



POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS



OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN.

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE
REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACA**

2

0

2

3

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

Contenido

Introducción.....	10
1. Glosario.....	12
2. Marco Normativo.....	26
3. Consideraciones estratégicas	28
3.1. Modelo Integrado de Planeación y gestión- MIPG.....	28
3.2. Institucionalidad	30
3.3. Modelo de operación por procesos,	32
3.4. Conocimiento de la Entidad.....	34
3.5. Direccionamiento Estratégico.....	35
3.5.1. Plataforma Estratégica:.....	35
Misión	36
Visión.....	36
Objetivos estratégicos:.....	36
Principios y valores corporativos:.....	38
3.6. Gestión de Riesgos en el Plan de Desarrollo	39
4. Sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas.....	41
5. Metodología para la administración de riesgos.....	44
6. Lineamientos de administración del riesgo.....	45
6.1. Objetivo:	45
6.2. Objetivos Específicos.....	45
6.3. Alcance	46
6.4. Declaración de la Política.....	46
6.5. Generalidades de la política de administración de Riesgos.....	46
6.6. Actualización de la Política:.....	48
6.7. Estructura para la administración del riesgo.....	48

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad



6.8.	Estructura Organizacional	49
6.9.	Representante legal:	50
6.10.	Área de gestión de riesgos:	50
6.11.	Infraestructura tecnológica:.....	50
6.12.	Órganos de control	51
7.	Identificación del riesgo	51
7.1.	Análisis de objetivos estratégicos y de los procesos:	51
7.1.	Identificación de los puntos de riesgos:.....	52
7.2.	Identificación de áreas de impacto:	53
7.3.	Identificación de áreas de factores de riesgos:.....	53
7.4.	Descripción del riesgo	55
7.5.	Clasificación del riesgo.....	56
8.	Valoración de riesgos	59
8.1.	Análisis de riesgos	59
8.1.1.	Determinar la probabilidad:	59
8.1.2.	Criterios para definir la probabilidad:.....	60
8.2.	Determinar el impacto.....	61
8.3.	Evaluación de riesgos	62
8.4.	Identificación de puntos de control:	63
8.5.	Análisis y valoración de los controles:	64
8.6.	Estrategias para combatir el riesgo (Tratamiento):	68
8.7.	Riesgo de gestión	69
8.8.	Riesgo de Seguridad y Privacidad de la Información.....	71
9.	Herramientas.....	73
9.1.	Gestión de eventos:	73
9.2.	Indicadores clave del riesgo	73
9.3.	Monitoreo y revisión	79
10.	Esquemas de líneas de defensa.....	81
10.1.	Línea estratégica.....	81

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad



10.1.1.	En relación con el elemento Ambiente de Control	81
10.1.2.	En relación con el elemento Evaluación del riesgo.....	81
10.1.3.	En relación con el elemento Actividades de Control.....	81
10.1.4.	En relación con el elemento Información y Comunicación.....	82
10.1.5.	En relación con el elemento Actividades de Monitoreo.....	82
10.2.	Primera Línea de Defensa:	82
10.2.1.	<i>En relación con el elemento Ambiente de Control:</i>	83
10.2.2.	<i>En relación con el elemento Evaluación del Riesgo:.....</i>	83
10.2.3.	<i>En relación con el elemento Actividades de Control:</i>	84
10.2.4.	<i>En relación con el elemento Información y Comunicación:</i>	84
10.2.5.	<i>En relación con el elemento Actividades de Monitoreo:</i>	85
10.3.	Segunda Línea de Defensa:	85
10.3.1.	<i>En relación con el elemento Ambiente de Control:</i>	85
10.3.2.	<i>En relación con el elemento Evaluación del Riesgo:.....</i>	86
10.3.3.	<i>En relación con el elemento Actividades de Control:</i>	87
10.3.4.	<i>En relación con el elemento Información y Comunicación:</i>	87
10.3.5.	<i>En relación con el elemento Actividades de Monitoreo:</i>	88
10.4.	Tercera Línea de Defensa:	88
10.4.1.	En relación con el elemento Ambiente de Control:	88
10.4.2.	En relación con el elemento Evaluación del Riesgo.....	89
10.4.3.	<i>En relación con el elemento Actividades de Control:</i>	89
10.4.4.	<i>En relación con el elemento Información y Comunicación:</i>	90
10.4.5.	En relación con el elemento Actividades de Monitoreo	90
11.	Subsistemas de administración del riesgo.	91
11.1.	Riesgo en Salud	91
Identificación	91	
Medición y evaluación de riesgos salud	92	
Tratamiento en riesgos de salud.	93	
11.2.	Riesgo Operacional	94

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

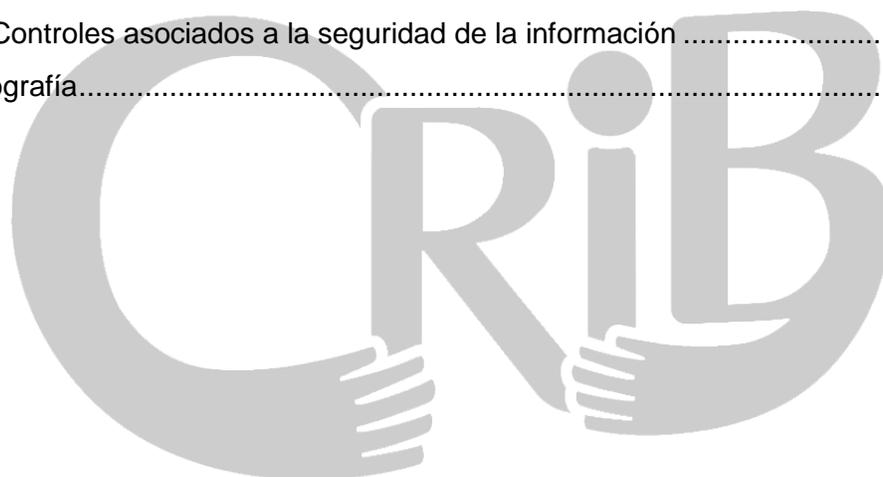


Identificación del riesgo operacional.....	95
Medición y tratamiento de riesgos operacionales.....	96
11.3. Riesgo Actuarial	96
Identificación del Riesgo Actuarial.....	97
Medición y Evaluación del Riesgo Actuarial	97
Tratamiento y Control del Riesgo Actuarial.....	98
11.4. Riesgo de Crédito.....	99
Identificación del Riesgo de Crédito	100
Evaluación y Medición del Riesgo de Crédito.....	100
Tratamiento y Control del Riesgo de Crédito:.....	101
11.5. Riesgo de Liquidez	102
Identificación del Riesgo de Liquidez.....	102
Evaluación y Medición del Riesgo de Liquidez	103
Tratamiento y control del riesgo de liquidez.....	104
11.6. Riesgo de mercado de capitales.....	105
11.7. Gestión del riesgo de grupo.....	105
11.8. Gestión del riesgo reputacional.....	106
Identificación del riesgo reputacional.....	106
Evaluación y Medición del Riesgo Reputacional	107
Tratamiento y Control del Riesgo Reputacional.....	107
12. Lineamientos para el análisis de riesgo fiscal	108
13. Lineamientos sobre los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción	110
13.1. Generalidades e identificación	110
13.2. Valoración de riesgos.	111
13.2.1. Análisis de probabilidad	111
13.3. Análisis del impacto:.....	112
13.4. Mapas de calor en riesgos de corrupción	115
13.5. Valoración de controles	116
13.6. Evaluación de la ejecución de controles	121

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

13.7.	Tratamiento de riesgos de corrupción.....	124
13.8.	Monitoreo de los riesgos de corrupción.	126
13.9.	Seguimiento.....	126
13.10.	Acciones a seguir en caso de materialización de riesgos.	126
14.	Gestión de riesgos de seguridad y privacidad de la información.....	127
14.1.	Identificación de activos de seguridad de la información.....	127
14.2.	Identificación del riesgo de seguridad de la información.	127
14.3.	Identificación del riesgo inherente de seguridad digital	132
14.4.	Valoración del riesgo.	132
14.5.	Controles asociados a la seguridad de la información	133
15.	Bibliografía.....	134



Centro de Rehabilitación
Integral de Boyacá E.S.E.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

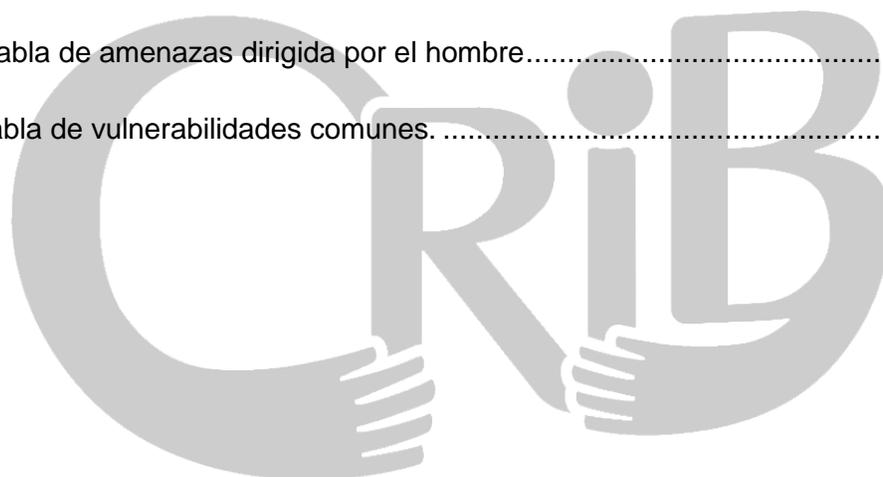
Índice de tablas

Tabla 1. Marco normativo.	26
Tabla 2. Líneas y objetivos estratégicos.	36
Tabla 3 Despliegue del Objetivo Estratégico- Mejorar la gestión integral del riesgo (Prevención, manejo y mitigación) de los procesos institucionales.....	39
Tabla 4 Elementos mínimos del sistema de Gestión de Riesgos	42
Tabla 5 Fuentes generadoras de riesgos.....	53
Tabla 6 Clasificación del riesgo.....	57
Tabla 7 Atributos de para el diseño del control.....	65
Tabla 8 Estrategias de riesgos de gestión en los procesos de la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá. CRIB.	69
Tabla 9 Estrategias de riesgos de privacidad de la información en los procesos de la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá. CRIB.....	71
Tabla 10 Indicadores en los procesos estratégicos de la E.S.E Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.	73
Tabla 11 Criterios para calificar la probabilidad.....	111
Tabla 12. Modelo de encuesta para calificar el impacto en riesgos e corrupción	112
Tabla 13 Análisis y evaluación del control de acuerdo a 6 variables establecidas.....	118
Tabla 14 Peso o participación de cada variable en el diseño del control para la mitigación del riesgo.	119
Tabla 15 Resultados de la evaluación del diseño de control.....	120

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

Tabla 16 Resultados de la evaluación de la ejecución del control.....	121
Tabla 17. Calificación de la solidez del conjunto de controles.....	121
Tabla 18. Resultados de posibles desplazamientos de la probabilidad y del impacto de los riesgos.	122
Tabla 19. Estrategias de riesgos de corrupción en los procesos de la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá. CRIB.....	124
Tabla 20. Tabla de amenazas comunes	128
Tabla 21. Tabla de amenazas dirigida por el hombre.....	129
Tabla 22. Tabla de vulnerabilidades comunes.	130



Centro de Rehabilitación
Integral de Boyacá E.S.E.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Índice de Figuras

Figura 1	Esquema general del modelo integrado de planeación y gestión MIPG.....	29
Figura 2	Operatividad institucional para la administración del riesgo	31
Figura 3	Líneas de defensa del modelo de control interno.....	32
Figura 4	Mapa de procesos	33
Figura 5.	Metodología para la administración del riesgo.....	44
Figura 6	Estructura organizacional según responsabilidades CRIB.....	49
Figura 7	Redacción de riesgo DAFP.....	56
Figura 8	Criterios para definir el nivel de probabilidad.	60
Figura 9	Criterios para definir el nivel de impacto.	61
Figura 10	Matriz de calor (Probabilidad vs Impacto).....	62
Figura 11	Ejemplo aplicado bajo la estructura propuesta para la redacción del control.	64
Figura 12	Movimiento en la matriz de calor acorde con el tipo de control.	68
Figura 13	Estrategias para combatir el riesgo.....	69
Figura 14	Articulación del modelo constitucional control fiscal y sistema de control interno:...	109
Figura 15	Análisis del impacto de riesgos de corrupción.	116
Figura 16	Variables a evaluar para el adecuado diseño de controles	117
Figura 17	Resultados del mapa de riesgo residual.	123

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

Introducción

La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, define su política de administración de riesgos tomando como referente los parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) que están basados en la NTC-ISO 31000 sobre gestión de riesgo, así como el modelo de líneas de defensa de la dimensión de control interno de MIPG cuyos lineamientos se reflejan en la Guía para la administración del riesgo de la función pública – versión 5, Diciembre de 2020 que articula los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad digital.

Con el objeto de fortalecer el proceso operativo, técnico y administrativo del Sistema General de seguridad Social en Salud (SGSSS), la Supersalud mediante la circular externa 20211700000004-5 DE 2021 15-09-2021, dicta las instrucciones generales relativas del código de conducta y del buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas de administración de riesgos. Por lo cual en la presente política se articulan estos preceptos con los lineamientos del DAFP.

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E

El enfoque de esta política es que todos los procesos y áreas deben identificar, analizar, valorar y tratar los riesgos que pudieran afectar la misión y el cumplimiento de los objetivos institucionales en el marco de los programas, proyectos, planes, procesos y productos de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, siendo los líderes de procesos /áreas los responsables en primera línea de una adecuada administración del riesgo, con acompañamiento

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

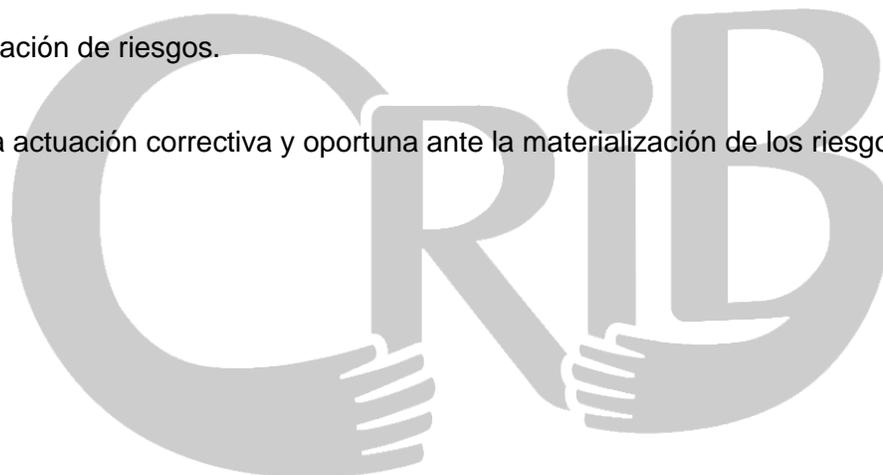
en segunda línea de la oficina asesora de planeación y la evaluación en tercera línea por la oficina asesora de control interno.

La adecuada gestión del riesgo consiste como mínimo en:

a) La identificación y documentación de riesgos de gestión (Contemplando cada proceso), corrupción y de seguridad digital en los programas, proyectos y planes.

b) El establecimiento de acciones de control con enfoque preventivo y detectivo para evitar la materialización de riesgos.

c) La actuación correctiva y oportuna ante la materialización de los riesgos identificados.



Centro de Rehabilitación
Integral de Boyacá E.S.E.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

1. Glosario

Activo: (DAFP, 2020) “En el contexto de seguridad digital son elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, Hardware, información física o digital, recurso humano, entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital”(p. 13).

Administrador:

De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 222 de 1995, “son administradores el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones”. El administrador debe obrar de buena fe, con lealtad y con diligencia. Sus actuaciones se cumplirán en interés de la sociedad, teniendo en cuenta los intereses de sus asociados, y en el cumplimiento de su función, deben realizar como mínimo las expresadas en el artículo 23 de la mencionada Ley. (DAFP, 2020, pág. 8)

Apetito de riesgo:

Es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar, relacionado con sus Objetivos, el marco legal y las disposiciones de la Alta Dirección y del Órgano de Gobierno. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar. (DAFP, 2020, pág. 13)

Atención en Salud: (Supersalud, 2021) “Servicios o tecnologías en salud suministrados a los individuos y a la comunidad para promover, mantener, monitorizar o restaurar el estado de salud” (p.5).

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

Capacidad de riesgo: (DAFP, 2020) “Es el máximo valor del nivel de riesgo que una Entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno que no sería posible el logro de los objetivos de la Entidad”(p.13).

Categorías de riesgos prioritarios:

Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la SNS. Cabe resaltar que las IPS deben gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad y organización que cada entidad les quiera dar para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes riesgos: Riesgo en Salud, Riesgo Actuarial; Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Mercado de Capitales, Riesgo Operacional, Riesgo de Grupo y Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. (Supersalud, 2021, pág. 5)

Causa Inmediata: (DAFP, 2020)“Circunstancias bajo las cuales se presenta el riesgo, pero no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo” (p.12).

Causa Raíz: (DAFP, 2020)“Causa principal o básica, corresponde a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo” (p.12).

Causa: (DAFP, 2020) “Todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo” (p.12).

CGDI: Comité de Gestión y Desempeño Institucional

CICCI: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

Ciclo general de gestión de riesgo: (Supersalud, 2021) “Son las etapas que incorpora un Subsistema de Administración de Riesgos para cada uno de los tipos o categorías de riesgo identificadas”.(p.5).

Confidencialidad: (DAFP, 2020) “Propiedad de la información que la hace no disponible o sea divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados” (p.12).

Conflicto de interés:

Se considera que existe un conflicto de interés cuando por una situación de control, influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas, se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal, desviaciones de recursos de seguridad social, o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector. Estos desequilibrios tienen su fundamento en un “interés privado” que motiva a actuar en contravía de sus obligaciones y puede generar un beneficio personal, comercial o económico para la parte que incurre en estas conductas. (Supersalud, 2021, pág. 5)

Consecuencia: (DAFP, 2020) “Los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas”.(p.12)

Contralor Normativo:

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Cargo o área especializada dentro o fuera de la organización, el cual es nombrado por la Junta Directiva o quien haga sus veces, y ejerce control para asegurar la observancia de las disposiciones normativas aplicables. Sus funciones son dependientes de la Junta o quien haga sus veces, a quien debe asesorar y rendir cuentas. (Supersalud, 2021, pág. 5)

Control automático: (DAFP, 2020) “Son ejecutados por un sistema” (p.45)

Control correctivo: (DAFP, 2020) “Control accionado en la salida del proceso y después de que se materializa el riesgo. Estos controles tienen costos implícitos”.(p. 45)

Control detectivo: (DAFP, 2020) “ Control accionado durante la ejecución del proceso. Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos”. (p.45)

Control fiscal Interno (CFI):

Primer nivel para la vigilancia fiscal de los recursos públicos y para la prevención de riesgos fiscales y defensa del patrimonio público. El Control Fiscal Interno, hace parte del Sistema de Control Interno y es responsabilidad de todos los servidores públicos y de los particulares que administran recursos, bienes, e intereses patrimoniales de naturaleza pública y de las líneas de defensa, en lo que corresponde a cada una de ellas. El Control Fiscal Interno es evaluado por la Contraloría respectiva, siendo dicha evaluación determinante para el fenecimiento de la cuenta. (DAFP, 2022, pág. 67)

Control fiscal multinivel: (DAFP, 2022) “Es la articulación entre el sistema de control interno (primer nivel de control) y el control externo (segundo nivel de control), con la participación activa del control social” (p.66)

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Control manual: (DAFP, 2020) “Controles que son ejecutados por personas”(p.45).

Control preventivo: (DAFP, 2020) “Control accionado en la entrada del proceso y antes de que se realice la actividad originadora del riesgo, se busca establecer las condiciones que aseguren el resultado final esperado”. (p.45).

Control: (DAFP, 2020) “Medida que permite reducir o mitigar un riesgo” (p.12).

Controles: (DAFP, 2020) “Medidas prudentiales, preventivas y correctivas que ayudan a contrarrestar la exposición a los diferentes riesgos. Entre estas se encuentra la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras estrategias de gestión” (p.6)

Cultura de autocontrol:

Concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a la entidad contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda la organización (desde la Junta Directiva y la Alta Gerencia, hasta los propios empleados), los cuales pueden proveer una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la entidad. (Supersalud, 2021, pág. 6)

Disponibilidad: (DAFP, 2020) “Propiedad de ser accesible y utilizable a demanda por una entidad” (p.12).

Evento de pérdida: (DAFP, 2020) “Son las situaciones que generan pérdidas a las entidades al exponerse a cualquier riesgo”.(p. 6).

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Evento: (Supersalud, 2021) “Situación que se presenta en un lugar específico y durante un intervalo de tiempo determinado” (p.6).

Eventos externos: (Supersalud, 2021) “Son eventos ocasionados por terceros, o, asociados a la naturaleza que, debido a su causa y origen, se escapan del control de la entidad” (p.6).

Eventos potenciales: (DAFP, 2020) “Hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos” (p.12).

Evento potencial:

Hechos inciertos o incertidumbres, refiriéndonos a riesgo fiscal, se relaciona con una potencial acción u omisión que podría generar daño sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública. En esta guía, el evento potencial es equivalente a la causa raíz. (DAFP, 2022, pág. 69)

Factores de riesgo:

Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros. (Supersalud, 2021, pág. 6)

Factores de Riesgo: (DAFP, 2020) “Son las fuentes generadoras de riesgos” (p.12).

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Gestión de eventos: (DAFP, 2020) “Un evento es un riesgo materializado, base histórica de eventos que permita revisar si el riesgo fue identificado y qué sucedió con los controles” (p.58).

Gestión de Riesgo (DAFP D. A., 2018)“Proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos” (p.8).

Gestión de Riesgo: (ISO 31000) “Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo” (p.4).

Gestión de Riesgo:

Es un enfoque estructurado y estratégico liderado por la Alta Gerencia acorde con las políticas de gobierno organizacional de cada entidad, en donde se busca implementar un conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia o mitigar el impacto de un evento de riesgo potencial (incertidumbre) que pueda afectar los resultados y, por ende, el logro de los objetivos de cada entidad, así como el cumplimiento de los objetivos en el SGSSS o sus obligaciones. Dentro de este conjunto de acciones se incluye, entre otros, el ciclo general de gestión de riesgo. (Supersalud, 2021, pág. 6)

Gobierno Organizacional:

Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables a cualquier tipo de entidad, mediante los cuales se dirige y controla la gestión de estas de conformidad con las disposiciones contenidas en la presente Circular y demás disposiciones sobre la materia. Tiene como objeto la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión de las entidades se

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión. (Supersalud, 2021, pág. 6)

Grupos de Riesgo: (Supersalud, 2021) “Conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios” (p.6)

Impacto: (DAFP D. A., 2020) “Las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo” (p.12).

Indicadores clave de riesgo:

Hace referencia a una colección de datos históricos, por periodos de tiempo, relacionados con algún evento cuyo comportamiento puede indicar una mayor o menor exposición a determinados riesgos. No indica la materialización de los riesgos, pero sugiere que algo no funciona adecuadamente y, por lo tanto, se debe investigar. (DAFP D. A., 2020).(pp. 58-59)

Influencia Significativa: (Supersalud, 2021): Es “El poder de intervenir en las decisiones de política financiera y de operación en la participación, sin llegar a tener el control ni el control conjunto de dichas decisiones (p.6).

Integridad: (DAFP D. A., 2020) Según el DAFP se define como “Propiedad de exactitud y completitud” (p.12).

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

Nivel de riesgo:

Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos. En general la fórmula del Nivel del Riesgo es Probabilidad * Impacto, sin embargo, pueden relacionarse las variables a través de otras maneras diferentes a la multiplicación, por ejemplo, mediante una matriz de Probabilidad Impacto. (DAFP D. A., 2020, pág. 13)

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. (Supersalud, 2021, pág. 26)

Pago por Capitación: (Supersalud, 2021): Se define como la “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” (p.26).

Pago por evento: (Supersalud, 2021): Se define como la “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” (p.26)

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Pago por Grupo Relacionado de Diagnóstico: (Supersalud, 2021) Es la “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”.(p.26)

Pérdidas: (Supersalud, 2021): “Cuantificación económica que representa la materialización de un evento de Riesgo Operacional, donde se incluyen los gastos derivados de su atención” (p.6).

Perfil de riesgo: (Supersalud, 2021) “Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad”. (p. 6).

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: (DAFP D. A., 2020): “Plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal” (p.13).

Probabilidad:

Se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. La probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año. (DAFP D. A., 2020, pág. 12).

Pruebas de desempeño o de autocomprobación (Back Testing):

Se desarrolla para evaluar y calibrar la consistencia y confiabilidad de la medición de los indicadores de riesgos estimados por parte del modelo que se está utilizando, mediante la comparación de los resultados que el modelo arrojó, frente a los resultados observados. De esta

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

manera se pueden identificar y ajustar los supuestos, parámetros y demás elementos que hacen parte del modelo de cálculo. (Supersalud, 2021, pág. 6)

Pruebas de tensión (Stress Testing):

Herramienta de diagnóstico donde bajo varios escenarios de estrés, se simulan diferentes choques extremos a los factores de riesgo para evaluar su sensibilidad e impacto, además de la capacidad de respuesta que las entidades tienen para enfrentarlos. Busca identificar fortalezas y vulnerabilidades de los Subsistemas de Administración de Riesgos de manera individual para cada riesgo, y así cada entidad pueda comprender mejor sus propios perfiles de riesgo y validar los límites establecidos. (Supersalud, 2021, pág. 7)

Reputación:

Percepción agregada que sobre una organización tienen los agentes relacionados con ella, sean estos clientes, accionistas, grupos de interés, partes vinculadas o público en general, la cual tiene el potencial de afectar la confianza en la entidad, influenciando su volumen de negocios, y su situación general. Esta puede variar por factores tales como el desempeño, escándalos, menciones en prensa, entre otros. (Supersalud, 2021, pág. 7)

Riesgo de Corrupción: (DAFP D. A., 2020) “Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado”. (p.12).

Riesgo de Seguridad de la Información: (DAFP D. A., 2020) “Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

información. Suele considerarse como una combinación de la probabilidad de un evento y sus consecuencias. (ISO/IEC 27000)” (p.12).

Riesgo inherente: (Supersalud, 2021) “Nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control” (p.7).

Riesgo Inherente: (DAFP D. A., 2020) “Nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto, nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad” (12).

Riesgo fiscal: (DAFP, 2022): “Efecto dañoso sobre recursos públicos o bienes o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial” (pág., 68)

Riesgo neto global: (Supersalud, 2021) “Resultado de la combinación de cada uno de los riesgos residuales de la entidad, teniendo en cuenta la importancia relativa que a cada categoría de riesgo le haya asignado la Entidad” (p.7).

Riesgo neto o residual: (Supersalud, 2021): “Nivel de riesgo que resulta luego de la aplicación de las medidas de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes”(p.7).

Riesgo Residual: (DAFP D. A., 2020) Es “El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente” (p.12).

Riesgo significativo: (Supersalud, 2021) “Riesgo identificado y valorado de incorrección material que, a juicio del auditor, requiere una consideración especial en la auditoría” (p.7).

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Riesgo: Según manual del DAFP se define como el (DAFP D. A., 2020) “Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales” (p.12).

Riesgo: (Supersalud, 2021) “Según concepto de la Supersalud se define como la posibilidad que ocurra un evento que pueda afectar negativamente el cumplimiento de la operación de una Entidad y que atenten contra los objetivos del SGSSS” (p.7).

Riesgo: (ISO 31000) Se define como el “Efecto de la incertidumbre sobre los objetivos”(p.4).

Seguridad del Paciente: (Supersalud, 2021) “Es 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 de salud o de mitigar sus consecuencias”.(p.7)

SGI: Sistema Gestión Institucional

Tratamiento del riesgo:

Es la respuesta establecida por la primera línea de defensa para la mitigación de los diferentes riesgos, incluyendo aquellos relacionados con la corrupción. A la hora de evaluar las opciones existentes en materia de tratamiento del riesgo, y partiendo de lo que establezca la política de administración del riesgo, los dueños de los procesos tendrán en cuenta la importancia del riesgo, lo cual incluye el efecto que puede tener sobre la entidad, la probabilidad e impacto de este y la relación costo-beneficio de las medidas de tratamiento. Pero en caso de que una respuesta ante el riesgo derive en un riesgo residual que supere los niveles aceptables para la dirección se

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

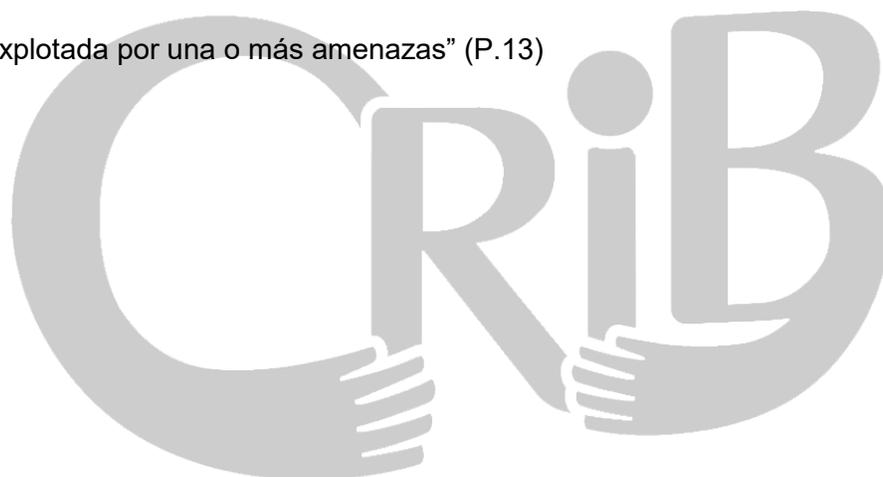
	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

deberá volver a analizar y revisar dicho tratamiento. En todos los casos para los riesgos de corrupción la respuesta será evitar, compartir o reducir el riesgo. (DAFP D. A., 2020, pág. 70)

TIC: Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Tolerancia del riesgo: (DAFP D. A., 2020) “Es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del Apetito de riesgo determinado por la entidad”(p.13).

Vulnerabilidad: (DAFP D. A., 2020) “Representan la debilidad de un activo o de un control que puede ser explotada por una o más amenazas” (P.13)



Centro de Rehabilitación
Integral de Boyacá E.S.E.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

2. Marco Normativo

Tabla 1. Marco normativo.

DECRETO 1083 DE 2015	<p>Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. Actualizado el 3 de agosto de 2022. En el cual su artículo 2.2.21.5.4 nos habla de la administración de riesgos.</p>
DECRETO 1499 DE 2017	<p>Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. En el artículo 2.2.22.1.1. nos habla del sistema de gestión creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad.</p>

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

DECRETO 612 DE 2018	<p>Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado.</p>
CIRCULAR EXTERNA 2021170000004-5 DE 2021 15-09-2021	<p>Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos</p>
Decreto 780 de 2016	<p>Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.</p>
Ley 1797 de 2016	<p>Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.</p>
Decreto 1876 del 1994	<p>Señala la naturaleza jurídica de las Empresas Sociales del Estado, su objeto, los principios básicos para cumplir con su objeto, los objetivos de las E.S.E., estructura básica, Juntas Directivas, Gerentes, régimen jurídico de sus actuaciones y de los contratos, determina la obligación de elaborar un Plan de Seguridad Integral Hospitalaria que garantice la prestación de los servicios de Salud en caso de situaciones de emergencia y desastre, y de un plan anual de desarrollo</p>

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

LEY 610 de 2000	Por la cual se establece el trámite de los procesos de responsabilidad fiscal de competencia de las contralorías
Artículo 267 y 268 de la Constitución Política	<p>Art 267 La vigilancia de la gestión fiscal del Estado incluye el ejercicio de un control financiero, de gestión y de resultados, fundado en la eficiencia, la economía, la equidad y la valoración de los costos ambientales.</p> <p>Art 268 dispone que los cargos en la Contraloría se asignan mediante concurso público. Así, en esta entidad de eminente naturaleza técnica, prevalece el principio constitucional de la carrera administrativa.</p>

Nota: Elaboración propia.

3. Consideraciones estratégicas

3.1. Modelo Integrado de Planeación y gestión- MIPG

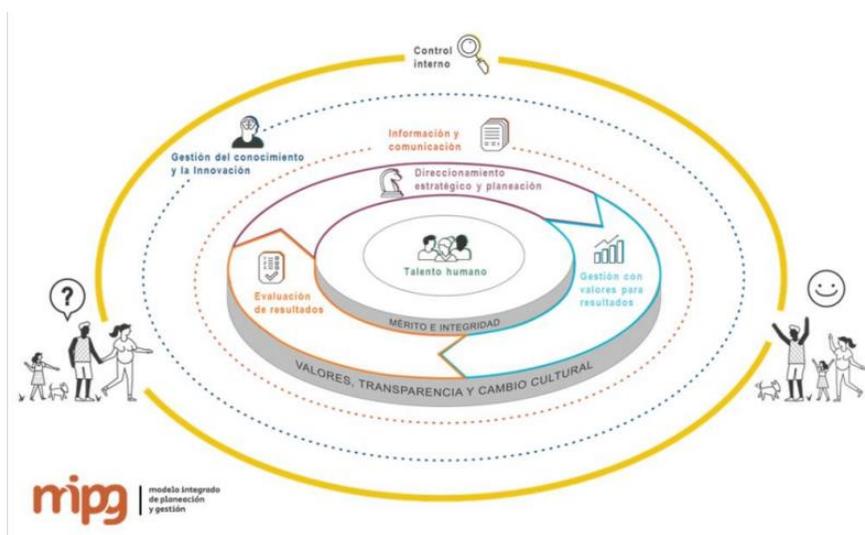
El modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar las actividades de las entidades y organismos públicos, este modelo tiene el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos con integridad y calidad en el servicio (Manual operativo MIPG, 2019, p. 6). El MIPG opera a través de 7 dimensiones

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

(talento humano, direccionamiento estratégico, gestión con valores para el resultado, evaluación de resultados, información y comunicación, gestión del conocimiento y la innovación y, finalmente, control interno) que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional y que, implementadas de manera articulada e interrelacionada, permitirán que el modelo funcione y opere adecuadamente. La Figura 1 ilustra las 7 dimensiones del modelo:

Figura 1 Esquema general del modelo integrado de planeación y gestión MIPG



Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p. 14) Año 2020

De acuerdo con el numeral 2.2.1 “política de planeación institucional” de la dimensión “Direccionamiento estratégico y planeación” del MIPG, para responder a la pregunta ¿Cuáles son las prioridades identificadas por la entidad y señaladas 15 en los planes de desarrollo nacionales

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

y territoriales?, se deben formular las metas de largo plazo, tangibles, medibles, audaces y coherentes con los problemas y necesidades que deben atender o satisfacer, evitando proposiciones genéricas que no permitan su cuantificación y definiendo los posibles riesgos asociados al cumplimiento de las prioridades. En este sentido, es claro que la identificación y valoración de riesgos se integra en el desarrollo de la estrategia, la formulación de los objetivos de la entidad y la implementación de esos objetivos a través de la toma de decisiones cotidiana en cada uno de los procesos. Este desarrollo se da en los diferentes niveles de la organización, por lo que cada entidad, de acuerdo con su esquema de direccionamiento estratégico, procesos, procedimientos, políticas de operación, sistemas de información, tendrá insumos esenciales para iniciar con la aplicación de la metodología propuesta para la administración del riesgo.

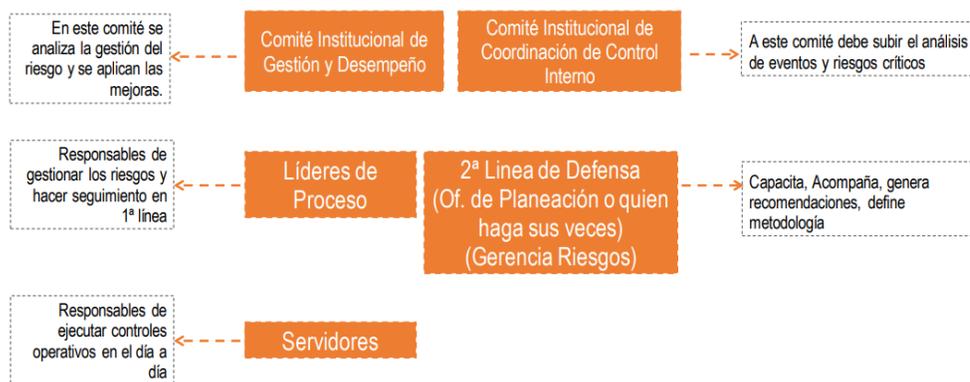
3.2. Institucionalidad

El modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) define para su para su operación articulada la creación en todas las entidades del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, regulado por el Decreto 1499 de 2017 y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, reglamentado a través del artículo 13 de la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017, en este marco general, para una adecuada administración del riesgo, dicha institucionalidad entra a funcionar de la siguiente forma:

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Figura 2 Operatividad institucional para la administración del riesgo



Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (DAFP, 2020) (p 20)

La institucionalidad propuesta por el DAFP responde al modelo de líneas de defensa definido por el Instituto Internacional de Auditores (IIA) y adoptado por el MIPG que proporcionar una manera simple y efectiva de mejorar las comunicaciones en la administración del riesgo y control mediante la aclaración de funciones y deberes esenciales relacionados, en la figura 4 se puede observar el esquema del modelo de las tres líneas de defensa.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Figura 3 Líneas de defensa del modelo de control interno.



Nota: Tomado de Control Interno, Esquema Líneas de Defensa de Líneas (MIPG, 2019, pág. 15)

E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá deberá articular el despliegue del esquema de líneas de defensa en los que respecta a la administración de riesgos en el mapa de aseguramiento de la entidad.

3.3. Modelo de operación por procesos,

Este modelo de operación se basa en el enfoque por procesos de la NTC 9001:2015 sobre requisitos de la gestión de la calidad que a su vez es integrada en el MIPG en los atributos de calidad por dimensiones. Este enfoque propende por una gestión más eficiente que tiene como principio la mejora continua en el marco del ciclo PHVA, que busca la satisfacción del cliente (Grupos de valor en el marco de MIPG).

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Este enfoque permite a la organización controlar las interrelaciones y dependencias en el sistema, de modo que pueda mejorar el desempeño global bajo una perspectiva holística e integradora que cumpla con los objetivos estratégicos de la entidad.

Este enfoque implica la definición sistemática de cada proceso y sus interacciones de acuerdo con la política de calidad y direccionamiento estratégico de la entidad.

A continuación, en la figura 4 se muestra el mapa actual de procesos de la entidad.

Figura 4 Mapa de procesos



Nota: Tomado de Plan de desarrollo institucional.2020-2023 CRIB.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

3.4. Conocimiento de la Entidad

La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá es creada a través de Resolución No.006 del 26 de febrero de 1965, emanada de la entonces Beneficencia de Boyacá, bajo la denominación de Hospital Psiquiátrico de Boyacá, determinándole como función la de “resolver el problema de los enfermos mentales Boyacenses”

En 1975 la Entidad entra a ser parte del Sistema Nacional de Salud como Hospital de Segundo Nivel de Atención, adscrito al Servicio Seccional de Salud de Boyacá.

Mediante Decreto No. 1529 de 1995 la Gobernación de Boyacá reestructura el Hospital Psiquiátrico de Boyacá como una Empresa Social del Estado del orden Departamental.

Con la Ordenanza No. 013 de 1997 se modifica la denominación de la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico de Boyacá por la de Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.

De conformidad con lo dispuesto por el Decreto Ordenanza 1529 proferido por la Gobernación de Boyacá el 27 de diciembre de 1995 y modificado por la Ordenanza 013 del 14 de mayo de 1997, la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, es una entidad con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, por el derecho privado en lo que se refiere a contratación y por el Estatuto de Contratación propio. Debido a su autonomía, La Entidad se organizará, gobernará y establecerá sus normas y reglamentos de conformidad con los principios constitucionales y legales que le permitan desarrollar los fines para los cuales fue constituida. (Dcto.1876 de 1994).

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

3.5. Direccionamiento Estratégico

El direccionamiento estratégico de la entidad se actualiza cada 4 años con el cambio de administración según el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016 “los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para períodos institucionales de 4 años” (Congreso de la República de Colombia, 2016), y según el Artículo 2.5.3.8.4.5.2 del Decreto 780 de 2016 en concordancia con Decreto 1876 de 1994 “Las Empresas Sociales del Estado deberán anualmente elaborar Un Plan de Desarrollo , de conformidad con la Ley y Reglamentos” (Presidencia de la República de Colombia, 2016).

En conformidad con lo preceptuado en el párrafo inmediatamente anterior y teniendo en cuenta que las directrices de un direccionamiento estratégico son a largo plazo, los gerentes de las E.S.E. presentan en simultaneo con sus planes de gestión a la Junta Directiva como máximo órgano decisorio el Plan de Desarrollo Institucional que tiene un horizonte de cuatro años y con un plan operativo anual para cada vigencia en conformidad con el Artículo 2.5.3.8.4.5.2 del Decreto 780 de 2016.

El actual Plan de Desarrollo Institucional que contiene el direccionamiento estratégico de la entidad para el período comprendido entre 2020 y 2023 fue aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo 003 de 2020. Este plan de Desarrollo este compuesto de la siguiente plataforma estratégica:

3.5.1. Plataforma Estratégica:

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Misión

Servir a la comunidad boyacense brindando una atención integral en salud mental con calidad, seguridad y excelencia que promueva la construcción del bienestar del paciente, su familia y su comunidad.

Visión

En el 2024 el CRIB será reconocida como la empresa líder de la red de atención de salud mental en el departamento de Boyacá prestando servicios integrales que disminuyan el estigma y propendan por la rehabilitación y reintegración social del paciente, garantizando altos estándares de calidad en infraestructura, gestión de servicios y del talento humano.

Objetivos estratégicos:

Tabla 2. Líneas y objetivos estratégicos.

LÍNEAS ESTRATEGICAS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS
Talento Humano	Planear, desarrollar y evaluar la gestión del talento humano de la E.S.E. CRIB en el marco de la ruta que estable MIPG para la creación valor público

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Desarrollo Administrativo	Fortalecer la capacidad y el desempeño administrativo de la entidad para optimizar la gestión institucional propendiendo por el mejoramiento continuo de los procesos
	Mejorar la gestión integral del riesgo (Prevención, manejo y mitigación) de los procesos institucionales
	Fortalecer la gestión contractual de bienes y servicios para proteger los recursos públicos de la entidad
	Garantizar el fomento de la integridad y la transparencia en la gestión de los procesos institucionales
	Integrar en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación a la prestación de servicios asistenciales
Infraestructura	Mejorar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud
	Dirigir la prestación de servicios hacia la atención primaria en salud mental con un enfoque que dignifique y elimine el estigma del paciente favoreciendo su rehabilitación integral

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

Desarrollo de Servicios	Alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud minimizando los riesgos para el paciente y su familia
--------------------------------	--

Nota: Tomado de Plan de desarrollo institucional.2020-2023 CRIB.

Principios y valores corporativos:

- **Respeto.** Es nuestro compromiso por escuchar, valorar y comprender a nuestros compañeros y pacientes, tratar de entender su actuación, hablando con la verdad y esforzándose por controlar nuestras propias emociones, entendiendo nuestras diferencias y aceptando las normas y políticas de la entidad.
- **Excelencia.** Nos caracterizamos por la disposición de dar lo mejor de nosotros en toda tarea que realicemos, desarrollando las mejores prácticas, superándonos cada día en todas las áreas y en el trato amable y empático a nuestros compañeros y pacientes.
- **Proactividad.** Cuando somos proactivos estamos atentos a la búsqueda de soluciones, dispuestos a ponernos manos a la obra sin dejar pasar el tiempo, afrontando nuestras responsabilidades sin excusas y dispuestos a servir a nuestros compañeros y pacientes.
- **Honestidad.** Somos personas transparentes e íntegras, que cumplimos con las normas y políticas de la entidad, hacemos buen uso de la información, anteponiendo la verdad en cualquier situación y entendemos el valor de la confidencialidad de la información acerca de nuestros compañeros y pacientes.
- **Cuidado.** Somos cuidadosos cuando estamos comprometidos con la ayuda a nosotros mismos y a los demás, procurando aumentar el bienestar y evitando la ocurrencia de

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

algún daño, protegemos nuestra familia y trabajo diario, valorando el tiempo y preservando los elementos que la entidad ha puesto a nuestra disposición para la realización de tareas.

- **Gratitud.** Soy una persona agradecida, puedo reconocer y valorar lo que vivo y disfruto a mi alrededor, puedo reconocer las personas a mi alrededor haciendo las cosas bien, y eso me motiva a dar cada momento lo mejor de mí en cada momento y frente a cualquier situación

3.6. Gestión de Riesgos en el Plan de Desarrollo

En el marco del objetivo estratégico “Mejorar la gestión integral del riesgo (Prevención, manejo y mitigación) de los procesos institucionales” en el plan operativo anual del Plan de Desarrollo Institucional se cuenta con el siguiente despliegue:

Tabla 3 Despliegue del Objetivo Estratégico- Mejorar la gestión integral del riesgo (Prevención, manejo y mitigación) de los procesos institucionales.

OBJETIVO ESTRATEGICO	POLÍTICA	PLAN	META
Mejorar la gestión integral del riesgo (Prevención, manejo y mitigación) de los procesos institucionales	Seguimiento y evaluación	Institucional de auditoría integra	Fortalecer e implementar la sostenibilidad de MIPG
			Gestionar el plan anual de auditorías

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

	Gestión del riesgo	Gestión integral del riesgo	Actualizar los mapas de riesgo por procesos
		Defensa Jurídica	Formular, implementar y evaluar plan de prevención de conducta antijurídica y daño antijurídico en la entidad
			Defensa jurídica para la adecuada defensa de los intereses institucionales de los litigiosos de la entidad
		Defensa jurídica para la protección de la institucionalidad de los recursos públicos	Elaborar y ejecutar del manual de adecuada defensa de los intereses litigiosos de la entidad

Nota: Adaptado de Plan de Desarrollo CRIB 2020-2023

La anterior tabla describe las políticas, planes y metas de objetivo estratégico planteado, el cual refleja el compromiso de alta dirección con la gestión de riesgos.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

4. Sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas

Según la Superintendencia Nacional de Salud las entidades deben desarrollar y mantener una estructura organizacional apropiada para la administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de acuerdo con su tamaño, estructura, actividad económica y demás características particulares. Para el efecto, deben establecer y preservar estándares que permitan contar con personal idóneo para la administración de los riesgos. De igual forma, deben quedar claramente asignadas las responsabilidades de las diferentes personas y áreas involucradas en los respectivos procesos y procedimientos, establecer reglas internas dirigidas a prevenir y sancionar conflictos de interés, a controlar el uso y a asegurar la reserva de la información. (Supersalud, 2021, pág. 7)

Para lograr un mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de riesgos es indispensable la implementación y la ejecución de mejores prácticas organizacionales mediante la formulación, implementación, desarrollo y seguimiento de un Código de Conducta y de Buen Gobierno en cada entidad.

El sistema Integrado de Gestión de Riesgos se compone de 8 subsistemas según la Supersalud. Estos subsistemas son:

- Riesgo en Salud
- Riesgo Operacional
- Riesgo Actuarial
- Riesgo de Crédito
- Riesgo de Liquidez

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

- Riesgo de Mercado de Capitales
- Riesgo de Grupo
- Riesgo Reputacional

En la tabla 2 se muestran los elementos mínimos que la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá debe tener en cuenta en el desarrollo de cada subsistema:

Tabla 4 Elementos mínimos del sistema de Gestión de Riesgos

PROCESOS/AREAS	ACCIONES
Ciclo general de riesgos	El cual está documentado según la metodología planteada en la presente política
Políticas de Gestión de Riesgos	Se está documentando en el presente documento
Procesos y Procedimientos	La entidad cuenta con un manual que debe estar actualizado de procesos y procedimientos según los lineamientos del DAFP
Documentación	Se encuentra relacionado con toda la información de sistemas de gestión de riesgo, lo cual comprende políticas, manuales, procedimientos, matrices, seguimientos y auditorias

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Estructura Organizacional	Sera documentada en la presente política
Infraestructura Tecnológica	Sera evaluado en mesa técnica con el área de sistemas y la subgerencia administrativa y financiera.
Divulgación de la Información y Capacitaciones	Sera concertado e incluido en el plan institucional de capacitaciones de cada vigencia

Nota: Adaptado Circular EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021- Supersalud, (p. 3) Año

2021



Centro de Rehabilitación
Integral de Boyacá E.S.E.

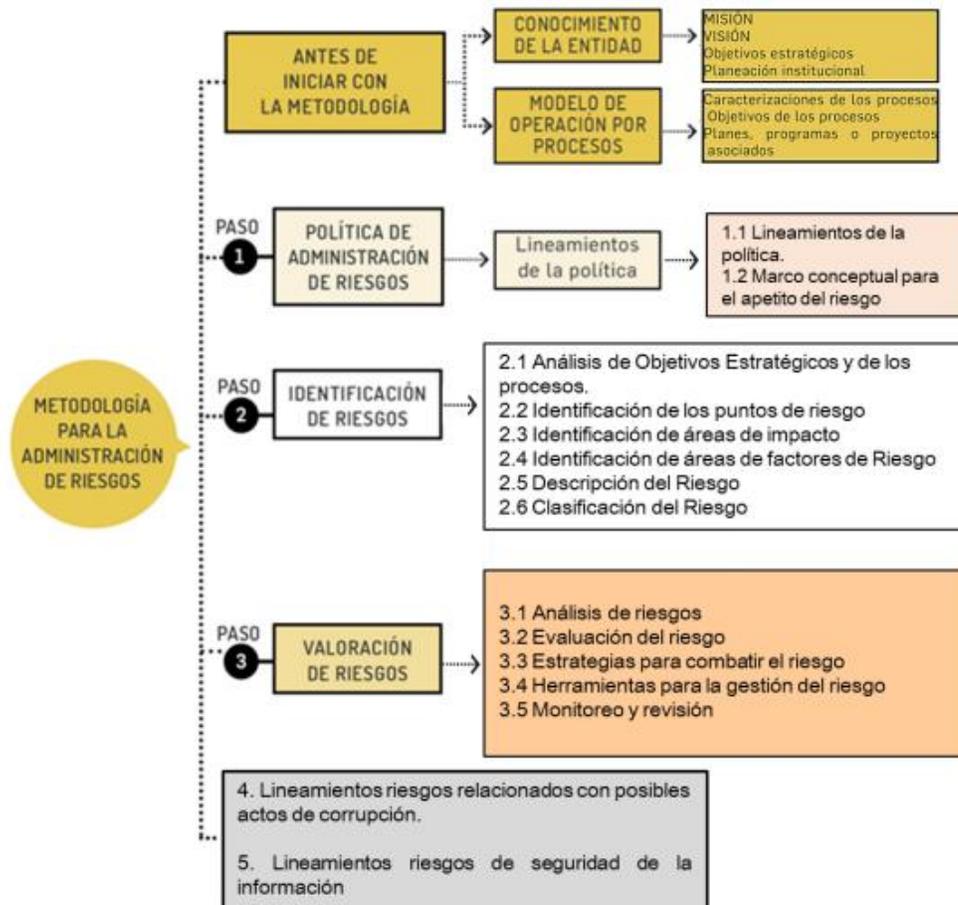
Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

5. Metodología para la administración de riesgos

La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá toma como referencia la metodología planteada por el DAFP en la guía de administración del riesgo y el diseño de controles para entidades públicas (2020) Versión 5, la cual se muestra en la figura 5.

Figura 5. Metodología para la administración del riesgo.



Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (DAFP, 2020) (p.20)

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

6. Lineamientos de administración del riesgo.

6.1. Objetivo:

Gestionar integralmente el riesgo en cada proceso de la Empresa con un enfoque preventivo para mejorar la probabilidad de alcanzar los objetivos institucionales y estratégicos, propendiendo por una gobernanza que fomente la gestión proactiva, mejore el aprendizaje organizacional, optimice la gestión de los recursos, minimizando costos y maximizando la eficiencia en la utilización de estos.

6.2. Objetivos Específicos

- Realizar una revisión sobre el conocimiento de la entidad, líneas estratégicas y objetivos, con el fin de conocer el enfoque de la metodología para la gestionar integralmente los riesgos en la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.
- Identificar los riesgos de cada uno de los procesos del E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.
- Realizar la valoración y tratamiento o controles de los riesgos identificados en los procesos del E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, según guía planteada por el DAFP
- Identificar, evaluar, y realizar el respectivo tratamiento de los riesgos priorizados por la Supersalud.
- Establecer los lineamientos acerca del monitoreo y seguimiento de los riesgos identificados en cada uno de los procesos de la institución.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

6.3. Alcance

El alcance de la presente política se extiende a todos los niveles organizacionales, dependencias y procesos de la Entidad contemplando riesgos por proceso, de corrupción y de seguridad y privacidad de la información.

Los riesgos por proceso a su vez se desarrollan según los subsistemas planteados por la Supersalud.

6.4. Declaración de la Política

La E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, se compromete administrar los riesgos en el marco de la gestión eficiente y efectiva del direccionamiento estratégico institucional, bajo el enfoque por procesos y a través de la identificación, análisis y valoración de los riesgos que puedan afectar la misión y el cumplimiento de los objetivos institucionales en el marco de los programas, proyectos, planes, procesos y productos de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, contemplando su tratamiento control y seguimiento con el fin de minimizar la materialización de los riesgos.

6.5. Generalidades de la política de administración de Riesgos.

- Esta Política de Gestión de Riesgos en la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá deberá ser aprobada por la Junta Directiva, y adoptada por la gerencia.
- Esta política deberá revisada como mínimo una vez al año, su aprobación y sus respectivas modificaciones deben tener constancia en acta de la junta Directiva. Su adopción debe constar en Resolución.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

- La E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá establecerá mecanismos de comunicación y socialización con el objetivo de que todos los funcionarios conozcan la política de administración de riesgos y los aspectos que puedan afectar sus procesos; se deberá incluir en el Plan Nacional de Capacitaciones como mínimo una vez en cada vigencia donde se socialicen las políticas identificadas de gestión de Riesgos de la institución.

- La institución establecerá un Comité de Riesgos, o según determinación de gerencia estas funciones se deberán establecer en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

- La oficina asesora de planeación o quien haga sus veces será la encargada de liderar la administración de riesgos de la entidad.

- En el comité Institucional de Coordinación de Control Interno se evaluará la política, sus efectos y resultados en concordancia con el estado del Sistema de Control Interno de la entidad.

- Los líderes de proceso deberán presentar un informe mensual sobre la gestión de riesgos enfocado en los monitoreos de primera línea de defensa que corresponden a los controles del día a día. Este informe debe ser presentado a su jefe inmediato o supervisor de contrato.

- La oficina asesora de planeación o quien haga sus veces presentara un informe trimestral sobre la gestión y monitoreo de la política de riesgos institucional en el Comité de Gestión y Desempeño Institucional.

- Desde el área de gerencia se presentará anualmente ante la junta Directiva un reporte sobre el estado de la administración de los riesgos según resultados obtenidos en el Comité de Riesgos o Comité de Gestión y Desempeño Institucional según corresponda, de igual

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

manera se puede incluir los reportes de evaluación presentados en el Comité institucional de control interno.

- Según requerimientos que realice la junta Directa , el revisor fiscal presentara informe del funcionamiento del sistema de administración de riesgos de la institución.

6.6. Actualización de la Política:

La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá actualizara su política de administración de riesgos de manera anual, durante el primer trimestre de cada vigencia; este proceso estará a cargo de la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces.

La política será socializada en el Comité de riesgos o en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño según corresponda para recomendaciones y revisión. Una vez aprobada por la Junta Directiva, será presentada en el Comité institucional de coordinación de control interno.

6.7. Estructura para la administración del riesgo

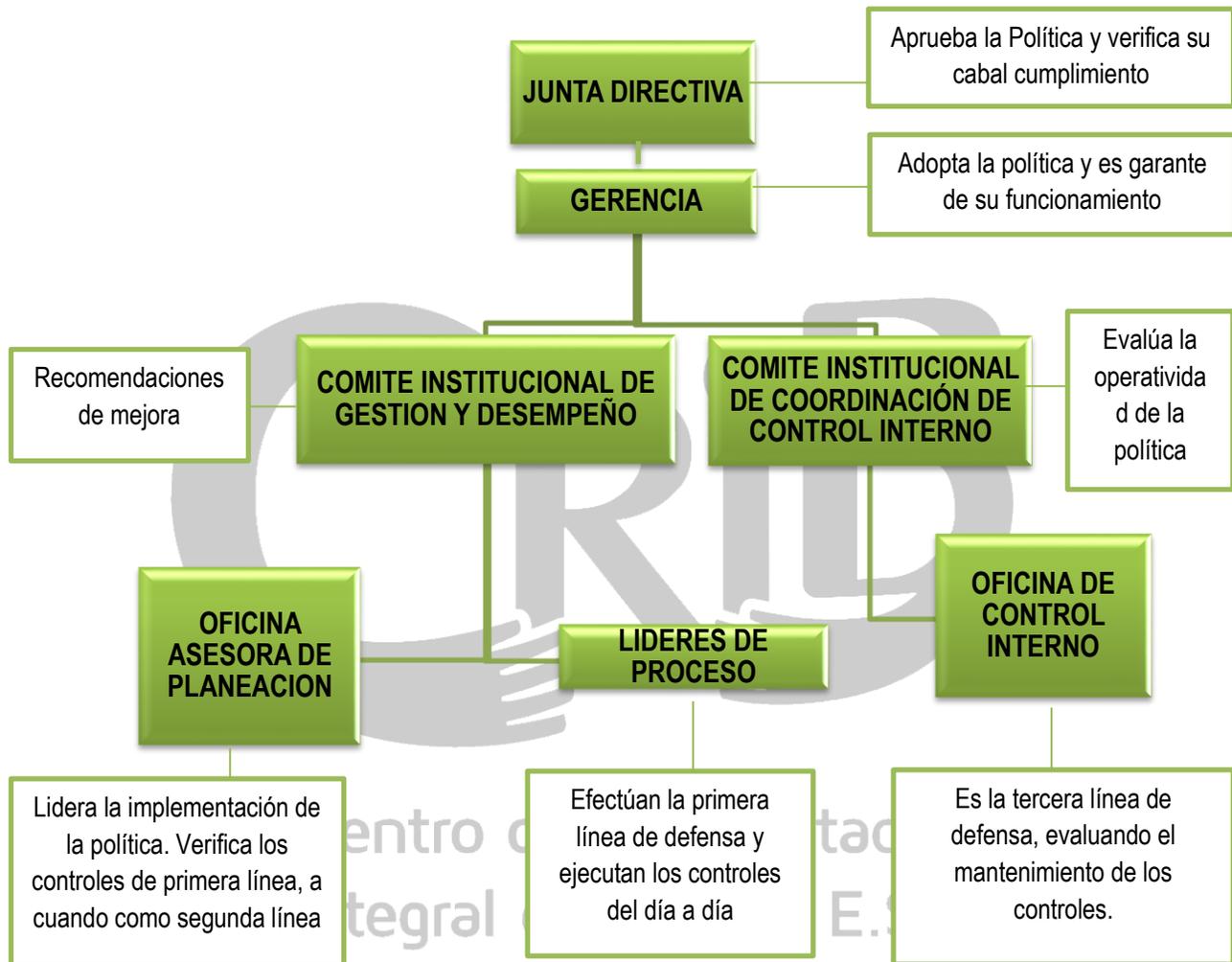
Para determinar la correcta identificación, evaluación y mitigación del riesgo en la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, se harán mesas de trabajo por cada uno de los procesos de la E.S.E., en la cual deberá estar el líder junto con su equipo de trabajo, bajo el acompañamiento metodológico de la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces. para así tener. Este ejercicio se hará de manera anual y una vez actualizada la presente política.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

6.8. Estructura Organizacional

Figura 6 Estructura organizacional según responsabilidades CRIB.



Nota: Elaboración propia

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

6.9. Representante legal:

Será encargado de garantizar el cumplimiento de la política para la administración de riesgos, así como también realizará un seguimiento anual que presentará a la Junta Directiva donde reportará el estado actual del sistema de administración de riesgos según avances o conclusiones del Comité de Riesgos o el Comité Institucional de Gestión y Desempeño Institucional según corresponda. También deberá reportar cualquier novedad del ámbito de riesgos prioritarios mediante oficio dirigido a la superintendencia Nacional de Salud.

6.10. Área de gestión de riesgos:

En la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces será el área de gestión de riesgos, la cual se encargará del diseño de metodologías, identificación, control y monitoreo de los riesgos junto con los líderes de proceso. En lo que respecta a gestión de riesgos actuará como segunda línea de defensa, verificando los controles de la primera línea que corresponderá a los líderes de proceso. Será el área encargada de la custodia de la información y archivo relacionado con gestión de riesgos.

6.11. Infraestructura tecnológica:

La información relacionada con la gestión de riesgos será consolidada por la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces, así como toda la documentación relacionada con el sistema de gestión de riesgos será consolidada en el archivo de oficina asesora de planeación o quien haga sus veces para su correcto uso, administración e archivo del mismo.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

La entidad podrá determinar según las necesidades y requerimientos la administración de un software especializado para la administración del riesgo.

6.12. Órganos de control

En la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, se cuenta con órganos de control tales como:

- Oficina Asesora de Control Interno. (Evaluación independiente)
- Revisoría fiscal; (órgano delegado de la Junta Directiva de la E.S.E.)

7. Identificación del riesgo

En la etapa de identificación de riesgos se tiene en cuenta el contexto estratégico de la entidad E.S.E Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, en relación con el plan de desarrollo Institucional 2020-2023, el plan de gestión 2020-2023 y el Plan de acción anual, para su correcto alineamiento e identificación de riesgos. Se tendrá en cuenta las siguientes fases:

7.1. Análisis de objetivos estratégicos y de los procesos:

Mediante el análisis de objetivos estratégicos se identificará los posibles riesgos que afecten el cumplimiento de los mismos; Se deberá analizar los objetivos de cada uno de los procesos, los cuales deberán estar alineados a la estrategia institucional. Estos objetivos deberán ser evaluados según la metodología SMART (SMART, por sus siglas en ingles Specific, Mensurable, Achievable, Relevant, Timely.). que contengan las características mínimas: específico, medible, alcanzable, relevante y proyectado en el tiempo

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

En la E.S.E Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá se realizará este ejercicio de manera anual, de acuerdo al análisis de cambios del entorno y capacidades realizado por la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces.

7.1. Identificación de los puntos de riesgos:

Actividades que se realizarán mediante mesas de trabajo como mínimo una vez al año de acuerdo al cronograma establecido en la planeación institucional. Este cronograma deberá ser establecido en conjunto con la aprobación del plan de acción del que habla el decreto 612 del 2018 y aprobado en Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Los líderes de proceso identificados son los que identificarán los riesgos con la asesoría de la Oficina asesora de planeación o quien haga sus veces, esto en conformidad con el conocimiento técnico de cada líder y basados en la experiencia.

Para la identificación del riesgo operativo en la cual se habla en este acápite se tendrá en cuenta la herramienta metodológica presentada por el DAFP (Archivo de Excel, el cual contempla el mapa de riesgos por proceso).

En el proceso de identificación de riesgos la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces deberá hacer un análisis conexo de la cadena de valor para el proceso. Esta identificación de la cadena de valor del proceso permitirá a los líderes del proceso determinar acciones de mejora y establecer los puntos de control adecuados para evitar la mitigación y/o materialización de los riesgos.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

7.2. Identificación de áreas de impacto:

El área de impacto es la consecuencia económica o reputacional a la cual se ve expuesta la organización en caso de materializarse un riesgo, el objetivo es definir el área de mayor relevancia para el proceso. El área de impacto de cada uno de los riesgos identificados en E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, será propuesto por el líder de proceso y concertado la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces.

7.3. Identificación de áreas de factores de riesgos:

Son aquellas fuentes generadoras de riesgos, así mismo y de acuerdo al que hacer institucional o misional se identifican en E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá las siguientes fuentes generadoras de riesgo:

Tabla 5 Fuentes generadoras de riesgos.

FACTOR	DEFINICION	DESCRIPCION
Procesos	Eventos relacionados con errores en las actividades que deben realizar los servidores de la organización.	Falta de procedimientos
		Errores de grabación, autorización
		Errores en cálculos para pagos internos y externos
		Falta de capacitación, temas relacionados con el personal

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad



POLITICA INSTITUCIONAL

VERSION: 0

CODIGO: DE-PL-POL-04

POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FECHA: 10/04/2023

Talento humano	Incluye seguridad y salud en el trabajo. Se analiza posible dolo e intención frente a la corrupción.	Hurto activos
		Posibles comportamientos no éticos de los empleados
		Fraude interno (corrupción, soborno)
Tecnología	Eventos relacionados con la infraestructura tecnológica de la entidad.	Daño de equipos
		Caída de aplicaciones
		Caída de redes
		Errores en programas
Infraestructura	Eventos relacionados con la infraestructura física de la entidad.	Derrumbes
		Incendios
		Inundaciones
		Daños a activos fijos
Evento externo	Situaciones externas que afectan la entidad.	Suplantación de identidad
		Asalto a la oficina
		Atentados, vandalismo, orden público

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Prestación de servicios de salud	Situaciones relacionadas con eventos externos o internos de la entidad	Atención al usuario de manera inadecuada
		Mal procedimiento asistencial con paciente
		No prestación oportuna del servicio de salud solicitada
		Demoras de tramites o retrasos de contratación con EAPB
		Inadecuados canales de comunicación con el usuario o paciente

Nota: Adaptado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.31) Año 2020.

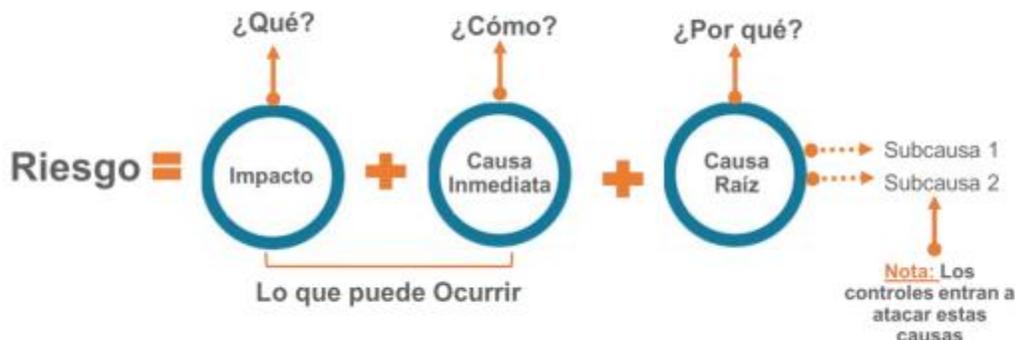
7.4. Descripción del riesgo

En E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá se tendrá en cuenta los lineamientos del DAFP para la definición correcta del riesgo considerando la estructura propuesta que facilita su claridad, la cual inicia con la frase POSIBILIDAD DE y analiza los siguientes aspectos

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Figura 7 Redacción de riesgo DAFP



Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p. 32) Año 2020.

El líder de proceso redactará según su experiencia los riesgos operativos asociados del a las actividades y funciones que realiza junto con su equipo de trabajo y la oficina asesora de planeación o quien haga las veces será la encargada de revisar estas definiciones según lo planteado en la figura 7.

7.5. Clasificación del riesgo

Se permite agrupar los riesgos que se pueden presentar en la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá en tres categorías principales, riesgo de gestión, riesgo de corrupción y riesgo de seguridad y privacidad de la información:

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Tabla 6 Clasificación del riesgo.

RIESGOS DE GESTION	Ejecución y administración de procesos	Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos.
	Relaciones laborales	Pérdidas que surgen de acciones contrarias a las leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discriminación.
	Usuarios, productos y prácticas	Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios y que impiden satisfacer una obligación profesional frente a éstos.
	Daños a activos fijos/ eventos externos	Pérdida por daños o extravíos de los activos fijos por desastres naturales u otros riesgos/eventos externos como atentados, vandalismo, orden público.
RIESGOS DE CORRUPCION	Fraude externo	Pérdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la organización (no participa personal de la entidad).

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

	Fraude interno	Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones irregulares, comisión de hechos delictivos abuso de confianza, apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales está involucrado por lo menos 1 participante interno de la organización, son realizadas de forma intencional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.
RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION	Fallas tecnológicas	Errores en hardware, software, telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.

Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.31) Año 2020.

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E.

La clasificación de los riesgos en E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, la realizará la oficina de planeación o quien haga sus veces, en conformidad con los lineamientos del DAFP y de la Superintendencia Nacional en Salud respecto a la administración de riesgos.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

8. Valoración de riesgos

Posterior a la identificación de los riesgos y verificando su correcta estructura o descripción se procede a la valoración de los mismos siguiendo los lineamientos del DAFP.

8.1. Análisis de riesgos

8.1.1. Determinar la probabilidad:

Según los lineamientos del DAFP (2020) “Se busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, Para efectos de este análisis, la probabilidad de ocurrencia estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. De este modo, la probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.” (p.37) Para determinar la probabilidad de ocurrencia de cada riesgo, se identificarán las frecuencias asociadas a cada actividad relacionada con las fuentes generadoras de riesgo, la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces tomara en cuenta dos criterios:

- Una encuesta realizada al líder del proceso en conformidad con la ejecución de sus actividades diaria, semanal, mensual, trimestral anual etc.
- Manual de procesos y procedimientos de la entidad E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

8.1.2. Criterios para definir la probabilidad:

En el siguiente grafico se describen los criterios para definir la probabilidad según metodología del DAFP:

Figura 8 Criterios para definir el nivel de probabilidad.

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

Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p. 39) Año 2020.

Según lineamientos del DAFP (2020) se afirma que “Frente al análisis de probabilidad e impacto no se utilizará criterio experto, esto quiere decir que el líder del proceso como conecedor de su quehacer, define cuántas veces desarrolla la actividad, esto para el nivel de probabilidad,

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

y es a través de la tabla establecida que se ubica en el nivel correspondiente, dicha situación se repite para el impacto ya que no se trata de un análisis subjetivo”. (p. 40).

8.2. Determinar el impacto

Respecto a la definición de los criterios la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces realizara el respectivo acompañamiento metodológico y diligenciamiento de la matriz de riesgos. Para la identificación de los criterios de afectación económica se deberán tomar en cuenta el presupuesto de la entidad y el histórico de la posible materialización de los riesgos asociados; respecto el impacto reputacional se deberá llegar a acuerdos entre el líder del proceso y la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces en conformidad con la realidad institucional.

Figura 9 Criterios para definir el nivel de impacto.

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

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

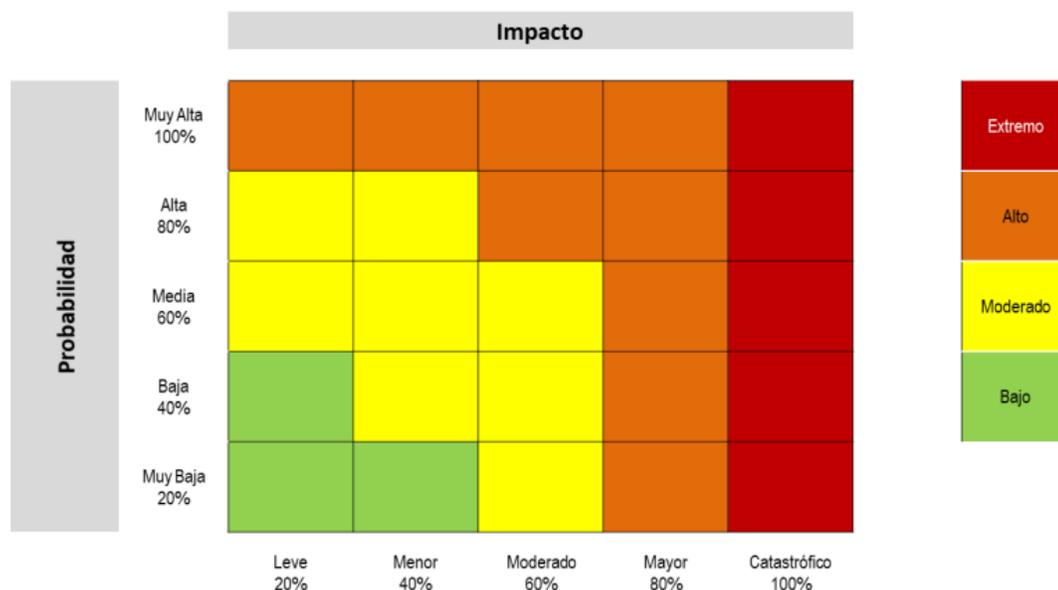
Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.40) Año 2020.

8.3. Evaluación de riesgos

Posterior a la identificación de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y su consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE)

Análisis preliminar (RIESGO INHERENTE): se trata de determinar los niveles de severidad a través de la combinación entre la probabilidad y el impacto.

Figura 10 Matriz de calor (Probabilidad vs Impacto)



Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.42) Año 2020.

La evaluación preliminar de riesgos estará a cargo de la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces, en conformidad con los resultados de las mesas técnicas de trabajo desarrolladas con los diferentes líderes de proceso, el cual así mismo identificará en el mapa de calor la zona exacta en la cual se encuentra ubicado el riesgo inherente. Así mismo se debe diligenciar la matriz de riesgos con toda la información recolectada, la cual está a cargo de la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces.

8.4. Identificación de puntos de control:

Así mismo el líder del proceso junto con su equipo de trabajo identificará los puntos de control según su experiencia, para lo cual así mismo contará con la asesoría de la Oficina asesora de planeación o quien haga sus veces.

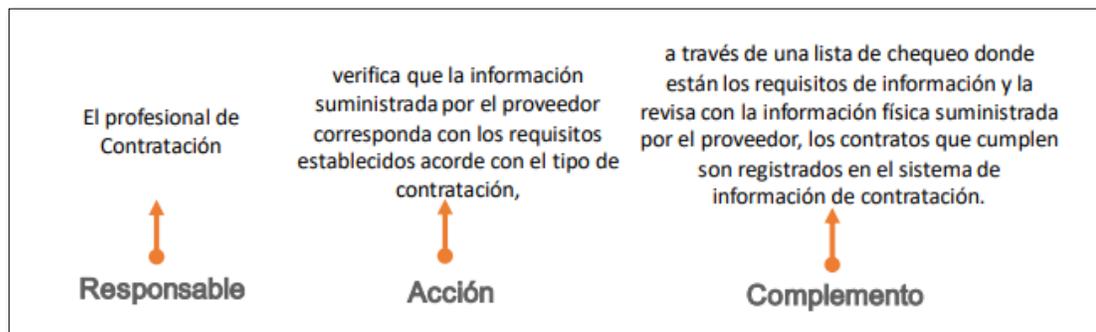
Para la redacción de los controles se recomienda la siguiente estructura según lineamientos del DAFP:

**Centro de Rehabilitación
Integral de Boyacá E.S.E.**

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Figura 11 Ejemplo aplicado bajo la estructura propuesta para la redacción del control.



Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.42) Año 2020.

Posterior a la identificación del punto de control en las mesas técnicas realizadas para tal fin, el líder del proceso en conjunto con la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces, deberá identificar los puntos de control necesarios por actividad para poder reducir el riesgo inherente. Estos puntos de control deben ser estrictamente los necesarios, esto con el fin de no crear reprocesos y siempre teniendo en cuenta los principios de la función administrativa relacionados con la eficacia, eficiencia y economía a que somos llamados como entidades estatales. De igual manera estos puntos de control deberán ser asignados a cada líder de proceso o responsable.

8.5. Análisis y valoración de los controles:

La oficina asesora de planeación o quien haga sus veces, en conformidad con las segundas líneas de defensa, identificados en la política institucional de control interno, analizarán y valorarán los controles identificados anteriormente de acuerdo a los lineamientos planteados por el DAFP, que se relacionan en la siguiente tabla:

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Tabla 7 Atributos de para el diseño del control.

Características		Descripción	Peso
Atributos de eficiencia	Tipo	Preventivo	Va hacia las causas del riesgo, aseguran el resultado final esperado. 25%
		Detectivo	Detecta que algo ocurre y devuelve el proceso a los controles preventivos. Se pueden generar reprocesos. 15%
		Correctivo	Dado que permiten reducir el impacto de la materialización del riesgo, tienen un costo en su implementación. 10%
	Implementación	Automático	Son actividades de procesamiento o validación de información que se ejecutan por un sistema y/o aplicativo de manera automática sin la 25%

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad



POLITICA INSTITUCIONAL

VERSION: 0

CODIGO: DE-PL-POL-04

POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FECHA: 10/04/2023

			intervención de personas para su realización.	
		Manual	Controles que son ejecutados por una persona, tiene implícito el error humano	15%
Atributos informativos	Documentación	Documentado	Controles que están documentados en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso.	-
		Sin documentar	Identifica a los controles que pese a que se ejecutan en el proceso no se encuentran documentados en ningún documento propio del proceso	-
	Frecuencia	Continua	El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo	-

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad



POLITICA INSTITUCIONAL

VERSION: 0

CODIGO: DE-PL-POL-04

POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FECHA: 10/04/2023

		Aleatoria	El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo	-
Evidencia		Con registro	El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control.	-
		Sin registro	El control no deja registro de la ejecución del control.	-

Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.45) Año 2020.

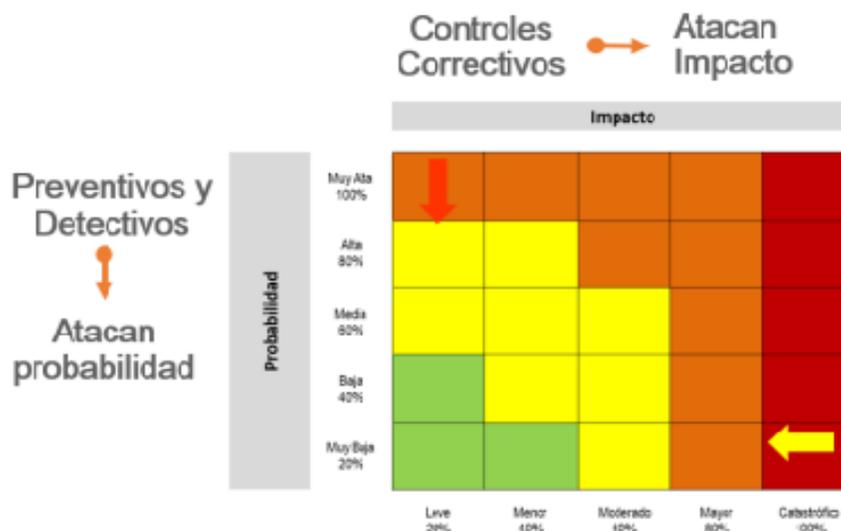
Luego de valorar los puntos de control en conformidad con los lineamientos de la metodología del DAFP, la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces, hará los cálculos matemáticos de revaluación de cada riesgo, los cuales identificaran la probabilidad definitiva asociada a los riesgos residuales.

Centro de Rehabilitación
Integral de Boyacá E.S.E.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Figura 12 Movimiento en la matriz de calor acorde con el tipo de control.



Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.47) Año 2020.

8.6. Estrategias para combatir el riesgo (Tratamiento):

Posterior a la identificación de los riesgos, su valoración y control se procede a reducir, aceptar o evitar el riesgo.

La estrategia para la gestión integral del riesgo en la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, estará a cargo de la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Figura 13 Estrategias para combatir el riesgo.



Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.57) Año 2020.

8.7. Riesgo de gestión

Tabla 8 Estrategias de riesgos de gestión en los procesos de la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá. CRIB.

TIPO DE RIESGO	ZONA DE RIESGO	NIVEL DE ACEPTACIÓN

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad



POLITICA INSTITUCIONAL

VERSION: 0

CODIGO: DE-PL-POL-04

POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FECHA: 10/04/2023

Riesgos de Gestión (Proceso, Producto y Proyecto)	BAJA	El riesgo es ACEPTADO por decisión de alta dirección, se administra por medio de las actividades propias del proceso asociado.
Riesgos de Gestión (Proceso, Producto y Proyecto)	MODERADA	Se establecen acciones de control preventivas que mitiguen o trasfieran el riesgo y logren REDUCIR el impacto de la ocurrencia del riesgo. Se realizará el seguimiento respectivo. En el mapa de riesgo debe quedar definido responsable, fecha de implantación y fecha de seguimiento.
Riesgos de Gestión (Proceso, Producto y Proyecto)	ALTA Y EXTREMA	Se establecen acciones de Control Preventivas y continuas (Se fijan tiempos constantes de revisión del desarrollo de los controles) que permitan REDUCIR la materialización del riesgo. O bajo decisión de primera línea de defensa se decide EVITAR el riesgo; se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo

Nota: Elaboración propia

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

8.8. Riesgo de Seguridad y Privacidad de la Información

Tabla 9 Estrategias de riesgos de privacidad de la información en los procesos de la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá. CRIB.

TIPO DE RIESGO	ZONA DE RIESGO	NIVEL DE ACEPTACIÓN
Riesgo de seguridad y privacidad de la información	BAJA	Se REDUCE el riesgo y se determina un monitoreo constante, el cual permita controlar los riesgos que se encuentren en este nivel evitando la materialización de los mismos.
Riesgo de seguridad y privacidad de la información	MODERADO	Se establecen estrategias de control preventivas que permitan REDUCIR la probabilidad e impacto de ocurrencia del riesgo, se establecen los controles respectivos y se registra en la matriz de riesgos los responsables y fechas de seguimiento.
Riesgo de seguridad y privacidad de la información	ALTA Y EXTREMA	REDUCIR la probabilidad o el impacto del riesgo, determinando los controles respectivos que permitan la reducción del riesgo y así evitar la materialización del mismo. El seguimiento de los controles se realizará de manera más estricta y continua, dejando

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

		<p>el registro de los responsables y fechas del seguimiento.</p> <p>O se decide EVITAR, no llevando a cabo la actividad que trae el riesgo.</p>
--	--	--

Nota: Elaboración propia

Luego del análisis realizado por la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces en conformidad con los lineamientos y criterios definidos por el DAFP y por la Supersalud, se presentarán estos resultados al Comité Institucional de Gestión y Desempeño quien, a cargo de la alta dirección de la entidad, determinará la estrategia que se va adelantar con cada uno de los riesgos identificados y valorados; esto debe constar en la respectiva acta.

E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá desde la alta dirección y con la asesoría de la Oficina asesora de planeación o quien haga sus veces, determinará el apetito de riesgo.

Nota: Estos conceptos son una recomendación ya que el Comité Institucional de Gestión y desempeño será el que decida que hacer frente a cada uno de los riesgos procesos, esto quedara en constancia en el acta.

Una vez aprobada la estrategia en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, esta estrategia deberá ser presentada el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno con el fin de que la misma este alineada con las estrategias adelantadas para el mantenimiento del sistema de control interno de la entidad.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

9. Herramientas

9.1. Gestión de eventos:

La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá tendrá en cuenta la base histórica de eventos que se pueda recolectar, tomando como referencia:

- Indicadores históricos.
- PQRSDF- (Peticiónes, Quejas, Reclamos, Solicitudes, Denuncias, Felicitaciones)
- Informes jurídicos sobre defensa judicial, Informes del Comité de conciliaciones, Informes de la evaluación independiente de Control Interno.

La base histórica permitirá revisar si el riesgo se identificó; que controles se establecieron, y el seguimiento de los mismos, como guía base para la presente política.

Se realizará una evaluación del desempeño del control, tomando como base la metodología y lineamientos descritos por el DAFP:

$$\text{Desempeño del control} = \frac{\text{\#eventos}}{\text{Frecuencia del riesgo(\# veces que se hace actividad)}}$$

9.2. Indicadores clave del riesgo

E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá realizara un análisis con los procesos con los cuales cuanta la institución:

Tabla 10 Indicadores en los procesos estratégicos de la E.S.E Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad



POLITICA INSTITUCIONAL

VERSION: 0

CODIGO: DE-PL-POL-04

POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FECHA: 10/04/2023

	PROCESO ASOCIADO	INDICADOR	METRICA	NIVEL DE TOLERENCIA
NIVEL ESTRATEGICO	Direccionamiento estratégico	Cumplimiento de metas por cada una de las líneas estratégicas planteadas en el Plan de desarrollo 2020-2023	Porcentaje de cumplimiento de cada una de las líneas estratégicas planteadas en el Plan de desarrollo 2020-2023.	90%
	Comunicación Publica	Porcentaje de cumplimiento de la matriz ITA	Porcentaje de publicación de información según normativa por Ley 1712 de 2014	100%

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad



POLITICA INSTITUCIONAL

VERSION: 0

CODIGO: DE-PL-POL-04

POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FECHA: 10/04/2023

NIVEL MISIONAL	Calidad y mejoramiento continuo	Adherencia respecto aplicación de procesos y procedimientos institucionales(rondas de seguridad, plan de cuidados, falta de inducción del personal nuevo, cambio de turnos, registros de medicamentos)	Porcentaje de cumplimiento con cada uno de los procesos y procedimientos hospitalarios.	100%
	Atención al usuario	Tasa de satisfacción global del servicio que ofrece la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá	Porcentaje de la tasa de satisfacción global anual de los servicios ofrecidos por la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá	90%
	Servicios ambulatorios	Oportunidad de cita en psiquiatría de la E.S.E.	Número de días en los cuales se encuentra la	10 días

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad



POLITICA INSTITUCIONAL

VERSION: 0

CODIGO: DE-PL-POL-04

POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FECHA: 10/04/2023

	Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.	oportunidad de citas de psiquiatría.	
Servicios de internación	Adherencia de GPC según modelo de atención	Número de veces en la cual se ha visto comprometida la salud del paciente por un error derivado de omisión/adherencia procedimiento en determinado tiempo	100%
Apoyo Terapéutico	Adherencia del tratamiento terapéutico del paciente en conformidad del modelo atención.	Promedio de consultas de apoyo terapéutico al mes realizadas a los pacientes de hospitalización.	100%
Apoyo Diagnostico	Efectividad de la calibración del equipo de Hematología para	Muestras mensuales tomadas satisfactoriamente en	100%

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad



POLITICA INSTITUCIONAL

VERSION: 0

CODIGO: DE-PL-POL-04

POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FECHA: 10/04/2023

		procesamiento de las muestras	comparación del total de muestras.	
NIVEL DE APOYO	Gestión de talento Humano	Cumplimiento de los planes plasmados en la dimensión de Talento Humano de la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá	Porcentaje de cumplimiento de los planes plasmados en la gestión de Talento Humano al año	85%
	Gestión Financiero	Categorización del riesgo financiero para la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, teniendo en cuenta la Resolución 2509 de 2012	Categoría (alto, medio, bajo o sin riesgo) en la cual se encuentra anualmente la entidad. Teniendo en cuenta la capacidad de financiar sus obligaciones operaciones frente a sus ingresos.	Sin riesgo
	Gestión Contractual y	Firma de contrato sin los requisitos o idoneidad	Número de veces al mes en la cual el	0%

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad



POLITICA INSTITUCIONAL

VERSION: 0

CODIGO: DE-PL-POL-04

POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FECHA: 10/04/2023

soporte Jurídico	según los parámetros exigidos por la ley Y	contrato a firmar no cumple con los requisitos completos exigidos	
Gestión de Bienes y servicios	Disponibilidad de insumos necesarios para el servicio de hospitalización.	Diferencia entre insumos solicitados e insumos usados en un periodo de tiempo determinado.	100%
Gestión de recursos tecnológicos	Implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información	Porcentaje de cumplimiento de los lineamientos institucionales del Modelo de seguridad y privacidad de la información.	100%
Gestión documental		Total de tablas de retención documental	95%

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

		Documentos que no cumplen con ley de archivo LEY 594 DE 2000	diligenciadas en el trimestre	
			Porcentaje de revisión del mapa de aseguramiento de la entidad	100%
	Evaluación y Control	Cumplimiento de los roles de control interno		

Nota: Elaboración propia

9.3. Monitoreo y revisión

El monitoreo y revisión de los mapas de riesgos en la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, se hará en conformidad con el mapa de aseguramiento de la entidad y la política de control interno la cual incluye el desarrollo del esquema de líneas de defensa.

Cabe destacar que el monitoreo constante en primera línea siempre corresponderá a los controles del día a día y deberá ser documentado por los líderes de proceso y presentado de manera mensual a su jefe inmediato y/o segunda línea de defensa según el mapa de aseguramiento de la entidad.

Luego de los controles operativos del día a día que documentan los líderes del proceso, la segunda línea de defensa y en conformidad con esta política institucional de administración de

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

riesgos, la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces monitoreara los riesgos, los controles y todo lo asociado en los mapas de riesgos por proceso de manera trimestral y presentara su informe en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño , y según requerimiento en el Comité Institucional de control Interno.

En el monitoreo del que se habla en el acápite anterior la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces deberá hacer un análisis causa y efecto de los riesgos que se ubiquen en la zona alta y extrema; y de aquellos riesgos que se evidencien materializados; este análisis causa-efecto será el insumo para establecer los planes de mejoramiento respectivos y para el establecimiento de nuevos y mejores puntos de control, buscando la efectividad de los mismos.

El sistema de alertas tempranas de la Entidad está establecido por los reportes de la primera línea de defensa. Esta información será recolectada por la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces, esta recolección servirá para establecer la eficiencia de la gestión del riesgo al interior de la entidad

La evaluación de los mapas de riesgo de la entidad corresponderá a la oficina asesora de control interno de gestión, la cual los evaluará cuando menos una vez al año y en conformidad con la planeación institucional contemplada en el plan anual de auditorías y en lo seguimientos periódicos a los que corresponde el plan anticorrupción y de atención al ciudadano.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

10. Esquemas de líneas de defensa.

10.1. Línea estratégica

A cargo de la alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

10.1.1. En relación con el elemento Ambiente de Control

- Cumplimiento e incremento de la periodicidad del de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
- Control y compromiso con la planeación estratégica, responsables, metas y tiempos.
- Compromiso con la integridad y transparencia en cada uno de los procesos

10.1.2. En relación con el elemento Evaluación del riesgo

- Aprobar la Política de Administración del Riesgos, realizando un continuo seguimiento en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de tal manera que permita detectar posibles cambios del entorno y los ajustes en los riesgos respectivos
- Definición de objetivos acorde a la evaluación y seguimiento de riesgos

10.1.3. En relación con el elemento Actividades de Control

- Diseño y desarrollo de actividades de control que permitan desde la alta dirección una mejor gestión del riesgo.
- Seleccionar y desarrollar controles generales para apoyar la consecución de los objetivos
- Despliegue de políticas y procedimientos desde la alta dirección que permitan llevar un mejor control de los procesos y cumplimiento de los objetivos.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

10.1.4. En relación con el elemento Información y Comunicación

- Establecer los canales de reporte y comunicación teniendo en cuenta las líneas de Defensa, información vital para la toma de decisiones y el seguimiento respectivo
- Retroalimentación dentro del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno respecto a la información interna y externa con el objeto de generar acciones de mejora.

10.1.5. En relación con el elemento Actividades de Monitoreo

- Evaluación, auditorías externas y seguimiento de los reportes periódicos establecidos presentados en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Alta Dirección con el objeto de llevar el seguimiento del cumplimiento de las metas y el Plan de Desarrollo de la Vigencia
- Evaluaciones y comunicación oportuna de deficiencias existentes en los procesos para realizar las respectivas mejoras.
- La Auditoría externa, con base a su capacidad profesional, deberá explorar y ampliar su radio de acción con base a los trabajos de la interna a fin de maximizar o reducir los aspectos que afectan a los grupos de interés

10.2. Primera Línea de Defensa:

Gestión Operativa.

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

10.2.1. En relación con el elemento Ambiente de Control:

- Promover y cumplir, enseñando con el ejemplo, los estándares de conducta y la práctica de los principios previstos en el Código de Ética y Buen Gobierno, en el marco de integridad
- Evaluar el cumplimiento de los estándares de conducta y la práctica de la integridad (valores) y principios de sus equipos de trabajo.
- Proveer información a la alta dirección sobre el funcionamiento de la entidad y el desempeño de los responsables en el cumplimiento de los objetivos, para tomar decisiones a que haya lugar.
- Cumplir las políticas y estrategias establecidas para el desarrollo de los trabajadores a su cargo, evaluar su desempeño y establecer las acciones de mejora.
- Asegurar que las personas y actividades a su cargo estén alineadas con la administración.

10.2.2. En relación con el elemento Evaluación del Riesgo:

- Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales.
- Definir y diseñar los controles a los riesgos de sus procesos.
- A partir de la Política de Administración del Riesgo, implementar sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección. Con base en esto
 - establecer los mapas de riesgos por procesos.
 - Identificar y controlar los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones y el cumplimiento de sus objetivos, así como en la prestación del servicio y/o relacionados con el logro de los objetivos.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

- Implementar procesos para identificar, disuadir y detectar fraudes; y revisar la exposición de la entidad al fraude con el revisor fiscal de la entidad.

10.2.3. En relación con el elemento Actividades de Control:

- Mantener controles internos efectivos para ejecutar procedimientos de riesgo y control en el día a día.
- Diseñar e implementar procedimientos detallados que sirvan como controles, a través de una estructura de responsabilidad en cascada, y supervisar la ejecución de esos procedimientos por parte de los trabajadores a su cargo.
- Establecer responsabilidades por las actividades de control y asegurar que personas competentes, con autoridad suficiente, efectúen dichas actividades con diligencia y de manera oportuna.
- Asegurar que el personal responsable investigue y actúe sobre asuntos identificados como resultado de la ejecución de actividades de control.
- Diseñar e implementar las respectivas actividades de control. Esto incluye reajustar y comunicar políticas y procedimientos relacionados con la tecnología y asegurar que los controles de TI son adecuados para apoyar el logro de los objetivos.

10.2.4. En relación con el elemento Información y Comunicación:

- Gestionar información que da cuenta de las actividades cotidianas, compartiéndola en toda la entidad.
- Desarrollar y mantener procesos de comunicación facilitando que todas las personas entiendan y lleven a cabo sus responsabilidades de Sistema de Control Interno.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

- Facilitar canales de comunicación, tales como líneas de denuncia que permiten la comunicación anónima o confidencial, como complemento a los canales normales.
- Asegurar que entre los procesos fluya información relevante y oportuna, así como hacia los ciudadanos, organismos de control y otros externos.
- Informar sobre la evaluación a la gestión institucional y a resultados.
- Implementar métodos de comunicación efectiva.

10.2.5. En relación con el elemento Actividades de Monitoreo:

- Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso.
- Informar periódicamente a la alta dirección sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos de la entidad.
- Comunicar deficiencias a la alta dirección o a las partes responsables para tomar las medidas correctivas, según corresponda.

10.3. Segunda Línea de Defensa:

La Gestión del Riesgo y Funciones de Cumplimiento

10.3.1. En relación con el elemento Ambiente de Control:

- Aplicar los estándares de conducta e Integridad (valores) y los principios contemplados en el código de Ética y Buen Gobierno.
- El área de talento humano facilita la implementación, monitorea la apropiación de dichos estándares por parte de los trabajadores y alerta a los líderes de procesos, cuando sea el caso. También desempeñan un rol muy importante el comité de convivencia.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

- Apoyar a la alta dirección y los líderes de proceso para un adecuado y efectivo ejercicio de la gestión de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales.
- Trabajar coordinadamente con los directivos y demás responsables del cumplimiento de los objetivos de la entidad.
- El área de talento humano monitorea y supervisa el cumplimiento e impacto del plan estratégico del talento humano y determina las acciones de mejora correspondientes.
- Analizar e informar a la alta dirección y a los líderes de procesos sobre los resultados de la evaluación del desempeño.

10.3.2. En relación con el elemento *Evaluación del Riesgo*:

- Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada.
- Asegurar que las evaluaciones de riesgo y control incluyan riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno.
- Ayudar a la primera línea con evaluaciones del impacto de los cambios en el SCI – Monitorear cambios en los riesgos previstos en Política de Gestión del Riesgo.
- Consolidar los seguimientos a los mapas de riesgo.
- Establecer un líder de la gestión de riesgos para coordinar las actividades en esta materia.
- Elaborar informes consolidados para las diversas partes interesadas.
- Seguir los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos, cuando haya lugar.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

- Los supervisores de contratos deben realizar seguimiento a los riesgos de estos e informar las alertas respectivas.

10.3.3. En relación con el elemento Actividades de Control:

- Supervisar el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por la primera línea de defensa.
- Asistir a la gerencia general y junta directiva en el desarrollo y comunicación de políticas y procedimientos.
- Asegurar que los riesgos sean monitoreados en relación con la política de administración de riesgo, procedimientos y manuales del sistema de gestión del riesgo establecida para la entidad.
- Revisar periódicamente las actividades de control para determinar su relevancia y actualizarlas de ser necesario. Monitorear los riesgos y controles tecnológicos.

10.3.4. En relación con el elemento Información y Comunicación:

- Recopilar información y comunicarla a la primera y la tercera línea de defensa con respecto a controles específicos.
- Considerar costos y beneficios, asegurando que la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada sean proporcionales y apoyen el logro de los objetivos.
- Apoyar el monitoreo de canales de comunicación, incluyendo líneas telefónicas de denuncias.
- Proporcionar a la Gerencia General y Junta Directiva información sobre los resultados de sus actividades.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

- Comunicar a la alta dirección asuntos que podrían afectar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.

10.3.5. En relación con el elemento Actividades de Monitoreo:

- Llevar a cabo evaluaciones para monitorear el estado de varios componentes del Sistema de Control Interno.
- Monitorear e informar sobre deficiencias de los controles.
- Suministrar información a la alta dirección sobre el monitoreo llevado a cabo a los indicadores de gestión, determinando si el logro de los objetivos está dentro de las tolerancias de riesgo establecidas.
- Consolidar y generar información vital para la toma de decisiones

10.4. Tercera Línea de Defensa:

Oficina de Control Interno.

10.4.1. En relación con el elemento Ambiente de Control:

- Evaluar la eficacia de las estrategias de la entidad para promover el principio de integridad, especialmente, si con ella se orienta efectivamente el comportamiento de los trabajadores hacia el cumplimiento de los estándares de conducta e Integridad (valores); y si apalancan una gestión permanente de los riesgos y la eficacia de los controles.
- Evaluar el diseño y efectividad de los controles y provee información a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno referente a la efectividad y utilidad de estos.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

- Proporcionar información sobre la idoneidad y efectividad del esquema operativo del Sistema de Control Interno de la entidad, el flujo de información, las políticas de operación, y en general, el ejercicio de las responsabilidades en la consecución de los objetivos.
- Ejercer la auditoría interna de manera técnica y acorde con las políticas y prácticas apropiadas.
- Proporcionar información sobre el cumplimiento de responsabilidades específicas de control interno.

10.4.2. En relación con el elemento Evaluación del Riesgo.

- Asesorar en metodologías para la identificación y administración de los riesgos, en coordinación con la segunda línea de defensa.
- Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna.
- Comunicar al Comité de Coordinación de Control Interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo detectados en las auditorías.
- Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad.
- Alertar sobre la probabilidad de riesgo de corrupción, opacidad, fraude y soborno en las áreas auditadas.

10.4.3. En relación con el elemento Actividades de Control:

- Verificar que los controles están diseñados e implementados de manera efectiva y operen como se pretende para controlar los riesgos.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

- Formular recomendaciones para mejorar la eficiencia y eficacia de los controles.
- Proporcionar seguridad razonable con respecto al diseño e implementación de políticas, procedimientos y otros controles.
- Evaluar si las actividades, planes y programas de “TI” de la entidad concurren a la consecución de los objetivos de la entidad.
- Proporcionar información sobre la eficiencia, efectividad e integridad de los controles de la entidad, según sea apropiado, puede recomendar mejoras a las actividades de control específicas.

10.4.4. En relación con el elemento Información y Comunicación:

- Evaluar periódicamente las prácticas de confiabilidad e integridad de la información de la entidad y recomienda, según sea apropiado, mejoras o implementación de nuevos controles y salvaguardas.
- Informar sobre la confiabilidad y la integridad de la información y las exposiciones a riesgos asociados y las violaciones a estas.
- Proporcionar información respecto a la integridad, exactitud y calidad de la comunicación en consonancia con las necesidades de la alta dirección.
- Comunicar a la primera y la segunda línea, los aspectos que requieran fortalecerse relacionados con la información y comunicación.

10.4.5. En relación con el elemento Actividades de Monitoreo

- Establecer el Programa Anual de Auditoría basado en riesgos, priorizando aquellos procesos de mayor exposición.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

- Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa.
- Evaluar si los controles están presentes (en políticas y procedimientos) y funcionan, apoyando el control de los riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional.
- Establecer y mantener un sistema de monitoreo de hallazgos y recomendaciones

11. Subsistemas de administración del riesgo.

El modelo planteado por la Supersalud propone los siguientes subsistemas para la administración de riesgos los cuales se tendrán en cuenta por la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá

11.1. Riesgo en Salud

La E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá identificará aquellos riesgos no deseados, que pongan en peligro la condición clínica y seguridad del paciente.

Anualmente se deberán efectuar las siguientes actividades:

Identificación

a. Desde el área de facturación y mercadeo se identificará el contexto contractual con las EAPB, actualizando los convenios vigentes y manual tarifario SOAT.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

b. Desde el área de Subgerencia científica se identificará el portafolio de servicios en salud actualizado que ofrece la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá según el Modelo de Atención vigente.

c. Se realizará la caracterización de usuarios desde el área mercadeo y facturación, para determinar la demanda de los servicios ex – ante, efectiva y agregada.

d. Desde el área de Sistema de Información y Atención al Usuario SIAU de la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, se caracteriza la población que demanda el servicio de la institución.

e. Identificar los factores de riesgo respecto de la Seguridad del Paciente, el cual está a cargo del referente institucional de Seguridad del Paciente.

f. Establecer indicadores en salud que correspondan con la visión estratégica del SOGCS.

Medición y evaluación de riesgos salud

Según Supersalud la medición consistirá en (Supersalud, 2021, pág. 21):

a. Determinar la probabilidad de ocurrencia y la severidad de las consecuencias máximas posibles o impacto, sobre la salud de los pacientes, en caso de presentarse un evento derivado de cada riesgo identificado”.

b. Cuantificar el gasto que representa para la institución las posibles glosas según históricos de la entidad y su posible riesgo antijurídico.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

c. Priorizar los riesgos en salud identificados relacionados con la seguridad del paciente según la criticidad establecida desde el área de calidad y seguridad del paciente.

d. Definir los límites de tolerancia para cada riesgo o factor de riesgo identificado de forma tal que se establezcan metas de control o mitigación para el sistema de gestión.

Tratamiento en riesgos de salud.

Los siguientes son los elementos mínimos relacionados por la Supersalud para el tratamiento de los riesgos en salud: (Supersalud, 2021, pág. 22).

a. Diseñar, implementar, evaluar y seguir los programas, planes o procedimientos que establezcan el tratamiento de los riesgos en salud identificados, y debe contener indicadores de gestión y resultado (nivel de riesgo alcanzado). Respectivas actividades las realizara la Oficina asesora de Planeación en conjunto con la Oficina de Gerencia Subcientifico, el área de calidad y el referente institucional de seguridad del paciente.

b. Realizar el monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad y salud correspondientes a aquellos factores de riesgo que se hayan identificado como prioritarios, los cuales están sujetos a controles, determinando así la efectividad de las actividades implementadas.

c. Definir planes de mitigación o control de los riesgos que se encuentran en niveles mayores al nivel de tolerancia definido por la organización; estos deben generar acciones de capacitación, comunicación y revisión periódica de implementación y resultados; la cual estará a cargo de la Oficina Asesora de Planeación

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

d. Diseñar, implementar, evaluar y seguir procesos y procedimientos institucionales y su articulación; de tal manera que garanticen el acceso y la calidad de los servicios ofertados en conformidad con el mapa de aseguramiento de la Entidad.

e. La gerencia podrá utilizar modelos de contratación y mecanismos de pago con sus proveedores orientados a la obtención de resultados en salud y pago por desempeño e incentivos, los cuales deben ir articulados con el Modelo de Atención en Salud planteado por la entidad.

f. Implementar jornadas de capacitación a su personal, haciendo énfasis en el procedimiento de evaluación, seguimiento, y adherencia a guías, protocolos de práctica clínica, normas técnicas, lineamientos y orientaciones. Esto debe quedar incluido en el programa de seguridad y salud del paciente.

11.2. Riesgo Operacional

El riesgo operacional se define como “La probabilidad que la 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”. (Supersalud, 2021, pág. 22)

Según lineamientos de la Supersalud se identifican 3 tipos de pérdidas que pueden generar estos riesgos

- “Perdidas en los resultados en salud de los pacientes, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

- Pérdidas de satisfacción global, que deben ser tratados en el resultado de la gestión de los riesgos operacionales.
- Pérdidas financieras en la entidad, que corresponden a la contabilización de los eventos de riesgo y los riesgos que se materializaron, tratados en la evaluación de los riesgos financieros.” (Supersalud, 2021, pág. 22)

Identificación del riesgo operacional.

En este subsistema se elabora una identificación de los procesos de las actividades de la entidad con las siguientes acciones:

- a. La E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá debe mantener actualizado el manual procesos y procedimientos según sus políticas institucionales.
- b. Anualmente se debe actualizar las matrices de riesgos por proceso según la metodología planteadas por el DAFP.
- c. La entidad debe analizar sus procesos jurídicos en el comité de conciliaciones de la entidad.
- d. Se debe identificar aquellos procesos y actividades diarias de la prestación del servicio en salud donde existan fallas por errores humanos los cuales se pueden tomar de los históricos de la entidad, que determinan un riesgo operacional
- e. De acuerdo con el anterior ítem se podrán cuantificar las pérdidas financieras causadas por la materialización de los riesgos operacionales.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

f. La entidad debe tener un plan de continuidad del negocio que se actualizará anualmente en cabeza de subgerencia administrativa y financiera, el cual debe ser aprobado por la Junta Directiva.

Medición y tratamiento de riesgos operacionales.

La medición y tratamiento de los riesgos operacionales se realizarán de la siguiente manera:

a. La medición y tratamiento de los presentes riesgos responderán a la metodología planteada en el capítulo 9 del presente documento que están basados en el manual propuesto por el DAFP.

b. Tener en cuenta dentro de la evaluación, el Plan de Continuidad del Negocio, así como todos los recursos (físicos, humanos, técnicos y financieros) necesarios para que la entidad enfrente la exposición al riesgo operacional bajo cualquier eventualidad;

11.2.3. Tratamiento y Control del Riesgo Operacional

El tratamiento y control de los presentes riesgos responderán a la metodología planteada en el capítulo 9 del presente documento que están basados en el manual propuesto por el DAFP.

11.3. Riesgo Actuarial

El riesgo actuarial se define como “la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron”. (Supersalud, 2021, pág. 25).

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

Identificación del Riesgo Actuarial

Para la identificación del riesgo actuarial la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Se debe realizar anualmente una caracterización de la población que incluye los contratos vigentes con las EAPB en la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, teniendo en cuenta análisis tarifarios, insumos, medicamentos, talento humano, el cual será realizado por el líder del área de mercadeo y facturación.
- Se debe identificar y evaluar la variabilidad del ingreso y el costo de los precios pactados en cada uno de los contratos con las EAPB, la cual se realizará desde la Oficina de Subgerencia Financiera junto con su equipo de trabajo, basados en el histórico de la entidad.

Medición y Evaluación del Riesgo Actuarial

La medición y evaluación del riesgo actuarial según lineamiento en Supersalud se realizará de la siguiente manera: (Supersalud, 2021, pág. 27)

- a. Anticipar incrementos inesperados en deterioro de la salud del paciente y, por ende, en los costos de atención que puedan sobrepasar el valor pactado en los contratos con las EAPB
- b. Realizar proyecciones que incluyan los posibles impactos y la ocurrencia, entre otros, 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.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

c. Construcción de modelos de cuantificación que contemplen de manera adecuada, las pérdidas esperadas e inesperadas, a las que se encuentra expuesta la entidad.

d. Los modelos que se adopten para calcular estas pérdidas deben contar con los siguientes parámetros teniendo en cuenta las particularidades de cada tipo de contrato: (Supersalud, 2021, pág. 27)

- La probabilidad de ocurrencia del evento (materialización del riesgo) en la unidad de tiempo (frecuencia).
- 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.
- El nivel de exposición del riesgo en la unidad de tiempo.

Tratamiento y Control del Riesgo Actuarial

Según Supersalud (2021) el tratamiento para el riesgo actuarial toma las siguientes medidas:

- a. Establecer y actualizar periódicamente las políticas y las estimaciones actuariales para cada tipo de contrato con EAPB, 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, se documentará desde el área de Seguridad del Paciente.
- c. Realizar controles de calidad los cuales deben ser sistematizados para llevar un mayor control y custodia de históricos de información.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

11.4. Riesgo de Crédito

El riesgo de crédito se define como “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”. (Supersalud, 2021, pág. 27)

Los lineamientos propuestos por la Supersalud deben estar alienados con las políticas de cartera y cobro coactivo de la entidad y se deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a) 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.
- b) La entidad debe actualizar los modelos de cobro de cartera y cobro coactivo teniendo en cuenta políticas institucionales y normatividad vigente.
- c) El área encargada de glosas documentara una estrategia, que debe contar con evidencias en un formato o documento de gestión de glosas con EAPB. Esta estrategia deberá ser formulada de acuerdo al análisis histórico y su consecuente caracterización para determinar procesos específicos de actuación ante cada tipo de glosa.
- d) 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.
- e) La E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá debe revisar el histórico de datos e información de tres años anteriores de su gestión de cartera, identificando indicadores que permitan medir el mejoramiento de la gestión.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Identificación del Riesgo de Crédito

Para la identificación del riesgo de crédito La E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá deberá tener en cuenta:

Se identificará la cuenta de cartera en los estados de situación financiera de las cuentas por cobrar POR terceros (EAPB), el cual deberá estar debidamente consolidado en el sistema de información de la entidad.

Evaluación y Medición del Riesgo de Crédito

La Evaluación y medición de los riesgos de crédito se realizarán teniendo en cuenta:

- La cartera por edades deberá mantenerse actualizada garantizando su confiabilidad. La actualización debe estar al tiempo con el cierre financiero mensual
- Tomando en cuenta la cartera por edades se debe determinar categorías de calidad del deudor/ contraparte que oriente una posterior asignación de factores de riesgo diferenciales según dicha categorización
- Se debe calcular el tiempo promedio de recuperación de cartera por EAPB. 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 según Supersalud: (Supersalud, 2021, pág. 29):
 - a. Se debe tener en cuenta los análisis históricos de las cuentas por cobrar de cada deudor según plazos y cumplimientos de pago, teniendo en cuenta los acuerdos y voluntades que se han acordado en la institución

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

- b. Se tiene en cuenta en la entidad que a mayor plazo mayor riesgo asociado a la deuda
- c. Se debe realizar un análisis individual de deudas y cuentas por cobrar a las EAPB
- d. Se debe estimar las posibles pérdidas o demoras en pagos por parte de las EAPB

Tratamiento y Control del Riesgo de Crédito:

El tratamiento y el control del riesgo de crédito se realizará de la siguiente manera:

Para el tratamiento y control del crédito (cartera) se consideran buenas prácticas de gestión el manual y gestión de cartera y cobro coactivo de la entidad teniendo en cuenta: El tratamiento y el control del riesgo de crédito se realizará de la siguiente manera:

- a. En el manual de cartera y cobro coactivo de la entidad, se deben establecer lineamientos para la fijación de niveles y límites tolerables en la cartera con cada una de las EAPB, estableciendo porcentajes máximos de acuerdo a la edad de la cartera, al riesgo identificado con cada una de las EAPB, y teniendo en cuenta la política contable de deterioro.
- b. La política contable de deterioro deberá ser evaluada a luz de la administración del riesgo crediticio de la entidad.
- c. En el manual de cartera y cobro coactivo de la entidad se deberá documentar la política y procedimientos que permitan tomar medidas oportunas para enfrentar el incumplimiento por parte de las EAPB, Estas deben partir como mínimo de la base histórica de gestión de cartera según análisis de riesgo por parte de la Supersalud

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

hacia cada una de EAPB. Esto será un insumo fundamental para la proyección de flujos de caja que permitirá a su vez gestionar el riesgo de liquidez.

11.5. Riesgo de Liquidez

El riesgo de liquidez se define como (Supersalud, 2021, pág. 31): 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:

- Una adecuada recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito).
- Una adecuada modelación y gestión de la razón combinada entre otros costos e ingresos por venta de servicios de salud contratados.

Identificación del Riesgo de Liquidez

Para la identificación y cuantificación del riesgo de liquidez la institución debe disponer de la información adecuada histórica y actualizada para efectos de realización del Análisis de flujos de activos y pasivos o ingresos y egresos, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Activos
 - Desde el área de contabilidad se identificarán los recursos líquidos de la entidad.
 - Desde el área encargada de cartera se identificará los recursos disponibles, cartera por edades y gestión de cartera por EAPB

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

- Se identificarán los ingresos causados y recibidos por la prestación de los servicios de salud
- Se debe tener en cuenta la proyección de entradas futuras de efectivo por cualquier concepto.
 - a. Pasivos: (Supersalud, 2021, pág. 32):
 - 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)
 - identificar el valor causado y pagado de los costos y gastos de operación de la entidad.
 - Proyectar cualquier movimiento de salida futuras de efectivo bajo cualquier concepto.

Evaluación y Medición del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez según Supersalud debe permitir: (Supersalud, 2021, pág. 32): A la entidad cuantificar el nivel mínimo diario de efectivo o equivalentes de efectivo requerido, en moneda nacional, de acuerdo con la normatividad vigente, que le permita cumplir de manera oportuna con sus obligaciones de pago.

De la misma manera este subsistema permitirá evaluar y determinar la 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. Si la entidad desea evaluar escenarios de crisis podrá acudir a la metodología llamada pruebas de tensión (Stress testing).

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

Las técnicas de modelación para la proyección de liquidez deben abordar como mínimo los siguientes elementos críticos, las cuales deben ser socializadas en el Comité de Técnico de sostenibilidad Contable : (Supersalud, 2021, pág. 33):

- a. Identificación y caracterización de los conceptos de ingresos y egresos más volátiles.
- b. Identificación y caracterización de los recursos líquidos para cubrir las necesidades de liquidez, teniendo en cuenta factores de descuento cuando se considere necesario.

La entidad debe reportar la proyección de flujos de caja, con el modelo que propone la Supersalud: Archivo Tipo FT018, que se encuentra en los anexos de la CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021; información necesaria para la medición y el seguimiento de la posición de liquidez de cada entidad.

Para las entidades que no cuentan con modelos propios de flujos de caja, la Supersalud proporciona unas herramientas para el cálculo de la posición de la liquidez, en la cual la superintendencia propone una herramienta simple para procesar los resultados de la prueba de liquidez (Archivo Excel cargado en la página Web “Modelo básico flujos de caja”).

Tratamiento y control del riesgo de liquidez

Para el tratamiento y control del riesgo de liquidez se tendrá en cuenta lo siguiente: (Supersalud, 2021, pág. 37):

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:

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

- a. Un 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. Implementar los procesos orientados a garantizar el pago oportuno de las obligaciones a los diferentes acreedores de la entidad.
- d. Un Sistema que permita la radicación oportuna de las facturas, de preferencia en línea, los proveedores de cada entidad y la trazabilidad de las mismas, Esto deberá ser evaluado por el área de facturación y mercadeo en conformidad con los sistemas de radicación en cada EPS.

11.6. Riesgo de mercado de capitales.

El riesgo de mercado de capitales se define como “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”. (Supersalud, 2021, pág. 37)

Este subsistema se gestionará en caso de que la entidad incursiona en el mercado de capitales

11.7. Gestión del riesgo de grupo

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

El riesgo de grupo se define como “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” . (Supersalud, 2021, pág. 39)

Este riesgo se gestionará en caso de que la entidad según normatividad vigente se integre a un grupo empresarial.

11.8. Gestión del riesgo reputacional.

El riesgo reputacional se define como “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, conducta o situación financiera de la entidad”. (Supersalud, 2021, pág. 42)

La Supersalud clasifica los riesgos reputacionales de la siguiente manera: (Supersalud, 2021, pág. 42):

- a. **Riesgo reputacional situacional:** Riesgo reputacional inmediato derivado de una acción imposible de anticipar.
- b. **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.

Identificación del riesgo reputacional

En la identificación del riesgo reputacional se tendrá en cuenta lo siguiente: (Supersalud, 2021, pág. 42)

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Para la identificación de este riesgo la entidad debe construir un inventario de eventos que tengan posibles efectos sobre la reputación de la entidad. Para ello se debe realizar la selección de procesos servicios y acciones que sean considerados estratégicos formando reputación, que sean cuantificables y que permitan la comparabilidad frente al sector.

Evaluación y Medición del Riesgo Reputacional

Las fuentes de información para la medición del riesgo reputacional pueden ser los diferentes sistemas de recolección de Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes, Denuncias y Felicitaciones: (PQRSDF), las diversas encuestas sectoriales, las encuestas propias y la información de medios, entre otros.

La entidad evaluará y determinará los riesgos de reputación teniendo en cuenta.

- Estas son tomadas y sistematizadas por el servicio de información y atención al usuario y su análisis y evaluación se llevará a cabo en el comité de PQRSFD.

Tratamiento y Control del Riesgo Reputacional

Teniendo en cuenta la naturaleza de este riesgo, se recomiendan las siguientes medidas (Supersalud, 2021, pág. 43)

- a. Incorporar en el Código de Conducta y Buen Gobierno políticas encaminadas a la medición, evaluación y seguimiento continuo de la reputación de la entidad y la toma de acciones, con el fin de mejorar los procesos que tienen relación directa o indirecta con la reputación.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

b. Tomar acciones y decisiones en los procesos que permitan mejorar la percepción sobre la entidad, de acuerdo al análisis de PQRSFD, y las encuestas de satisfacción presentadas ante el Comité de PQRSFD.

c. Implementación de un protocolo de manejo de comunicaciones públicas y que se encuentre incluido o articulado con el Plan de Comunicaciones Institucional.

d. Adopción de metodologías de valoración continua de su posición reputacional en el mercado, ya sea a través de rankings o de rastreo de medios o por encuestas propias.

12. Lineamientos para el análisis de riesgo fiscal

Se hace indispensable para la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá realizar la identificación, valoración y control de los riesgos fiscales, para la cual se tendrá en cuenta los lineamientos de la guía de Identificación de riesgos de la Función pública, versión 6, con el objeto de prevenir el daño al patrimonio público, representando en el menoscabo, disminución, perjuicio, deterioro de los bienes o recursos públicos a los intereses patrimoniales del Estado.

Las bases de la responsabilidad fiscal las encontramos en la Ley 610 de 2000 y en los artículos 267 y 268 de la Constitución Política de 1991, las cuales fueron modificadas por Acto Legislativo 04 de 2019 que se fundamentó en la necesidad de un ejercicio preventivo del control fiscal en las entidades públicas.

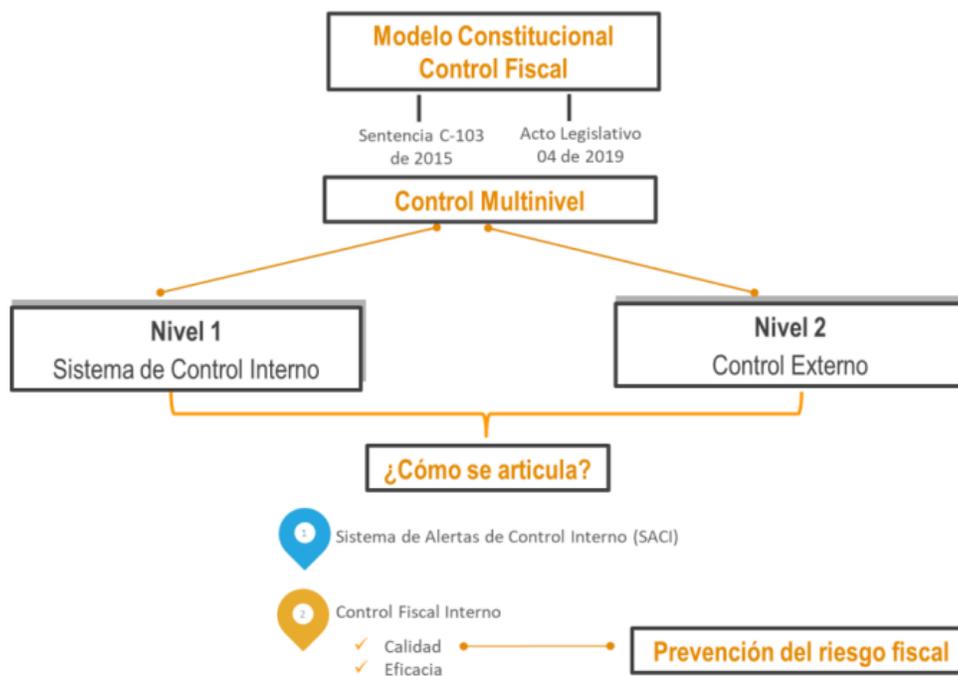
Dentro del modelo Constitucional de control Fiscal se tiene presente el Control Multinivel, el cual articula el control interno (primer nivel) y el control externo (segundo nivel de control). El control

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

interno es el primer nivel para la vigilancia fiscal de los recursos públicos y para la prevención de riesgos fiscales y defensa del patrimonio público. Es responsabilidad de todos los servidores públicos y de los particulares que administran recursos, bienes, e intereses patrimoniales de naturaleza pública y de las líneas de defensa, en lo que corresponde a cada una de ellas. El Control Fiscal Interno es evaluado por la Contraloría respectiva. El control externo incluye la participación activa del control social. A continuación, se muestra un gráfico de la articulación del modelo constitucional control fiscal y sistema de control interno:

Figura 14 Articulación del modelo constitucional control fiscal y sistema de control interno:



Nota. Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p. 14) Año 2022

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

Para la identificación, descripción, valoración y control de los riesgos fiscales se sigue la misma metodología de los riesgos de gestión planteada en la guía de Riesgos del DAFP, es importante determinar los puntos de riesgo y las circunstancias inmediatas que lo causan, es decir todas aquellas actividades que representen gestión fiscal, así mismo, tener en cuenta aquellas acciones en las cuales se han generado advertencias, alertas, hallazgos fiscales y /o fallos con responsabilidad fiscal.

Dentro del contexto de riesgo fiscal cabe destacar que se define como aquellas actividades, acciones, eventos que causen alguna consecuencia o efecto dañoso sobre bienes o recursos del patrimonio público o intereses patrimoniales y que se vea expuesta la organización en caso de materializarse el riesgo

13. Lineamientos sobre los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción

13.1. Generalidades e identificación

La identificación de los riesgos de corrupción en la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá se plasmarán en la matriz de riesgos de corrupción. Esta estará a cargo de la Alta Dirección con la asesoría de la oficina de planeación o quien haga sus veces la cual debe ser presentada en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Este mapa se actualizará de manera anual y se publicará anexo al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

La E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, dará a conocer la matriz de riesgos a sus grupos de valor antes de su publicación los cuales podrán participar en la construcción del plan anticorrupción y del plan de atención al ciudadano.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Para la identificación y valoración del riesgo continúan vigentes los lineamientos contenidos en la versión 4 de la guía para la administración del riesgo y del diseño de controles en entidades públicas del año 2018.

Por tanto se deben identificar el riesgo en las mesas de trabajo y la oficina asesora de planeación será la encargada de Describir el riesgo según los componentes definidos por el DAFP, de la siguiente manera: (DAFP, 2020, pág. 64)

**ACCIÓN U OMISIÓN + USO DEL PODER + DESVIACIÓN DE LA GESTIÓN DE LO PÚBLICO
+ EL BENEFICIO PRIVADO.**

13.2. Valoración de riesgos.

13.2.1. Análisis de probabilidad

La oficina asesora de planeación o quien haga sus veces junto con el equipo directivo identificará la frecuencia de ocurrencia de eventos en un periodo determinado, para ello podemos guiarnos de los criterios para calificar la probabilidad según los lineamientos del DAFP.

Tabla 11 *Criterios para calificar la probabilidad.*

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCION	FRECUENCIA
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de 1 vez al año

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

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

Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.57) Año 2020.

13.3. Análisis del impacto:

Para el análisis del impacto de los riesgos de corrupción en La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá tendrá en cuenta la descripción del riesgo inicial y se aplicará los criterios de evaluación definidos en la metodología DAFP descritos en la siguiente tabla: *Como mínimo la encuesta deberá ser diligenciada por el equipo directivo de la entidad:*

Tabla 12. Modelo de encuesta para calificar el impacto en riesgos e corrupción

N°	RESPUESTA
----	-----------

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad



	PREGUNTA: SI EL RIESGO DE CORRUPCION SE MATERIALIZA PODRIA...	SI	NO
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?	X	
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?	X	
3	¿Afectar el cumplimiento de la misión de la entidad?	X	
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la entidad?		X
5	¿Generar Pérdida de confianza en la entidad, afectando su reputación?	X	
6	¿Generar Pérdida de recursos económicos?	X	
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?	X	
8	¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicios o recursos públicos		X
9	¿Generar pérdida de información de la entidad?		X

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad



POLITICA INSTITUCIONAL

VERSION: 0

CODIGO: DE-PL-POL-04

POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FECHA: 10/04/2023

10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la fiscalía u otro ente?	X	
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?	X	
12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?	X	
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?	X	
14	¿Dar lugar a procesos penales?		X
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?		X
16	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas?		X
17	¿Afectar la imagen regional?		X
18	¿Afectar la imagen nacional?		X
19	¿Generar daño ambiental?		X
Responder afirmativamente de UNA a CINCO preguntas(s) genera un impacto moderado. Responder afirmativamente SEIS a ONCE preguntas genera un impacto mayor. Responder afirmativamente DOCE a DIECINUEVE preguntas genera impacto catastrófico		10	

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

MODERADO: Genera medianas consecuencias sobre la entidad		
MAYOR: Genera altas consecuencias sobre la entidad		
CATASTROFICO: Genera consecuencias desastrosas para entidad		

Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.68) Año 2020, citado de Secretaria de Transparencia de la presidencia de la Republica.

13.4. Mapas de calor en riesgos de corrupción

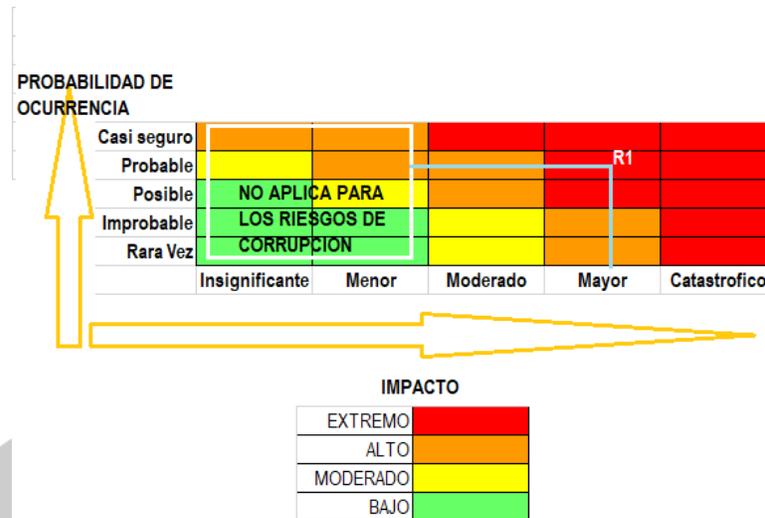
Los riesgos de corrupción identificados se ubican en el mapa de calor sugerido por la metodología DAFP.

Centro de Rehabilitación
Integral de Boyacá E.S.E.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Figura 15 Análisis del impacto de riesgos de corrupción.



Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.69) Año 2020, citado de Secretaria de Transparencia de la presidencia de la Republica

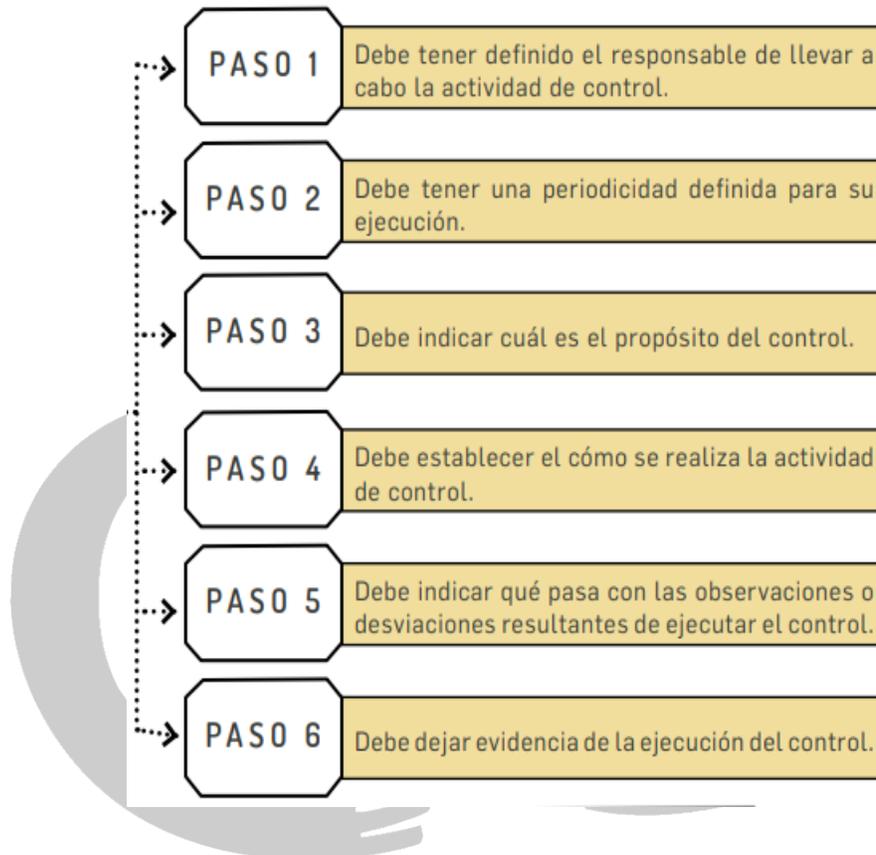
13.5. Valoración de controles

El equipo directivo con la Oficina Asesora de planeación o quien haga sus veces debe evaluar la definición de controles según criterios de la figura 15, y las tablas 12 y 13; establecidas por el DAFP

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Figura 16 Variables a evaluar para el adecuado diseño de controles



Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.49) Año 2018

A continuación, encontramos la descripción de las 6 variables a analizar junto con los aspectos a evaluar y su respectivo tratamiento de respuesta.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Tabla 13 Análisis y evaluación del control de acuerdo a 6 variables establecidas.

CRITERIO DE EVALUACIÓN	ASPECTO A EVALUAR EN EL DISEÑO DEL CONTROL	OPCIONES DE RESPUESTA	
1. Responsable	¿Existe un responsable asignado a la ejecución del control?	Asignado	No asignado
	¿El responsable tiene la autoridad y adecuada segregación de funciones en la ejecución del control?	Adecuado	Inadecuado
2. Periodicidad	¿La oportunidad en que se ejecuta el control ayuda a prevenir la mitigación del riesgo o a detectar la materialización del riesgo de manera oportuna?	Oportuna	Inoportuna
3. Propósito	¿Las actividades que se desarrollan en el control realmente buscan por sí sola prevenir o detectar las causas que pueden dar origen al riesgo, Ej.: verificar, validar, cotejar, comparar, revisar, etc.?	Prevenir o detectar	No es un control
4. Cómo se realiza la actividad de control	¿La fuente de información que se utiliza en el desarrollo del control es información confiable que permita mitigar el riesgo?	Confiable	No confiable
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	¿Las observaciones, desviaciones o diferencias identificadas como resultados de la ejecución del control son investigadas y resueltas de manera oportuna?	Se investigan y resuelven oportunamente	No se investigan y resuelven oportunamente.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

6. Evidencia de la ejecución del control	¿Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control que permita a cualquier tercero con la evidencia llegar a la misma conclusión?	Completa	Incompleta / no existe
--	--	----------	------------------------

Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.60) Año 2018

Teniendo en cuenta el criterio de evaluación asignado se procede a calificar según lo muestra el siguiente gráfico:

Tabla 14 Peso o participación de cada variable en el diseño del control para la mitigación del riesgo.

CRITERIO DE EVALUACION	OPCION DE RESPUESTA AL CRITERIO DE EVALUACION	PESO EN LA EVALUACION DEL CONTROL
Asignación del responsable	Asignado	15
	No Asignado	0
Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15
	Inadecuado	0
Periodicidad	Oportuna	15
	Inoportuna	0
Propósito	Prevenir	15
	Detectar	10
	No es un control	0
	Confiable	15

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Cómo se realiza la actividad de control	No confiable	0
Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	15
	No se investigan y resuelven oportunamente	0
Evidencia de la ejecución del control	Completa	10
	Incompleta	5
	No existe	0

Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.61) Año 2018

Una vez valorados los controles se procede a hacer la calificación según criterios de la siguiente tabla:

Tabla 15 Resultados de la evaluación del diseño de control.

RANGO DE CALIFICACION DEL DISEÑO	RESULTADO-PESO EN LA EVALUACION DEL DISEÑO DEL CONTROL
FUERTE	Calificación entre 96 y 100
MODERADO	Calificación entre 86 y 95
DEBIL	Calificación entre 0 y 85

Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.62) Año 2018

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Si el resultado de las calificaciones del control, o el promedio en el diseño de los controles, está por debajo de 96%, se debe establecer un plan de acción que permita tener un control o controles bien diseñados.

13.6. Evaluación de la ejecución de controles

En las tablas número 15 y 16, se presenta los criterios para evaluar la ejecución del control:

Tabla 16 Resultados de la evaluación de la ejecución del control.

RANGO DE CALIFICACION DE LA EJECUCION	RESULTADO-PESO DE LA EJECUCION DEL CONTROL
FUERTE	El control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable.
MODERADO	El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable.
DEBIL	El control no se ejecuta por parte del responsable.

Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.62) Año 2018

Tabla 17. Calificación de la solidez del conjunto de controles

CALIFICACIÓN DE LA SOLIDEZ DEL CONJUNTO DE CONTROLES	
FUERTE	El promedio de la solidez individual de cada control al sumarlos y ponderarlos es igual a 100.
MODERADO	El promedio de la solidez individual de cada control al sumarlos y ponderarlos está entre 50 y 99.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

DEBIL	El promedio de la solidez individual de cada control al sumarlos y ponderarlos es menor a 50.
--------------	---

Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.64) Año 2018

IMPORTANTE: La solidez del conjunto de controles se obtiene calculando el promedio aritmético simple de los controles de cada riesgo. Para la calcular el riesgo residual se tendrá el siguiente criterio de DAFP:

Tabla 18. Resultados de posibles desplazamientos de la probabilidad y del impacto de los riesgos.

SOLIDEZ DEL CONJUNTO DE LOS CONTROLES.	CONTROLES AYUDAN A DISMINUIR LA PROBABILIDAD	CONTROLES AYUDAN A DISMINUIR IMPACTO	# COLUMNAS EN LA MATRIZ DE RIESGO QUE SE DESPLAZA EN EL EJE DE LA PROBABILIDAD	# COLUMNAS EN LA MATRIZ DE RIESGO QUE SE DESPLAZA EN EL EJE DE IMPACTO
FUERTE	Directamente	Directamente	2	2
FUERTE	Directamente	Indirectamente	2	1
FUERTE	Directamente	No disminuye	2	0
FUERTE	No disminuye	Directamente	0	2
MODERADO	Directamente	Directamente	1	1
MODERADO	Directamente	Indirectamente	1	0
MODERADO	Directamente	No disminuye	1	0
MODERADO	No disminuye	Directamente	0	1

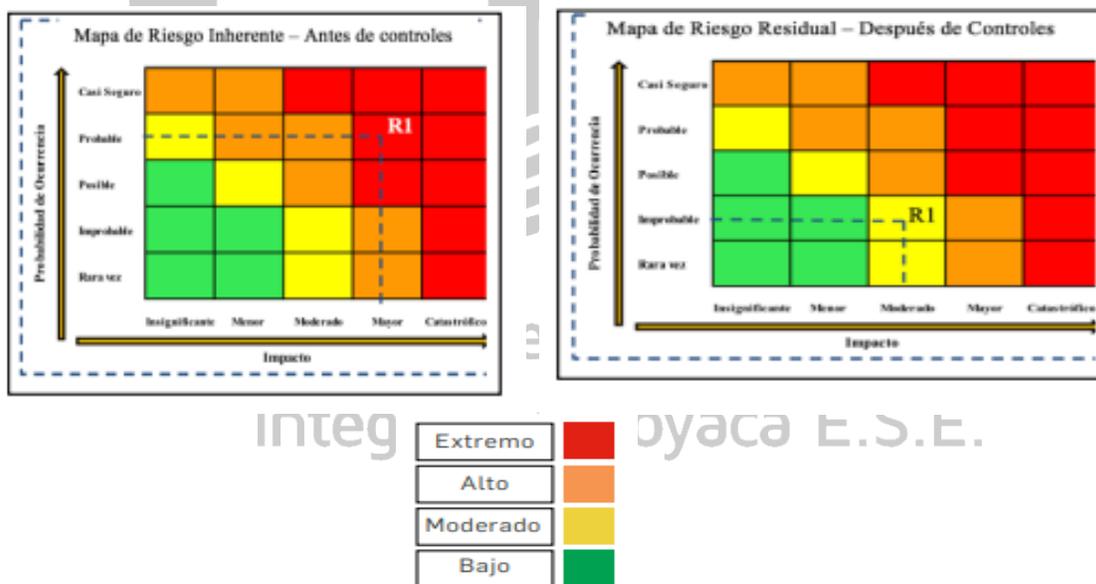
Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.66) Año 2018

IMPORTANTE: Si la solidez del conjunto de los controles es débil, este no disminuirá ningún cuadrante de impacto o probabilidad asociado al riesgo. Tratándose de los riesgos de corrupción únicamente hay disminución de probabilidad. Es decir, para el impacto no opera el desplazamiento. La oficina asesora de planeación o quien haga sus veces realizara la evaluación de los controles en conformidad con los criterios mencionados anteriormente y debe proceder a ubicar los riesgos residuales en el respectivo mapa de calor residual.

Figura 17 Resultados del mapa de riesgo residual.



Nota: Tomado de Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (p.67) Año 2018.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

13.7. Tratamiento de riesgos de corrupción.

La evaluación del tratamiento de los riesgos identificados la realizara el equipo directivo de la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de siguiendo las estrategias presentadas en la siguiente tabla:

Tabla 19. Estrategias de riesgos de corrupción en los procesos de la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá. CRIB.

TIPO DE RIESGO	ZONA DE RIESGO	NIVEL DE ACEPTACIÓN
Riesgos de corrupción	MODERADO	REDUCIR la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos; por lo general conlleva a implementar de controles que permitan transferir o mitigar el riesgo. Los cuales estará en constante vigilancia para verificar su cumplimiento. Se debe fijar por lo mínimo dos controles
Riesgos de corrupción	ALTA Y EXTREMA	REDUCIR la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos; por lo general conlleva a implementar controles más constantes y estrictos, los cuales quedaran fijados en la

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

	<p>matriz de riesgos de corrupción, definiendo responsables, fechas de implementación y seguimientos. Se debe fijar por lo mínimo tres controles</p>
	<p>EVITAR, Se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo, decidiendo no iniciar o no continuar con la actividad que causa el riesgo.</p>
	<p>TRANSFERIR O COMPARTIR una parte del riesgo para reducir la probabilidad o el impacto y prevenir la materialización por parte de los procesos a cargo de los mismos .Este puede ser compartido con otra parte o entidad interesada que pueda gestionarlo con más eficacia.</p>

Nota: Elaboración propia

Las actividades de control se definirán en Mesa de trabajo de primera y segunda línea de defensa asignada al proceso. los tipos de control se establecerán en lo planteado por metodología y lineamientos del DAFP, Estos pueden ser preventivos o detectivos. Se debe priorizar los controles preventivos en el enfoque de prevención de riesgos.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

13.8. Monitoreo de los riesgos de corrupción.

El monitoreo de estos riesgos estará a cargo de los líderes de proceso en primera línea y de la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces en segunda línea de defensa.

EL monitoreo de primera línea se debe documentar mediante informes mensuales y el de segunda línea de defensa mediante informes bimestrales.

13.9. Seguimiento.

Desde la oficina de Control Interno de la E.S.E. Centro de Rehabilitación integral de Boyacá se hará el respectivo seguimiento al mapa de riesgos de corrupción y sus respectivos controles, 3 veces al año en conformidad con los seguimientos del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

13.10. Acciones a seguir en caso de materialización de riesgos.

En caso de materialización del riesgo, la oficina de control interno tomara medidas como la revisión exhaustiva la actualización del mapa de riesgos de corrupción, así como sus controles identificados, y en última instancia informara a las autoridades de la ocurrencia del hecho de corrupción.

La oficina de Control Interno de la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, realiza la correspondiente evaluación y revisión de los controles; su efectividad e idoneidad si son adecuados para prevenir y mitigar los riesgos de corrupción.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

14. Gestión de riesgos de seguridad y privacidad de la información.

14.1. Identificación de activos de seguridad de la información

El área de sistemas de la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá será la encargada de realizar la actualización anual de los activos de información con los cuales cuenta la entidad, siguiendo la metodología planteada por Min Tic.

14.2. Identificación del riesgo de seguridad de la información.

Los tres riesgos inherentes identificados según el DAFP son: (DAFP, 2020, pág. 78)

- Pérdida de confidencialidad
- Pérdida de integridad
- Pérdida de disponibilidad.

Para la identificación de amenazas y vulnerabilidades que pueden materializar los riesgos, se puede consultar el anexo 4 administración de riesgos año 2018 emitido por el Departamento de la Administración pública.

A continuación, se presenta a modo de ejemplo y guía una tabla de amenazas comunes, amenazas dirigidas por el hombre y vulnerabilidades

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Tabla 20. Tabla de amenazas comunes

TIPO	AMENAZA	ORIGEN ¹
Daño físico	Fuego	F,D,A
	Agua	F,D,A
Eventos naturales	Fenómenos climáticos	E
	Fenómenos sísmicos	E
Pérdidas de los servicios esenciales	Fallas en el sistema de suministro de agua	E
	Fallas en el suministro de aire acondicionado	F,D,A
Perturbación debida a la radiación	Radiación electromagnética	F,D,A
	Radiación térmica	D
Compromiso de la información	Espionaje remoto	D
Fallas técnicas	Fallas del equipo	D,F
	Mal funcionamiento del equipo	D,F
	Saturación del sistema de información	D,F
	Mal funcionamiento del software	D,F
	Incumplimiento en el mantenimiento del sistema de información	D,F
Acciones no autorizadas	Uso no autorizado del equipo	D,F
	Copia fraudulenta del software	D,F

¹ El origen de la amenaza común puede manifestarse de manera Deliberada (D), Fortuito(F), o Ambiental (A)

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
<i>POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</i>		FECHA: 10/04/2023

Compromiso de las funciones	Error en el uso o abuso de derechos	D,F
	Falsificación de derechos	D

Nota: Tomado de Modelo Nacional de Gestión de riesgo de seguridad de la información en entidades públicas. (Pag,20). Año 2013.

Tabla 21. *Tabla de amenazas dirigida por el hombre*

FUENTE DE AMENAZA	MOTIVACION	ACCIONES AMENAZANTES
Pirata informático, intruso ilegal	Reto Ego	Piratería Ingeniería social
Criminal de la computación	Destrucción de la información Divulgación ilegal de la información	Crimen por computador Acto fraudulento
Terrorismo	Chantaje Destrucción	Ataques contra el sistema, Penetración en el sistema
Espionaje industrial (inteligencia, empresas, gobiernos extranjeros, otros intereses)	Ventaja competitiva Espionaje económico	Ventaja de defensa Hurto de información
Intrusos (empleados con entrenamiento deficiente, descontentos, malintencionados, negligentes, deshonestos o despedidos)	Curiosidad/ Ganancia monetaria/ Chantaje	Asalto a un empleado

Nota: Tomado de Modelo Nacional de Gestión de riesgo de seguridad de la información en entidades públicas. (Pag,21). Año 2013.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

Tabla 22. Tabla de vulnerabilidades comunes.

TIPO	VULNERABILIDADES
Hardware	Mantenimiento insuficiente
	Ausencia de esquemas de reemplazo periódico
	Sensibilidad a la radiación electromagnética
	Susceptibilidad a las variaciones de temperatura (o al polvo y suciedad)
	Almacenamiento sin protección
	Falta de cuidado en la disposición final
	Copia no controlada
Software	Ausencia o insuficiencia de pruebas de software
	Ausencia de terminación de sesión
	Ausencia de registros de auditoría
	Asignación errada de los derechos de acceso
	Interfaz de usuario compleja
	Ausencia de documentación
	Fechas incorrectas
	Ausencia de mecanismos de identificación y autenticación de usuarios
	Contraseñas sin protección
	Software nuevo o inmaduro
Red	Ausencia de pruebas de envío o recepción de mensajes

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad



POLITICA INSTITUCIONAL

VERSION: 0

CODIGO: DE-PL-POL-04

POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

FECHA: 10/04/2023

	Líneas de comunicación sin protección
	Conexión deficiente de cableado
	Tráfico sensible sin protección
	Punto único de falla
Personal	Ausencia del personal
	Entrenamiento insuficiente
	Falta de conciencia en seguridad
	Ausencia de políticas de uso aceptable
	Trabajo no supervisado de personal externo o de limpieza
Lugar	Uso inadecuado de los controles de acceso al edificio
	Áreas susceptibles a inundación
	Red eléctrica inestable
	Ausencia de protección en puertas o ventanas
Organización	Ausencia de procedimiento de registro/retiro de usuarios
	Ausencia de proceso para supervisión de derechos de acceso
	Ausencia de control de los activos que se encuentran fuera de las instalaciones
	Ausencia de acuerdos de nivel de servicio
	Ausencia de mecanismos de monitoreo para brechas en la seguridad
	Ausencia de procedimientos y/o de políticas en general (esto aplica para muchas actividades que la entidad no tenga documentadas y formalizadas como uso

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

	aceptable de activos, control de cambios, valoración de riesgos, escritorio y pantalla limpia entre otros)
--	--

Nota: Tomado de Modelo Nacional de Gestión de riesgo de seguridad de la información en entidades públicas. (Pag,21). Año 2013

14.3. Identificación del riesgo inherente de seguridad digital

Cada activo de información tiene asociado por lo menos un riesgo los cuáles serán identificados en el área de sistemas con el acompañamiento metodológico de la oficina asesora de planeación o quien haga sus veces.

Para identificar las amenazas y vulnerabilidades según el Modelo nacional de gestión de riesgos de seguridad de la información para entidades públicas se pueden usar las siguientes metodologías: (Departamento Administrativo de la Funcion Publica-DAFP, 2018)

- a. Lluvia de ideas:
- b. Juicio de expertos
- c. Análisis de escenarios
- d. Otras técnicas que se consideren pertinentes y idóneas.

14.4. Valoración del riesgo.

Para este aparte se tomarán las tablas de probabilidad e impacto definidas en el capítulo 9 del presente documento, para su respectivo uso y aplicación de riesgos de seguridad de la información identificados de la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

14.5. Controles asociados a la seguridad de la información

Para la definición de los controles asociados a la seguridad de la información la E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá se tomará como base el Anexo A de la ISO/IEC 27001:2013, estos controles se encuentran en el anexo 4. “Modelo Nacional de Gestión de riesgo de seguridad de la Información en entidades públicas”, se revisará el modelo y se determina la información y guía aplicable con la identificación de riesgos de la entidad. El control se realizará teniendo cuenta aspectos del anexo anteriormente mencionado y el plan de tratamiento de seguridad de la información propuesto por el DAFP.



Centro de Rehabilitación
Integral de Boyacá E.S.E.

	POLITICA INSTITUCIONAL	VERSION: 0
		CODIGO: DE-PL-POL-04
POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		FECHA: 10/04/2023

15. Bibliografía

- DAFP (2018) *Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión*. Consejo para la gestión y desempeño institucional del DAFP. Versión 3
- DAFP (2020) *Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas*. Versión 5. Tomado de https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/document_library/bGsp2IjUBdeu/view_file/34271987
- Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá. (2017) Mapa de procesos. Tomado https://cribsaludmental.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=19:mapa-de-procesos&catid=19&Itemid=453
- ICONTEC International (2015) NTC ISO 9001:2015 *Norma técnica colombiana. Sistema de gestión calidad. Requisitos*.
- *Supersalud* (2021). CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021. Versión 1.
- *Norma Técnica Colombiana ISO 31000 (2011). Gestión del riesgo. Principios y directrices*.

Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad