

**RESOLUCION 26**  
(Enero 15 de 2020)

**POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA ESE HOSPITAL CARISMA**

El Gerente de la ESE Hospital Carisma, en uso de sus atribuciones Constitucionales y legales, en especial las conferidas por el Decreto N° 2016070005485 del 12 de octubre de 2016, leyes 87 de 1993, 1753 de 2017 y el Decreto 1499 de 2017.

**CONSIDERANDO QUE:**

1. 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 señala la Ley.
2. 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.
3. El literal f) del Artículo 2 de la Ley en mención, establece como uno de los objetivos del Sistema de Control Interno 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.
4. Que se requiere reglamentar el alcance del Sistema de Gestión y su articulación con el Sistema de Control Interno, de tal manera que permita el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de gestión y control al interior de los organismos y entidades del Estado.
5. Que de conformidad con el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, se debe establecer el modelo que integra y articula los sistemas señalados, determinando el campo de aplicación de cada uno de ellos, con criterios diferenciales en el territorio nacional.
6. El artículo 4 del Decreto 1537 de 2001, define la Administración Riesgos como parte integral del fortalecimiento de los Sistemas de Control Interno en las entidades públicas, para lo cual se establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo.
7. Con la entrada en vigencia del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que integra los Sistemas de Gestión de la Calidad y de Desarrollo Administrativo, crea un único Sistema de

Gestión y, lo articula con el Sistema de Control Interno, el cual se actualiza y alinea con los mejores estándares internacionales, como son el Modelo COSO 2013, COSO ERM 2017 y el Modelo de las Tres Líneas de Defensa, con el fin de entregar a los ciudadanos, lo mejor de la gestión para producir cambios en las condiciones de vida, mayor valor público en términos de bienestar, prosperidad general y fortalecer la lucha contra la corrupción.

8. El 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.
9. En virtud de lo anterior, se hace necesario adoptar los lineamientos para la Administración de Riesgos en la Empresa Social del Estado Hospital Carisma.

En mérito de lo expuesto,

#### RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** La Administración de Riesgos en la Empresa Social del Estado Hospital Carisma, tendrá un carácter prioritario y estratégico, y estará fundamentada por MIPG.

**ARTÍCULO SEGUNDO: RESPONSABLE.** El responsable de la definición de los lineamientos para la Administración de Riesgos es el Comité de Gestión y desempeño Institucional.

**ARTÍCULO TERCERO:** Los lineamientos para la ADMINISTRACIÓN DEL RIESGOS para la ESE HOSPITAL CARISMA son los siguientes:

1. **Lineamiento:** El Sistema de gestión y para todo el modelo de operación por procesos, el pensamiento basado en riesgos debe ser herramienta funcional para el desarrollo de la planeación, el control, la evaluación y la mejora.

#### Líneas de Defensa:

- 1.1. En la primera, todos los directivos deben fortalecer la cultura de gestión del riesgo en el ámbito institucional, bajo un enfoque estratégico, revisando las necesidades de adaptación al cambio y definiendo o actualizando la política de Administración del Riesgo con su respectivo seguimiento durante la ejecución de las actividades de control, así como la comunicación de los resultados obtenidos y generación de alertas tempranas.

- 1.2. En la segunda, todo servidor que tenga rol o funciones de supervisión, debe fortalecer su conocimiento, la verificación y la evaluación de controles en las diferentes tipologías de riesgos y, la intensidad y frecuencia de los controles, según corresponda.

Los líderes deben requerir y compartir la información relacionada con la comunicación y consulta de los seguimientos, el monitoreo, y las estadísticas e indicadores. Toda materialización de riesgos debe ser reportada de inmediato a la Oficina de Desarrollo Organizacional, incluyendo la información y soportes relacionados con el seguimiento a los planes de contingencia realizados.

- 1.3. En la tercera, toda auditoría interna debe estar basada en riesgos y debe asegurar la eficacia del gobierno corporativo, mediante la evaluación de la gestión del riesgo y el control interno, incluyendo las maneras en que funcionan las dos primeras líneas de defensa.

2. **Lineamiento:** El nivel de aceptación del riesgo, una vez se determine su valoración residual, llega hasta la valoración con nivel bajo, para todas las tipologías de riesgos identificadas. Por lo anterior, para los casos en que la valoración residual situó el riesgo en los niveles extremo, alto y moderado, se deben modificar los controles existentes o generar tratamientos adicionales.

Líneas de Defensa:

- 2.1. En la primera, el equipo directivo, debe evaluar la solidez de los controles existentes para los riesgos estratégicos, después del tratamiento establecido con base en la valoración residual, determinando si se presenta la necesidad de modificar los controles existentes o generar tratamientos adicionales.
- 2.2. En la segunda, todo servidor que tenga rol o funciones de supervisión, control, planeación o calidad, es responsable de monitorear la modificación de los controles existentes o la generación de tratamientos adicionales, para los riesgos que en su valoración residual se sitúen en los niveles extremo, alto y moderado.
- 2.3. La tercera, toda auditoría interna debe estar basada en riesgos y debe evaluar la solidez de los controles existentes, después del tratamiento establecido con base en la valoración residual, exponiendo eventualmente la necesidad de modificar los controles existentes o generar tratamientos adicionales.

3. **Lineamiento:** No se admite tolerancia a los riesgos relacionados con prácticas corruptas. Los riesgos de corrupción gestionados hacen parte del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

**Líneas de Defensa:**

- 3.1 La primera, cada directivo debe reconocer los riesgos que están identificados en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, donde tiene responsabilidad sobre el resultado. Los Directivos se comprometen a fomentar un clima que favorezca el análisis de los riesgos y la implementación de controles y acciones para tratar riesgos y oportunidades que permitan su mitigación y promoción.
- 3.2 La segunda, todo servidor que tenga rol o funciones de supervisión, es responsable de establecer y verificar los controles, en las diferentes acciones comprometidas en el PAAC.
- 3.3 La tercera línea, toda auditoría interna debe estar basada en riesgos y debe asegurar la eficacia, mediante la evaluación de los controles establecidos para los riesgos de corrupción, incluyendo las maneras en que funcionan las líneas de defensa primera y segunda. Toda materialización de riesgos debe ser reportada a Desarrollo Organizacional y a la Oficina de Control Interno, incluyendo el seguimiento a los planes de contingencia realizados.

**ARTICULO CUARTO: ROLES Y RESPONSABILIDADES**

Para la administración integral del riesgo, se determinan los roles de los diferentes actores, teniendo en cuenta las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública.

**Línea Estratégica - Alta Dirección y Comité Institucional de Gestión y Desempeño y Control Interno**, a quienes corresponde:

**Comité Directivo**

- a. Establecer, aprobar y posicionar la Política de Administración del Riesgo de la Entidad.
- b. Analizar el informe de evaluación a la gestión del riesgo y de ser necesario, proponer acciones para mejorar los planes para el tratamiento de los mismos.
- c. Asumir la responsabilidad primaria del Sistema de Control Interno y de la identificación y evaluación de los cambios que podrían tener un impacto significativo en el mismo.

- d. Evaluar y dar lineamientos técnicos sobre la administración de los riesgos de la Entidad.
- e. Retroalimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles. Así mismo, hacer seguimiento a su administración, gestionar los riesgos estratégicos y aplicar los controles a los mismos.
- f. Evaluar los planes de tratamiento establecidos para cada uno de los riesgos materializados, minimizando la posibilidad de que el evento se repita.

**Primera Línea – Gerentes públicos y Líderes de procesos, a quienes corresponde:**

Con relación a la administración y gestión integral del riesgo, tendrán las siguientes funciones:

- a. Evaluar los cambios que se presenten en el Direccionamiento Estratégico o en el contexto estratégico, y cómo estos cambios originan nuevos riesgos o modifican los existentes.
- b. Liderar la identificación de los riesgos del proceso(s) a cargo, teniendo en cuenta las pautas contenidas en el procedimiento de administración de riesgos vigente.
- c. Realizar, con el apoyo de su grupo de trabajo, la administración de los riesgos identificados. Así mismo, analizar, calificar, definir controles, realizar acciones y monitoreo según la periodicidad establecida, para su tratamiento y posibles mejoras.
- d. Realizar la evaluación de la solidez de los controles, para determinar la pertinencia y la necesidad de ajuste o modificación, en caso de presentarse.
- e. Adelantar la revisión, actualización periódica y seguimiento de los mapas de riesgos, en todos aquellos aspectos consignados en el procedimiento y demás directrices frente al tema, y si es el caso ajustarlo, comunicando a Desarrollo Organizacional dichos cambios.
- f. Socializar los controles implementados, con el fin de asegurar su comprensión y oportuna aplicación, además de la información necesaria, que dé cuenta de la gestión de los riesgos.

**Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación, de controles y de gestión del riesgo, a quienes corresponde:**

**Desarrollo Organizacional**

- a. Determinar la metodología para la identificación y gestión de riesgos, de acuerdo con la normatividad y los lineamientos establecidos para cada una de las tipologías de riesgos, a excepción de aquellas que requieren un desarrollo metodológico particular por su naturaleza, tales como: los ambientales, los de seguridad y salud en el trabajo y los de seguridad de la información.



- b. Adelantar el monitoreo del mapa de riesgos, evaluando la eficacia en la implementación de los controles y sus acciones, y visibilizando todas aquellas situaciones que dificulten o impidan la administración de los riesgos, en concordancia con la cultura del autocontrol al interior de la Entidad.
- c. Formular lineamientos que orienten a los procesos para que se desarrolle de manera eficaz, eficiente y efectiva la gestión de riesgos.
- d. Coordinar y dirigir el desarrollo de las etapas previstas para el diseño e implementación del Componente de la administración de riesgos, a través de la herramienta dispuesta para tal fin.
- e. Consolidar y publicar el mapa de riesgos institucional.
- f. Acompañar y asesorar metodológicamente a los procesos, en la administración y gestión integral de riesgos, en coordinación con la tercera línea de defensa.

**ARTÍCULO QUINTO: GESTIÓN DE RIESGOS.** La Gestión de Riesgos incluye las Guías de Acción para que todos los servidores de la ESE Hospital Carisma coordinen y administren los eventos que pueden impedir el logro de los objetivos de la entidad, orientándolas y habilitándolas para ello.

Las políticas de riesgos identifican las opciones para tratar y manejar los riesgos con base en su valoración, y permiten tomar decisiones adecuadas para evitar, reducir, compartir, transferir, y asumir el riesgo:

- Evitar el riesgo: Medidas encaminadas a prevenir su materialización, generando cambios sustanciales al interior de los procesos por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas.
- Reducir el riesgo: Medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad como el impacto del riesgo, adoptando actividades de prevención y de protección al interior de la Empresa, optimizando los procedimientos y la implementación de los controles.
- Compartir o Transferir el riesgo, Medidas encaminadas a reducir los efectos de los riesgos a través del traspaso de estos a otras áreas.
- Asumir un riesgo, Los riesgos residuales se aceptan como pérdida y se elaboran planes de contingencia para su manejo.

**ARTÍCULO SEXTO: MAPA DE RIESGOS.** La herramienta conceptual y metodológica para la valoración de los riesgos en la ESE Hospital Carisma, es el Mapa de Riesgos.

**PARÁGRAFO:** La responsabilidad de la elaboración del Mapa de Riesgos estará a cargo de los responsables de cada uno de los procesos.

Los responsables de los procesos serán los encargados de implementar los controles, verificar su efectividad, proponer cambios, velar por su adecuada documentación y por su socialización y aplicación al interior de su proceso.

El Comité Coordinador del Sistema de Control Interno es el encargado de aprobar y adoptar las modificaciones al Mapa de Riesgos.

La medición de los avances de las acciones de respuesta estará a cargo del Grupo Interno de Trabajo de Control Interno.

**ARTÍCULO SÉPTIMO: MONITOREO DEL MAPA DE RIESGOS.** De acuerdo a las políticas de Administración de Riesgos establecidas por la entidad, se debe monitorear el Mapa de Riesgos, con el fin de actualizarlo permanentemente, con base en los objetivos, riesgos y controles existentes.

**ARTÍCULO OCTAVO: DIVULGACIÓN.** Las Políticas de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos se divulgarán a todos los funcionarios de la ESE a través de los medios de comunicación, charlas informativa, así como de la socialización al interior de cada uno de los procesos.

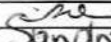
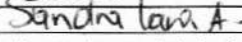
**ARTÍCULO NOVENO: PUBLICIDAD.** La presente resolución se publicará en la Página web de la ESE Hospital Carisma.

**ARTICULO DECIMO: VIGENCIA.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga la Resolución N° 479 del 20 de diciembre de 2013.

Dado en la ciudad de Medellín a los quince (15) días del mes de enero de 2020.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

**CARLOS MARIO RIVERA ESCOBAR**  
Gerente

	Nombre	Firma	Fecha
Proyectó	Beatriz Eugenia González Vélez		15-01-2020
Revisó	Sandra Samaris Lara Agudelo		15-01-2020

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.