

## **POLÍTICA GESTIÓN DEL RIESGO**

El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander y sus colaboradores se comprometen a gestionar los riesgos que pueden impedir el cumplimiento de los objetivos institucionales, orientando la toma de decisiones oportunas para minimizar efectos adversos al interior de la entidad, estableciendo responsabilidades y compromisos frente al riesgo, estableciendo e implementando la metodología de administración del riesgo, identificando los riesgos institucional, riesgos por procesos, riesgos de corrupción, riesgos SARLAFT, riesgos de: seguridad y salud en el trabajo, seguridad de la información, de seguridad digital, de protección de datos personales, de defensa jurídica, riesgos clínicos y Sistema Único de Acreditación – SUA, ambientales, riesgos de desastres en salud y de uso de dispositivos médicos y equipos industriales, estableciendo el mapa de riesgos institucional efectuando su control y seguimiento a los riesgos priorizados, divulgando y capacitando a los colaboradores sobre administración del riesgo que aseguren el cumplimiento de los compromisos con los grupos de interés y midiendo la cultura del riesgo en los funcionarios y contratistas que laboran en la ESE Hospital Universitario de Santander.

### **VALORES**

- Honestidad
- Responsabilidad
- Compromiso

### **PRINCIPIOS**

- Transparencia
- Trabajo en Equipo

### **OBJETIVOS DE LA POLÍTICA**

1. Gestionar los riesgos que pueden impedir el cumplimiento de los objetivos institucionales.
2. Orientar la toma de decisiones oportunas y minimizar efectos adversos al interior de la Entidad, con el fin de dar continuidad a la gestión institucional y asegurar el cumplimiento de los compromisos con los Grupos de Valor.
3. Establecer las responsabilidades y compromisos frente al riesgo
4. Desarrollar el análisis del contexto interno y externo
5. Establecer e implementar la metodología de administración del Riesgo en la ESE HUS
6. Identificar y realizar análisis y control de los riesgos asociados a los puntos críticos de los procesos de la ESE Hospital Universitario de Santander
7. Reducir la posibilidad de que ocurran riesgos de corrupción identificados, definiendo actividades encaminadas a fomentar la transparencia en la gestión.
8. Establecer el AMFE para riesgos clínicos
9. Detectar y reportar las operaciones que se pretendan realizar o se hayan realizado, para intentar dar apariencia de legalidad a operaciones vinculadas al lavado de activos o financiación del terrorismo
10. Establecer el mapa de riesgos institucional, el mapa de riesgos por procesos, el mapa de riesgos de corrupción, el mapa de riesgos SARLAFT, el mapa de riesgos de: seguridad y salud en el trabajo,

seguridad de la información, mapa de riesgo de seguridad digital, mapa de riesgos de protección de datos personales, de defensa jurídica, mapa de riesgos clínicos y Sistema Único de Acreditación – SUA, ambientales, mapa de riesgos de desastres en salud y de uso de dispositivos médicos y equipos industriales.

11. Efectuar el control y seguimiento de los riesgos priorizados
12. Divulgar y capacitar a los funcionarios y contratistas en la administración del riesgo.
13. Medir la cultura del riesgo en los funcionarios y contratistas que laboran en la ESE Hospital Universitario de Santander.

## ALCANCE

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

## RESPONSABILIDAD Y COMPROMISOS FRENTE AL RIESGO

LÍNEA DE DEFENSA	RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD FRENTE AL RIESGO
Estratégica	Alta Dirección – Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer y aprobar la Política de Gestión del Riesgo la cual incluye los niveles de responsabilidad y autoridad con énfasis en la prevención del daño antijurídico.</li> <li>• Definir y hacer seguimiento a los niveles de aceptación del riesgo.</li> <li>• Analizar los cambios en el entorno (contexto interno y externo) que puedan tener un impacto significativo en la operación de la ESE Hospital Universitario de Santander y que puedan generar cambios en la estructura de riesgos y controles.</li> <li>• Realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales.</li> <li>• Realimentar al Comité de Gestión y Desempeño Institucional sobre los ajustes que se deban hacer frente a la gestión del riesgo.</li> <li>• Evaluar el estado del Sistema de Control Interno y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del mismo.</li> </ul>
Primera línea de defensa	Líderes de procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar y valorar los riesgos que puedan afectar los programas, proyectos, planes y procesos a su cargo y actualizarlo cuando se requiera.</li> <li>• Establecer acciones de control detectivas y preventivas para los riesgos identificados.</li> <li>• Realizar seguimiento y análisis a los controles de los riesgos según periodicidad establecida para mitigar los</li> </ul>

		<p>riesgos identificados alineados con las metas y objetivos de la ESE HUS y proponer mejoras a la gestión del riesgo en su proceso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisar la ejecución de los controles aplicados por el equipo de trabajo en la gestión del día a día, detectar las deficiencias de los controles y determinar las acciones de mejora a que haya lugar.</li> <li>• Actualizar el mapa de riesgos cuando la administración de los mismos lo requiera.</li> <li>• Desarrollar ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles.</li> <li>• Establecer y ejecutar la actuación correctiva y oportuna ante la materialización de los riesgos identificados.</li> <li>• Informar a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (segunda línea de defensa) sobre los riesgos materializados en los programas, proyectos, planes y/o procesos a su cargo.</li> <li>• Reportar a la Oficina de Control Interno los avances y evidencias de la gestión de los riesgos a cargo del proceso asociado.</li> </ul>
<p style="text-align: center;">Segunda línea de defensa</p>	<p style="text-align: center;">Oficina Asesora de Desarrollo Institucional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política de gestión del riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo.</li> <li>• Acompañar, orientar y entrenar sobre la metodología para la identificación, análisis, calificación y valoración del riesgo a los líderes de los procesos.</li> <li>• Monitorear los controles establecidos a los riesgos identificados.</li> <li>• Supervisar en coordinación con los demás responsables de esta segunda línea de defensa que la primera línea identifique, evalúe y gestione los riesgos y controles de corrupción para que se generen acciones.</li> <li>• Evaluar que los riesgos identificados sean consistentes con la presente política de la entidad y que sean monitoreados por la primera línea de defensa.</li> <li>• Promover ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles.</li> <li>• Consolidar el Mapa de Riesgo Institucional y presentarlo para análisis y seguimiento ante el Comité de Gestión y Desempeño Institucional.</li> <li>• Presentar al Comité Institucional de Control Interno el seguimiento a la eficacia de los controles a los riesgos</li> </ul>

		identificados.
Segunda Línea de Defensa	Subgerencia Administrativa y Financiera, líderes de procesos de contratación, financiera, talento humano, ambiente físico, defensa jurídica, Sistemas de Información, servicio al ciudadano, emergencias y desastres, Oficial de Cumplimiento de Protección de datos personales, Oficial de cumplimiento SARLAFT y los supervisores de contrato de la Entidad entre otros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorear los riesgos identificados y controles establecidos por la primera línea de defensa acorde con la estructura de los temas a su cargo.</li> <li>• Reportar a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, el seguimiento efectuado al mapa de riesgos a su cargo y proponer las acciones de mejora a que haya lugar.</li> <li>• Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis, y valoración del riesgo y definición de controles en los temas a su cargo. Supervisar que la primera línea de defensa identifique, evalúe y gestione los riesgos en los temas de su competencia.</li> </ul>
Tercera línea de defensa	Oficina Asesora de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesorar de forma coordinada con la Oficina de Desarrollo Institucional, a la primera línea de defensa en la identificación de los riesgos institucionales y diseño de Controles.</li> <li>• Analizar el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos.</li> <li>• Realizar seguimiento a los riesgos consolidados en los mapas de riesgos.</li> <li>• Reportar seguimiento a los riesgos de corrupción.</li> <li>• Proporcionar aseguramiento objetivo en las áreas identificadas no cubiertas por la segunda línea de defensa.</li> <li>• Llevar a cabo el seguimiento a los riesgos consolidados en los mapas de riesgos de conformidad con el Plan Anual de Auditoría y reportar los resultados al Comité Institucional de Coordinación de Control interno.</li> </ul>
	Oficina Asesora de Desarrollo Institucional - Prensa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar en la definición de la estrategia de promoción del proceso participativo (actores internos y externos) y difusión de la Política de Gestión del Riesgo, mapas de Riesgo y Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano –PAAC.</li> </ul>
	Oficina de Control Interno Disciplinario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportar anualmente, a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y a la Oficina Asesora de Control Interno información sobre sanciones por conductas disciplinarias asociadas a riesgos de corrupción (fuente</li> </ul>

		para revisiones y ajustes del mapa de riesgos de corrupción.)
	Oficina SIAU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportar semestralmente a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y a la Oficina Asesora de Control Interno información sobre PQRD relacionadas con Riesgos de Corrupción.</li> <li>• Reportar semestralmente al Oficial de cumplimiento de Protección de Datos personales información sobre las PQRDS relacionadas con incidentes o vulneraciones a sistemas de información o archivos físicos donde se gestionen de datos personales.</li> </ul>
	Servidores Públicos y Colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y mantener niveles de responsabilidad sobre la administración de los riesgos</li> </ul>

### NIVELES DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO

Acogiendo la Matriz de riesgo sugerida en la Guía para la Administración del Riesgo de Función Pública-2018, la medición de los riesgos de proceso y proyecto se hace a través de la tabla de probabilidad e impacto así:



FUENTE: Adaptado de Instituto de Auditores Internos. COSO ERM. Agosto 2014.

Mientras que para los riesgos de corrupción se atiende los de la Guía de la Secretaria de Transparencia, así:

PROBABILIDAD	Probabilidad	Nivel	Zonas de Riesgo de Corrupción		
	Casi seguro	5	Moderada	Alta	Extrema
	Probable	4	Moderada	Alta	Extrema
	Posible	3	Moderada	Alta	Extrema
	Improbable	2	Baja	Moderada	Alta
	Rara vez	1	Baja	Baja	Moderada
	Impacto		3	4	5
			IMPACTO		

TIPO DE RIESGO	ZONA DE RIESGO	NIVEL DE ACEPTACIÓN
Riesgos de Gestión (Proceso, producto, programa, plan y proyecto)	Baja	Se ASUME el riesgo y se administra por medio de las actividades propias del proyecto o proceso asociado y se realiza seguimiento en el reporte cuatrimestral de su desempeño.
	Moderada	Se establecen acciones de control preventivas que permitan REDUCIR la probabilidad de ocurrencia del riesgo, se hace seguimiento bimestral.
	Alta y Extrema	Se deben incluir el riesgo tanto en el Mapa de riesgo del proceso como en el mapa de riesgos Institucional y se establecen acciones de Control Preventivas que permitan MITIGAR la materialización del riesgo. Se monitorea cada 4 meses y se envía reporte a la Oficina Asesora de Control Interno.
Riesgos de Corrupción	Baja	Ningún riesgo de corrupción podrá ser aceptado. Periodicidad mensual de seguimiento para evitar a toda costa su materialización por parte de los procesos a cargo de los mismos.
	Moderada	Se establecen acciones de control preventivas que permitan REDUCIR la probabilidad de ocurrencia del riesgo. Periodicidad mensual de seguimiento para evitar a toda costa su materialización por parte de los procesos a cargo de los mismos.
	Alta y Extrema	Se adoptan medidas para: REDUCIR la probabilidad o el impacto del riesgo, o

		<p>ambos; por lo general conlleva a la implementación de 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 del mismo. Periodicidad de seguimiento MENSUAL, por parte de los procesos a cargo, para evitar a toda costa su materialización y se reporta a la Oficina Asesora de Control Interno, cada cuatro meses.</p>
--	--	---

**TRATAMIENTO DEL RIESGO**

Para administrar adecuadamente los riesgos la ESE Hospital Universitario de Santander implementa la metodología de la Función Pública alineado al Sistema de Control Interno y al Sistema Único de Acreditación descrita en el Programa de Gestión Integral del Riesgo que permite establecer mecanismos para identificar, analizar, valorar y administrar los riesgos a los que constantemente está expuesto el Hospital Universitario de Santander y poder de esta manera fortalecer una mejor atención a los usuarios, familiares y colaboradores de la ESE HUS y determinar las acciones para asumir, reducir y mitigar el riesgo al igual que establece planes de contingencia ante la materialización del riesgo.

A continuación, se describe el accionar de la ESE HUS ante los riesgos materializados:

TIPO DE RIESGO	RESPONSABLE	ACCIÓN
Riesgo de corrupción	Líder del proceso	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar al Proceso de Gestión Directiva y al Proceso de Gestión de Control sobre el hecho encontrado.</li> <li>2. Una vez surtido el conducto regular establecido por la entidad y dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), realizar la denuncia ante la instancia de control correspondiente.</li> <li>3. Identificar las acciones correctivas necesarias y documentarlas en el Plan de mejoramiento.</li> <li>4. Efectuar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora.</li> <li>5. Actualizar el mapa de riesgos.</li> </ol>
Riesgo de corrupción	Oficina de Control Interno	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar al Líder del proceso, quien analizará la situación y definirá las acciones a que haya lugar.</li> <li>2. Una vez surtido el conducto regular establecido por la entidad y dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), realizar la denuncia ante la instancia de control correspondiente.</li> </ol>

		3. Informar a la segunda línea de defensa con el fin facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos
Riesgos de Proceso/Proyecto/Producto (Zona Extrema, Alta y Moderada)	Líder de Proceso	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proceder de manera inmediata a aplicar el plan de contingencia que permita la continuidad del servicio o el restablecimiento del mismo (si es el caso),</li> <li>2. Iniciar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora, documentar en el Plan de Mejoramiento Institucional y replantear los riesgos del proceso.</li> <li>3. Analizar y actualizar el mapa de riesgos.</li> <li>4. Informar al Proceso de Gestión Directiva y Gestión de Control sobre el hallazgo y las acciones tomadas.</li> </ol>
Riesgos de Proceso/Proyecto/Producto (Zona Baja)	Líder de Proceso	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer acciones correctivas al interior de cada proceso, a cargo del líder respectivo y verificar la calificación y ubicación del riesgo para su inclusión en el mapa de riesgos.</li> </ol>
Riesgos de Proceso/Proyecto/Producto (Zona Extrema, Alta y Moderada)	Oficina de Control Interno	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar al líder del proceso sobre el hecho encontrado.</li> <li>2. Informar a la segunda línea de defensa con el fin facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos.</li> <li>3. Acompañar al líder del proceso en la revisión, análisis y toma de acciones correspondientes para resolver el hecho.</li> <li>4. Verificar que se tomaron las acciones y se actualizó el mapa de riesgos correspondiente.</li> </ol>
Riesgos de Proceso/Proyecto/Producto (Zona Baja)	Oficina Asesora de Control Interno	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar al líder del proceso sobre el hecho.</li> <li>2. Informar a la segunda línea de defensa con el fin facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos.</li> <li>3. Acompañar al líder del proceso en la revisión, análisis y toma de acciones correspondientes para resolver el hecho.</li> <li>4. Verificar que se tomaron las acciones y se actualizó el mapa de riesgos correspondiente.</li> </ol>

**DANDO CUMPLIMIENTO A:**

1. Porcentaje de procesos a los que se gestionó el riesgo de la totalidad de procesos de la entidad.
2. Porcentaje de cumplimiento de las acciones preventivas y/o barreras de seguridad que se formularon para mitigar los riesgos.
3. Porcentaje de cumplimiento de los controles.
4. Porcentaje de disminución del riesgo a quienes se gestionó el riesgo en la vigencia anterior.



**POLÍTICAS INSTITUCIONALES**  
**GDI-PLA-FO-10, Versión 1**  
**GESTION DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

5. Proporción de cumplimiento de enfoque proactivo de riesgo Sistema Único de Acreditación – SUA.
6. Proporción de cumplimiento AMFE dispositivos médicos y equipos industriales.
7. Proporción de cumplimiento AMFE Riesgos clínicos.
8. Proporción de cumplimiento de la gestión del riesgo de Seguridad y Salud en el Trabajo.
9. Proporción de cumplimiento de la gestión del riesgo de Seguridad informática.
10. Proporción de cumplimiento de la gestión del riesgo de Seguridad digital.
11. Proporción de cumplimiento de la gestión del riesgo de desastres en salud.
12. Proporción de cumplimiento de la gestión del riesgo de SARLAFT.
13. Proporción de cumplimiento de la gestión del riesgo ambiental.