

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA</b></p> <p><b>FORMATO DE RESOLUCIONES</b></p>	
Código: FR-GDM-01 v.01	Página 1 de 15	

**RESOLUCIÓN N° 149**  
**(29 de abril de 2021)**

*“Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona”.*

**EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN  
JUAN DE DIOS DE PAMPLONA.**

En uso de sus facultades Legales, Estatutarias, especialmente las conferidas en el Acuerdo N°023 del 15 de diciembre de 2015 y,

**CONSIDERANDO:**

Que, el artículo 209 de la Constitución Política de Colombia 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 2 de la Ley 87 de 1993 señala en sus literales a y f, objetivos del Sistema de Control Interno: *“...a. Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten; ... f. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos”; ...*

Que, el artículo 6 de la Ley 87 de 1993, 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 artículo 2.2.21.5.4 del Decreto 1083 de 2015, señala que la *“administración de riesgos. Como parte Integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas en la administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso*

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA</b></p> <p><b>FORMATO DE RESOLUCIONES</b></p>	
Código: FR-GDM-01 v.01	Página 2 de 15	

**RESOLUCIÓN N° 149**  
**(29 de abril de 2021)**

*“Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona”.*

*permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspectos tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos.”*

Que, el Decreto 1499 de 2017 modificó “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”.

Que, para el funcionamiento del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual se estructura en siete dimensiones operativas y es de aplicación en las entidades del orden territorial.

Que, en la estructura del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Control Interno corresponde a la séptima dimensión, la cual se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

Que, el Modelo Estándar de Control Interno – MECI se fundamenta en cinco componentes, a saber: Ambiente de control, Administración del Riesgo, Actividades de control, Información y Comunicación y Actividades de monitoreo. En esta estructura el componente Administración del Riesgo hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

Que, el Departamento Administrativo de la Función Pública, emitió en el mes de diciembre de 2020, la versión 5 de la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.

Que, se hace necesario adoptar en la entidad la Política de Administración del Riesgo, que opere como lineamiento preciso acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos en la entidad.

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA</b></p> <p><b>FORMATO DE RESOLUCIONES</b></p>	
	Código: FR-GDM-01 v.01	Página 3 de 15

**RESOLUCIÓN N° 149  
(29 de abril de 2021)**

*“Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona”.*

Que, el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, en sesión del 23 de abril de 2021, de la que da cuenta el acta número 002 consideró pertinente la aprobación de la Política de Administración del Riesgo, la cual fue recomendada a la Gerencia de la E.S.E. para su respectiva adopción.

Que, en mérito de lo anteriormente expuesto se:

**RESUELVE**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Adoptar la Política de Administración del Riesgo para la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, la cual se relaciona a continuación:

**“POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO**

**PRESENTACIÓN.**

La E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona en el marco de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, tomando como herramienta para la consecución de los objetivos institucionales la Administración del Riesgo, presenta su Política de Administración del Riesgo de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital, la cual se establece acorde a las directrices impartidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP.

**OBJETIVO.**

Establecer los lineamientos para el control y la gestión de los riesgos de gestión, corrupción y/o fraude y de seguridad de la información a los que se encuentra expuesta la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, con el fin de minimizar su incidencia sobre la consecución de los objetivos estratégicos y de los procesos, en pro de garantizar una eficiente y efectiva prestación del servicio de salud.



**RESOLUCIÓN N° 149**  
**(29 de abril de 2021)**

*“Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona”.*

**ALCANCE.**

La política de riesgos es aplicable a todos los procesos y proyectos de la Entidad y a todas las acciones ejecutadas por el personal durante el ejercicio de sus funciones y/o cumplimiento de sus actividades.

**POLÍTICA GENERAL.**

La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, se compromete a administrar los riesgos de gestión, de corrupción y de seguridad de la información, inherentes a cada uno de sus procesos y/o proyectos, estableciendo y ejecutando actividades de control, que le permitan a la entidad contrarrestar aquellos eventos que puedan afectar el logro de sus objetivos.

**METODOLOGÍA**

Para la aplicación de la Administración del Riesgo en la entidad, se tendrán en cuenta la Guía para la Administración de Riesgo y el diseño de Controles en entidades públicas, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – Versión 5 y el procedimiento y formatos que a partir de la misma se establezcan en la entidad.

**TIPOS DE RIESGOS**

De acuerdo a su tipo los riesgos pueden ser:

- ⊕ **Riesgos de gestión:** Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales. Los eventos potenciales 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.
- ⊕ **Riesgos de corrupción y/o fraude:** Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
- ⊕ **Riesgos de seguridad de la información:** Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño



**RESOLUCIÓN N° 149**  
**(29 de abril de 2021)**

*"Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona".*

en un activo de información. Suele considerarse como una combinación de la probabilidad de un evento y sus consecuencias.

**CLASIFICACIÓN DE RIESGOS.**

Los riesgos identificados se pueden clasificar en las siguientes categorías:

- **Ejecución y administración de procesos:** Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos.
- **Fraude externo:** Perdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la organización (no participa personal de la entidad).
- **Fraude interno:** Perdida 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 un participante interno de la organización, son realizadas de forma intencional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.
- **Fallas tecnológicas:** Errores en hardware, telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.
- **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 estos.
- **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.

**RESOLUCIÓN N° 149**  
**(29 de abril de 2021)**

*“Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona”.*

**CRITERIOS PARA CALIFICAR IMPACTO**

**- CRITERIOS PARA CALIFICAR EL IMPACTO EN RIESGOS DE GESTIÓN Y DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**

Los siguientes corresponden a los criterios que se tendrán en cuenta para determinar el impacto en riesgos de gestión.

	<b>Afectación Económica (o presupuestal)</b>	<b>Pérdida Reputacional</b>
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de alguna 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 publicitarios sostenible a nivel país

**- CRITERIOS PARA CALIFICAR EL IMPACTO EN RIESGOS DE CORRUPCIÓN**

Los siguientes corresponden a los criterios que se tendrán en cuenta para determinar el impacto en riesgos de corrupción.

N°	Pregunta	Respuesta	
		SI	NO
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?		

 Gobernación de Norte de Santander	<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA</b>  <b>FORMATO DE RESOLUCIONES</b>		
	Código: FR-GDM-01 v.01	Página 7 de 15	

**RESOLUCIÓN N° 149**  
**(29 de abril de 2021)**

*“Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona”.*

2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?		
3	¿Afectar el cumplimiento de misión de la Entidad?		
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la Entidad?		
5	¿Generar pérdida de confianza de la Entidad, afectando su reputación?		
6	¿Generar pérdida de recursos económicos?		
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?		
8	¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien o servicios o los recursos públicos?		
9	¿Generar pérdida de información de la Entidad?		
10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la Fiscalía, u otro ente?		
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?		
12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?		
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?		
14	¿Dar lugar a procesos penales?		
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?		
16	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas?		
17	¿Afectar la imagen regional?		
18	¿Afectar la imagen nacional?		
19	¿Generar daño ambiental?		
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>0</b>

- Responder afirmativamente de UNA a CINCO preguntas genera un impacto Moderado.
- Responder afirmativamente de SEIS a ONCE preguntas genera un impacto Mayor.
- Responder afirmativamente de DOCE a DIECINUEVE preguntas genera un impacto Catastrófico.

**MAPA DE CALOR**

A continuación, se muestra el mapa de calor que se tendrá en cuenta para determinar la intersección entre la probabilidad y el impacto y con ello determinar el nivel de severidad del riesgo.

**RESOLUCIÓN N° 149**  
**(29 de abril de 2021)**

*“Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona”.*

<b>PROBABILIDAD</b>	Muy alta 100%	No aplica para los riesgos de corrupción					
	Alta 80%						
	Media 60%						
	Baja 40%						
	Muy baja 20%						
			Leve 20%	Menor 40%	Moderado 60%	Mayor 80%	Catastrófico 100%

**IMPACTO**

B	Bajo
M	Moderado
A	Alto
E	Extremo

**NIVEL DE ACEPTACIÓN Y TRATAMIENTO DE RIESGOS**

TIPO DE RIESGO	NIVEL DE SEVERIDAD DEL RIESGO	NIVEL DE ACEPTACIÓN
Riesgo de Gestión y Riesgo de Seguridad Digital	Bajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se acepta el riesgo y los posibles efectos de su materialización. Se gestiona mediante las actividades y/o controles el proceso o proyecto. El riesgo debe ser objeto de seguimiento continuo.</li> </ul>
	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se mitiga el riesgo mediante acciones, no necesariamente corresponden a controles adicionales.</li> <li>- Se hace seguimiento bimensual.</li> </ul>
	Alto y Extremo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se mitiga el riesgo mediante acciones, no necesariamente corresponden a controles adicionales.</li> <li>- Se evita el riesgo, cancelando la actividad o actividades que causan los riesgos.</li> </ul>

**RESOLUCIÓN N° 149**  
**(29 de abril de 2021)**

*“Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona”.*

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se terceriza el proceso o proyecto o se traslada el riesgo.</li> <li>- Se hace seguimiento mensual.</li> </ul>
Riesgo de corrupción	Moderado, Alto y Extremo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ningún de riesgo de corrupción es aceptado.</li> <li>- Se mitiga el riesgo mediante acciones, no necesariamente corresponden a controles adicionales</li> <li>- Se evita el riesgo, cancelando la actividad o actividades que causan los riesgos.</li> <li>- Se terceriza el proceso o proyecto o se traslada el riesgo.</li> <li>- Se hace seguimiento mensual</li> </ul>

**ACCIONES A EMPRENDER ANTE LA MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS**

TIPO DE RIESGO	RESPONSABLE	ACCIONES
Riesgo de corrupción	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convocar al Comité de Coordinación de Control Interno e informar sobre los hechos detectados, desde donde se tomarán las decisiones para iniciar la investigación de los hechos.</li> <li>- Dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), realizar la denuncia ante el ente de control respectivo.</li> <li>- Facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos y sus controles asociados.</li> <li>- Verificar que se tomaron las acciones y se actualizó el mapa de riesgos.</li> </ul>
	Líder del proceso u otro(s) funcionario(s) que participa(n) o interactúa(n) con el proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar a la Alta Dirección y a la oficina de control interno sobre el hecho encontrado.</li> <li>- De considerarlo necesario, realizar la denuncia ante el ente de control respectivo</li> </ul>



**RESOLUCIÓN N° 149**  
**(29 de abril de 2021)**

*“Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona”.*

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar con las acciones de contingencia necesarias.</li> <li>- Realizar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora.</li> <li>- Análisis y actualización del mapa de riesgos.</li> </ul>
Riesgo de Gestión y de Seguridad Digital (Zona de riesgo Extrema, Alta y Moderada)	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar al líder del proceso sobre el hecho encontrado.</li> <li>- Orientar al líder del proceso para que realice la revisión, análisis y acciones correspondientes para resolver el hecho.</li> <li>- Verificar que se tomaron las acciones y que se actualizó el mapa de riesgos correspondiente.</li> <li>- Convocar al Comité de Coordinación de Control Interno e informar sobre la actualización realizada.</li> </ul>
	Líder del proceso u otro(s) funcionario(s) que participa(n) o interactúa(n) con el proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar las acciones de contingencia necesarias, dependiendo del riesgo materializado.</li> <li>- Iniciar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y/o de mejora.</li> <li>- Analizar y actualizar el mapa de riesgos.</li> <li>- Informar a la Alta Dirección sobre el hallazgo y las acciones tomadas.</li> </ul>
Riesgo de Gestión y de Seguridad Digital (Zona de riesgo Baja)	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar la líder del proceso sobre el hecho.</li> <li>- Orientar técnicamente sobre las acciones determinadas en la política de Riesgos institucional.</li> </ul>
	Líder del proceso u otro(s) funcionario(s) que participa(n) o interactúa(n) con el proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y/o de mejora.</li> <li>- Analizar y actualizar el mapa de riesgos</li> </ul>

 Gobernación de Norte de Santander	<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA</b>  <b>FORMATO DE RESOLUCIONES</b>		
	Código: FR-GDM-01 v.01	Página 11 de 15	

**RESOLUCIÓN N° 149**  
**(29 de abril de 2021)**

*“Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona”.*

**ACCIONES DE CONTINGENCIA**

Para los riesgos ubicados en zonas de riesgo Moderada, Alta y Extrema, los responsables de los procesos y/o proyectos deberán establecer acciones de contingencia, entendidas éstas como las acciones que se implementarán una vez un riesgo se materializa.

**ROLES Y RESPONSABILIDADES**

En la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona son responsables de la Administración del riesgo las siguientes instancias:

Línea de defensa	Responsables	Responsabilidades frente al riesgo
Estratégica	Alta dirección Comité de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establece y aprueba la Política de Administración del Riesgo.</li> <li>- Analiza los cambios en el entorno tanto interno como externo, que puedan tener un impacto significativo en la operación de la entidad y que puedan generar cambios en la estructura de riesgos y controles.</li> <li>- Hace seguimiento a cada una de las etapas de la gestión del riesgo.</li> <li>- Realiza seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales</li> <li>- Identifica posibles riesgos que se estén materializado.</li> <li>- Revisa periódicamente informes de riesgos que se han materializado.</li> <li>- Realimenta al Comité de Gestión y Desempeño sobre los ajustes que se deban hacer frente a la gestión del riesgo</li> </ul>
Primera Línea	Servidores públicos en todos los niveles de la entidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifican y valoran los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales.</li> <li>- Definen y diseñan los controles a los riesgos.</li> </ul>

 Gobernación de Norte de Santander	<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA</b>  <b>FORMATO DE RESOLUCIONES</b>		
	Código: FR-GDM-01 v.01	Página 12 de 15	

**RESOLUCIÓN N° 149**  
**(29 de abril de 2021)**

*“Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona”.*

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- A partir de la política de administración del riesgo, establecen sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección. Con base en esto, establecen los mapas de riesgos.</li> <li>- Identifican y controlan 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.</li> <li>- Implementan procesos para identificar, disuadir y detectar fraudes; y revisan la exposición de la entidad al fraude con el auditor interno de la entidad</li> </ul>
Segunda Línea	Subdirecciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informan sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evalúan si la valoración del riesgo es la apropiada.</li> <li>- Aseguran que las evaluaciones de riesgo y control incluyan riesgos de fraude.</li> <li>- Monitorean cambios en el riesgo legal, regulatorio y de cumplimiento.</li> <li>- Consolidan los seguimientos a los mapas de riesgo.</li> <li>- Elaboran informes consolidados para las diversas partes interesadas.</li> <li>- Siguen los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos, cuando haya lugar.</li> <li>- Los supervisores y/o interventores de contratos realizan seguimiento a los riesgos de estos e informan las alertas respectivas.</li> </ul>
Tercera Línea	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesorar en la metodología para la identificación y administración de los riesgos, en coordinación con la segunda línea de defensa.</li> </ul>

 Gobernación de Norte de Santander	<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA</b>  <b>FORMATO DE RESOLUCIONES</b>		
	Código: FR-GDM-01 v.01	Página 13 de 15	

**RESOLUCIÓN N° 149**  
**(29 de abril de 2021)**

*“Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona”.*

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna.</li> <li>- Comunicar al Comité de Coordinación de Control Interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, detectados en las auditorías.</li> <li>- Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad.</li> <li>- Alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas.</li> </ul>
--	--	--

**ACCIONES PARA LA APROPIACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO**

Para contribuir a una adecuada gestión del riesgo al interior de la entidad, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Capacitaciones para el fortalecimiento conceptual y operativo de la gestión del riesgo, que garanticen la competencia necesaria del personal de la Entidad.
- Sensibilización y comunicación, que promuevan el pensamiento basado en riesgos.
- Asesoría y acompañamiento para el desarrollo del enfoque de administración de riesgos en las actividades diarias.
- Seguimiento a los riesgos identificados en los procesos y que hacen parte del mapa de riesgos institucional.
- Divulgación de los resultados de la gestión de riesgos en la Entidad.



**RESOLUCIÓN N° 149**  
**(29 de abril de 2021)**

*“Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona”.*

**REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN.**

Los mapas de riesgos por proceso y/o proyecto y el mapa de riesgos institucional, serán objeto de revisión y actualización mínimo una vez al año, o cuando las circunstancias de los procesos, proyectos y/o eventualidades institucionales así lo ameriten, a partir de cualquier hecho de carácter interno o externo que los afecte. Para tal resultado se tendrá en cuenta la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública y el procedimiento documentado al interior de la entidad.

**MONITOREO Y REVISIÓN.**

El monitoreo y revisión de la gestión del riesgo al interior de la entidad está asignada de la siguiente manera:

Línea de defensa	Responsables	Responsabilidades frente al riesgo
Estratégica	Alta dirección Comité de Control Interno	- Definir el marco general para la gestión del riesgo y el control y supervisar su cumplimiento.
Primera Línea	Servidores públicos en todos los niveles de la entidad	- Diseñar, implementar y monitorear los controles y gestionar de manera directa en el día a día los riesgos de la entidad. - Orientar el desarrollo e implementación de políticas y procedimientos internos y asegurar que sean compatibles con las metas y objetivos de la entidad y emprenden las acciones de mejoramiento para su logro.
Segunda Línea	Subdirecciones	- Monitorear la gestión del riesgo y control, ejecutada por la primera línea de defensa complementando su trabajo.
Tercera Línea	Oficina de Control Interno	- Proporcionar un aseguramiento basado en el más alto nivel de independencia y objetividad sobre la efectividad del sistema de control interno.



**RESOLUCIÓN N° 149**  
**(29 de abril de 2021)**

*"Por la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona".*

**SEGUIMIENTO.**

El seguimiento a los riesgos está a cargo de la Oficina de Control interno, este se ejecutará de manera periódica y de los mismos se elaborarán los informes correspondientes que serán dados a conocer a la alta dirección.

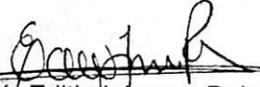
El seguimiento a los riesgos de corrupción deberá ser objeto de publicación en la página web de la entidad, dentro de los diez (10) primeros días siguientes a la culminación del cuatrimestre correspondiente.

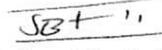
**ARTÍCULO SEGUNDO:** La presente resolución rige a partir de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Dada en Pamplona, a los veintinueve (29) días del mes de abril de 2021.

**COMUNIQUESE Y CÚMPLASE**

**HERNANDO JOSE MORA GONZALEZ**  
Gerente

  
Aprobó: Edith Johanna Rojas Villamizar  
Subdirectora Administrativa.

  
Revisó: Elizabeth Sánchez Barroso  
Asesora Jurídica.