

INFORME GESTIÓN DEL RIESGO DICIEMBRE 2024

FECHA DE ELABORACIÓN	27 de Enero de 2025
PERIODO EVALUADO	Del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2024

Con el presente informe sobre Gestión del Riesgo en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Paipa, dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 87 de 1993, Decreto 1083 de 2015. Decreto 648 de 2017 que entre otros, redefine los Roles que deben cumplir las oficinas de Control Interno y el Decreto 1499 de 2017, que actualizó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, indicando que las oficinas de Control Interno deben revisar la efectividad y aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad.

Por otra parte y de acuerdo a lo definido en los procedimientos Gestión de Riesgos Administrativos y Gestión de Riesgos Asistenciales en la actividad No. 8 Monitorear y Revisar los Riesgos Institucionales la Oficina de Control Interno en su rol de tercera línea de defensa evaluará la implementación de los riesgos y mecanismos para prevenir y controlar su materialización.

Normatividad

- Ley 87 de 1993
- Decreto 1083 de 2015
- Decreto 648 de 2017
- Decreto 1499 de 2017
- Política de Administración de Riesgos
- Procedimiento de Auditorías basada en Riesgos
- Procedimiento Gestión de Riesgos Administrativos
- Procedimiento Gestión de Riesgo Asistenciales.

SOPORTES

- Política de Administración de Riesgos
- Procedimiento de Auditorías basada en Riesgos
- Procedimiento Gestión de Riesgos Administrativos

DESARROLLO

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paul para la vigencia 2024 ajusto la política integral de Gestión del Riesgo mediante Resolución No. 200-04-01-0287, la cual fue socializada y aprobada en Comité de Gestión y Desempeño Institucional. Política que en su artículo cuarto define **“METODOLOGIA.** Implementar y hacer seguimiento a la guía de gestión de riesgos integral, la cual es adaptada de la “guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” de la Función Pública, de acuerdo a las necesidades de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Paipa y contempla las instrucciones impartidas de las circulares externas de la Superintendencia Nacional de Salud 20211700000004-5 de 2021, 20211700000005-5 de 2021 y 20211700000053-5 de 2022, las cuales contemplan”;

TIPOS DE RIESGOS:

- Riesgos de Gestión
- Riesgos del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información
- Riesgos Asistenciales
- Riesgos de Lavados de Activos y Financiación del Terrorismo / Financiamiento a la proliferación de armas de destrucción masiva. (SARLAFT/PADM)
- Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno
- Riesgo Fiscal
- Riesgos de Índole Contable
- Riesgos Contractuales
- Riesgos Clínicos

CATEGORIAS DEL RIESGO:

- Riesgo de Salud
- Riesgo Operacional
- Riesgo actuarial
- Riesgo de Crédito
- Riesgo de liquidez
- Riesgo de Mercado
- Riesgo de Lavado de Activos y Financiación de Terrorismo

Por otra parte la política también definió los niveles de responsabilidad frente al manejo del riesgo;

LINEA ESTRATEGICA DE DEFENSA		
ALTA DIRECCION EN EL MARCO DEL COMITE DE CONTROL INTERNO		
RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD FRENTE A LA GESTIÓN DEL RIESGO	PERIODICIDAD
Comité Institucional de Control Interno de Gestión	Revisar, validar y supervisar el cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo	Anual
	Revisar y aprobar la política de gestión del riesgo, previo a presentación a Junta Directiva	
	Retroalimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles	Cuatrimestral para los de corrupción, opacidad, fraude y soborno Semestral para los de gestión, fiscales y gestión de seguridad de la información Anual para los riesgos de índole contable
Comité de Gestión y Desempeño Institucional	Realizar seguimiento a la implementación del ciclo (Etapas estratégicas definidas) de gestión del riesgo con la finalidad de detectar desviaciones y poder generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento cuando sea necesario	Trimestral
Junta Directiva	Aprobar ajustes o modificaciones que se efectúen a las políticas, manuales, procedimientos y demás metodologías definidas relacionadas con la gestión del riesgo integral que se requiera por lineamientos externos	Cuando se requiera

PRIMERA LINEA DE DEFENSA		
LIDERES DE PROCESOS		
RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD FRENTE A LA GESTIÓN DEL RIESGO	PERIODICIDAD
Líderes de Proceso servicios programas y funcionarios	Realizar análisis de contexto interno y externo de la Institución	ANUAL
	Identificar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso e institucionales	



	Analizar y evaluar los riesgos de acuerdo con la metodología definida para cada tipo según su aplicabilidad	
	Elaborar y/o actualizar mapa de riesgos, incluidos los riesgos contemplados en la metodología acorde a su aplicabilidad	
	Definir las estrategias para evitar, reducir, aceptar y/o compartir el riesgo	
	Aplicar los controles operativos correspondientes a la actividad del proceso que este a su cargo	Continuo
	Realizar autocontrol de los riesgos identificados	Trimestral

SEGUNDA LINEA DE DEFENSA		
LIDER GESTIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL O QUIEN HAGA SUS VECES EN ACOMPAÑAMIENTO DE LIDER GESTIÓN DE CALIDAD, LIDER PROCESOS MISIONALES, LIDER GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN Y LIDER GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD FRENTE A LA GESTIÓN DEL RIESGO	PERIODICIDAD
Líder Gestión de Planeación Institucional Oficial de cumplimiento o persona encargada SICOY SARLAFT / PADM	Elaborar, revisar, actualizar y presentar a comité de gestión de riesgos integral política, manual y demás metodologías definidas relacionadas con la gestión del riesgo integral y a junta directiva política y demás metodologías que se requieran por lineamientos externos	Cuando se requiera
	Socializar política y metodologías de gestión de riesgo integral, capacitar a los líderes involucrados y desplegar a todo nivel	De acuerdo a lo definido en la Planeación Institucional anual
	Acompañar a la primera línea de defensa en la gestión del riesgo	
	Sugerir las acciones de mejora a que haya lugar posterior al análisis, valoración, evaluación o tratamiento del riesgo	
	Consolidar el mapa de riesgos institucional y publicar	
	Realizar aportes internos y externos, de prevención y detección de la corrupción, la opacidad, el fraude y soborno del hospital cuando aplique.	
	Presentar mapas de riesgos en comité de gestión y desempeño institucional y/o seguridad del paciente según el caso	



Líder Gestión de Planeación Institucional Líder Procesos Misionales Líder proceso gestión de la Información y la Comunicación Líder Gestión seguridad y salud en el trabajo	Revisar que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente
	Supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión del riesgo
	Evaluar y efectuar seguimiento a los riesgos identificados y controles definidos por la primera línea de defensa
	Monitorear y revisar los riesgos identificados
	consolidar los seguimientos a los mapas de riesgos
	Hacer seguimiento a los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos
	Realizar evaluación permanente de las actividades llevadas a cabo por la primera línea de defensa
Realizar informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo acorde a las fechas definidas en el manual	

TERCER LINEA DE DEFENSA

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD FRENTE A LA GESTIÓN DEL RIESGO	PERIODICIDAD
Jefe Oficina de Control Interno	Evaluar de manera independiente y objetiva los controles de 2da línea de defensa para asegurar su efectividad	Semestral Cuatrimestral Anual
	Apoyar la evaluación de los controles de la 1er línea de defensa que no se encuentren cubiertos por la 2da línea de defensa	
	Revisar la efectividad de los controles, planes de mejora y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos de la Institución para evitar la materialización de estos	
	Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso de trabajo de auditoría interna	Semestral
	Realizar seguimiento a la materialización de los riesgos	Continuo, de acuerdo al cronograma de plan de auditorías anual

Comunicar al comité Institucional de Control Interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, detectados en las auditorías internas	Semestral, durante el desarrollo de los comités de control interno
Alertar sobre la probabilidad de riesgos de corrupción, opacidad o fraude en las áreas auditadas	Continuo, de acuerdo a resultados e informe de auditorías
Realizar informe de seguimiento y monitoreo de gestión del riesgo.	Semestral
Elevar alertas a la línea estratégica en materia de controles y riesgos	Continuo

La política de Gestión de Riesgos de la E.S.E Hospital San Vicente de Paul se implementó para el mes de diciembre, de esta manera las actividades a desarrollar no presentaron avances durante la vigencia 2024.

La metodología para implementar la gestión del riesgo, incluidos los mapas se actualizarán e implementaran en la vigencia 2025, para lo cual y de acuerdo a lo anterior, la oficina de Control Interno hará el seguimiento de acuerdo a lo definido en la política.

RECOMENDACIONES

En cumplimiento a las funciones de Control Interno consagradas en el artículo 12 de la Ley 87 de 1993, y el Decreto 1083 de 2015 para la evaluación y seguimiento a la Gestión del Riesgo se recomienda;

Implementar y evaluar los mapas de riesgos de gestión, corrupción, opacidad y fraude que contengan los riesgos, actividades de control para prevenir y/o evitar su materialización, así como las demás actividades descritas en la política integral de gestión del riesgo y así cumplir con la Normatividad vigente.

Cordialmente,



OSCAR IVAN VALDERRAMA MORALES.
 JEFE OFICINA CONTROL INTERNO