



**E.S.E HOSPITAL
SAN JOSÉ**
SAN BERNARDO DEL VIENTO
NIT 891882499-4

✉ Gerencia@esehospitalsanjose.com

📍 Kilometro 1, Via Lórica, San Bernardo del Viento, Córdoba, Colombia.

MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION MIPG

DIMENSIÓN

2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

Aprobado por:
Dr. Amaury López Garcés
Gerente





MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION MIPG

DIMENSIÓN

2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

2.1. ESTRUCTURA ORGANICA

Aprobado por:

Dr. Amaury López Garcés

Gerente





MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION MIPG

DIMENSIÓN

2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

2.1 ESTRUCTURA ORGANICA

ORGANIGRAMA

Aprobado por:
Dr. Amaury López Garcés
Gerente





2.1 ESTRUCTURA ORGANICA





**E.S.E HOSPITAL
SAN JOSÉ**
SAN BERNARDO DEL VIENTO
NIT. 891300499-4

✉ Gerencia@esehospitalsanjose.com

📍 Kilometro 1, Via Lórica, San Bernardo del Viento, Córdoba, Colombia.

MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION MIPG

DIMENSIÓN

2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

2.2. GUIA RIESGOS Y MAPA RIESGO INSTITUCIONAL

Aprobado por:
Dr. Amaury López Garcés
Gerente





MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION MIPG

DIMENSIÓN

2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

2.2 GUÍA RIESGOS Y MAPA RIESGO INSTITUCIONAL

POLÍTICAS ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Aprobado por:

Dr. Amaury López Garcés

Gerente



RESOLUCION No. 520

Del 25 de Junio 2019

"POR LA CUAL SE ESTABLECE LA POLÍTICAS ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO LA ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE SAN BERNARDO DEL VIENTO"

EL Gerente en ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas por la Ley 87 de 1993, Decreto 943 de 2014, Decreto N. 1499 del 2017 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 209 de la Constitución Política establece que "La Administración Pública, en todos sus órdenes tendrá un Control Interno que se ejercerá en los Términos que señale la Ley".

Que el artículo 269 de la misma Carta Política estipula que "En las entidades Públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno, de conformidad con lo que disponga la Ley".

Que el artículo 6 de la Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el Ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan Otras disposiciones", dispuso que "El establecimiento y desarrollo del sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del Representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del Control Interno, también será responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos".





Que el Departamento Administrativo de la función pública estableció la guía metodología para la administración de riesgo Versión 3 para el 2017.

Que el Mapa de Riesgos es la herramienta conceptual y metodológica que permite Valorar los riesgos al interior de la entidad.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: La Administración de riesgos de la ESE Hospital San José de San Bernardo del Viento, tendrá un carácter prioritario y estratégico, fundamentada en guía de administración de riesgo establecida por el departamento administrativo de la función pública. En virtud de lo anterior, la identificación, análisis y Valoración de los riesgos se circunscriben a los objetivos estratégicos de cada proceso.

ARTÍCULO SEGUNDO: Hace parte de esta resolución, la política de Administración de Riesgo Así:

CAPITULO 01

POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGO de la ESE Hospital San José de San Bernardo del Viento.

1.-1.- **POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO:**



La ESE Hospital San José de San Bernardo del Viento, debe darle cumplimiento a su misión constitucional y legal, a través de los objetivos institucionales los cuales desarrollan a partir del diseño y ejecución de los diferentes planes, programas y proyectos. El cumplimiento de dichos objetivos se puede ver afectado por la presencia de riesgos, ocasionados por factores tanto internos como externos, razón por la cual se hace necesario contar con acciones tendientes a administrarlos dentro de la entidad. El adecuado manejo de los riesgos favorece el desarrollo y crecimiento de la entidad, con el fin de asegurar dicho manejo es importante que se establezca el entorno de la entidad, la identificación, análisis, valoración y definición de las alternativas de acciones de mitigación de los riesgos.

1.1.1.- Compromiso de la alta dirección: Para el éxito en la Implementación de una adecuada Administración del Riesgo, es indispensable el compromiso de la alta gerencia como encargada, en primera instancia, de estimular la cultura de la identificación y prevención del riesgo y en segunda instancia de definir las políticas. Para lograrlo es importante la definición de canales directos de comunicación y el apoyo a todas las acciones emprendidas en este sentido, propiciando los espacios y asignando los recursos necesarios en el sistema de gestión adoptado.

1.1.2.- Conformación de un Equipo Para la Administración de Riesgo: Es importante conformar un equipo que se encargue de liderar el proceso de administración del riesgo dentro de la entidad y cuente con un canal directo de comunicación con el designado de la dirección y las personas designadas para trabajar el tema en las diferentes dependencias. Dicho equipo lo deben integrar personas de diferentes áreas que conozcan muy bien la entidad y el funcionamiento de los diferentes procesos para que se facilite la administración del riesgo y la construcción de los mapas de riesgos institucionales.

1.1.3.- Socialización Mapa de riesgo institucional: Se debe capacitar a los integrantes del equipo, en la metodología de la Administración del Riesgo, Así mismo el equipo directivo en el proceso de actualización de sus asuntos misionales deben integrar a partir de las problemáticas de su entorno los factores de riesgo inherentes al desarrollo institucional y administrativo.

1.1.2.- OBJETIVOS DE LA POLITICA:

- ⬇ Contribuir a la eficiencia operacional mediante la mitigación de probabilidad e impacto de eventos adversos.
- ⬇ Gestionar de forma anticipada las vulnerabilidades o eventos que puedan afectar el logro de los objetivos de la entidad
- ⬇ Aportar información para tomar adecuadas decisiones estratégicas y operativas.
- ⬇ Fortalecer la mejora continua en la gestión de los procesos y en general del Sistema integrado de planeación y gestión.
- ⬇ Reprobar y combatir la corrupción por parte de cada uno de los servidores públicos que pertenecen a la ESE Hospital San José de San Bernardo del Viento, que afecte el logro de los objetivos de la entidad, socave el Estado de Derecho, distorsione el efecto de las políticas gubernamentales, quebrante la legitimidad del gobierno, desestime la participación ciudadana y propicie escenarios de politización y de captura de la entidad por parte de intereses particulares.



1.1.3.- ALCANCE DE POLITICA ADMINISTRACION DEL RIESGO:

La política de riesgos es aplicable a todos los procesos, proyectos de la Entidad y a todas las acciones ejecutadas por los servidores durante el ejercicio de sus funciones.

CAPITULO 02

ROLES Y RESPONSABILIDADES EN LA ADMINISTRACION DE RIESGO DE LA ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE SAN BERNARDO DEL VIENTO

ROL	FUNCION
ALTA DIRECCION	<ol style="list-style-type: none">1.- Establecer política de riesgo2.- Aprobar la política de riesgos.3.- Facilitar la consecución de recursos para llevar a cabo la Gestión del Riesgo en toda la entidad y cumplimiento de la política de riesgos establecida.4.- Realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales.5.- Reportar los principales aspectos relativos a los riesgos, al consejo de Gobierno.
LIDERES DE LOS PROCESOS:	<ol style="list-style-type: none">1.- Identificar los riesgos y controles de procesos y proyectos a cargo en cada vigencia2.- Realizar seguimiento y análisis a los controles de los riesgos según periodicidad establecida.3.- Actualizar el mapa de riesgos cuando la administración de los mismos lo requiera.



<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Asesorar en la identificación de los riesgos institucionales 2.- Analizar el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos 3.- Realizar seguimiento a los riesgos 4.- consolidados en los mapas de riesgos. 5.- Realizar evaluación independiente y objetiva periódicamente sobre los componentes de la Gestión.
<p>SERVIDORES PÚBLICOS EN GENERAL</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Conocer los componentes de la Gestión del Riesgo de la Unidad y aplicarlos a su gestión diaria, asumiendo el principio de Autocontrol. 2.- Participar en la elaboración del mapa de riesgos de los procesos en que es competente. 3.- Cumplir con las acciones asignadas en el Plan de Manejo del Riesgo – PMR y de mejoramiento de controles, reportando oportunamente a los líderes de calidad y/o responsables de los procesos el avance, cumplimiento y resultado de las mismas. 4.- Informar oportunamente a los líderes de calidad y/o responsables del proceso o subprocesos las acciones que se puedan presentar y que indiquen la materialización de un riesgo. 5.- Observar dentro de sus actividades que eventos pueden afectar el desarrollo de las mismas e informarlas oportunamente para ser evaluadas como riesgos no identificados en los procesos.



GERENTE

- 1.- Acompañar y orientar sobre la metodología para la identificación, análisis, calificación y valoración del riesgo.
- 2.- Consolidar el Mapa de riesgos institucional.
- 3.- Monitorear cambio de entorno y nuevas amenazas.
- 4.- Liderar su elaboración y consolidación con cada responsable de las áreas y/o de los procesos, junto con su equipo de trabajo.

CAPITULO 03

CONTEXTO ESTRATEGICO

Para la formulación y operacionalización de la política de administración del riesgo es fundamental tener claridad de la misión institucional, sus objetivos y tener una visión sistémica de la gestión de manera que no se perciba esta herramienta gerencial como algo aislado del mismo accionar administrativo. Por ende, el diseño se establece a partir de la identificación de los factores internos o externos a la entidad que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de sus objetivos.

Este Contexto Estratégico es la base para la identificación de los riesgos en los procesos y actividades, el análisis se realiza a partir del conocimiento de situaciones del entorno de la entidad, tanto de carácter social, económico, cultural, de orden público, político, legal y /o cambios tecnológicos, entre otros; se alimenta también con el análisis de la situación actual de la entidad, basado en los resultados de los informes por los organismos de control en las auditorías practicadas entre otros.



CLASIFICACION	FACTORES
EXTERNO	Económicos: Disminución del presupuesto por prioridades del Gobierno,
	Políticos: Cambio de gobierno con nuevos planes y proyectos de Desarrollo, Falta de continuidad en los programas establecidos. Desconocimiento de la Entidad por parte de otros órganos de gobierno
	Sociales: Ubicación de la Entidad que dificulta el acceso al personal y al público
	Tecnológicos: Avances tecnológicos del mercado dificulta la interoperabilidad con otros sistemas. Fallas en la infraestructura tecnológica, falta de recursos para el fortalecimiento tecnológico.
	Medio Ambiente: Contaminación por sustancias perjudiciales para la salud, Mala práctica de clasificación de residuos. Normas Constitucionales y legales aplicables
	Comunicación Externa: Múltiples canales e interlocutores de la Entidad con los usuarios, Servicio telefónico insuficiente, falta de coordinación de canales y medios.
INTERNOS:	Financieros: 1. Inexistencia de instrumentos financieros como son el MFMP (marco fiscal de mediano plazo), PAC (Plan de Caja). 2. La no suscripción oportuna del contrato de administración de los recursos



<p>Planeación:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Debilidad en los procesos de planeación de la administración.2. Los instrumentos de planeación (Plan Indicativo, Plan de Acción) en estado desactualizados y sin elaborar en otros casos.3. La debilidad en procesos de seguimiento a la ejecución de metas.
<p>Jurídica y contratación:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Baja capacidad de respuesta en procesos de defensa jurídica que coloca en riesgo la viabilidad financiera de la ESE.2. Manuales y procesos desactualizados.
<p>Talento Humano:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Desconocimiento entre funcionarios del rol o competencias, actualización normativa en las diferentes áreas de la administración.2. Falta de empoderamiento de todos los funcionarios en el rol de elaboración de proyectos de inversión.3. Insuficientes recursos para la implementación de programas de bienestar social e incentivo y plan de capacitación.4. Evaluación de desempeño desactualizado.
<p>Procesos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Desactualización de procesos2. La desactualización de manuales y falta de procedimientos y políticas en el sistema de gestión adoptado.





- ⬇ **Tecnológico:** Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión.
- ⬇ **Corrupción:** Posibilidad de que, por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y, en consecuencia, del Estado, para la obtención de un beneficio particular.

CAPITULO 05

NIVEL DE ACEPTACION DE RIESGO

En este punto se busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial.

TABLA DE 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
4	Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Al menos de 1 vez en el último año.
3	Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento	Al menos de 1 vez en los últimos 2 años





2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos de 1 vez en los últimos 5 años
1	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco	No se ha presentado en los últimos 5 años

TABLA DE IMPACTO

Bajo el criterio de Impacto, el riesgo se debe medir a partir de las siguientes especificaciones, contenidas en la tabla de impactos o consecuencias definida en la política de riesgos institucional

NIVELES PARA CALIFICAR EL IMPACTO	IMPACTO (CONSECUENCIAS) CUANTITATIVO	IMPACTO (CONSECUENCIAS) CUALITATIVO
CATASTROFICO	<p>Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 50\%$</p> <p>Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 50\%$.</p> <p>Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 50\%$</p> <p>Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un</p>	<p>Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de cinco (5) días.</p> <p>Intervención por parte de un ente de control u otro ente regulador.</p> <p>Pérdida de Información crítica para la entidad que no se puede recuperar.</p> <p>Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave la ejecución presupuestal.</p> <p>Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por</p>





	ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 50\%$ del presupuesto general de la entidad.	actos o hechos de corrupción comprobados.
MAYOR	<p>Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 20\%$</p> <p>Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 20\%$.</p> <p>Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 20\%$</p> <p>Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 20\%$ del presupuesto general de la entidad</p>	<p>Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de dos (2) días.</p> <p>Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta.</p> <p>Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.</p> <p>Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando el cumplimiento en las metas de gobierno.</p> <p>Imagen en el orden nacional o regional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.</p>
MODERADO	<p>Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 5\%$</p> <p>Pérdida de cobertura en la</p>	<p>Interrupción de las operaciones de la Entidad por un (1) día.</p> <p>Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una</p>





**E.S.E HOSPITAL
SAN JOSÉ**
SAN BERNARDO DEL VIENTO
NIT 891300000-4

✉ Gerencia@esehospitalsanjose.com

📍 Kilometro 1, Via Lórica, San Bernardo del Viento, Córdoba, Colombia.

ARTÍCULO TERCERO. - DIVULGACIÓN. Las Políticas de Administración de Riesgos Y el Mapa de Riesgos institucional y de corrupción se divulgarán a todos los funcionarios de la ESE Hospital San José de San Bernardo del Viento.

ARTÍCULO CUARTO. - VIGENCIA. La presente resolución rige a partir del día siguiente de su publicación.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en el Municipio de San Bernardo del Viento, a los 25 días del mes de junio de 2019.


AMAURY LÓPEZ GARCÉS
< Gerente

