

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 1 de 24</b>

## POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

### 1. INTRODUCCIÓN.

La ESE IMSALUD considerando los cambios normativos dados por el Decreto 1537 de 2001 que en su Artículo 4° establece que la Administración del Riesgo es parte integral del fortalecimiento de los Sistemas de Control Interno en las entidades públicas y en el Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017 y en su manual Operativo del MIPG que actualizó el MECI y teniendo en cuenta que la administración del riesgo es estratégica para propender por el alcance de los objetivos, se hace necesario actualizar la Política de Administración del Riesgo como un instrumento que sirva de orientación de cómo la empresa administra los riesgos detectados para con ello lograr el cumplimiento de los objetivos institucionales y de los procesos, cumpliendo con lo establecido en la Política de Administración del Riesgo de la ESE IMSALUD en el año 2014 que definió la necesidad de actualizar esta política cada año.

Para tal fin se enuncian las directrices de la alta dirección para mitigar los riesgos que sean detectados a través del proceso de identificación, análisis y valoración de los riesgos tanto de los procesos identificados en el Mapa de Procesos que fue actualizado según Resolución N° 172 del 17 de Mayo de 2017, así como de los riesgos institucionales.

La filosofía general aplicable es prevenir, para ello las acciones y controles deben orientarse a reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo o a mitigar el impacto negativo del evento.

### 2. OBJETIVO.

Definir los parámetros requeridos para realizar una oportuna administración de los riesgos de la organización a través de los elementos contexto estratégico, identificación de riesgos, análisis de riesgos y valoración de riesgos asegurando su trazabilidad, registro y monitoreo que garanticen la aplicación de las medidas necesarias para su mitigación, para evitar con ello la afectación institucional por la materialización de los riesgos y facilitando el normal funcionamiento de la entidad, cumpliendo con su misión y visión y con el cumplimiento de sus objetivos institucionales .

### 3. ALCANCE.

El alcance de la Política de Administración del Riesgo va desde la formulación de la política por parte de la Gerencia hasta la divulgación del mapa de riesgos Institucional, la aplicación de los controles adoptados por los líderes de procesos y el control a su ejecución por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión.

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 2 de 24</b>

#### 4. DEFINICIONES.

**Administración del Riesgo:** Un proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos. El enfoque de riesgos no se determina solamente con el uso de la metodología, sino logrando que la evaluación de los riesgos se convierta en una parte natural del proceso de planeación.

**Consecuencia:** Resultado de un evento.

**Establecimiento del contexto:** Definición de los parámetros internos y externos que se han de tomar en consideración cuando se gestiona el riesgo.

**Identificación del Riesgo:** Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo Líder o Responsable del proceso: Persona con la responsabilidad y autoridad para gestionar un riesgo.

**Probabilidad:** Oportunidad de que algo suceda.

**Riesgo:** Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

**Riesgo Inherente:** Es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.

**Riesgo Residual:** Nivel de riesgo que permanece luego de tomar medidas de tratamiento del riesgo.

**Riesgo de Corrupción:** La posibilidad de que por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia del Estado, para la obtención de un beneficio particular.

#### 5. DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

La ESE IMSALUD se compromete a controlar todos los riesgos identificados en los procesos de la entidad que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos institucionales y de los procesos, mediante una efectiva administración de los mismos, como herramienta de gestión que se basa en la participación de todos sus servidores públicos tanto en la fase de identificación y valoración como en la fase de control de los riesgos.

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 3 de 24</b>

## 6. NIVELES DE RESPONSABILIDAD

La formulación de Política de Administración del Riesgo es responsabilidad del Gerente de la ESE IMSALUD.

La dependencia de Planeación o quien haga sus veces como asesores de la planeación, tendrán la responsabilidad de asesorar los procesos en la gestión del riesgo así como la de consolidar el Mapa de Riesgos Institucional y de Corrupción en la empresa.

La identificación, análisis y valoración de los riesgos así como el seguimiento, análisis y evaluación de los controles, con una periodicidad trimestral, es responsabilidad de los líderes de procesos.

Al Mapa de Riesgo por Procesos de la ESE IMSALUD se le realizará seguimiento y evaluación trimestral a través de los indicadores establecidos en cada proceso para verificar el avance y efectividad de las acciones propuestas y su impacto frente al riesgo asociado.

Es importante recalcar que los indicadores que se establezcan en el mapa de riesgos serán para medir el avance y efectividad de las acciones de control, que se definan en el mapa de riesgo.

La supervisión y seguimiento a la implementación será ejecutada por la Oficina de Control Interno de Gestión de la ESE IMSALUD con una periodicidad trimestral y estarán definidos en el Plan Anual de Auditorias.

La divulgación de la Política de Administración del Riesgo, de los Mapas de Riesgo por procesos y el Mapa de Riesgo Institucional y Corrupción estará a cargo de la dependencia de Sistemas y de Prensa y Comunicaciones.

## 7. CLASES DE RIESGOS.

**Riesgo Estratégico:** Se asocia con la forma en que se administra la Entidad, su manejo se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la gerencia.

**Riesgos de Imagen:** Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la institución.

**Riesgos Operativos:** Comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, de la definición de los procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias.

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 4 de 24</b>

**Riesgos Financieros:** Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluyen la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.

**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 de Tecnología:** Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión.

**Riesgos de Corrupción:** Relacionados con acciones, omisiones, uso indebido del poder, de los recursos o de la información para la obtención de un beneficio particular o de un tercero.

## 8. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO.

En esta etapa se deben establecer las fuentes o factores de riesgo, los eventos o riesgos, sus causas y sus consecuencias. Para el análisis se pueden involucrar datos históricos, análisis teóricos, opiniones informadas y expertas y las necesidades de las partes involucradas. (NTC ISO 31000, Numeral 2.15). Se debe tener en cuenta los objetivos del proceso para identificar sus riesgos.

### 8.1 ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO.

Tabla N° 1. Factores para cada categoría del contexto. (Tomado de la Guía para la Administración del Riesgo. DAFP 2014)

<b>CONTEXTO EXTERNO</b>	<b>ECONOMICOS</b>	Disponibilidad de capital, liquidez, mercados financieros, desempleo, competencia.
	<b>POLÍTICOS</b>	Cambios de gobierno, legislación, políticas públicas, regulación.
	<b>SOCIALES</b>	Demografía, responsabilidad social, orden público.
	<b>TECNOLÓGICOS</b>	Avances en tecnología, acceso a sistemas de información externos, gobierno en línea.
	<b>MEDIO AMBIENTALES</b>	Emisiones y residuos, energía, catástrofes naturales, desarrollo sostenible.
	<b>COMUNICACIÓN EXTERNA</b>	Mecanismos utilizados para entrar en contacto con los usuarios o ciudadanos, canales establecidos para que el mismo se comunique con la entidad.

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 5 de 24</b>

<b>CONTEXTO INTERNO</b>	<b>FINANCIEROS</b>	Presupuesto de funcionamiento, recursos de inversión, infraestructura, capacidad instalada.
	<b>PERSONAL</b>	Competencia del personal, disponibilidad del personal, seguridad y salud ocupacional.
	<b>PROCESOS</b>	Capacidad, diseño, ejecución, proveedores, entradas, salidas, gestión del conocimiento.
	<b>TECNOLOGÍA</b>	Integridad de datos, disponibilidad de datos y sistemas, desarrollo, producción, mantenimiento de sistemas de información.
	<b>ESTRATÉGICOS</b>	Direccionamiento estratégico, planeación institucional, liderazgo, trabajo en equipo.
	<b>COMUNICACIÓN INTERNA</b>	Canales utilizados y su efectividad, flujo de la información necesaria para el desarrollo de las operaciones.

<b>CONTEXTO DEL PROCESO</b>	<b>DISEÑO DEL PROCESO</b>	Claridad en la descripción del alcance y objetivo del proceso.
	<b>INTERACCIONES CON OTROS PROCESOS</b>	Relación precisa con otros procesos en cuanto a insumos, proveedores, productos, usuarios o clientes.
	<b>TRANSVERSALIDAD</b>	Procesos que determinan lineamientos necesarios para el desarrollo de todos los procesos de la entidad.
	<b>PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS</b>	Pertinencia en los procedimientos que desarrollan los procesos.
	<b>RESPONSABLES DEL PROCESO</b>	Grado de autoridad y responsabilidad de los funcionarios frente al proceso.
	<b>COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROCESOS</b>	Efectividad en los flujos de información determinados en la interacción de los procesos.

Los factores relacionados son una guía, cada entidad debe analizar los que considere de acuerdo con su complejidad, y al sector en el que se desenvuelve, entre otros aspectos e incluirlos como aspectos clave dentro de los lineamientos de la política de Administración del Riesgo.

## 8.2 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO.

La identificación del riesgo se realiza determinando las causas que pueden afectar el logro de los objetivos de cada proceso, con base en el contexto interno, externo y del proceso analizado.

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 6 de 24</b>

A partir de este levantamiento de causas se procederá a identificar el riesgo, el cual estará asociado a aquellos eventos o situaciones que pueden entorpecer el normal desarrollo de los objetivos del proceso, es necesario referirse a sus características o las formas en que se observa o manifiesta.

Las preguntas clave a utilizar para la identificación del riesgo son ¿QUÉ PUEDE SUCEDER? ¿CÓMO PUEDE SUCEDER? ¿CUÁNDO PUEDE SUCEDER? ¿QUÉ CONSECUENCIAS TENDRÍA SU MATERIALIZACIÓN?

## 9. VALORACIÓN DEL RIESGO.

Consiste en establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de consecuencias o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE).

### 9.1 ANÁLISIS DEL RIESGO.

Es la valoración inicial de los riesgos identificados en los diferentes procesos, teniendo en cuenta la probabilidad y el impacto antes de definir sus controles. La ESE IMSALUD aplicará las siguientes cifras en la valoración del riesgo que se aplicará al desarrollar los Mapas de Riesgo por procesos, institucionales y en los Mapas de riesgos de Corrupción

#### 9.1.1 CALIFICACIÓN DE LA PROBALIDAD.

La probabilidad de ocurrencia de un riesgo se define por la siguiente tabla:

Tabla N° 2. Probabilidad. (Tomado de la Guía para la Administración del Riesgo. DAFP 2014)

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

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 7 de 24</b>

### 9.1.2 CALIFICACIÓN DEL IMPACTO

El impacto que genera un riesgo se mide según la siguiente tabla:

Tabla N° 3. Impacto. (Tomado de la Guía para la Administración del Riesgo. DAFP 2014)

Niveles para calificar el impacto	Impacto (consecuencias) Cuantitativo	Impacto (consecuencias) Cualitativo
<b>CATASTRÓFICO</b>	<p>Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor <math>\geq 50\%</math></p> <p>Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad <math>\geq 50\%</math>.</p> <p>Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor <math>\geq 50\%</math></p> <p>Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor <math>\geq 50\%</math> del presupuesto general de la entidad.</p>	<p>Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de cinco (5) días.</p> <p>Intervención por parte de un ente de control u otro ente regulador.</p> <p>Pérdida de Información crítica para la entidad que no se puede recuperar.</p> <p>Incumplimiento en las metas y objetivos Institucionales afectando de forma grave la ejecución presupuestal.</p> <p>Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados.</p>
<b>MAYOR</b>	<p>Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor <math>\geq 20\%</math>.</p> <p>Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad <math>\geq 20\%</math>.</p> <p>Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor <math>\geq 20\%</math>.</p> <p>Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor <math>\geq 20\%</math> del presupuesto general de la entidad.</p>	<p>Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de dos (2) días.</p> <p>Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta.</p> <p>Sanción por parte del ente de control u otro ente regulador.</p> <p>Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando el cumplimiento en las metas de gobierno.</p> <p>Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.</p>

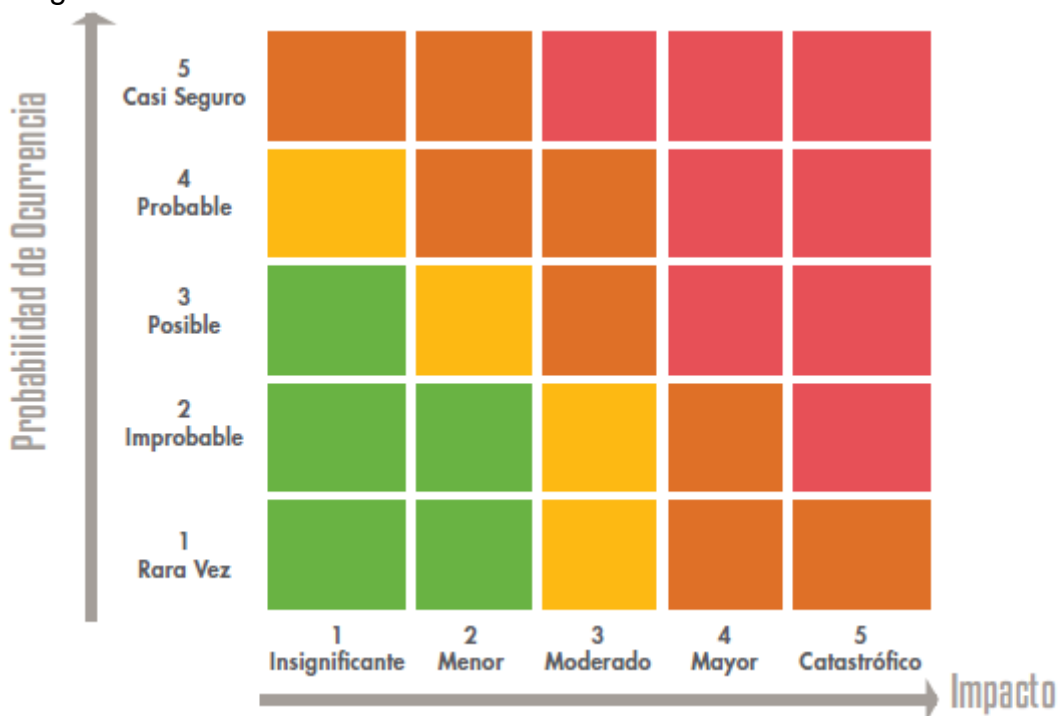
	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 8 de 24</b>

Niveles para calificar el impacto	Impacto (consecuencias) Cuantitativo	Impacto (consecuencias) Cualitativo
<b>MODERADO</b>	<p>Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor <math>\geq 5\%</math>.</p> <p>Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad <math>\geq 10\%</math>.</p> <p>Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor <math>\geq 5\%</math>.</p> <p>Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor <math>\geq 5\%</math> del presupuesto general de la entidad.</p>	<p>Interrupción de las operaciones de la Entidad por un (1) día.</p> <p>Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad.</p> <p>Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios.</p> <p>Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.</p> <p>Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.</p> <p>Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias</p>
<b>MENOR</b>	<p>Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor <math>\leq 1\%</math></p> <p>Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad <math>\leq 5\%</math>.</p> <p>Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor <math>\leq 1\%</math>.</p> <p>Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor <math>\leq 1\%</math> del presupuesto general de la entidad.</p>	<p>Interrupción de las operaciones de la Entidad por algunas horas.</p> <p>Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias.</p> <p>Imagen institucional afectada localmente por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.</p>

Niveles para calificar el impacto	Impacto (consecuencias) Cuantitativo	Impacto (consecuencias) Cualitativo
<b>INSIGNIFICANTE</b>	<p>Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor <math>\leq 0,5\%</math>.</p> <p>Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad <math>\leq 1\%</math>.</p> <p>Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor <math>\leq 0,5\%</math>.</p> <p>Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor <math>\leq 0,5\%</math> del presupuesto general de la entidad.</p>	<p>No hay interrupción de las operaciones de la entidad.</p> <p>No se generan sanciones económicas o administrativas.</p> <p>No se afecta la imagen institucional de forma significativa.</p>

### 9.1.3 NIVELES DE ACEPTACIÓN O TOLERANCIA AL RIESGO

Para estimar el nivel de riesgo inicial los valores determinados para la probabilidad y el impacto o consecuencias se cruzan en la siguiente matriz de riesgo.



	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 10 de 24</b>

Esta acción determina la zona de riesgo en la cual se ubica el riesgo identificado. Este primer análisis del riesgo se denomina Riesgo Inherente y se define como aquél al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones por parte de la Dirección para modificar su probabilidad o impacto



## 9.2 VALORACIÓN DEL RIESGO.

Se busca confrontar los resultados del análisis de riesgo inicial frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final (RIESGO RESIDUAL).

Para tal fin es necesario desarrollar unas acciones para valorar el riesgo como son:

- Identificar los controles existentes para cada riesgo. Definir si es preventivo o correctivo.
- Definir quien lleva a cabo el control (Responsable)
- Que se busca hacer con el control o sea su objetivo.
- Como se lleva a cabo el control es decir cuenta con su procedimiento.
- Qué evidencia de la ejecución del control se tiene.
- Definir qué tipo de control se aplica. ¿Manual o Automático?
- Con que periodicidad se aplica el control.

El Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) ha definido una tabla de Análisis y Evaluación de los Controles que debe ser consultada en la Guía para la Administración del Riesgo DAFP 2014.

### 9.2.1 EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES

La valoración del riesgo requiere de una evaluación de los controles existentes, lo cual implica determinar su naturaleza, determinar si los controles están documentados, establecer si el control que se implementa es automático o manual, Determinar si los controles se están aplicando en la actualidad y si han sido efectivos para minimizar el riesgo.

Con el fin de realizar ese análisis, se aplicará la siguiente tabla, con el fin de orientar el análisis objetivo de los controles y de este modo poder determinar el desplazamiento dentro de la Matriz de Evaluación de Riesgos, generando el riesgo residual de cada riesgo identificado.

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 11 de 24</b>

Tabla N° 4. Análisis y evaluación de controles (Adaptada de la Guía para la Administración del Riesgo. DAFP 2014).

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN	EVALUACIÓN	
	SI	NO
¿Existen manuales, instructivos o procedimientos para el manejo del control?	15	0
¿Está(n) definido(s) el(los) responsable(s) de la ejecución del control y del seguimiento?	5	0
¿El control es automático?	15	0
¿El control es manual?	10	0
¿La frecuencia de ejecución del control y seguimiento es adecuada?	15	0
¿Se cuenta con evidencias de la ejecución y seguimiento del control?	10	0
¿En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva?	30	0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>0</b>

RANGOS DE CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	Dependiendo si el control afecta probabilidad o Impacto se desplaza la matriz así: EN PROBABILIDAD AVANZA HACIA ABAJO EN IMPACTO AVANZA HACIA LA IZQUIERDA
	CUADRANTES A DISMINUIR
Entre 0-50	0
Entre 51-75	1
Entre 76-100	2

### 9.2.2 ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGOS.

El mapa de riesgos es una representación final de la probabilidad e impacto de uno o más riesgos frente a un proceso, proyecto o programa. Todas las acciones contempladas dentro del mapa, unido a la información reportada por los indicadores debe suministrar la información requerida para el seguimiento respectivo a los mapas.

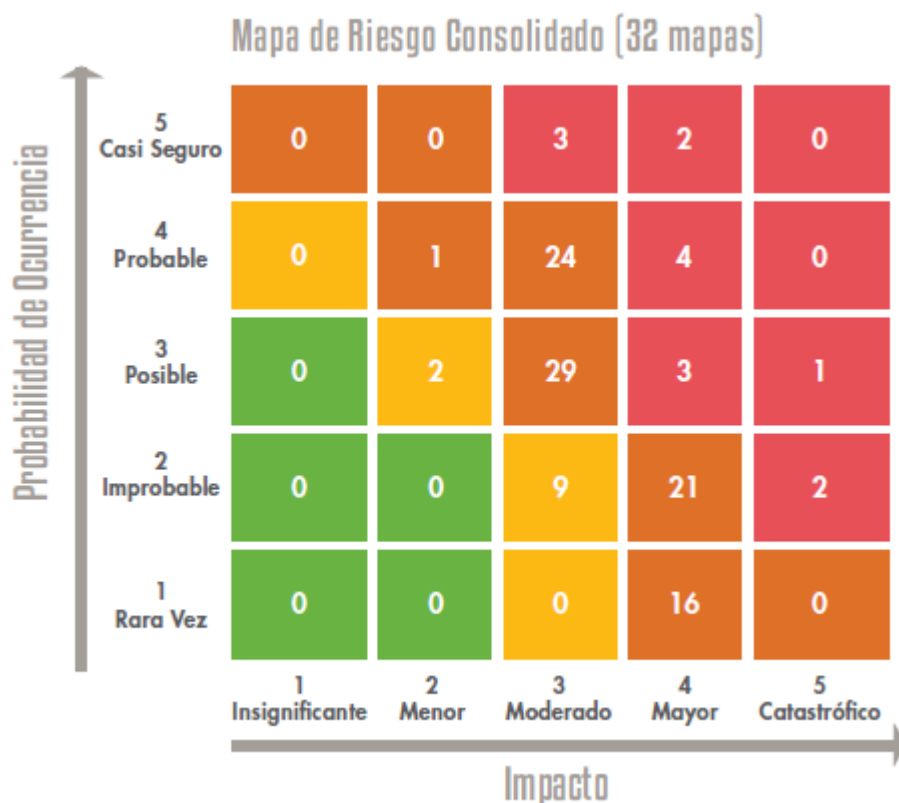
### 9.2.2.1 MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS.

Recoge los riesgos identificados para cada uno de los procesos, los cuales pueden afectar el logro de sus objetivos. El mapa de riesgos adoptado por la ESE IMSALUD se integra en forma de un cuadro resumen, en el cual se muestra cada uno de los pasos llevados a cabo para su levantamiento y conformación. Esta matriz del Mapa de Riesgos está a disposición de cada líder de procesos y actualiza la anterior matriz según la normatividad vigente.

### 9.2.2.2 MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL

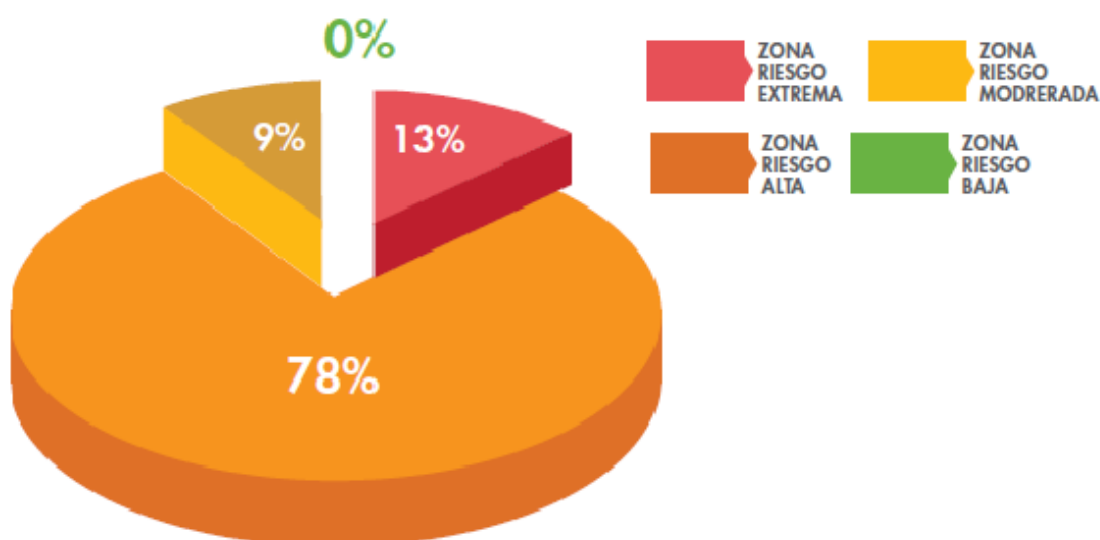
Contiene a nivel estratégico los mayores riesgos a los cuales está expuesta la ESE IMSALUD, se alimenta con los riesgos residuales Altos o Extremos de cada uno de los procesos que pueden afectar el cumplimiento de la misión institucional y objetivos de la entidad. En este mapa se deberán incluir los riesgos identificados como posibles actos de corrupción, en cumplimiento del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011.

En esta forma se debe graficar la consolidación de la evaluación del riesgo:



	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17</b> <b>Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 13 de 24</b>

NIVEL	ZONA RIESGO EXTREMA	ZONA RIESGO ALTA	ZONA RIESGO MODRERADA	ZONA RIESGO BAJA	TOTAL
CANTIDAD	15	91	11	0	117
%	13%	78%	9%	0	100%



### 9.3 MONITOREO Y REVISIÓN

El monitoreo y revisión debe asegurar que las acciones establecidas como controles en los mapas de riesgo se están llevando a cabo y evaluar la eficacia en su implementación, adelantando revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que pueden influir en la aplicación de acciones preventivas. Estas revisiones deberán realizarse cada trimestre vencido y se deben reportar las actas de este seguimiento a la Oficina de Control Interno de Gestión y a la Líder de Planeación para sus respectivos seguimientos como se establece en el numeral 6 de esta Política (Niveles de Responsabilidad).

En cuanto a la periodicidad del seguimiento, para los riesgos asociados a posibles actos de corrupción, se debe dar cumplimiento a las fechas establecidas por la guía de la Secretaría de Transparencia, denominada “Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano”.

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 14 de 24</b>

El seguimiento y monitoreo de la Política de Administración del Riesgo de la ESE IMSALUD se realizará teniendo en cuenta las responsabilidades establecidas en el numeral 6 de esta Política (Niveles de Responsabilidad). La revisión y actualización de esta política deberá realizarse en el último trimestre de cada año para que sirva de directriz para la elaboración de los Mapas de Riesgos de la empresa en la siguiente vigencia.

De este proceso de seguimiento y monitoreo se generarán Planes de Mejoramiento, a los cuales se les hará evaluación y seguimiento por parte de los Líderes de Proceso y la Oficina de Control Interno de Gestión. Igual procedimiento se aplicará para el Mapa de Riesgos de Corrupción el cual tendrá seguimiento y monitoreo por la dependencia de Planeación y la evaluación Independiente por la Oficina de Control Interno de Gestión, debiendo analizar 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.

La dependencia de Planeación o quien haga sus veces como asesores de la planeación, tendrán la responsabilidad de asesorar los procesos en la gestión del riesgo así como la de consolidar el Mapa de Riesgos Institucional y de Corrupción en la empresa, quien lo actualizará conforme a los establecido en la herramienta “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Usuario” emanado de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la Republica; y realizará sus respectivos seguimientos a fin de suministrar a la Gerencia información vital para la toma de decisiones en esta materia.

La supervisión y seguimiento a la implementación será ejecutada por la Oficina de Control Interno de Gestión de la ESE IMSALUD con una periodicidad trimestral y estarán definidos en el Plan Anual de Auditorias; esta Oficina entregará los resultados de la evaluación independiente junto con sus recomendaciones al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y reportará el seguimiento a los riesgos de corrupción.

La identificación, análisis y valoración de los riesgos así como el seguimiento, análisis y evaluación de los controles, con una periodicidad trimestral, es responsabilidad de los líderes de procesos, así mismo la actualización de los mapas de riesgos de sus respectivos procesos; contando con la asesoría de la Oficina de Control Interno de Gestión.

La divulgación de la Política de Administración del Riesgo y de los Mapas de Riesgo y de Corrupción estará a cargo de la dependencia de Sistemas como líder del G.E.L. y de Prensa y Comunicaciones, usando para tal fin todos los métodos de comunicación de la información establecidos por la empresa a través de la Política de Comunicaciones.

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 15 de 24</b>

#### 9.4 LINEAMIENTOS SOBRE MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS

Cuando dentro del seguimiento realizado, ya sea por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión o por parte de los líderes de procesos, se establece la materialización de uno o más riesgos; se deben adoptar las siguientes acciones según quien se el funcionario o servidor que los detecte:

Tabla N° 5. Manejo de materialización de Riesgos de Corrupción. (Adaptada de la Guía para la Administración del Riesgo. DAFP 2014).

DETECTADO POR	RIESGOS DE CORRUPCIÓN
<b>Oficina de Control Interno de Gestión</b>	1. Convocar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno e informar sobre los hechos detectados, desde donde se tomarán las decisiones para iniciar la investigación de los hechos
	2. Dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), realizar la denuncia ante el ente de control respectivo.
	3. Facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos y sus controles asociados.
	4. Verificar que se tomaron las acciones y se actualizó el mapa de riesgos.
<b>Líder del Proceso o miembro del equipo de trabajo del Proceso</b>	1. Informar a la Gerencia sobre el hecho encontrado.
	2. De considerarlo necesario, realizar la denuncia ante el ente de control respectivo
	3. Iniciar con las acciones correctivas necesarias.
	4. Realizar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora.
	5. Análisis y actualización del mapa de riesgos.

Cuando los riesgos materializados son de la gestión identificados tanto en el Mapa de Riesgos por Procesos o si estos hacen parte del Mapa de Riesgos Institucional se deben adoptar las siguientes acciones según quien se el funcionario o servidor que los detecte:

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 16 de 24</b>

Tabla N° 6. Manejo de materialización de Riesgos de Gestión.  
(Adaptada de la Guía para la Administración del Riesgo. DAFP 2014).

DETECTADO POR	RIESGOS DE GESTIÓN. (ZONA EXTREMA, ALTA Y MODERADA)	RIESGO DE GESTIÓN. (ZONA BAJA)
<b>Oficina de Control Interno de Gestión</b>	1. Informar al líder del proceso sobre el hecho encontrado.	1. Informar la líder del proceso sobre el hecho.
	2. Orientar al líder del proceso para que realice la revisión, análisis y acciones correspondientes para resolver el hecho.	
	3. Verificar que se tomaron las acciones y que se actualizó el mapa de riesgos correspondiente.	2. Orientar técnicamente sobre las acciones determinadas en la política de riesgos institucional.
	4. Convocar al Comité de Coordinación de Control Interno e informar sobre la actualización realizada	
<b>Líder del Proceso o miembro del equipo de trabajo del Proceso</b>	1. Tomar las acciones correctivas necesarias, dependiendo del riesgo materializado.	Aplicar las orientaciones de la política de riesgos institucional. (Verificar los niveles de aceptación del riesgo).
	2. Iniciar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora	
	3. Analizar y actualizar el mapa de riesgos	
	4. Informar a la Alta Dirección sobre el hallazgo y las acciones tomadas.	

De acuerdo con seguimiento realizado es importante considerar al final de cada vigencia si los mapas de riesgos deben ser actualizados o si se mantienen bajo las mismas condiciones en cuanto a factores de riesgo, identificación, análisis y valoración del riesgo. No obstante, los mapas de riesgos deben ser flexibles y permitir cambios cuando se requieran.

## 10. ESTRATEGIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

- Aplicar la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (Guía para la Administración del Riesgo. DAFP 2014) para la administración del riesgo en la entidad.
- Realizar la comunicación y divulgación de la administración del riesgo en la entidad a los procesos definidos en el Mapa Riesgos por Procesos y en el Mapa Institucional de Riesgos y Corrupción de la entidad.

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 17 de 24</b>

- Capacitar al equipo de trabajo y realizar acompañamiento para el desarrollo del enfoque de administración del riesgo en las actividades diarias.
- Realizar seguimiento estricto a los riesgos más críticos identificados en el Mapa de Riesgos por Procesos de la entidad, a cargo del líder del respectivo proceso., incluyendo el seguimiento a los controles establecidos y sus indicadores.

## 11. PRIORIZACIÓN DE RIESGOS A CONTROLAR.

A partir de la adopción de esta actualización de la política, se establece que la ESE IMSALUD realizará la respectiva identificación, evaluación, seguimiento y control de todos los riesgos establecidos en el Mapa de Riesgo Institucional y los Mapas de Riesgos por Procesos de la empresa. El Mapa de Riesgos Institucional de desarrollará tomando los riesgos residuales que sean calificados como altos y extremos en los Mapas de Riesgo por Procesos.

En el Mapa de Riesgo de Corrupción todos los riesgos identificados serán considerados como de alto impacto para la empresa y se deberán tomar acciones contundentes para su control.

Las acciones de control de los riesgos se identifican como las de evitar, reducir, compartir o transferir y por ultimo asumir el riesgo.

## 12. OPCIONES PARA TRATAR Y MANEJAR LOS RIESGOS.

La política identifica estas opciones basadas en la valoración de riesgos, las cuales permiten tomar decisiones adecuadas y fijar los lineamientos de la administración del riesgo y establecer las guías de acción necesarias que la Gerencia determinó para que todos los servidores públicos de la empresa manejen los riesgos que sean detectados en el diario accionar de sus dependencias.

Las siguientes opciones se deben tener en cuenta, las cuales pueden considerarse cada una de ellas en forma independiente, interrelacionadas o en conjunto.

- **Evitar el riesgo.** Consiste en tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Es la primera alternativa a considerar y se logra cuando al interior de los procesos se generan cambios sustanciales como resultado de unos adecuados controles.
- **Reducir el riesgo.** Es la toma de medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención) como el impacto (medidas de protección). Es el método más económico y sencillo, el cual se logra mediante la optimización de los procesos y la implementación de controles.

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 18 de 24</b>

- **Compartir o transferir el riesgo.** Se reduce el efecto traspasando las pérdidas a otras organizaciones, como el caso de los contratos de seguros o también con contratos con riesgo compartido.
- **Asumir un riesgo.** Se da cuando el riesgo es reducido o transferido y queda un riesgo residual que se mantiene, en este caso se acepta la pérdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo.

### **13. CONTROLES IMPLEMENTADOS EN LA ESE IMSALUD.**

La ESE IMSALUD actualmente tiene implementado una serie de controles traducidos en políticas, estrategias y acciones tendientes a evitar los efectos adversos que se puedan presentar en el desarrollo de la gestión institucional.

Estos son:

#### **13.1 OPCIONES PARA EVITAR LA MATERIALIZACION DE LOS RIESGOS**

##### **13.1.1 Implementación de controles**

Bajo los siguientes lineamientos de tipo general la Alta Dirección de la E.S.E IMSALUD busca una gestión de resultados orientada hacia las personas y su dimensión ética, así como el desarrollo eficaz de los procesos.

Acuerdo 087 de 1999 por el cual fue creada la E.S.E IMSALUD por el honorable Concejo Municipal de San José de Cúcuta.

Resolución 091 de 2017 por la cual se establecen disposiciones relacionadas con la conforma el equipo MECI de la ESE IMSALUD.

Resolución 091 de 2017, por el cual se designa al representante de la Gerencia ante el MECI y SGC de la ESE IMSALUD.

Resolución 500 de 2014, por el cual se adoptan la actualización de la Política de Administración de Riesgo y de los Mapas de Riesgos de la ESE IMSALUD.

Acuerdo N° 009 de 2012, por el cual se reglamenta y adopta el Plan Institucional de Capacitación (PIC) de la ESE IMSALUD.

Resolución 090 del 09 de Marzo de 2017, por medio de la cual se dictan disposiciones de organización el Comité de Coordinador de Control Interno de la ESE IMSALUD.

Acuerdo 009 de 2012, de la Honorable Junta Directiva de la E.S.E IMSALUD, por el cual se reglamenta y adopta el Plan Institucional de Capacitación (PIC), dirigido a los servidores públicos de la ESE IMSALUD.

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 19 de 24</b>

Resolución 282 de del 31 de julio de 2014, por medio del cual se adopta la actualización del modelo estándar de control interno de MECI 1000:2014 de la ESE IMSALUD”

Resolución 397 de 2014, por la cual se actualiza el Código de Ética y el Código del Buen Gobierno de la ESE IMSALUD.

### **13.1.2 Modelo de gestión de ética.**

El Código de Ética de la ESE IMSALUD se constituyen en un conjunto de criterios para la mejor toma de decisiones éticas y comportamientos que la entidad espera de cada uno de sus integrantes para alcanzar las metas propuestas de manera exitosa, dentro de los más altos estándares éticos.

El objetivo fundamental de esta herramienta es que los valores seleccionados conjuntamente con los funcionarios de la empresa como los más importantes, se materialicen en nuestra acción diaria, tanto en la vida laboral como en la vida personal, nos identifiquen y sean factor de orgullo, capaces de responder por el cumplimiento de la misión institucional y que permitan minimizar toda clase de riesgos en el desarrollo de las funciones.

### **13.1.3 Proceso de capacitación y formación.**

El contar con empleados calificados y asegurar el mejor desempeño y desarrollo de los recursos humanos de los que disponen la entidad conllevan necesariamente a establecer procesos de capacitación eficientes. Las etapas correspondientes al proceso de capacitación por las que se rige la E.S.E IMSALUD están dadas en: detectar las necesidades, identificar los recursos, diseñar el plan de capacitación, ejecutar el programa y evaluar, controlar y darle el seguimiento correspondiente para lo cual se cuenta con el Comité del Proyecto de aprendizaje en Equipo (PAE) quien coordinan y supervisan la ejecución del Programa Institucional de Capacitaciones (PIC) en forma anual.

### **13.1.4 Programas de mantenimiento preventivo para equipos.**

El programa de mantenimiento preventivo y correctivo para equipos y bienes, es una de las políticas aplicadas en la ESE IMSALUD para prevenir o evitar la materialización de los riesgos; este se dirige al parque automotor, equipos de cómputo, sistemas de información, aires acondicionados, plantas eléctricas de las Unidades Básicas, equipos médicos, odontológicos, laboratorio, ambulancias, rayos X de la empresa..

El propósito fundamental del mantenimiento preventivo es el de inspeccionar los equipos y detectar las fallas en su fase inicial, corrigiéndolas en el momento

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 20 de 24</b>

oportuno para garantizar que la prestación del servicio se den forma continua y con calidad.

### **13.1.5 Formulación de planes operativos anuales (POAS)**

Definido en el plan de desarrollo institucional de la ESE IMSALUD, el plan operativo anual (POA), es el componente fundamental para asegurar la real y efectiva ejecución de la estrategia institucional. Mediante éste se busca un proceso participativo, a fin de determinar las acciones a realizar para la consecución de los objetivos y metas, al igual que para garantizar los medios correspondientes, los recursos necesarios y los responsables, para asegurar y controlar que dichos objetivos serán alcanzados en todos los niveles de la Institución.

### **13.1.6 Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.**

El sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en la ESE IMSALUD orienta sus actividades al control de los riesgos que puedan generar pérdidas, reduciendo el impacto de los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales; para esto se compromete a identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos, establecer los respectivos controles para la prevención de los ATEL, la protección integral de los trabajadores, contratistas, estudiantes, usuarios y todas las personas que interactúan dentro de la prestación de los servicios, cumpliendo con la normatividad vigente en materia de riesgos laborales y promoviendo la participación activa de todas las partes interesadas.

## **13.2 OPCIONES PARA REDUCIR EL RIESGO.**

Esta clase de controles busca disminuir tanto la probabilidad de ocurrencia del riesgo, como el impacto que este puede generar institucionalmente, se tienen implementadas las siguientes acciones:

### **13.2.1 Optimización de los procesos y procedimientos**

La ESE IMSALUD cuenta con 26 procesos identificados en su Mapa de Procesos, de los cuales 2 son estratégico, 11 son Misionales, 12 son de apoyo y 1 es de evaluación. Todos estos procesos cuentan con su caracterizador, actividades descritas y sus procedimientos con los formatos y flujogramas respectivos. Este mapa de procesos se actualizó en el 2017.

Estos procesos están en continua evaluación siguiendo la aplicación del ciclo PHVA y se realizarán los ajustes requeridos para mejorar los controles y se adaptarán a la cambiante normatividad del sector público, especialmente en lo referente al sector salud.

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 21 de 24</b>

### **13.2.2 Comités**

Actualmente la entidad cuenta con 21 comités organizados y conformados mediante acto administrativo, como organismos autónomos de las dependencias, cuyo objetivo es asesorar en el control y vigilancia de las acciones y servicios que proporciona la E.S.E. IMSALUD. A todos estos comités debe asistir como veedor el Jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión y desarrollar la labor de enfoque hacia la prevención (Decreto 648/2017 Art. 2.2.21.5.3).

### **13.2.3 Fortalecimiento del ejercicio de la Autoevaluación**

La ESE IMSALUD ha venido implementando la cultura de la autoevaluación con el fin de que cada servidor público, independiente de su nivel jerárquico tenga la capacidad de evaluar su trabajo, detectar desviaciones, efectuar correctivos, mejorar y solicitar ayuda cuando lo considere necesario, de tal suerte que la ejecución de los procesos, actividades y tareas para su responsabilidad, garanticen el ejercicio de una función administrativa transparente y eficaz.

### **13.2.4 Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno**

La E.S.E. IMSALUD evalúa su Sistema de Control Interno Institucional, en cumplimiento de la Ley 87 de 1993, con el fin de determinar el cumplimiento de los objetivos principios y fundamentos del Sistema de Control Interno. La evaluación la desarrolla la Oficina de Control Interno de Gestión verificando la existencia de los diferentes módulos, componentes y elementos comprobando la efectividad de cada uno de ellos y su interacción para apoyar el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

La evaluación consiste en el diligenciamiento de la encuesta elaborada por el Departamento Administrativo de la Función Pública y se genera el Informe Ejecutivo Anual que se debe remitir al DAFP con la firma del Jefe de Control Interno de Gestión y la Gerencia. De esta evaluación se genera una calificación anual del sistema por cada entidad a nivel nacional.

### **13.2.5 Proceso Auditoria Interna**

Se constituye en el mecanismo que permite llevar a cabo un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de la entidad, a fin de determinar si los recursos se han utilizado con la debida consideración por su economía, eficiencia, eficacia y transparencia, si se han observado las normas internas y externas que le sean aplicables.

Su objetivo es emitir juicios fundados a partir de evidencias sobre el grado de cumplimiento de los objetivos, los planes, los programas y los proyectos; así

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 22 de 24</b>

como de irregularidades o errores presentado en la operación de la entidad, apoyando a la dirección en la toma de decisiones necesarias a corregir las desviaciones, sugiriendo las acciones de mejoramiento.

Para tal efecto, la oficina de Control Interno de Gestión estableció unos parámetros para la realización de sus actividades que le garanticen una valoración objetiva del Sistema de Control Interno, así como de la gestión a nivel institucional y de cada una de sus dependencias.

### **13.3 OPCIONES PARA COMPARTIR O TRANSFERIR EL RIESGO.**

Esta clase de acciones permiten reducir el efecto del riesgo a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad.

Cierta clase de riesgos identificados por las dependencias no aparecen en el mapa de riesgos institucional, en razón a que se consideraron únicamente aquellos que afectaran específicamente la ejecución de los procesos. Sin embargo y teniendo en cuenta que hay una serie de eventos que indirectamente influyen en el desarrollo de la gestión, ante cualquier clase de afectación que se presente en los servidores, como en los bienes de su propiedad, su tratamiento parte del establecimiento apropiado de una estrategia que saque del escenario institucional estos riesgos asegurables, cubriéndolos mediante el uso adecuado de pólizas y garantías.

#### **13.3.1 Procedimientos de seguridad para el resguardo de la información institucional.**

Para evitar la posible pérdida de la información, la empresa cuenta con un proceso de respaldo que permite efectuar copias de seguridad (backups), tanto a los archivos de trabajo como a los archivos de bases de datos para cada una de las dependencias y archivo documental de los procesos.

Actualmente el Proceso de Sistemas tiene dispuesto guardar la información más relevante de las IPS y Unidades Básicas en la sede central de la ESE IMSALUD.

La ESE IMSALUD implementará la Estrategia de Gobierno en Línea en el 4° componente “Seguridad y Privacidad de la Información” que comprende las acciones transversales a los demás componentes enunciados, tendientes a proteger la información y los sistemas de información, del acceso, uso, divulgación, interrupción o destrucción no autorizada.

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 23 de 24</b>

### **13.3.2 Seguridad para protección del personal y bienes de la entidad.**

La entidad debe contratada una firma especializada en seguridad, encargada de garantizar la protección y seguridad de los servidores, como de sus instalaciones y bienes.

### **13.3.3 Pólizas**

La E.S.E IMSALUD debe contar con pólizas para amparar de riesgos a sus bienes, activos, patrimonio, personas, así como pólizas de manejo que sea necesario. Actualmente contamos con las siguientes pólizas que cubren integralmente los riesgos de la entidad.

Póliza de seguro de responsabilidad civil clínicas y centros médicos

Póliza de seguro de responsabilidad civil servidores públicos

Póliza seguro de automóviles

Póliza seguro manejo sector oficial

Póliza multirriesgo

## **14. RECURSOS.**

La Gerencia de la ESE IMSALUD contemplará los recursos necesarios para la definición, implementación y efectividad de las acciones que permitan un tratamiento adecuado de los riesgos, teniendo en cuenta la viabilidad financiera y la evaluación del costo-beneficio para aplicar dichas acciones. Para ello la Gerencia se apoyará en los procesos que tengan incidencia en el cálculo, aplicación o solicitud de los recursos técnicos, financieros y de talento humano requeridos.

## **15. SOCIALIZACIÓN DE LA POLÍTICA.**

Con el fin de contribuir a que la administración del riesgo se convierta en parte integral del desarrollo del Sistema de Control Interno de la ESE IMSALUD, la Política de Administración de Riesgos, los Mapas de Riesgos por Procesos y el Mapa de Riesgos Institucional y Corrupción, se divulgarán a todos los servidores públicos de la empresa a través de los medios de comunicación establecidos al interior de la misma en el Plan de Medios adoptado y cumpliendo los lineamientos establecidos en la estrategia de Gobierno en Línea (GEL). La responsabilidad de esta divulgación estará a cargo de Prensa y Comunicaciones

	<b>POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>F.A: 17 Diciembre de 2014</b>
		<b>Versión: 2</b>	<b>Página 24 de 24</b>

## **16. CAPACITACIÓN.**

La Gerencia de la ESE IMSALUD garantizará los recursos necesarios en el presupuesto para el cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC) el cual será definido a través del Comité del Proyecto de Aprendizaje en Equipo (PAE) teniendo en cuenta las necesidades de capacitación presentadas por los Líderes de Proceso, tendientes a hacer operativa la Política de Administración del Riesgo y su implementación al interior de todos los procesos de la empresa. Los Líderes de Proceso serán los responsables de establecer las necesidades de capacitación de sus equipos de trabajo.

## **17. INCUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA.**

La Gerencia ha definido que toda falta que se dé, ya sea por omisión o por acción y que sea causal de incumplimiento o retraso de la ejecución de la Política de Administración del Riesgo de la ESE IMSALUD, será remitida a la Unidad Interna Disciplinaria de la empresa para su debido proceso y determinación de las responsabilidades y sanciones a imponer. Paralelamente al proceso disciplinario se tomarán los correctivos necesarios para garantizar la normalización de la situación, subsanar el evento sucedido o eliminar la causa raíz del problema identificado.