



POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Oficina Asesora de Planeación
Proceso Planeación
Hospital Militar Central

PL-OAPL-PR-05-DI-01_V1
18-12- 2018

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		2 de 19	

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	OBJETIVO GENERAL	3
3.	ALCANCE DE LA POLITICA.....	3
4.	DEFINICIONES	3
5.	ROLES Y RESPONSABILIDADES	4
6.	POLÍTICA DE RIESGOS.....	5
7.	METODOLOGÍA.....	6
7.1	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	6
7.1.1	Identificación del contexto de la entidad.....	6
7.1.2	Identificación del Contexto del Proceso	7
7.1.3	Identificación de riesgos de gestión.....	7
7.1.4	Identificación de los riesgos de corrupción.....	9
7.1.5	Tipología de Riesgos	9
7.2	VALORACIÓN DEL RIESGO	10
7.2.1	Análisis del Riesgo.....	10
7.2.2	Identificación de Controles para el Riesgo	13
7.2.3	Tratamiento del Riesgo.....	14
7.3	ACTUALIZACIÓN Y MONITOREO AL MAPA DE RIESGOS	15
7.3.1	Diseño de los Mapas de Riesgos.....	15
7.3.2	Proceso de Actualización y Monitoreo	15
7.3.3	Fechas de Reporte	17
7.4	SEGUIMIENTO	18
8	COMUNICACIÓN Y CONSULTA	18

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		3 de 19	

1. INTRODUCCIÓN

El Hospital Militar Central en concordancia con el proceso de fortalecimiento organizacional determina la Administración del Riesgo como parte integral de la gestión de la Institución con el fin de favorecer el desarrollo, la sostenibilidad y el logro de los objetivos y por ende los fines esenciales del Estado por cuanto se procura la anticipación de la entidad a la ocurrencia de dichos eventos

En cumplimiento de los lineamientos emitidos por la Ley 1474 de 2011, el Decreto 1499 de 2017, el Manual técnico de MECI – 2014 y los Estándares de Acreditación en Salud y los parámetros emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP a través de la Guía de Administración de Riesgos Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y Diseño Controles Entidades Pública 2018, el Hospital Militar Central establece el presente Documento de Administración de Riesgo, por medio de la cual se deroga la Resolución 512 de 2016, se adopta la política de administración de riesgos, los mapas de riesgo por proceso (los cuales se encuentran identificados y controlados a través del listado maestro de documentos), la matriz de riesgos institucional y la matriz de riesgos de corrupción del Hospital Militar Central.

2. OBJETIVO GENERAL

Implementar la metodología de gestión del riesgo desplegando cada una de sus fases con el fin de prevenir y/o mitigar la ocurrencia de situaciones que puedan afectar la prestación del servicio y la gestión institucional.

3. ALCANCE DE LA POLITICA

La política de riesgos es aplicable a todos los procesos de la entidad con el fin de identificar, analizar, valorar, monitorear y dar tratamiento a los riesgos identificados.

4. DEFINICIONES

- **Administración del Riesgo:** Actividades encaminadas a la intervención de los riesgos de la entidad, a través de la identificación, valoración, evaluación, manejo y monitoreo de los mismos de forma que se apoye el cumplimiento de los objetivos de la entidad.
- **Análisis de Riesgos:** Determinación del impacto en función de la consecuencia o efecto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
- **Consecuencias:** Hechos o acontecimientos que se derivan o resultan de la ocurrencia o la materialización de un riesgo.
- **Corrupción:** Uso del poder para desviar la gestión de lo público hacia el beneficio privado. Causas: Medios, circunstancias, situaciones o agentes generadores del evento.
- **Control:** Acciones encaminadas a reducir la probabilidad de ocurrencia o el impacto que pueda generar la materialización del riesgo.
- **Evento:** Hecho que se genera durante la gestión de un proceso afectando el logro del objetivo del mismo, tiene relación directa con las actividades críticas, las actividades de ruta crítica de los Proyectos de Inversión y las actividades críticas de control de los procesos.

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		4 de 19	

- **Frecuencia:** Periodicidad con que ha ocurrido un evento.
- **Identificación del Riesgo:** Descripción de la situación no deseada.
- **Impacto:** Magnitud de las consecuencias que pueden ocasionar a la entidad la materialización del riesgo.
- **Mapa de riesgos:** Herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos por proceso, haciendo la descripción de cada uno de ellos, las posibles consecuencias y su forma de tratamiento.
- **Políticas de Riesgo:** Son los criterios que orientan la toma de decisiones para tratar, y en lo posible minimizar, los riesgos en la entidad, en función de su evaluación.
- **Probabilidad:** Medida para estimar la posibilidad de que ocurra un evento.
- **Riesgo:** Posibilidad de ocurrencia del evento que tiene un efecto positivo o negativo sobre el producto o servicio generado de un proceso o el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- **Riesgo residual:** Es aquel que continúa aún después de aplicar controles para mitigar el riesgo
- **Riesgo Inherente:** Es el riesgo puro, al cual no se han aplicado controles, para controlarlo y buscar evitar su materialización.
- **Tratamiento:** Opciones que determinan el tipo de acciones a implementar para administrar el riesgo.
- **Valoración:** Grado de exposición al riesgo con la clasificación de probabilidad e impacto aplicando los controles existentes.

5. ROLES Y RESPONSABILIDADES

Alta Dirección:

1. Establecer objetivos institucionales alineados con el propósito fundamental, metas y estrategias de la entidad
2. Establecer la Política de Administración del Riesgo
3. 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
4. Evaluar y dar línea sobre la administración de los riesgos en la entidad a través del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Líderes de Proceso:

1. Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales
2. Definir y diseñar los controles a los riesgos
3. Definir y actualizar los mapas de riesgos de acuerdo a los lineamientos de la política de administración del riesgo

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		5 de 19	

4. 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.

Oficina Asesora de Planeación

1. Diseñar los lineamientos, directrices y metodologías para la administración de riesgo de la Entidad
2. Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada
3. Asegurar que las evaluaciones de riesgo y control incluyan riesgos de Corrupción
4. Ayudar a los líderes de proceso con evaluaciones del impacto de los cambios en el Sistema de Control Interno
5. Consolidar los seguimientos a los mapas de riesgo
6. Establecer un líder de la gestión de riesgos para coordinar las actividades en esta materia
7. Elaborar informes consolidados para las diversas partes interesadas
8. Seguir los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos, cuando haya lugar

Oficina de Control Interno

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

6. POLÍTICA DE RIESGOS

El Hospital Militar Central en ejercicio de su labor misional se encuentra comprometido con la adecuada administración de los riesgos, para lo cual adelantará acciones de identificación, análisis, valoración, monitoreo y tratamiento de los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		6 de 19	

7. METODOLOGÍA

La gestión del riesgo facilita la toma de decisiones al interior de la organización impulsando así el crecimiento y la sostenibilidad de las acciones adelantadas, por tal razón a continuación se presenta la estructuración de la metodología de gestión del riesgo:

GRAFICO 1. ARQUITECTURA METODOLOGICA



Fuente: Adaptación realizada por la Oficina Asesora de Planeación sobre proceso para la Administración del Riesgo, Guía para la gestión del riesgo de corrupción 2015.

7.1 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

7.1.1 Identificación del contexto de la entidad

La fase de identificación parte del análisis del contexto organizacional de la entidad el cual permite establecer los lineamientos estratégicos de acuerdo a las condiciones internas y externas que pueden afectar de manera positiva o negativa a la entidad.

La identificación del contexto se realiza a partir del conocimiento de situaciones o factores como:

TABLA 1. FACTORES PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL CONTEXTO INTITUCIONAL

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		7 de 19	

FACTORES EXTERNOS	DEFINICIÓN
Económicos	Disponibilidad de capital, emisión de deuda o no pago de la misma, liquidez, mercados financieros, desempleo, competencia.
Medioambientales	Emisiones y residuos, energía, catástrofes naturales, desarrollo sostenible.
Políticos	Cambios de gobierno, legislación, políticas públicas, regulación
Sociales	Demografía, responsabilidad social, terrorismo
Tecnológicos	Interrupciones, comercio desarrollo, producción, mantenimiento electrónico, datos externos, tecnología emergente
Culturales	Rasgos distintivos que hacen diferentes a grupos humanos y asentamientos poblacionales dentro de un mismo espacio geográfico y social, entre otros
FACTORES INTERNOS	DEFINICIÓN
Infraestructura	Disponibilidad de activos, capacidad de los activos, acceso al capital
Personal	capacidad del personal, salud, seguridad
Procesos	capacidad, diseño, ejecución, proveedores, entradas, salidas, conocimiento
Tecnología	Integridad de datos, disponibilidad de datos y sistemas, Tecnológicos: interrupciones, comercio desarrollo, producción, mantenimiento de sistemas de información.
Financieros	Presupuesto de funcionamiento, recursos de inversión, infraestructura, capacidad instalada
Estratégicos	Direccionamiento estratégico, planeación institucional, liderazgo, trabajo en equipo

Nota: La identificación del contexto institucional estará a cargo de la Oficina Asesora de Planeación de acuerdo a sus ejercicios de planeación estratégica y será un documento de consulta para los líderes de los procesos.

7.1.2 Identificación del Contexto del Proceso

El modelo de operación es el punto de referencia para la identificación de los riesgos gestionando así los posibles eventos o circunstancias que puedan afectar el cumplimiento de la misión institucional. En tal sentido se es necesario determinar las características o aspectos esenciales del proceso y sus interrelaciones. Se pueden considerar factores como:

- ✓ Objetivo del proceso
- ✓ Alcance del proceso
- ✓ Interrelación con otros procesos
- ✓ Procedimientos asociados
- ✓ Responsables del proceso
- ✓ Activos de seguridad digital del proceso

7.1.3 Identificación de riesgos de gestión

Una vez definidas las particularidades del contexto institucional y del proceso se identifica el riesgo, el cual estará a cargo de los líderes de proceso los cuales se identificarán aquellos eventos o situaciones que

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		8 de 19	

pueden entorpecer el normal desarrollo de los objetivos del Proceso o estratégicos. En tal sentido se presentan los siguientes parámetros para identificar y redactar los riesgos:

7.1.3.1 Preguntas clave para identificar riesgos, causas y efectos

Las preguntas claves para la identificación del riesgo permiten determinar aquellos eventos o situaciones que pueden entorpecer el normal desarrollo de los objetivos del Proceso o estratégicos:

- ✓ **¿Qué puede suceder?** : Permite identificar la afectación del cumplimiento del objetivo estratégico o del proceso según sea el caso.
- ✓ **¿Cómo puede suceder?** : Permite establecer las causas a partir de los factores determinados en el contexto
- ✓ **¿Cuándo puede suceder?:** Permite determinar la frecuencia de los hechos de acuerdo al desarrollo del proceso
- ✓ **¿Qué consecuencias tendría su materialización?:** Permite determinar los posibles efectos por la materialización del riesgo

De acuerdo a las preguntas formuladas con anterioridad se determinan las causas (internas o externas) que lo originan y los posibles efectos o consecuencias en caso de materializarse.

Adicionalmente, se debe realizar la identificación de las posibles consecuencias de la materialización de los riesgos.

Las consecuencias (efectos) asociadas a cada riesgo se pueden clasificar en:

- ✓ Pérdidas económicas
- ✓ Pérdida de imagen
- ✓ Insostenibilidad financiera
- ✓ Incumplimientos legales
- ✓ Daños a la integridad física
- ✓ Llamados de atención
- ✓ Sanciones
- ✓ Reprocesos
- ✓ Insatisfacción del usuario
- ✓ Otras adicionales que se generan con la descripción del riesgo.

Cuando se generen dudas con respecto a si se identificó un riesgo o si lo identificado es una causa o efecto, se sugiere aplicar la siguiente frase:

*“Debido a **CAUSA** puede ocurrir **RIESGO** lo que conllevaría a **EFEECTO**”*

7.1.3.2 Criterios de Redacción de Riesgos

- ✓ Redáctelo el riesgo de tal manera que la acción señalada esté relacionado con las características del objetivo del proceso

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		9 de 19	

- ✓ Redacte el riesgo de manera que al leerlo, se proyecte la imagen del evento como si ya estuviera sucediendo.
- ✓ Evite iniciar con palabras negativas como: "No..." "Que no...", o con palabras que denoten un factor de riesgo (causa) tales como: "ausencia de", "falta de", "poco(a)", "escaso(a)", "insuficiente", "deficiente", "debilidades en..."

7.1.4 Identificación de los riesgos de corrupción

Para realizar la Identificación de los riesgos de corrupción se recomienda que en la descripción del riesgo concurren los componentes de su definición: acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado.

Con el fin de facilitar la identificación de riesgos de corrupción y de evitar que se presenten confusiones entre un riesgo de gestión y uno de corrupción, se sugiere la utilización de la Matriz de definición de riesgo de corrupción, que incorpora cada uno de los componentes de su definición. Si en la descripción del riesgo, las casillas son contestadas todas afirmativamente, se trata de un riesgo de corrupción

Matriz definición del riesgo de corrupción				
Descripción del riesgo	Acción u omisión	Uso del poder	Desviar la gestión de lo público	Beneficio privado
Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de celebrar un contrato	X	X	X	X

Fuente: Guía de Administración de Riesgos Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y Diseño Controles Entidades Pública 2018, página 20

Una vez se identifiquen los riesgos de corrupción, estos deberán publicarse de manera que tanto servidores públicos, contratistas y la ciudadanía conozcan, debatan y formulen sus apreciaciones y propuestas sobre el proyecto del Mapa de Riesgos de Corrupción. En tal sentido se deberá dejar evidencia del proceso de socialización y publicarse sus resultados.

7.1.5 Tipología de Riesgos

Con el fin de establecer con mayor facilidad el análisis del impacto, durante el proceso de identificación del riesgo se realiza una clasificación sobre los tipos de riesgos así¹:

- ✓ **Riesgos estratégicos:** Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los objetivos estratégicos de la organización y por tanto impactan toda la entidad.
- ✓ **Riesgos de imagen o reputación:** Posibilidad de ocurrencia de un evento que afecte la imagen, buen nombre o reputación de una organización, ante sus clientes y partes interesadas.

¹ DAFP, Guía de Administración de Riesgos Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y Diseño Controles Entidades Pública 2018

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		10 de 19	

- ✓ **Riesgos operativos:** Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los procesos misionales de la entidad
- ✓ **Riesgos financieros:** Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los estados financieros y todas aquellas áreas involucradas con el proceso financiero como presupuesto, tesorería, contabilidad, cartera, central de cuentas, costos, etc.
- ✓ **Riesgos de cumplimiento:** Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.
- ✓ **Riesgos tecnológicos:** posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica (hardware, software, redes, etc.) de una entidad.
- ✓ **Riesgos de seguridad digital:** Posibilidad Combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.
- ✓ **Riesgos de corrupción:** Posibilidad de que por acción u omisión, se use el poder para poder desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
- ✓ **Riesgo de Seguridad del paciente:** Posibilidad de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

Nota: La identificación y tratamiento de los riesgos de seguridad del paciente deben seguir la ruta de atención médica así como los protocolos de actuación específicos frente a estas situaciones o eventos.

7.2 VALORACIÓN DEL RIESGO

En esta fase se establece la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus posibles efectos/consecuencias, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial (riesgo inherente), para seguidamente confrontar la efectividad de los controles establecidos que determinara la zona de riesgo final (riesgo residual)

7.2.1 Análisis del Riesgo

El análisis del riesgo depende de la información obtenida en la fase de identificación de riesgos. Busca establecer la **probabilidad** de ocurrencia del mismo y su **impacto o consecuencia**.

Los pasos claves en el análisis de riesgos son:

- ✓ Determinar probabilidad
- ✓ Determinar consecuencias
- ✓ Clasificación del riesgo
- ✓ Estimar el nivel del riesgo

Por probabilidad se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo; la cual puede ser medida con criterios de frecuencia. Para estimar la probabilidad de ocurrencia del riesgo se califica según la siguiente tabla:

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		11 de 19	

TABLA 2. ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE LA PROBABILIDAD

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
1	Raro	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales)	No se ha presentado en los últimos 5 años.
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos 1 vez en los últimos 5 años.
3	Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento	Al menos 1 vez en los últimos 2 años.
4	Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Al menos 1 vez en el último año.
5	Casi Seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de 1 vez al año.

Fuente: Adaptación Secretaria de Transparencia Presidencia de la República - Departamento Administrativo de la Función Pública

El impacto es entendido como las consecuencias que puede ocasionar a la Entidad en caso de la materialización del riesgo, se califica según la siguiente tabla:

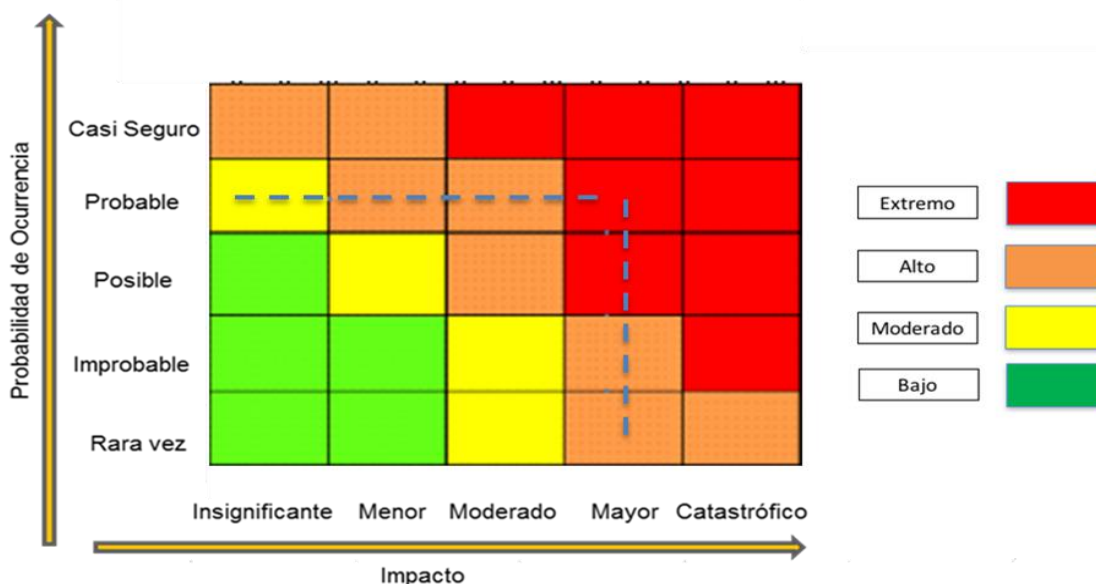
TABLA 3. ESCALA DE CLASIFICACIÓN DEL IMPACTO

Nivel	Descriptor	Descripción riesgo proceso	Descripción riesgo de corrupción	Impacto / consecuencias
1	Insignificante	Si el hecho llegara a presentarse, tendría consecuencias o Efectos mínimos sobre la entidad.	No aplica	- No hay interrupción de las operaciones de la entidad. - No se generan sanciones económicas o administrativas. - No se afecta la imagen institucional de forma significativa.
2	Menor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría bajo impacto o efecto sobre la entidad	No aplica	- Interrupción de las operaciones de la Entidad por algunas horas. - Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas Interdisciplinarias. - Imagen institucional afectada localmente por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos
3	Moderado	Si el hecho llegara a presentarse, tendría medianas consecuencias o efectos sobre la entidad	Afectación parcial al proceso y a la dependencia Genera a medianas consecuencias para la entidad.	- Interrupción de las operaciones de la Entidad por un (1) día. - Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. - Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios. - Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por retrasos en la prestación del servicio

				a los usuarios o ciudadanos. - Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias.
4	Mayor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre la entidad	Impacto negativo de la Entidad Genera altas consecuencias para la entidad.	- Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de dos (2) días. - Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta. - Sanción por parte del ente de control u otro ente regulador. - Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando el cumplimiento en las metas de gobierno. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.
5	Catastrófico	Si el hecho llegara a presentarse, tendría desastrosas consecuencias o efectos sobre la entidad.	Consecuencias desastrosas sobre el sector, Genera consecuencias desastrosas para la entidad.	- Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de cinco (5) días. - Intervención por parte de un ente de control u otro ente regulador. - Pérdida de Información crítica para la entidad que no se puede recuperar. - Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave la ejecución presupuestal. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados.

Fuente: Adaptación del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), Guía para la administración del riesgo 2011

GRAFICO 2. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO



Fuente: Oficina Asesora de Planeación, adaptación DAFP, Guía de Administración de Riesgos Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y Diseño Controles Entidades Pública 2018

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		13 de 19	

Nota: Tratándose de **riesgos de corrupción** el impacto siempre será negativo; en este orden de ideas, no aplica la descripción de riesgos insignificante o menor, en este caso aplicarían los niveles: **3. Moderado, 4. Mayor y 5. Catastrófico.**

7.2.2 Identificación de Controles para el Riesgo

Los controles se definen como mecanismos, políticas, prácticas u otras acciones existentes que actúan para minimizar el riesgo negativo o potenciar oportunidades positivas en la gestión del riesgo, con el fin de garantizar el desarrollo y cumplimiento de las actividades acorde a los requisitos institucionales, por lo tanto deben ser conducentes a reducir la probabilidad y/o el impacto.

Los controles como se pueden clasificar en:

- ✓ **Preventivos:** Están diseñados para evitar un evento no deseado en el momento en que se produce. Este tipo de controles intentan evitar la ocurrencia de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos.
- ✓ **Detectivos:** Están diseñados para identificar un evento o resultado no previsto después de que se haya producido. Buscan detectar la situación no deseada para que se corrija y se tomen las acciones correspondientes.

Los controles establecidos deben contar con la siguiente estructura:

- a) **Debe tener definido el responsable de realizar la actividad de control:** Persona asignada de ejecutar el control. Debe tener la autoridad, competencias y conocimientos para ejecutar el control dentro del proceso y sus responsabilidades deben ser adecuadamente segregadas o redistribuidas entre diferentes individuos para reducir así el riesgo de error o de actuaciones irregulares o fraudulentas
- b) **Debe tener una periodicidad definida para su ejecución:** El control debe tener una periodicidad específica para su realización, (diario, mensual, trimestral, anual) etc. y su ejecución debe ser consistente y oportuna para la mitigación del riesgo
- c) **Debe indicar cuál es el propósito del control:** El control debe tener un propósito que indique para qué se realiza el control, y que ese propósito conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar), o detectar la materialización del riesgo, y conlleve a que se realicen los ajustes y correctivos en el diseño del control o en su ejecución.
- d) **Debe establecer el cómo se realiza la actividad de control:** El control debe indicar el cómo se realiza, de tal forma que se pueda evaluar si la fuente u origen de la información que sirve para ejecutar el control, es confiable para la mitigación del riesgo
- e) **Debe indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control:** El control debe indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones como resultado de ejecutar el control
- f) **Debe dejar evidencia de la ejecución del control:** El control debe dejar evidencia de su ejecución. Esta evidencia ayuda a que se pueda revisar la misma información por parte de un

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		14 de 19	

tercero y llegue a la misma conclusión de quien ejecutó el control, y se pueda evaluar que el control realmente fue ejecutado de acuerdo a los parámetros establecidos

7.2.3 Tratamiento del Riesgo

El tratamiento de los riesgos involucra identificar las opciones para tratar los riesgos tomando las medidas necesarias para llevar los riesgos a la menor zona de Riesgo posible o eliminarlo

A continuación, se presentan un conjunto de acciones encaminadas a prevenir y/o mitigar el riesgo, las cuales comprenden:

Acciones a desarrollar:

1. Implementación de las políticas
2. Definición de estándares
3. Optimización de procesos y procedimientos
4. Cambios en infraestructura

Nota: La selección de las acciones más conveniente debe considerar la viabilidad jurídica, técnica, institucional, financiera y económica, realizando el balance entre el costo de la implementación de cada acción contra el beneficio de la misma para determinar su viabilidad.

El resultado obtenido a través de la valoración del control y dependiendo de la zona de exposición al riesgo resultante en esta etapa el cual determina en el cuadrante a partir del cruce de la probabilidad e impacto en la Matriz de Evaluación y Calificación; esta determina la selección de las opciones para el tratamiento del riesgo enfocadas en:

TABLA 4. NIVELES DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO

Niveles	Descripción
Evitar el riesgo:	Tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Es siempre la primera alternativa a considerar, se logra cuando al interior de los procesos se generan cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas
Reducir el riesgo	Implica tomar medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección). La reducción del riesgo es probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas más costosas y difíciles
Compartir o transferir el riesgo	Reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, implica disminuir la probabilidad o el impacto de los riesgos trasladando o compartiendo partes del riesgos
Asumir un riesgo	Cuando el riesgo ha sido reducido o transferido puede quedar un riesgo residual, en este caso simplemente se acepta la probable pérdida residual, dependiendo de su impacto y probabilidad se pueden formular acciones de contingencia para su manejo, para estos riesgos, no es indispensable establecer un plan de manejo

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		15 de 19	

7.3 ACTUALIZACIÓN Y MONITOREO AL MAPA DE RIESGOS

7.3.1 Diseño de los Mapas de Riesgos

Los líderes de proceso deben identificar los riesgos de su proceso de acuerdo a la metodología expresada con anterioridad y con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación. Una vez identificado y validados los riesgos de los procesos se deben consignar en el formato Mapa de riesgos por Proceso PL-OAPL-PR-05-FT-02 con su debido proceso de diligenciamiento de firmas para su publicación (Anexo 1).

7.3.2 Proceso de Actualización y Monitoreo

Los mapas de proceso deben actualizarse una vez al año como mínimo y/o cada vez que el líder del proceso así lo determine teniendo en cuenta el conocimiento sobre la evolución de la gestión y/o como resultado de recomendaciones provenientes de ejercicios de auditorías.

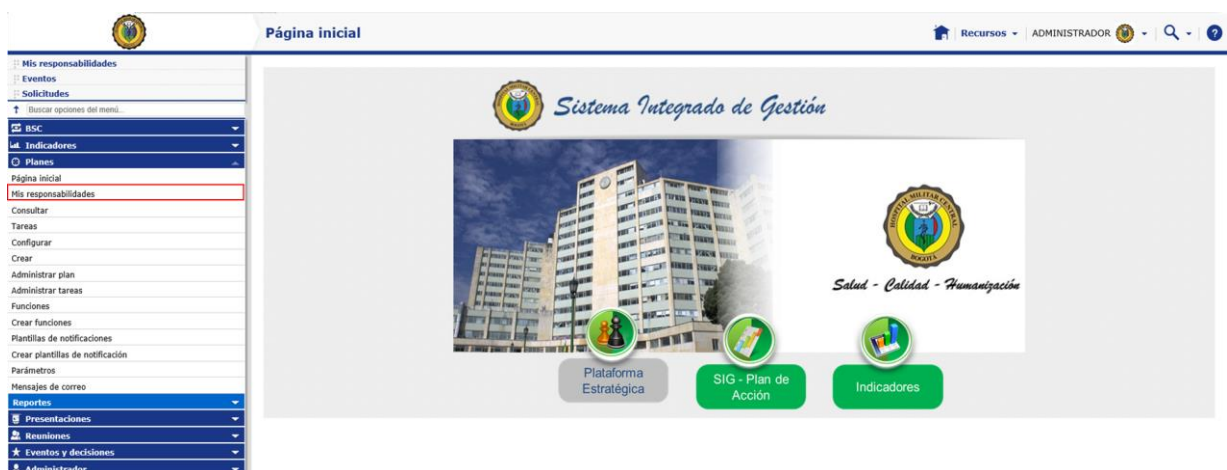
Así mismo es necesario realizar el monitoreo periódico de los riesgos teniendo en cuenta que esta actividad es de gran importancia y está a cargo de los líderes de los procesos en conjunto con sus equipos permitiendo así asegurar la eficiencia en la administración de los riesgos.

Para realizar el monitoreo a los riesgos (incluyendo los riesgos de corrupción) se cuenta con el formato Seguimientos y Monitoreo Mapa de Riesgos PL-OAPL-PR-05-FT-01, en la cual se debe describir si el riesgo se materializo, la eficacia del control e igualmente se reportan las acciones adelantadas en caso de materializarse los riesgos.

Con el fin de consolidar los monitoreos de los riesgos se han parametrizado actividades de reporte en la plataforma suite visión, en la cual los líderes de proceso reportarán el comportamiento de los riesgos.

1. Ingreso y consulta

El ingreso para realizar el reporte se encuentra parametrizado en la categoría de planes y cada líder puede observar su tarea de riesgos en la casilla de "Mis responsabilidades"



POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		16 de 19	

Planes - Mis Responsabilidades

Recursos ADMINISTRADOR

Mis responsabilidades

Eventos

Solicitudes

BSC

Indicadores

Planes

Página inicial

Mis responsabilidades

Consultar

Tareas

Configurar

Crear

Administrar plan

Administrar tareas

Funciones

Crear funciones

Plantillas de notificaciones

Crear plantillas de notificación

Parámetros

Mensajes de correo

Reportes

Presentaciones

Reuniones

Eventos y decisiones

Administrador

Mis Planes

Parámetros de búsqueda

Resultados de búsqueda

C	E	Nombre	Fecha inicial planificada	Fecha final planificada	% de cumplimiento	P.P.A.	T.P.A.	E.L.B.	% de avance real
?	?	PLAN DE RIESGOS 2018	01/jun/2018 00:00:00	21/dic/2018 00:00:00	66.67 %	5.0	5	?	50.00 %

Mis Tareas

Parámetros de búsqueda

Resultados de búsqueda

?	E	Plan	Categoría	Nombre	Fecha inicial planificada	Fecha final planificada	Puntos
?	?	PLAN DE RIESGOS 2018	Proceso 1	Monitoreo Mapa de Riesgos proceso 1	01/ago/2018 00:00:00	24/ago/2018 00:00:00	1
?	?	PLAN DE RIESGOS 2018	Proceso 2	Monitoreo Mapa de Riesgos proceso 2	01/ago/2018 00:00:00	24/oct/2018 00:00:00	1

Tareas donde soy recurso

Parámetros de búsqueda

Resultados de búsqueda

?	E	Plan	Categoría	Nombre	Fecha inicial planificada	Fecha final planificada	Puntos Responsable
?	?	PLAN DE RIESGOS 2018	Proceso 1	Monitoreo Mapa de Riesgos proceso 1	01/ago/2018 00:00:00	24/ago/2018 00:00:00	1
?	?	PLAN DE RIESGOS 2018	Proceso 2	Monitoreo Mapa de Riesgos proceso 2	01/ago/2018 00:00:00	24/oct/2018 00:00:00	1

Mis Tareas por Aprobar

Parámetros de búsqueda

Resultados de búsqueda

?	Plan	Categoría	Nombre	Fecha inicial planificada	Fecha final planificada	Puntos Responsable	Fecha Solicitud Aprobación
?	PLAN DE RIESGOS 2018	Proceso 1	Monitoreo Mapa de Riesgos proceso 1	01/ago/2018 00:00:00	24/ago/2018 00:00:00	1	28/sep/2018 12:15:00
?	PLAN DE RIESGOS 2018	Proceso 2	Monitoreo Mapa de Riesgos proceso 2	01/ago/2018 00:00:00	24/oct/2018 00:00:00	1	10:21:00

2. Cargue del monitoreo

Al ingresar a la tarea Monitoreo Mapa de riesgos se ingresa a la casilla agregar con el fin de realizar el cargue del formato de monitoreo

Tareas - Editar

Recursos Oficina Asesora de P...

Mis responsabilidades

Eventos

Solicitudes

BSC

Indicadores

Planes

Página inicial

Mis responsabilidades

Consultar

Tareas

Reportes

Presentaciones

Administrador

Nota de la categoría:

Nombre: Monitoreo Mapa de Riesgos proceso Planeación 3

Descripción: Monitoreo Mapa de Riesgos proceso Planeación

Responsable: Oficina Asesora de Planeación

Estado: Nueva

Fecha real de creación de la tarea: 29/jun/2018 16:51:00

Cumplimiento: Aún le queda más del 50% del periodo de tiempo asignado a la tarea

Puntos: 1

Presupuesto \$:

Disponible \$:

Ejecutado (Horas): 0

Fecha inicial planificada: 01/dic/2018 00:00:00

Fecha final planificada: 21/dic/2018 00:00:00

Fecha inicial real:

Fecha final real:

Fecha solicitud terminación:

Fecha solicitud revisión:

Nota: Al editar o ingresar nuevamente un recurso que ya estaba en la lista pero empleando un "Nombre", una "Unidad de medida" o un "Costo unitario planeado" diferente, el sistema lo considerará como un nuevo recurso y se mostrará en otra fila.

Detalle de recursos

Activo	Tipo	Nombre del recurso	Unidad de medida	Costo unitario	Planeado	Ejecutado
✓	Personal	Oficina Asesora de Planeación	Horas	0	0	0

Tareas que le Preceden

Estado	Categoría	Nombre	Fecha final planificada	Puntos Responsable
HHP	HHC	C		

Entregables/Registros

Nombre	Descripción	Entregados

Acciones

Título	Responsable	Fecha inicial	Fecha Final

Reporte de todas las acciones Agregar Agregar desde

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		17 de 19	

El documento debe ser enviado diligenciando los campos solicitados a continuación:

Nueva Acción: Monitoreo Mapa de Riesgos proceso

[Ayuda](#) [Cerrar](#)

Fecha inicial real:* 26/oct/2018 11:44:17

Fecha final real:* 26/oct/2018 11:44:17

Tiempo Tarea: 0

Gasto total \$: 0

Recursos consumidos*

Tipo	Nombre del recurso	Unidad de medida	Costo unitario	Ejecutado		Planeado	
				Cantidad	Gasto total	Cantidad	Costo total
☐	Personal	Oficina Asesora de Planeación	Horas	0	0	0	0

[Agregar](#)

Tarea para aprobación: ☒

Título Acción:*
Monitoreo Mapa de Riesgos proceso

Acción:*

Archivos adjuntos

Conceptos asociados

[Cancelar](#) [Guardar](#)

- Dar clic en la casilla de tarea para aprobación
- Diligenciar la casilla de título de acción con el nombre de la acción
- Diligenciar la casilla acción especificando el nombre y el periodo del monitoreo
- Adjuntar el archivo de la actualización del mapa de riesgo y/o del monitoreo y documentos soporte en caso de haberse materializado algún riesgo
- Dar clic en guardar

7.3.3 Fechas de Reporte

Los líderes de proceso² deben reportar los monitores de los mapas de riesgo en las siguientes fechas:

- Primer Monitoreo: 5 de Mayo
- Segundo Monitoreo: 5 de Septiembre
- Tercer Monitoreo: 5 de Enero

En esta fase se debe:

- ✓ Identificar la materialización de los riesgos
- ✓ Garantizar que los controles sean eficaces.
- ✓ Obtener información adicional que permita mejorar la valoración del riesgo.
- ✓ Identificar cambios en el contexto interno y externo y de acuerdo a las particularidades de cada proceso
- ✓ Identificar riesgos emergentes y evaluar su inclusión al mapa de riesgos

² Los líderes de proceso se encuentra definidos en las caracterizaciones de los procesos

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		18 de 19	

Para lo anterior, algunas fuentes para el análisis de los riesgos pueden ser:

- ✓ Hallazgos por parte de la Oficina de Control Interno o entes de control
- ✓ Observaciones, investigaciones penales, fiscales, o de entes reguladores.
- ✓ Cambios importantes en el entorno o a nivel interno que den lugar a nuevos riesgos.
- ✓ Revisiones y/o actualizaciones de los procesos y procedimientos

7.3.4 Mapa de Riesgos Institucional

Como resultado de la consolidación de los mapas de riesgos por procesos se procede a establecer el mapa de riesgos institucional el cual permite hacer monitoreo, seguimiento y evaluación a todas las actividades. El mapa de riesgos institucional contemplará únicamente los riesgos que se encuentre en zona de riesgo moderado, alta y extrema incluyendo los riesgos de corrupción.

7.3.5 Mapa de Riesgos de Corrupción

Teniendo en cuenta la connotación y la importancia de los riesgos de corrupción se contempla el diseño de un mapa institucional de riesgos de corrupción, el cual permita facilitar el análisis y reporte de estos riesgos.

Nota: Los mapas de riesgo institucional y de corrupción serán analizados en el Comité Institucional de Coordinación de Control interno teniendo en cuenta los procesos de auditoría realizados, y analizando el diseño e idoneidad de los controles, determinando si son o no adecuados para prevenir o mitigar los riesgos de los procesos, haciendo uso de las técnicas relacionadas con pruebas de auditoría que permitan determinar la efectividad de los controles.

7.4 SEGUIMIENTO

Si dentro del seguimiento realizado, bien sea por parte de la Oficina de Control Interno o en el monitoreo por los líderes de los procesos, se establece que se ha materializado uno o más riesgos, las acciones requeridas son las siguientes:

1. Tomar las acciones correctivas necesarias, dependiendo del riesgo materializado.
2. Iniciar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora.
3. Analizar y actualizar el mapa de riesgos de ser pertinente.
4. Informar a la Alta Dirección sobre el hallazgo y las acciones tomadas

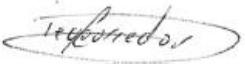
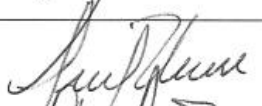
8 COMUNICACIÓN Y CONSULTA

La comunicación y consulta con las partes involucradas tanto internas como externas debe realizarse durante todas las etapas del proceso para la gestión del riesgo.

Una vez consolidado el mapa de riesgo institucional, se procederá a publicarse en la intranet del Hospital Militar Central con el fin de que se convierta en un documento de consulta por parte de todos los funcionarios y contratistas de la entidad.

El líder del proceso debe comunicar y sensibilizar el mapa de riesgos a las áreas y/o grupos que integren el proceso con la finalidad de generar conciencia y conocimiento de los colaboradores sobre la gestión de los riesgos y así fortalecer la toma de decisiones e impulsar la cultura de la prevención.

POLITICA	POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	CODIGO	PL-OAPL-PR-05-DI-01	VERSION	01
		Página:		19 de 19	

APROBACIÓN				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Ing. Diego Fernando Corredor Paredes	Contratista Oficina Asesora de Planeación	Diciembre de 2018	
REVISÓ	Brigadier General Md. Carlos Alberto Rincón Arango	Subdirector Sector Defensa –Subdirector Medico	Diciembre de 2018	
	Coronel. Raul Armando Medina Valenzuela	Subdirector Sector Defensa –Subdirector Administrativo	Diciembre de 2018	
	Coronel Md. Diego Fernando Sierra Suarez	Subdirector Sector Defensa –Subdirector de Docencia e Investigación Científica	Diciembre de 2018	
	Coronel (RA) Md. Guillermo Vega Torres	Subdirector Sector Defensa –Subdirector Servicios Ambulatorios y Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Diciembre de 2018	
	Ing. Jose Miguel Cortes Garcia	Subdirector Sector Defensa –Subdirector de Finanzas	Diciembre de 2018	
	Dra. Claudia Arroyave	Asesora Jurídica Dirección General	Diciembre de 2018	
	Ing. Luisa Johanna Palacios Velosa	Jefe de Oficina Asesora del Sector Defensa – Oficina Asesora de Planeación	Diciembre de 2018	
APROBÓ	Mayor General Md. Clara Esperanza Galvis Díaz	Directora General de Entidad Descentralizada discrita del Sector Defensa	Diciembre de 2018	
PLANEACIÓN – CALIDAD Revisión Metodológica	SMSM. Pilar Adriana Duarte Torres	Servidor Misional en Sanidad Militar – Área gestión de Calidad Integral	Diciembre de 2018	