciones actuariales para cada tipo de contrato, teniendo en cuenta los cambios que se presenten en el sector.
- b. Hacer una traza de las medidas tomadas por la administración, en respuesta a los problemas identificados y a las recomendaciones efectuadas.
- c. Realizar pruebas de estrés (Stress-Testing) y ejercicios de autocomprobación (Back-Testing)³ sobre los modelos actuariales utilizados para establecer los valores de los contratos, y de esta manera realizar los ajustes correspondientes.

Realizar controles de calidad a los sistemas de información de la entidad

10. CONTROL DE CAMBIOS

El proceso de control de cambios se encarga de documentar y analizar las alteraciones efectuadas en el Manual de Gestión de Riesgos, además de establecer la versión actualizada resultante como consecuencia de modificaciones sustanciales necesarias.

Tabla 3. Control de cambios

Fuente: Elaboración propia

11. BIBLIOGRAFÍA

Constitución Política de Colombia, (1991).

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
		VERSIÓN: 01
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: 07/03/2024
		TRD: PÁGINA: 12 de 61

Ley 87 de 1993, (1993).

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=300

Ley 1474 de 2011, (2011).

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=43292

Decreto 1499 de 2017, (2017).

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=83433

DAFP. (2020a). *Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas—Versión 5—Diciembre de 2020.*

<https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418548/34150781/Gu%C3%ADa+para+la+administraci%C3%B3n+del+riesgo+y+el+dise%C3%B1o+de+controles+en+entidades+p%C3%ABlicas+-+Versi%C3%B3n+5+-+Diciembre+de+2020.pdf/68d324dd-55c5-11e0-9f37-2e5516b48a87?t=1611247032238&download=true>

DAFP. (2020b). *MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG).*

https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34112007/2022-07-26_Presentaci%C3%B3n_general_MIPG+%281%29.pdf/cf5452e4-5608-460d-6262-3ecb2e646ab8?t=1660251234878

HDSA. (2023a, octubre 24). *Hospital Departamental San Antonio.* MAPA DE PROCESOS DEL HDSA. <https://hdsa.gov.co/informacion-institucional/>

HDSA. (2023b, octubre 24). *Hospital Departamental San Antonio.* Estructura Organizacional HDSA. <https://hdsa.gov.co/informacion-institucional/>

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E NIT. 891.900.343 - 6	CÓDIGO: PE-GG-FO-02
		VERSIÓN: 01
	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE RIESGOS	FECHA: 07/03/2024
		TRD: PÁGINA: 13 de 61

Súper Salud. (2016). *Circular Externa 009*. chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://hsdp.gov.co/portal/wp-
content/uploads/2021/12/circular-externa-009-de-2016-Supersalud.pdf

Súper Salud. (2021a). *Circular Externa 20211700000004-5*.

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXTERNA%20202117000000045.pdf>

Súper Salud. (2021b). *Circular Externa 202117000000055*.

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXTERNA%20202117000000055.pdf>