



**RESOLUCION Nº 221**  
(23 de Diciembre de 2014)

Deroga la resolución 564 de 2011 y adopta el SIGRI Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional, las metodologías a aplicar y se establecen las Políticas de Administración de Riesgos

**EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA,**

En uso de las atribuciones constitucionales y legales y,

**CONSIDERANDO:**

Que la Constitución Política incorporó el concepto del Control Interno como un instrumento orientado a garantizar el logro de los objetivos de cada entidad del Estado y el cumplimiento de los principios que rigen la función pública

Que el literal f del Artículo 2 de la ley 87 de 1.993 establece como uno de los objetivos del Sistema de Control Interno: definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.

Que la Directiva presidencial 09 de 1999, establece los lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.

Que el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014, establece la adopción del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano, MECI 1000:2014, que este modelo determina las generalidades y estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Control interno en las entidades y agentes obligados conforme al Art. 5 de la Ley 87 de 1993 y determina la obligación de implementar el componente de administración del riesgo; igualmente establece que será responsabilidad de la máxima autoridad de la entidad u organismo correspondiente y de los jefes de cada dependencia de las entidades y organismos, así como de los demás funcionarios de la respectiva entidad.

Que la Entidad mediante Resolución No. 147 del 2 de octubre de 2014 adopta y crea el Sistema Integrado de Gestión y Calidad para integrar y desarrollar el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano, MECI 1000:2014. Que realizo diagnostico y determino acciones de mejora dentro de la planeación institucional para implementar el componente de administración del riesgo por medio del cual se constituye en el componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la entidad auto controlar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos.



Que el DAFP ha establecido que los Mapas de Riesgos son las herramientas conceptuales y metodológicas que permiten valorar los riesgos al interior de la Entidad y plantea modelos de metodologías, y a su vez determina que cada entidad de acuerdo a su función y características propias debe adoptar una metodología.

Por norma es una necesidad de la administración, determinar sus mapas de riesgo de corrupción como lo establece la Directiva presidencial 09 de 1999 Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción y la Ley 1474 de 2011 Estatuto anticorrupción art 73 plan anticorrupción y de atención al Ciudadano”, donde se indica la elaboración del mapa de riesgos de corrupción y las medidas concretas para mitigar esos riesgos identificados.

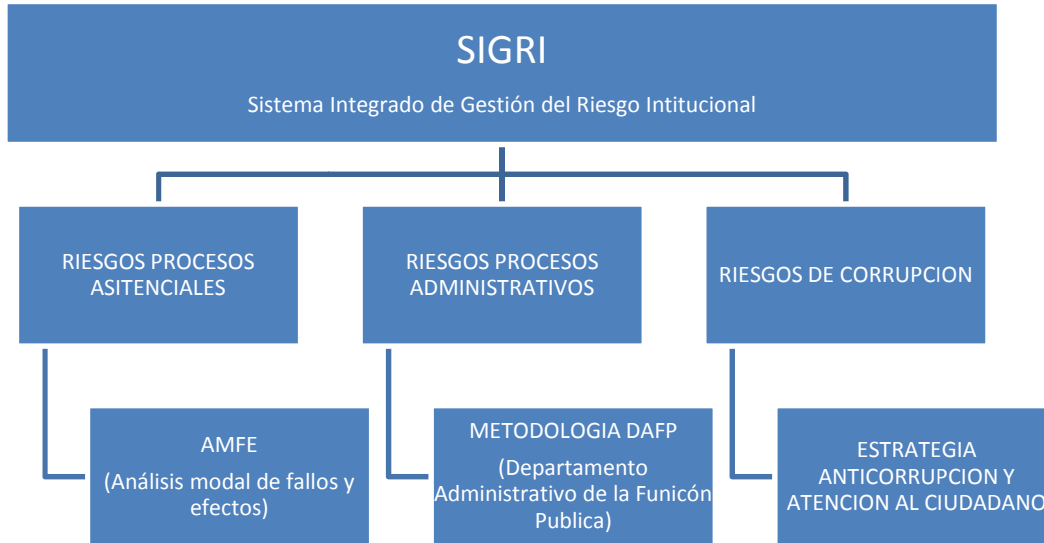
Que el decreto 1011 del 3 de abril de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece las directrices para el manejo del componente de seguridad del paciente considerado como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias, para lo cual por directriz de gerencia se decide adoptar la metodología AMFE (Análisis modal de fallos y efectos).

Que la entidad considera integrar estas necesidades de los diferentes sistemas frente a la administración del riesgo institucional para unir esfuerzos adoptando una metodología única, adaptada a las necesidades de la institución.

Que en merito de lo expuesto,

#### **RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1: ADOPTAR,** el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional, que conduzca a la minimización de la ocurrencia de riesgos negativos que puedan afectar la Gestión de la entidad, acciones que se encaminarán como resultado de la calificación y evaluación obtenida en el análisis, medición y valoración de los riesgos, plasmados en los Mapas de Riesgos de la entidad y que será liderado por los integrantes del Comité del Sistema Integrado de Gestión y Calidad, conforme al documento e instrumentos que hacen parte integral del presente acto administrativo, unificándose así:



**ARTICULO 2. ALCANCE:** La Administración de Riesgos en la entidad, tendrá carácter prioritario y estratégico, fundamentado en el Modelo de Operación por procesos. En virtud de lo anterior, la identificación, análisis y valoración de los Riesgos se circunscribirá a los objetivos estratégicos de cada proceso.

**ARTICULO 3. ROLES Y ESPONSABLES:** El responsable de la definición de las Metodologías de Administración de Riesgos es el Comité del Sistema Integrado de Gestión y Calidad.

**Del Representante de la Dirección:** La entidad definió como representantes a los subgerentes administrativo y científico de la entidad, de acuerdo a la naturaleza de su cargo, para riesgos de procesos asistenciales la subgerencia científica y para procesos administrativos y de corrupción la subgerencia administrativa:

- Formular, orientar, dirigir y coordinar el proyecto de diseño e implementación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional.
- Capacitar a los servidores de la entidad sobre el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional.
- Asegurar que se desarrollen a cabalidad cada una de las etapas previstas para el diseño e implementación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional.
- Informar a la alta dirección sobre la planificación y avances del proyecto de diseño e implementación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional.
- Dirigir y coordinar las actividades del Equipo operativo comité directivo sobre la implementación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional.
- Hacer seguimiento a las actividades planeadas para el diseño e implementación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional, aplicando correctivos donde se requiera.



- Someter a consideración del Comité del Sistema Integrado de Gestión y Calidad las propuestas de diseño e implementación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional, para su aprobación.

#### **Del equipo operativo el cual se conocerá como Comité Directivo:**

- Adelantar el proceso de diseño e implementación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional bajo las orientaciones del representante de la Dirección.
- Asesorar a las áreas de la entidad en el diseño e implementación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional.
- Revisar, analizar y consolidar la información para presentar propuestas de diseño e implementación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional al representante de la dirección, para su aplicación.
- Trabajar en coordinación con los servidores designados por área en aquellas actividades requeridas para el diseño e implementación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional.

#### **De la Oficina de Control Interno:**

- Rol directo: Asesorar el proceso de identificación de los riesgos institucionales y con base en ellos, realizar recomendaciones preventivas y/o correctivas con los responsables de los procesos. Igualmente, la Oficina de Control Interno debe hacer seguimiento a la evolución de los riesgos y al cumplimiento de las acciones propuestas, con el fin de verificar el cumplimiento de las mismas y proponer mejoras.
- Rol indirecto: Verificar que en la entidad se implementen políticas de la Administración del Riesgo y se implementen mecanismos reales para la Administración del Riesgo.

**ARTICULO 4. POLITICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS:** Se fijan las siguientes directrices y políticas relacionadas con el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo Institucional.

### **POLÍTICA GENERAL**

La Administración de Riesgos tendrá un carácter prioritario y estratégico fundamentado en el modelo de operación por procesos, promoviendo la cultura del autocontrol y de la identificación y prevención del riesgo.

La Entidad, se compromete a ejercer el control efectivo de los eventos que puedan impedir el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales a través de la identificación, análisis, evaluación y administración del riesgo, orientado al mejoramiento continuo de los procesos gerenciales ó estratégicos, operativos ó misionales, de apoyo y de evaluación, garantizando la prestación de los servicios.

**ARTÍCULO 5. METODOLOGÍA DE LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.** Se concibe la gestión del riesgo como un proceso sistémico, sistemático y cíclico dentro de la organización, el cual está compuesto por cinco grandes partes interrelacionadas, así:



1. **Identificación de los riesgos:** su objetivo es listar los posibles riesgos que se generan en los diferentes procesos asistenciales y administrativos.
2. **Análisis de los riesgos:** busca según la metodología hacer una calificación de variables como, probabilidad, impacto, severidad, frecuencia y detección, buscando asignarle según los criterios una puntuación, usando escalas y criterios pre-establecidos.
3. **Valoración de los riesgos:** según la puntuación asignada en la etapa anterior de análisis, se compara frente a los controles existentes una valoración del riesgo, determinando una calificación definitiva que puede aumentar o disminuir de acuerdo a los controles existentes.
4. **Plan de manejo o tratamiento de los riesgos:** una vez determinada su puntuación final esta etapa determina las acciones a seguir para minimizar el impacto de su materialización.
5. **Seguimiento de los riesgos:** esta etapa tiene dos tipos de seguimiento el autocontrol de cada líder de proceso y la de independiente realizada por Control Interno, con el objetivo de monitorear los riesgos y las medidas tomadas para mitigar el riesgo

**ARTÍCULO 6. METODOLOGÍA DE LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO – RIESGOS ASISTENCIALES.** La entidad adopta y adapta para este análisis la metodología AMFE (Análisis modal de fallos y efectos). (Ver instructivo anexo)

**ARTÍCULO 7. METODOLOGÍA DE LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO – RIESGOS ADMINISTRATIVOS.** La entidad adopta y adapta para este análisis la metodología de Administración de Riesgo del DAFP (Departamento Administrativo de la Función Pública). (Ver instructivo anexo)

**ARTÍCULO 8. METODOLOGÍA DE LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO – RIESGOS DE CORRUPCIÓN.** La entidad adopta para este análisis la metodología definida en la Estrategia Anticorrupción y Atención al Ciudadano. (Ver instructivo anexo)

**ARTICULO 9. MAPA DE RIESGOS:** La herramienta conceptual y metodológica para la valoración de los riesgos es el Mapa de Riesgos. La responsabilidad de la elaboración del Mapa de Riesgos estará a cargo de los responsables de cada uno de los procesos liderada por cada subgerente según la naturaleza de su cargo. Ellos serán los encargados de implementar los controles, verificar su efectividad, proponer cambios, velar por su adecuada documentación y por su socialización y aplicarlos al interior de su proceso aplicando la cultura del autocontrol. En todo caso el Comité del Sistema Integrado de Gestión y Calidad es el encargado de aprobar y adoptar las modificaciones al Mapa de Riesgos.

La revisión de mapas de riesgo serán versionados por desarrollo organizacional y se revisaran cada dos años.

**ARTÍCULO 10. MANEJO Y SEGUIMIENTO.** Resultado de la construcción de los mapas de riesgo según el tipo de proceso y temática, cada líder de proceso coordinados por el representante de la dirección, elaborara un plan de manejo de los riesgos, el cual será



aprobado por el Comité del Sistema Integrado de Gestión y Calidad y se maneja como un plan de mejora.

**ARTICULO 11. MONITOREO DEL MAPA DE RIESGOS:** De acuerdo a las Políticas de Administración de Riesgos establecidas por la entidad, se debe monitorear el Mapa de Riesgos y el plan de manejo de riesgos, con el fin de actualizarlo permanentemente, con base en los objetivos, riesgos y controles existentes, esta actividad será responsabilidad de cada área, en coordinación con la Oficina de Control Interno, proceder de conformidad y mantener actualizado el proceso, sin perjuicio que la Oficina de Control Interno dentro de las funciones que le son propias pueda solicitar en el momento en que lo estime conveniente el resultado de la gestión adelantada.

La Administración del Riesgo, por sus características y beneficios será de obligatoria ejecución y cumplimiento; deberá incluirse dentro de la concertación de objetivos para la evaluación del desempeño y dentro de los planes operativos anuales como compromiso institucional.

El seguimiento de los planes de manejo de riesgos se realizará por lo menos tres (3) veces al año, esto es con corte a abril 30, agosto 31 y diciembre 31.

**ARTICULO 12. DIVULGACION:** Las Políticas de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos se divulgarán a todos los servidores públicos y prestadores de servicios, a través de la página WEB, charlas informativas y/o otros medios de socialización al interior de cada uno de los procesos.

Dada en Duitama el día veintitrés (23) de diciembre de dos mil catorce (2014)

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

**ALEXANDER MESA ROMERO**

**Gerente**



## METODOLOGÍA DE LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

1. Se adopta la siguiente tabla para la recolección y análisis de los riesgos institucionales:

No.	Proceso / Temática	Identificación				Análisis			Valoración								Nivel de Criticidad / Semáforo	Manejo y Seguimiento									
		Factores de riesgo		Descripción del riesgo	Causas	Efectos	Probabilidad	Impacto	Severidad	Descripción del control existente	Existen herramientas de control		Existen manuales y/o procedimientos que expliquen la herramienta		Estas herramientas son efectivas			Existe un responsable definido		La frecuencia y seguimiento adecuado		Acción	Responsable	Fecha de seguimiento			
		Interno	Externo								SI	NO	SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO						

2. Proceso o temática: Corresponde a el proceso o temática que se va a analizar teniendo en cuenta los siguientes criterios:
- a. Para procesos administrativos: revise el mapa de procesos de la entidad, estos corresponden a los procesos de direccionamiento, apoyo y evaluación.
  - b. Para procesos Asistenciales: revise el mapa de procesos de la entidad, estos corresponden a los procesos misionales.
  - c. Para riesgos de corrupción: se desarrolla a través de temáticas así, Direccionamiento y gerencia, Financiero, Contratación, Trámites y procedimientos, Control Interno e Información y comunicación.

### Identificación:

3. Clasifique los factores de riesgos, determinando si son Interno o externos de acuerdo a los siguientes criterios:
- a. Internos: Personas, Sistemas de información, Recursos económicos, Naturaleza de las actividades de la entidad
  - b. Externos: Económicos, Sociales, Orden Publico, Legales, Cambios tecnológicos



4. Descripción del riesgo: describa de manera breve pero precisa el riesgo que pueda llegar a ocurrir.
5. Causas: describa brevemente que hechos pueden generar que este riesgo ocurra
6. Efectos: describa cual sería el efecto de la materialización del riesgo, es decir que pasaría si ocurre.

**Análisis:**

7. Analice la probabilidad e impacto y ocurrencia del riesgo identificado, para ello tenga en cuenta los siguientes criterios dependiendo de el tipo de proceso que este analizando:

Descripción	AMFE		Administración del Riesgo		Riesgos de Corrupción	
Probabilidad	3	Frecuente: puede ocurrir dentro de un breve periodo, varias veces en un año	3	Alta	3	Posible
	2	Ocasional: es probable que ocurra 1 a 2 veces por año	2	Media	2	Casi posible
	1	Raro: es posible que ocurra alguna vez en 2 a 4 años	1	Baja	1	Poco Posible
	1	Remoto: puede ocurrir algunas vez en 5 a 30 años				
Impacto	4	Muy alta	5	Leve	20	Inaceptable
	3	Alta	10	Moderado		
	2	Baja	20	Catastrófico		
	1	Muy Baja				
Severidad	5	Evento catastrófico: puede causar la muerte o incapacidad permanente mayor				
	4	Evento mayor: Incapacidad temporal o permanente menor con alto grado de inconformidad por parte del paciente				
	3	Evento moderado: puede corregirse y su impacto sobre el paciente es mínimo				
	2	Evento menor: sin impacto sobre el paciente, quien puede no notarlo				

Recuerde que la variable de severidad solo se analiza para el caso de procesos asistenciales. Tenga en cuenta también que para el caso de riesgos de corrupción el impacto es inaceptable en todos los casos.

**Valoración:**





8. Descripción del control existente: describa de manera breve pero precisa el control que existe, recuerde que debe ser verificable.
  
9. Valore los riesgos contestando si o no a cada una de las preguntas , así:
  - a. Existen herramientas de control: Si su respuesta es positiva se restaran 5 puntos por la existencia de la herramienta de control.
  - b. Existen manuales y/o procedimientos que expliquen la herramienta: Si su respuesta es positiva se restaran 10 puntos por la existencia de la herramienta de control y manuales o procedimientos para la aplicación de la misma.
  - c. Estas herramientas son efectivas: Si su respuesta es positiva se restaran 15 puntos por la existencia de la herramienta de control, manuales o procedimientos para la aplicación de la misma, además existe mediciones que permiten ver su efectividad.
  - d. Existe un responsable definido: Si su respuesta es positiva se restaran 20 puntos por la existencia de la herramienta de control, manuales o procedimientos para la aplicación de la misma, además existe mediciones que permiten ver su efectividad y está claramente definido el responsable
  - e. La frecuencia y seguimiento adecuado: Si su respuesta es positiva se restaran 25 puntos solo cuando ya existen mediciones y seguimientos.
  
10. Nivel de criticidad / semaforización: una vez se seleccione las opciones de análisis y valoración, se calculara el gado de criticidad de cada riesgo y según su calificación se determinara hacer el plan de manejo y seguimiento, según el tipo de proceso que este analizando aplicando los siguientes rangos:

Rango	Descripción	Observaciones
0 a 5	Riesgo Bajo	Hacer seguimiento cada dos años
6 a 29	Riesgo Medio	Hacer seguimiento cada año
30 a 60	Riesgo Alto	Suscribir plan de manejo y hacer seguimiento al cumplimiento cada tres meses

#### Manejo y seguimiento:

11. Manejo y seguimiento: solamente a los riesgos altos según el rango de 30 a 60 puntos se debe trazar un plan de manejo que contiene acción responsable y fecha de seguimiento, este plan de manejo debe ser presentado ante el Comité del Sistema Integrado de Gestión y Calidad es el encargado de aprobarlo.