

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS

CÓDIGO:	1.1.1.P01 F01
VERSION:	02
FECHA:	Ago. 13 de 2024
TIPO:	FORMATO
PROCESO:	PLANEACIÓN

POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ

CONSECUTIVO	20	NOMBRE	POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO
VERSIÓN	2	FECHA	08-13-2024

JUSTIFICACIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital Regional de Chiquinquirá define su política tomando como referente la guía para administración del Riesgo vigente y se establece para asegurar el cumplimiento de la misión institucional y los objetivos estratégicos y de proceso.

La política está compuesta por el objetivo, alcance, niveles de aceptación al riesgo, niveles para calificar el impacto, el tratamiento de riesgos, el seguimiento periódico según nivel de riesgo residual y responsabilidad de gestión para cada línea de defensa.

Para administrar adecuadamente los riesgos la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Chiquinquirá, acata la metodología propia y determina las acciones para asumir, reducir y mitigar el riesgo al igual que establece planes de mejora ante la materialización del riesgo.

PROPÓSITO

Establecer el marco general de actuación de todos los trabajadores de la entidad para la adecuada gestión de los riesgos y los potenciales escenarios de pérdida de continuidad de negocio, mediante la identificación de acciones de control, respuestas oportunas y estrategias institucionales ante las situaciones que puedan afectar el cumplimiento de la misionalidad y el logro de objetivos institucionales, disminuyendo las potenciales consecuencias negativas, reduciendo las vulnerabilidades ante las amenazas internas y externas o mejorando las capacidades institucionales de respuesta a eventos identificados o inesperados que afecten al talento humano, la infraestructura tecnológica o los servicios esenciales de los que depende la Entidad.


1. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:

De acuerdo con la actualización por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP en relación con la implementación de lineamientos para la Gestión del Riesgo y las instrucciones impartidas de la circular externa de la Superintendencia Nacional de Salud 2022151000000053-5 de 2022, la E.S.E Hospital Regional de Chiquinquirá, se compromete a llevar a cabo una metodología que le permita establecer roles y responsabilidades frente a las acciones del riesgo, fortaleciendo una cultura organizacional y transparente en la Institución.

Aplica para todos los niveles, áreas y procesos de la Entidad e involucra el contexto, la identificación, valoración, tratamiento, monitoreo, revisión, comunicación, consulta y el análisis de los siguientes riesgos:

Los riesgos de gestión de proceso que pueda afectar el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

Los riesgos de posibles actos de corrupción a través de la prevención de la ocurrencia de eventos en los que se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

	CÓDIGO:	1.1.1.P01 F01	<h2>POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO</h2>
	VERSION:	02	
	FECHA:	Ago. 13 de 2024	
	TIPO:	FORMATO	
	PROCESO:	PLANEACIÓN	
USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ			

Los riesgos de seguridad digital que puedan afectar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de los procesos de la entidad.

2. OFICIAL DE CUMPLIMIENTO:

Desígnese al Subgerente Administrativo cargo de la Planta de Personal de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Chiquinquirá, como Oficial de Cumplimiento, quien será el encargado del cumplimiento e implementación de los subsistemas de: Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude SICOF y para el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo y Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT-FPADM)

FUNCIONES:

El oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, debe cumplir como mínimo con las siguientes condiciones:

- a. Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- b. Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.

2.1 METODOLOGÍA. Actualizar y dar continuidad a la implementación del manual de administración de riesgos institucional, el cual se ajusta a la guía de administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión N° 6 de 2022) del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, Incluyendo las instrucciones impartidas de la circular externa de la Superintendencia Nacional de Salud, 20211700000004-5 de 2021, 20211700000005-5 de 2021 y 2022151000000053-5 de 2022 el cual contempla:

- o Tipos de riesgo:
 - o Riesgos de Gestión
 - o Riesgos del Sistema de gestión de Seguridad de la Información
 - o Riesgos Asistenciales
 - o Riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo/Financiamiento a la proliferación de armas de destrucción masiva. (SARLFAT/PADM)
 - o Riesgos de corrupción, opacidad y fraude.
 - o Riesgo Fiscal
 - o Riesgos de índole Contable
 - o Riesgos Contractuales
 - o Riesgos clínicos.

- o Categorías del riesgo:
 - o Riesgo de Salud
 - o Riesgo Operacional



CÓDIGO:	1.1.1.P01 F01
VERSION:	02
FECHA:	Ago. 13 de 2024
TIPO:	FORMATO
PROCESO:	PLANEACIÓN

POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ

- o Riesgo actuarial
- o Riesgo de crédito
- o Riesgo de liquidez
- o Riesgo de mercado
- o Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo.

3. NIVEL DE ACEPTACIÓN

Acorde con los riesgos residuales aprobados por los líderes de procesos y socializados en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se debe definir la periodicidad de seguimiento y estrategia de tratamiento a los riesgos residuales aceptados.

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

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

Tabla 1. Niveles de Aceptación al riesgo.

NIVEL RIESGO RESIDUAL	DECISION	CRITERIO
EXTREMO	NO TOLERABLE	Se debe tomar acción inmediata
ALTO	NO TOLERABLE	Se requiere tomar acción
MODERADO	TOLERABLE	No requiere documentar acciones
BAJO	TOLERABLE	No requiere documentar acciones

4. RESPONSABILIDADES

La responsabilidad está definida mediante las líneas de defensa y en la entidad se acogen según la siguiente tabla:

Tabla 2. Responsabilidades de la línea de defensa

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS



CÓDIGO:	1.1.1.P01 F01
VERSION:	02
FECHA:	Ago. 13 de 2024
TIPO:	FORMATO
PROCESO:	PLANEACIÓN

POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ

LINEA ESTRATEGICA DE DEFENSA		
ALTA DIRECCION (JUNTA DIRECTIVA Y GERENCIA)		
RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD FRENTE A LA GESTION DEL RIESGO	PERIODICIDAD
Comité Gestión y Desempeño Institucional	<ul style="list-style-type: none"> •Asegurar la implementación y desarrollo de las políticas de gestión y directrices en materia de seguridad digital y de la información. •Establecer y aprobar la Política de administración del riesgo la cual incluye los niveles de responsabilidad y autoridad con énfasis en la prevención del daño antijurídico. •Definir el marco general para la gestión del riesgo, la gestión de la continuidad del negocio y el control. • Recomendaciones de mejoras a la política de operación para la administración del riesgo. 	CUATRIMESTRAL
Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> •Someter a aprobación de la Gerencia y el CICCI la política de administración del riesgo previamente estructurada por parte de la oficina asesora de planeación, como segunda línea de defensa en la entidad, hacer seguimiento para su posible actualización y evaluar su eficacia frente a la gestión del riesgo institucional. Se deberá hacer especial énfasis en la prevención y detección de riesgos de corrupción. •Realimentar procedimientos sobre los ajustes que se deban hacer frente a la gestión del riesgo •Revisar la política de administración del riesgo por lo menos una vez al año para su actualización y validar su eficacia a la gestión del riesgo institucional. 	
Junta Directiva	<ul style="list-style-type: none"> •Aprobar ajustes o modificaciones que resulten por lineamientos externos a las políticas, manuales, procedimientos y demás metodologías relacionadas con la gestión del riesgo. 	

Tabla 3. Responsabilidades de la línea de defensa.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS



CÓDIGO:	1.1.1.P01 F01
VERSION:	02
FECHA	Ago. 13 de 2024
TIPO	FORMATO
PROCESO	PLANEACIÓN

POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ

PRIMERA LINEA

COORDINADORES Y LÍDERES DE PROCESO

RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD FRENTE A LA GESTION DEL RIESGO	PERIODICIDAD
<p>Coordinadores y Líderes del Proceso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar los programas, proyectos, planes y procesos a su cargo y actualizarlo cuando se requiera con énfasis en la prevención del daño antijurídico. • Definir, aplicar y hacer seguimiento a los controles para mitigar los riesgos identificados alineado con las metas y objetivos de la entidad y proponer mejoras a la gestión del riesgo en su proceso. • Supervisar la ejecución de los controles aplicados por el equipo de trabajo en la gestión del día a día, detectar las deficiencias de los controles y determinar las acciones de mejora a que haya lugar. • Desarrollar ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles. • Informar a la oficina de planeación (segunda línea) sobre los riesgos materializados en los programas, proyectos, planes y/o procesos a su cargo. • Reportar a la oficina de Planeación los avances y evidencias de la gestión de los riesgos dentro de los plazos establecidos. • Reportar en el SGI los avances y evidencias de la gestión de los riesgos dentro de los plazos establecidos. • Orientar a la primera línea de defensa para que identifique, valore, evalúe y gestione los riesgos y escenarios de pérdida de continuidad de negocio en los temas de su competencia. 	<p>CUATRIMESTRAL</p>

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS



CÓDIGO:	1.1.1.P01 F01
VERSION:	02
FECHA:	Ago. 13 de 2024
TIPO:	FORMATO
PROCESO:	PLANEACIÓN

POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ

SEGUNDA LÍNEA

RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD FRENTE A LA GESTION DEL RIESGO	PERIODICIDAD
<p>Oficina Asesora de Planeación</p> <p>Coordinadores y Líderes de procesos de contratación, financiera, Talento Humano, Gestión y Defensa Jurídica, TIC, Servicio al Ciudadano, Comunicaciones, Gestión del Conocimiento y Gestión Documental, subdirector Científico y Subgerente Administrativo y Financiero (los supervisores de contrato de la Entidad) entre otros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo. • Consolidar el Mapa de riesgos institucional (riesgos de mayor criticidad frente al logro de los objetivos) y presentarlo para análisis y seguimiento ante el Comité de Gestión y Desempeño Institucional. • Presentar al CICCI el seguimiento a la eficacia de los controles en las áreas identificadas en los diferentes niveles de operación de la entidad. • Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis y valoración del riesgo. • Monitorear los controles establecidos por la primera línea de defensa acorde con la información suministrada por los líderes de procesos. • Coordinar con los líderes de proceso el responsable de reporte de seguimiento a los riesgos y controles. • Informar a la primera línea de defensa la importancia de socializar los riesgos aprobados al interior de su proceso. • Socializar y publicar el mapa de riesgos institucional. • Revisar las acciones y planes de mejoramiento establecidos para cada uno de los riesgos materializados, con el fin de que se tomen medidas oportunas y eficaces para evitar en lo posible que se vuelvan a materializar y lograr el cumplimiento a los objetivos. • Informar a la primera línea de defensa correspondiente (líder del proceso) la materialización de un riesgo no identificado, el cual debe ser gestionado y ser incluido en el mapa de riesgo institucional. • Participar en los ejercicios de autoevaluación de la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles seleccionados para el tratamiento de los riesgos identificados. 	<p>CUATRIMESTREAL</p>



CÓDIGO:	1.1.1.P01 F01
VERSION:	02
FECHA:	Ago. 13 de 2024
TIPO:	FORMATO
PROCESO:	PLANEACIÓN

POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ

TERCERA LÍNEA

RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD FRENTE A LA GESTION DEL RIESGO	PERIODICIDAD
Oficina Asesora de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> •Revisar los cambios en el "Direccionamiento estratégico" o en el entorno y cómo estos pueden generar nuevos riesgos o modificar los que ya se tienen identificados en cada uno de los procesos, con el fin de que se identifiquen y actualicen las matrices de riesgos por parte de los responsables. 	CUATRIMESTRAL
	Evaluar los controles de primera línea de defensa que no se encuentren cubiertos o inadecuadamente cubiertos por la segunda línea de defensa	
	Llevar a cabo el seguimiento a los riesgos consolidados en los mapas de riesgos con el Plan Anual de Auditoría y reportar los resultados al CICC.	ANUAL
	<ul style="list-style-type: none"> •Realizar seguimiento a la implementación de mejoras. 	CUATRIMESTRAL
	<ul style="list-style-type: none"> •Recomendar mejoras a la política de operación para la administración del riesgo. 	CONTINUO

5. NIVELES PARA CALIFICAR LA PROBABILIDAD Y EL IMPACTO

- **Probabilidad riesgos de gestión, fiscales, contables, asistenciales SICOFS y SARLAFT / PADM**

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS



CÓDIGO:	1.1.1.P01 F01
VERSION:	02
FECHA:	Ago. 13 de 2024
TIPO:	FORMATO
PROCESO:	PLANEACIÓN

POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ

PROBABILIDAD	DESCRIPCION	FRECUENCIA		
		GESTION DE ÍNDOLE CONTABLE SICOFs	ASISTENCIAL	SARLAFT/PADM
Muy baja 20%	El riesgo puede ocurrir excepcionalmente	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximo 2 veces por año	No se ha presentado en el último año	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como mayor a 12 meses
Baja 40%	El riesgo puede ocurrir el algún momento	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximo 3 a 24 veces por año	Al menos una vez en el último año	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta entre 7 a 12 meses
Media 60%	El riesgo podría ocurrir el algún momento	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	Al menos una vez en los últimos seis meses	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 4 a 6 meses
Alta 80%	El riesgo probablemente ocurrirá en la mayoría de circunstancias.	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y un máximo de 5000 veces por año	Al menos una vez en el último bimestre	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 2 a 3 meses
Muy alta 100%	Se espera que el riesgo ocurra en la mayoría de las circunstancias	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	Al menos una vez al mes	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de mes

• **Impacto para los riesgos de gestión, fiscales y contables.**

IMPACTO	AFECCION ECONOMICA	REPUTACIONAL
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la Institución
Menor 40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente de conocimiento general, el nivel es interno o de junta directiva
Moderado 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de importancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario, a nivel de sector administrativo, municipal o departamental.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS



CÓDIGO:	1.1.1.P01 F01
VERSION:	02
FECHA:	Ago. 13 de 2024
TIPO:	FORMATO
PROCESO:	PLANEACIÓN

POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ

Catastrófico	100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel Nacional con efecto publicitario.
---------------------	------	-------------------	--

• Impacto para los riesgos asistenciales

IMPACTO		AFECTACION ECONOMICA	SEGURIDAD DEL PACINETE
Leve	20%	Afectación menor a 10 SMLMV	El resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento
Menor	40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El resultado para el paciente es sintomático, síntomas leves, la perdida funcional o el daño son mínimos, pero de corta duración y no hace falta intervención o la misma es mínima.
Moderado	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir, como o intervenciones quirúrgicas menores o tratamientos suplementarios. Se prolonga la estancia o tratamiento, o causa un daño de larga duración.
Mayor	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida o causa perdida funcional importante o permanente.
Catastrófico	100%	Mayor a 500 SMLMV	Teniendo en cuenta las probabilidades, el evento causó la muerte del usuario o la propició a corto plazo



CÓDIGO:	1.1.1.P01 F01
VERSION:	02
FECHA:	Ago. 13 de 2024
TIPO:	FORMATO
PROCESO:	PLANEACIÓN

POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ

- Impacto para los riesgos de corrupción, fraude y soborno**

IMPACTO		CALIFICACION DEL RIESGO
Leve	20%	Calificación del riesgo en 0
Menor	40%	Calificación del riesgo en 0
Moderado	60%	Calificación del riesgo de 1 a 5
Mayor	80%	Calificación del riesgo entre 6 y 11
Catastrófico	100%	Calificación del riesgo entre 12 al 20


- Impacto para los riesgos de SARLATF/PADM**

IMPACTO		CALIFICACION DEL RIESGO
Leve	20%	Calificación del riesgo entre 1 -4
Menor	40%	Calificación del riesgo entre 5-8
Moderado	60%	Calificación del riesgo entre 9-12
Mayor	80%	Calificación del riesgo entre 13-14
Catastrófico	100%	Calificación del riesgo entre 14-20

- Impacto para los riesgos del sistema de gestión de seguridad de la información:**

NIVEL	PROBABILIDAD	
	FRECUENCIA	PROBABILIDAD
Muy baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximo 2 veces por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximo 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%

NIVEL	IMPACTO	
	AFECTACION ECONOMICA	REPUTACIONAL
Muy baja	Afectación menor a 10 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la Institución
Baja	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente de conocimiento general, el nivel es interno o de junta directiva
Media	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de importancia frente al logro de los objetivos.

	CÓDIGO:	1.1.1.P01 F01	<h2>POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO</h2>
	VERSION:	02	
	FECHA:	Ago. 13 de 2024	
	TIPO:	FORMATO	
	PROCESO:	PLANEACIÓN	
USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ			

Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y un máximo de 5000 veces por año	80%	Alta	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario, a nivel de sector administrativo, municipal o departamental.
Muy alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%	Muy alta	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel Nacional con efecto publicitario.


6. ACCIONES ANTE LOS RIESGOS MATERIALIZADOS

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

Tabla 6. Acciones de respuesta a riesgos

Tipo de Riesgo	Responsable	Acción
Riesgo de Corrupción	Coordinadores y Líderes de los procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa en el tema de riesgos sobre el posible hecho encontrado. • Identificar las acciones correctivas necesarias y documentarlas en el plan de mejoramiento. • Una vez surtido el conducto regular establecido por la entidad y dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), determinar la aplicabilidad del proceso disciplinario. • Efectuar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora. • Revisar los controles existentes y actualizar el mapa de riesgos.
	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al líder del proceso y a la segunda línea de defensa, quienes analizarán la situación y definirán las acciones a que haya lugar. • Una vez surtido el conducto regular establecido por la entidad y dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), determinar la aplicabilidad del proceso disciplinario.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS

	CÓDIGO:	1.1.1.P01 F01	<h2>POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO</h2>
	VERSION:	02	
	FECHA:	Ago. 13 de 2024	
	TIPO:	FORMATO	
	PROCESO:	PLANEACIÓN	
USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ			

		<ul style="list-style-type: none"> • Informar a discreción los posibles actos de corrupción al ente de control.
Riesgos de Gestión y Seguridad digital	Coordinadores y Líderes de proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, el evento o materialización de un riesgo. • Proceder de manera inmediata a aplicar el plan de contingencia o de tratamiento de incidentes de seguridad de la información que permita la continuidad del servicio o el restablecimiento de este (si es el caso) y documentar en el plan de mejoramiento.
	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al líder del proceso sobre el hecho encontrado • Informar a la segunda línea de defensa con el fin de facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos. • Verificar que se tomen las acciones y se actualice el mapa de riesgos correspondiente. • Si la materialización de los riesgos es el resultado de una auditoría realizada por la Oficina de Control Interno, esta verificará el cumplimiento del plan de mejoramiento y realizará el seguimiento de acuerdo con el procedimiento.

Tipo de Riesgo	Zona de Riesgo Residual	Estrategia de Tratamiento- controles
Riesgos de Gestión, y Seguridad digital	Baja	Se realiza seguimiento a los controles con periodicidad SEMESTRAL y se registran las evidencias sus avances
	Moderada	Se realiza seguimiento a los controles con periodicidad TRIMESTRAL y se registran las evidencias sus avances.
	Alta	Se realiza seguimiento a los controles con periodicidad BIMESTRAL y se registran las evidencias sus avances.
	Extrema	Se realiza seguimiento a los controles con periodicidad MENSUAL se registran las evidencias sus avances.
Riesgos de Corrupción	Todos los riesgos de corrupción, independiente de la zona de riesgo en la que se encuentran debe tener un seguimiento cuatrimestral.	

Tabla 8. Estrategia de seguimiento al Plan de Mejora

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS



CÓDIGO:	1.1.1.P01 F01
VERSION:	02
FECHA	Ago. 13 de 2024
TIPO	FORMATO
PROCESO	PLANEACIÓN

POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

USO EXCLUSIVO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ

Tipo de Riesgo	Zona de Riesgo Residual o severidad	Estrategia de Tratamiento
Riesgos de Gestión, y Seguridad digital	Baja	No se debe realizar plan de acción porque está dentro del nivel de aceptación del riesgo.
	Moderada, Alta Extrema	El líder del proceso define acciones que permita mitigar el riesgo residual. Asimismo, determina la fecha de inicio y finalización de estas y establece los seguimientos que va a realizar durante la ejecución de la acción correspondiente a su avance, el cual se debe reportar junto con el seguimiento al mapa de riesgo y controles. Después de haber implementado la acción debe realizar un seguimiento con el fin de evaluar la efectividad del plan de mejoramiento

OBJETIVO

Desarrollar e implementar una Política Integral de Gestión del Riesgo que garantice la identificación, evaluación, control y monitoreo continuo de los riesgos asociados a la operación de la E.S.E Hospital Regional de Chiquinquirá, promoviendo una cultura organizacional de prevención y asegurando la toma de decisiones informadas para proteger los Recursos, la imagen y el bienestar de los pacientes y empleados

DECLARACIÓN DEL COMPROMISO

La Empresa Social del Estado Hospital Regional de Chiquinquirá, se compromete a administrar adecuadamente los riesgos de gestión, de corrupción y de seguridad digital, asociados a los objetivos estratégicos, planes, proyectos y procesos institucionales, acatando la metodología del DAFP para su gestión, determinando las acciones de control detectives y preventivas oportunas para evitar la materialización y la actuación correctiva inmediata ante las eventualidades para mitigar las posibles consecuencias a fin de mantener los niveles de riesgo aceptables.


JULIANA DEL PILAR CORTÁZAR MURILLO
GERENTE