ACUERDO N° 013 DE 2023
(*29 DE DICIEMBRE*)

POR EL CUAL SE ADOPTA EL MANUAL DE LA POLITICA INSTITUCIONAL DE ADMINISTRACION DE RIESGOS Y OPERATIVIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS; Y LA GUÍA METODOLÓGICA INSTITUCIONAL DEL PROCEDIMIENTO DE FORMULACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO BARRANCABERMEJA

En ejercicio de las facultades del Acuerdo Municipal N° 072 del 29 de Diciembre del 1999 y el Acuerdo de Junta Directiva 017 de 2011, y

CONSIDERANDO

A. Qué, en el Artículo 209 de la Constitución Política, desarrollado por la Ley 489 de 1998, se establece que la función administrativa debe estar al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad, buena fe, eficiencia, participación, responsabilidad y transparencia.

B. Que la Superintendencia Nacional de Salud – SUPERSALUD expidió la Circular Externa Nro. 00009 de 2016, con la cual se imparten los criterios, directrices y parámetros mínimos que deben tener en cuenta los Agentes del Sistema General de Seguridad Servicios de Salud, respecto del diseño, implementación y funcionamiento del Sistemas de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), para prevenir el riesgo.

C. Que la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular Externa Nro.20211700000004-5 de 2021 por la cual se imparten instrucciones generales al Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos.

D. Que la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular Externa Nro.20211700000005-5 de 2021 con la cual se modifica e imparten los criterios, directrices y parámetros a tenerse en cuenta por los agentes del Sistema General de Seguridad Servicios de Salud con ocasión del diseño, implementación y funcionamiento tanto para el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), como del Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y el fraude (SICOF) y respectivamente designar un oficial de cumplimiento a efectos de dirigir la aplicación del SICOF.

E. Que la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular Externa Nro.2022151000000053-5 de 2022 lineamientos respecto al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de Mejores Prácticas Organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno.

F. Que la Junta Directiva de la E.S.E BARRANCABERMEJA, mediante Acuerdo N° 011 del 29 de Diciembre de 2023, adoptó la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) y sus Subsistemas de Administración de Riesgos, el Sistema de Gobierno Organizacional y de Conducta (SGOC) y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) a nivel Organizacional.

G. Que la Junta Directiva de la E.S.E BARRANCABERMEJA, mediante Acuerdo N° 012 del 29 de Diciembre de 2023, adoptó e implementó las funciones designadas para la Junta Directiva y el Gerente de la E.S.E BARRANCABERMEJA; en marco del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) y sus Subsistemas de Administración de Riesgos, el Sistema de Gobierno Organizacional y de Conducta (SGOC) y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) a nivel Organizacional y designó el Oficial de Cumplimiento.

H. Que, por lo anterior, se debe adoptar el Manual de la Política Institucional de Administración de Riesgos y Operatividad del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos; y la Guía Metodológica Institucional del Procedimiento de Formulación y Administración del Mapa de Riesgos para la Implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos.

I. Que el artículo 21 literal 8º del Acuerdo Nº 072 de 1999, por el cual se creó la E.S.E BARRANCABERMEJA, dispone que el gerente presentará los proyectos de acuerdo a la Junta Directiva para su respectiva aprobación, con base en lo anterior el día veintinueve (29) del mes de diciembre de 2023, en sesión

ordinaria de Junta Directiva el Gerente de la entidad, presentó ante la honorable Junta Directiva de la misma, el proyecto de acuerdo para ***"ADOPTAR EL MANUAL DE LA POLITICA INSTITUCIONAL DE ADMINISTRACION DE RIESGOS Y OPERATIVIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS; Y LA GUÍA METODOLÓGICA INSTITUCIONAL DEL PROCEDIMIENTO DE FORMULACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS",*** el cual fue debatido, analizado y aprobado por la Junta Directiva de la E.S.E BARRANCABERMEJA, conforme consta en el acta respectivamente elevada:

ACUERDEN:

ARTÍCULO PRIMERO: ADOPTESE E IMPLEMENTESE, el Manual de la Política Institucional de Administración de Riesgos y Operatividad del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE BARRANCABERMEJA.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN

Debido a las políticas de modernización del Estado y la necesidad de Administrar de manera optimizada los riesgos de las Instituciones Públicas y las entidades del sector Salud, la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja, ha documentado el presente manual para la Implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los subsistemas de Administración de Riesgos, determinados por la Supersalud armonizados con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP para la gestión de riesgos en las entidades públicas.

El presente documento establece la Política Institucional de Administración de Riesgos y los lineamientos específicos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, que referencian: Ciclo del Riesgo, Identificación,

Medición y Evaluación, Tratamiento y Control, Políticas Operativas y Procedimientos, aplicables para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos aplicables:

1. Riesgo en Salud
2. Riesgo Operacional
3. Riesgo Actuarial
4. Riesgo de Crédito
5. Riesgo de Liquidez
6. Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo
7. Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude

Esto se fundamenta en los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud y El Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP. Y se realiza tomando como referente la guía de Administración del Riesgo direccionada por el DAFP, para la formulación del Mapa de Riesgos de corrupción, el Manual para la formulación del plan de Anticorrupción y Atención al ciudadano, las Circulares Externas de la Supersalud en marco del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo -SIGR, referenciadas en el presente Manual. Permitiendo así la documentación de un fundamento integral de referencia técnica, para la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos.

1. GENERALIDADES

1.1 Marco Normativo

- **Ley 489 de 1998:** por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

- **Directiva Presidencial 09 de 1999:** Lineamientos para la Implementación de la Política de Lucha Contra la Corrupción.

- **Ley 526 de 1999,** por la cual se crea la Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF.

- **Ley 599 de 2000 -Código Penal Colombiano - articulo 323,** referencia la penalización del lavado de activos

- **Ley 1121 de 2006**, por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones

- **Ley 1474 de 2011,** por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

- **Decreto único Reglamentario 1083 de 2015 en su artículo 2.2.21.3.1;** establece *"el Sistema Institucional de Control Interno, estará integrado por el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos...".*

- **Resolución 193 de 2016 Contaduría General de la Nación:** Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Control Interno Contable.

- **Decreto Nacional 124 de 2016**, por el cual se establece la nueva metodología con los estándares para diseñar la estrategia de Anticorrupción y de atención al ciudadano.

- **Decreto Nacional 1499 de 2017,** por el cual se establece la implementación del Modelo Integrado de Gestión – MIPG y particularmente en lo referente a las dimensiones de Gestión con valores para los resultados y Control Interno.

- **Circular Externa No. 00009 de 2016 de la Superintendencia Nacional De Salud – SUPERSALUD**, con la cual se imparten los criterios, directrices y parámetros mínimos, respecto del diseño, implementación y funcionamiento del Sistemas de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT).

- **Circular Externa No. 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional De Salud – SUPERSALUD** por la cual se imparten instrucciones generales del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos.

- **Circular Externa No.20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional De Salud – SUPERSALUD** con la cual se modifica e imparten los criterios, directrices y parámetros para el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), como del Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

- **Circular Externa No.2022151000000053-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional De Salud – SUPERSALUD** lineamientos respecto al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE).

1.2 Alcance

El presente Manual orienta la Política Institucional de Gestión de Riesgos y los lineamientos fundamentales y específicos para la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos de la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja.

1.3 Objetivo

Establecer los lineamientos técnicos y específicos para la implementación de la Política de Riesgos y el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos.

1.4 Términos y Definiciones

- **Administración del riesgo:** Es la capacidad que tiene la entidad para emprender las acciones necesarias que le permitan el manejo de los eventos que puedan afectar negativamente el logro de los objetivos institucionales, protegerla de los efectos ocasionados por su ocurrencia.

- **Actividades Delictivas:** Son aquellas conductas o actividades que de conformidad con una norma vigente ostentan el carácter de ilícitas, esto es, contra derecho.

- **Activos Ilícitos:** Son aquellos activos que provienen de cualquiera de los delitos consagrados como tales en las normas penales colombianas, estos pueden ser extorsión, el secuestro, el enriquecimiento ilícito, Trata de personas, la rebelión, el testaferrato, tráfico de armas, delitos contra el sistema financiero, la administración pública, o vinculados con el producto de los delitos objeto de un concierto para delinquir, relacionadas con el tráfico de drogas toxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

- **Amenaza:** La fuente de daño potencial o una situación que potencialmente cause pérdidas.

- **Análisis del riesgo:** El uso sistemático de información disponible para determinar con qué frecuencia un determinado evento puede ocurrir y la magnitud de sus consecuencias.

- **Canal anticorrupción:** Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de fraude, opacidad o corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.

- **Causa:** (Factores Internos o Externos): son los medios, las circunstancias y agentes generadores de riesgo. Los agentes generadores se entienden como las personas, materiales, equipos, instalaciones o entorno quienes son los causantes o generadores del riesgo identificado.

- **Ciclo general de gestión de riesgo:** Son las etapas que incorpora un Subsistema de Administración de Riesgos para cada uno de los tipos o categorías de riesgo identificadas.

- **Cohecho:** Delito que comete un particular, que ofrece a un funcionario público o persona que participa en el ejercicio de la función pública dádiva, retribución o beneficio de cualquier clase para sí o para un tercero, para que ejecute una acción contraria a sus obligaciones, o que omita o dilate el ejercicio de sus funciones.

- **Colusión:** Pacto o acuerdo ilícito, es decir, acuerdo anticompetitivo para dañar a un tercero en procesos de contratación pública.

- **Concusión:** Acción realizada por un funcionario público en abuso de su cargo, para inducir a otra persona a dar o prometer a él mismo o a una tercera persona, el pago de dinero u otra utilidad indebida

- **Conducta Irregular:** Hace referencia a incumplimientos de leyes, regulaciones, políticas internas, reglamentos o expectativas de las organizaciones respecto a la conducta, ética empresarial y comportamientos no habituales.

- **Conflicto de interés:** Situación en virtud de la cual una persona (funcionario, contratista o tercero vinculado al sector salud), debido a su actividad se enfrenta a distintas situaciones frente a las cuales podría tener intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede ser privilegiado en atención a sus obligaciones legales o contractuales.

- **Control**: Son las políticas, procesos, dispositivos, practicas u otras acciones que actúan para eliminar o minimizar los riesgos, adversos o mejorar oportunidades positivas. Proveen una seguridad razonable relativa al logro de los objetivos.

- **Control preventivo:** control accionado en la entrada del proceso y antes de que se realice la actividad originadora del riesgo, se busca establecer las condiciones que aseguren el resultado final esperado.

- **Control detectivo:** control accionado durante la ejecución del proceso. Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos.

- **Control correctivo:** control accionado en la salida del proceso y después de que se materializa el riesgo. Estos controles tienen costos implícitos.

- **Corrupción:** Obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información.

- **Cultura de autocontrol:** Concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a la entidad contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda la organización (desde la Junta Directiva y la Alta Gerencia, hasta los propios empleados), los cuales pueden proveer una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la entidad.

- **Denuncia:** Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta, posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
- **Efecto** (Consecuencia): constituye las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad; genialmente se dan sobre las personas o los bienes materiales e inmateriales con incidencias importantes.

- **Evaluación del riesgo:** Es la confrontación de los resultados del análisis de riesgo inicial frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final, Zona Residual.

- **Exposición al riesgo**: Nivel de vulnerabilidad que tiene el riesgo después de los controles.

- **Favoritismo:** Preferencia dada al "favor" sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante.

- **Financiación del Terrorismo (FT):** Es la recolección o suministro de bienes, recursos, activos o fondos con el conocimiento que van a ser usados total o parcialmente para cometer actos de terrorismo o para contribuir en la comisión de actos terroristas. corresponde a las conductas contempladas en el artículo 345 del código penal, modificado por el artículo 16 de la ley 1121 de 2006.

- **Fraude:** Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.

- **Fuente de Riesgo:** Es toda persona, grupo humano, entidad, elemento físico o fenómeno del entorno, de los cuales se pueden derivar eventos que podrían afectar las áreas de impacto, cuya ocurrencia se debe evitar (minimizar) o maximizar para incrementar la posibilidad del logro de los objetivos y metas.

- **Gestión de Riesgo:** Es un enfoque estructurado y estratégico liderado por la Alta Gerencia acorde con las políticas de gobierno organizacional de cada entidad, en donde se busca implementar un conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia o mitigar el impacto de un evento de riesgo potencial (incertidumbre) que pueda afectar los resultados y, por ende, el logro de los objetivos de cada entidad, así como el cumplimiento de los objetivos en el SGSSS o sus obligaciones. Dentro de este conjunto de acciones se incluye, entre otros, el ciclo general de gestión de riesgo.

- **Gobierno Organizacional:** Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables a cualquier tipo de entidad, mediante los cuales se dirige y controla la gestión de estas de conformidad con las disposiciones contenidas en la presente Circular y demás disposiciones sobre la materia. Tiene como objeto la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión de las entidades se realice bajo los principios de trasparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión.

- **Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI):** Es un ente intergubernamental establecido en 1989, el cual fija estándares y promover la implementación efectiva de medidas legales, regulatorias y operativas que combaten el (LA/FT) y otras amenazas a la integridad del sistema financiero internacional, estas medidas son conocidas como las recomendaciones del (GAFI) y constituyen a un esquema completo y consistente que los países deben implementar.

- **Identificación del riesgo:** Etapa que determina que puede suceder, porque y como.

- **Impacto:** Consecuencia que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

- **Lavado de Activos:** Proceso por medio del cual los bienes, recursos o activos de procedencia ilícita se les tratan de das apariencia de legalidad con el fin de introducirles en la economía formal de todas las instituciones del sector salud y otros sectores.

- **Listas de Control:** Son las diferentes listas restrictivas utilizadas para el control del (LA/FT).

- **Listas Restrictivas:** Son aquellas listas frente a las cuales la institución se abstendrá de tener relaciones comerciales o buscará terminar relaciones jurídicas o de cualquier otro tipo con las personas naturales o jurídicas que en ellas figuren y tienen esta característica las listas de las naciones unidas (ONU), las listas (OFAC) y las otras listas que por su naturaleza generen un alto riesgo que no pueda mitigarse con la adopción de controles.

- **Oficial de Cumplimiento:** Es la persona del nivel Directivo, designada por la Junta Directiva; que tiene la responsabilidad de dirigir la aplicación de las medidas y delegaciones dispuestas para la implementación del Sistema Integrado de Gestión y los Subsistemas de Administración de Riesgos, el Buen Gobierno Organizacional y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial.

- **Operación Inusual:** Es aquella cuya cuantía o característica no guarda relación con la actividad económica de los clientes, o que, por su monto, por las cantidades transadas o por sus características particulares, se salen de los parámetros de normalidad establecidos.

- **Operaciones Sospechosas**: Operaciones que luego de ser calificadas como inusuales y de conformidad con la información acerca del cliente y del mercado, se determinan de acuerdo con el criterio de la institución, como sospechosas. Se pueden igualmente considerar como sospechosas, las operaciones que no obstante se mantienen dentro de los parámetros de su perfil.

- **Peculado**: Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones.

- **PEPs Personas Políticamente Expuestas:** Son personas nacionales o extranjeras que por su perfil o por las funciones que desempeñan pueden exponer en mayor grado a la Institución al riesgo de (LA/FT), estas manejan recursos y tienen algún grado poder público o gozan de reconocimiento público.

- **Pérdidas:** Cuantificación económica que representa la materialización de un evento de Riesgo Operacional, donde se incluyen los gastos derivados de su atención.

- **Perfil de riesgo:** Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad.

- **Piratería:** Obtención o modificación de información de otros, sin la debida autorización, ya sea una página web, una línea telefónica, computador o cualquier Sistema informático de una entidad.

- **Política para la gestión del riesgo:** Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.

- **Prevaricato por acción:** Actuación voluntaria de un funcionario público para proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.

- **Prevaricato por omisión:** Actuación voluntaria de un funcionario público para dejar de ejecutar o cumplir con un acto propio de sus funciones.
- **Probabilidad**: se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. La probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.

- **Proceso:** conjunto de actividades que para su desarrollo utiliza recursos, y que se gestionan con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados.

- **Pruebas de desempeño o de autocomprobación (Back Testing):** Se desarrolla para evaluar y calibrar la consistencia y confiabilidad de la medición de los indicadores de riesgos estimados por parte del modelo que se está utilizando, mediante la comparación de los resultados que el modelo arrojó, frente a los resultados observados. De esta manera se pueden identificar y ajustar los supuestos, parámetros y demás elementos que hacen parte del modelo de cálculo.

- **Pruebas de tensión (Stress Testing):** Herramienta de diagnóstico donde bajo varios escenarios de estrés, se simulan diferentes choques extremos a los factores de riesgo para evaluar su sensibilidad e impacto, además de la capacidad de respuesta que las entidades tienen para enfrentarlos. Busca identificar fortalezas y vulnerabilidades de los Subsistemas de Administración de Riesgos de manera individual para cada riesgo, y así cada entidad pueda comprender mejor sus propios perfiles de riesgo y validar los límites establecidos.

- **Opacidad:** Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.

- **Riesgo**: Es toda posibilidad de ocurrencia de una situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.

- **Riesgo Inherente:** Nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto, nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.

- **Riesgo Residual:** El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.

- **Riesgo neto global:** Resultado de la combinación de cada uno de los riesgos residuales de la entidad, teniendo en cuenta la importancia relativa que a cada categoría de riesgo le haya asignado la Entidad.

- **Riesgo de Corrupción**: Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado

- **Riesgo de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo**: Son los riesgos referentes a la exposición del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LA/FT),

- **Riesgo de Fraude y Opacidad**: Referencia las situaciones en el actuar sin transparencia tendientes a la Corrupción, Opacidad y Fraude en el actuar de los servidores y funcionarios y afectan el comportamiento e imagen organizacional y el logro de los resultados.

- **Riesgo de Liquidez:** Corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).

- **Riesgo Operativo:** Es la probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

- **Riesgo en Salud:** Probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, es la

ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.

- **Riesgo Crediticio:** Corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones

- **Riesgo Actuarial:** Se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos (cápita, evento, grupo relacionado de diagnóstico, pago global prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron. Estas estimaciones deben realizarse teniendo en cuenta algunos eventos futuros inciertos que podrían ocurrir.

- **Riesgo Fiscal:** Es el efecto dañoso sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial2 . (ver conceptos de recursos públicos, bien público e Intereses patrimoniales de naturaleza pública).

- **Riesgo de Seguridad de la Información:** Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información. Suele considerarse como una combinación de la probabilidad de un evento y sus consecuencias. (ISO/IEC 27000).

- **SIREL:** Sistema de reporte en Línea de la UIAF

- **Sistema Integrado de Gestión del Riesgo – SIGR:** Es el conjunto integrado de Subsistemas de riesgos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, aplicable a las instituciones del sector salud.

- **Soborno:** Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control.

- **Soborno transnacional:** El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional.

- **Tráfico de influencias:** Utilización indebida, en provecho propio o de un tercero, de influencias derivadas del ejercicio del cargo público o de la función pública, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer. Incluye el ejercicio indebido de influencias por parte de un particular sobre un servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico.

- **Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF):** Es la Unidad Administrativa Especial, encargada de recibir todos los reportes exigidos de los diferentes sectores de la economía del país y tiene como finalidad detectar prácticas asociadas con el (LA/FT).

- **Vandalismo:** Acciones físicas que atenten contra la integridad de los elementos informáticos, la infraestructura, entre otros, cuya finalidad es causar un perjuicio, por ejemplo, la paralización de las actividades, como medio de extorsión o cualquier otro.

- **Valoración del riesgo:** Establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de consecuencia o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial (Riesgo Inherente).

2. DESARROLLO

TITULO I
POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS

1. POLITICA INSTITUCIONAL DE ADMINISTRACION DEL RIESGO

1.1. Declaración de la Política de Administración del Riesgo

El Gobierno para el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y Subsistemas de Administración de Riesgos – SIGR, conformado por la Junta Directiva, el Gerente, el Oficial de Cumplimiento, el Comité Institucional

de Gestión y Desempeño y los integrantes de las tres líneas de defensa del Sistema de Control Interno de la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja, se comprometen a realizar las actividades requeridas para la gestión del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y Subsistemas de Administración de Riesgos – SIGR, en relación con el Ciclo del Riesgo, Identificación, Medición y Evaluación, Tratamiento y Control, Políticas Operativas y Procedimientos de los riesgos identificados en los procesos establecidos en el Modelo de Operación por Procesos, dentro del SIGR; mediante el desarrollo de políticas operativas de tratamiento del riesgo, las actividades de control y las acciones determinadas en el plan de acción para la reducción de los riesgos residuales e inherentes y el plan de manejo de los riesgos que puedan materializarse en el cumplimiento de los objetivos y el normal desarrollo de los procesos institucionales.

La implementación de la política Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y Subsistemas de Administración de Riesgos – SIGR, conformará el Comité Institucional de Riesgos y mantendrá la documentación de sus etapas y actividades; estará sujeta de evaluaciones, de las cuales se presentarán informes de conocimiento organizacional; así como de la materialización de riesgos que serán tratados con alto grado de confidencialidad entre las partes involucradas.

1.1.1 Estrategias para la implementación de la política de administración de riesgos

Para la implementación, desarrollo, gestión, tratamiento, monitoreo y seguimiento de la presente política de administración de riesgos, se implementarán las siguientes estrategias:

a. El Gobierno del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y Subsistemas de Administración de Riesgos – SIGR; con el compromiso de prevenir situaciones de exposición a riesgos, adelantará la revisión, propondrá ajustes, actualizaciones de la política de administración de riesgos definida.
b. En la implementación de la Política de Administración de los Riesgos utilizara las metodologías definidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, la secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República y los lineamientos técnicos orientados por la Supersalud; asi también las que la modifiquen o complementen.
c. Se formularán y ejecutarán acciones asociadas al control consolidadas en el mapa de riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y Subsistemas de Administración de Riesgos – SIGR, las cuales serán objeto de monitoreo para ejercer el control de los riesgos identificados y analizados.
d. Los líderes de proceso o unidades funcionales de la E.S.E, serán los encargados de identificar, definir los riesgos y establecer los controles respectivos, con el fin de evaluar posteriormente su efectividad en relación con la política definida para la Gestión del Riesgo.
e. Los informes de evaluación adelantados por el Jefe de Control Interno sobre la efectividad en la implementación de los controles y el cumplimiento de los planes de acción, contenidos en el mapa de riesgos institucional; permitirán evaluar la efectividad general de la Política de Administración de Riesgos adoptada y serán presentados ante el Comité Institucional Coordinador de Control Interno, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y la Junta Directiva.
f. La Política de Administración de Riesgos adoptada en la E.S.E. BARRANCABERMEJA, deberá ser comunicada e interiorizada y divulgada con el talento humano en todos los niveles organizacional, indistintamente de la forma de vinculación que el personal tenga.
g. La gestión de la Administración del Riesgo, en marco de la política de Administración del Riesgo del SIGR de la E.S.E BARRANCABERMEJA, será apoyada y tratada dentro del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, que tendrá funciones propias respecto al SIGR.

1.2. Objetivo de la Política

Establecer y empoderar los criterios y parámetros técnicos que aplicará la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja, mediante una adecuada identificación, formulación, gestión y administración de los riesgos, dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y Subsistemas de Administración de Riesgos – SIGR; establecidos en el mapa de riesgos institucional para reducir y controlar la probabilidad de ocurrencia y materialización de los riesgos en los procesos que desvíen el cumplimiento de los objetivos institucionales.

1.3. Alcance de la Política

La Política Institucional de Administración de Riesgos de la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja, establecida en el presente manual, se aplicará para la gestión y tratamiento efectivo de la gestión de riesgos en todos los procesos definidos en el modelo de operación por procesos enmarcados dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y Subsistemas de Administración de Riesgos – SIGR

1.4. Nivel de aceptación

El nivel de aceptación del riesgo definido por la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja, establecido en el presente manual; aplica para los riesgos de tipo administrativos (Riesgo en Salud, Riesgo Operacional, Riesgo Actuarial, Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del

Terrorismo) calificados en el mapa de riesgos en zona de riesgo de nivel Baja, lo cual no incluye los riesgos de corrupción, opacidad y fraude comprendidos en el Subsistema de Riesgos SICOF.

1.5. Gestión de procedimientos de la Administración de Riesgos

En cumplimiento a las directrices normativas, técnicas y metodológicas Nacionales de la Administración del Riesgo, para el desarrollo del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y Subsistemas de Administración de Riesgos – SIGR; la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja, dispone de la Guía del procedimiento de Administración de Riesgos, la cual orienta los procedimientos de las disposiciones técnicas y metodológicas institucionales aplicables para la Gestión de la Administración del Riesgo en lo referente al desarrollo de la Política Institucional de Gestión de Riesgos, mediante la formulación del Mapa de Riesgos en marco de la implementación del SIGR. La cual comprende:

- Identificación de los Riesgos
- Análisis de los riesgos (probabilidad – impacto):
  Calificación forma uno: Riesgos administrativos
  Calificación forma Dos: Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude
- Evaluación / Valoración del riesgo:
  Identificación y calificación de los controles
- Políticas operativas de manejo:
  Evitar el riesgo
  Reducir el riesgo
  Compartir o Transferir el riesgo
  Asumir el riesgo (aceptar)
- Elaboración del Mapa de Riesgos:
  Responsabilidades
  Divulgación
- Seguimiento y monitoreo del Mapa de Riesgos:
  Autocontrol
  Seguimiento y evaluación
- Revisión, actualización y aprobación

1.6. Documentación

La documentación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) y de los Subsistemas de Administración del Riesgo, será organizada, archivada y controlada dentro del Sistema de Gestión Documental Institucional de la E.S.E BARRANCABERMEJA; bajo los lineamientos legales y técnicos establecidos aplicables.

Dentro de la documentación establecida en el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) se comprende la siguiente y la propia aplicable en cada uno de los Subsistemas de Administración del Riesgo:

a) Las políticas para la administración de cada uno de los riesgos.

b) Las metodologías y procedimientos para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos identificados. A su vez, el establecimiento de los niveles de aceptación y límites de exposición.

c) La estructura organizacional que garantice el desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos y que, a su vez, fortalezca el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.

d) Los roles y responsabilidades de quienes participan en la gestión de los diversos riesgos identificados, especialmente los prioritarios.

e) Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas y objetivos de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

f) Roles, responsabilidades y acciones de los órganos de control interno frente a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

g) Las estrategias de capacitación y divulgación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

h) Las actas del Máximo Órgano de Administración, de la Junta Directiva o quien haga sus veces, donde conste la aprobación de las políticas de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, así como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.

i) Los instructivos o manuales que contengan los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas aprobadas para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Estos documentos serán de fácil consulta y aplicación al interior de la organización.

j) El Código de Conducta y Buen Gobierno

k) Los informes presentados por la Junta Directiva, el Representante Legal y el Comité de Riesgos. Entre estos debe encontrarse un reporte sobre el cumplimiento de los límites y del nivel de exposición de los diferentes riesgos establecidos por la entidad, particularmente los prioritarios.

l) Los informes presentados por los órganos de control, como el Revisor Fiscal, sobre el funcionamiento y resultados de la implementación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

m) Las actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del informe del Comité de Riesgos y del Revisor Fiscal.

n) Las actas del Comité de Riesgos y los reportes a la Junta Directiva y al Representante Legal, en los casos que aplique.

o) Las constancias de las capacitaciones impartidas a todos los empleados, miembros de Junta, directivos, administradores y cualquier otra persona que tenga vinculación con la entidad sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, con el fin de asegurar que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización.

p) Los documentos y registros que evidencien el funcionamiento oportuno, efectivo y eficiente de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

q) Las metodologías, parámetros, fuentes de información y demás elementos utilizados para la medición de cada uno de los riesgos.

r) El procedimiento a seguir en caso de incumplimiento a los límites preestablecidos en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

s) Disponer de un respaldo físico o en medio magnético de la documentación establecida.

t) Seguridad de la información, de forma tal, que se permita la consulta a información sensible, únicamente por parte de funcionarios autorizados.

u) Criterios de organización, archivo y conservación de la información dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

1.7. Infraestructura Tecnológica

La E.S.E BARRANCABERMEJA dentro del presente Manual determina como una Política General el uso del Sistema de Información Institucional y por consiguiente dispone y utiliza el Sistema de Información financiero, para el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración del Riesgo, el cual consolida y registra la información de todas las operaciones y movimientos financieros y asistenciales realizados en la E.S.E. y permite la generación de informes confiables, consulta permanente de la información de las operaciones realizadas.

El Sistema de información presenta las siguientes características:

a. Permite la captura y actualización periódica de la información de los distintos factores de riesgo, garantizando que la estructura de datos definida para la captura de la información de los mismos contempla la totalidad de los campos necesarios para la adecuada administración del riesgo.

b. Consolida las operaciones de los distintos factores de riesgo, de acuerdo con los criterios establecidos por la E.S.E.

c. Genera en forma automática los reportes internos y externos, distintos de los relativos a operaciones sospechosas, sin perjuicio de que todos los reportes a la UIAF sean enviados en forma electrónica.

d. Dispone políticas de seguridad de la información.

1.8. Divulgación y Capacitación

1.8.1. Divulgación

La divulgación y capacitación del Sistema Integrado de Gestión – SIGR en la E.S.E BARRANCABERMEJA, se fundamenta en el flujo de información pública, confidencial mediante la generación de informes, reportes del SIGR y el empoderamiento continuo y permanente de la Gestión Institucional de Riesgos, mediante capacitaciones, inducciones y reinducciones en todos los niveles organizacionales.

1.8.1.1. Reportes Internos

Son los reportes establecidos dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo – SIGR, que son de uso del Gobierno Organizacional de la E.S.E BARRANCABERMEJA.; los cuales se generan por parte del Oficial de Cumplimiento, el Jefe de Control Interno y el Gerente.

1.8.1.2. Reportes Externos

Son los reportes elevados por el Oficial de Cumplimiento, a las autoridades competentes en el hecho de presentarse situaciones o acciones tipificadas, materializadas como Corrupción, la Opacidad y el Fraude; asi también los informes periódicos generados, por el jefe de Control Interno en marco de la evaluación de la Gestión de Riesgos Institucional. Y los solicitados por las autoridades competentes y órganos de control.

1.8.2. Capacitación

El Gobierno Organizacional, la Junta Directiva, el Gerente y Directivos se comprometen en empoderar, una cultura organizacional orientada a anticipar y gestionar el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos - SIGR de la E.S.E BARRANCABERMEJA y crear en los empleados una cultura de autocontrol, mediante habilidades en la identificación y valoración de riesgos administrativos, corrupción, opacidad y fraude, a los cuales pueden verse expuesta la E.S.E BARRANCABERMEJA y su talento humano; Por lo cual la estructura y los lineamientos propios del SIGR institucional, serán prioritarios en los procesos de formación continua del talento humano y se vincularán y articularán los temas del SIGR en el Plan Institucional de Capacitaciones, inducciones y reinducciones de cada vigencia, considerando las siguientes condiciones:

a) Periodicidad anual.
b) Impartirlos en el proceso de inducción de los nuevos funcionarios.
c) Impartirlos a terceros con una relación contractual
d) Revisarlos y actualizarlos continuamente.
e) Evaluar la eficacia de dichos programas y el alcance de los objetivos propuestos.

1.9. Gobierno del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo y Subsistemas de Administración de Riesgos

LINEAS DE DEFENSA	INTEGRANTES
Línea Estratégica	Conformada por la Alta Dirección: Junta Directiva Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
Primera Línea	Personas del Nivel operacional de los procesos (Procedimientos), áreas; pueden ser lideres de proceso
Segunda Línea	Oficial de Cumplimiento Lideres de procesos / áreas Lideres de Sistemas Institucionales Comité Institucional de Gestión y Desempeño (Riesgos) Comités
Tercer Línea	Jefe de Control Interno

1.9.1. Estructura Organizacional del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos

En marco de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos, se disponen, como mínimo las siguientes actividades a cargo de la Junta Directiva, Gerencia y el revisor fiscal:

Gerente

a) Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva.

b) Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos, en los casos que aplique, y mantener informada a la Junta Directiva.

c) Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.

d) Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de Riesgos u Órgano equivalente sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la entidad y los controles realizados, además de los informes presentados por la Revisoría Fiscal. Lo anterior debe plasmarse en un informe a la Junta Directiva y hacer énfasis cuando se presenten situaciones anormales como mínimo en algún riesgo prioritario o existan graves incumplimientos a las políticas, procesos y procedimientos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

e) Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.

f) Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tengan relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

g) Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la entidad tanto interna como externamente, para identificar y controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.

h) Informar de manera oportuna mediante Oficio a la Superintendencia Nacional de Salud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente o prevea que pueda presentarse como mínimo en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la entidad para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.

Área Gestión de Riesgos – OFICINA ASESORA DE PLANEACION

a) Apoyar en el diseño de las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto.
b) Sugerir al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
c) Proponer al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, el manual de procesos y procedimientos, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos. Asimismo, velar por su actualización, divulgación y apropiación en todos los niveles de la organización y su operatividad.
d) Velar por el adecuado diseño e implementación de los controles a los diferentes riesgos para mitigar su impacto, en todos los niveles de la organización y su operatividad.
e) Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
f) Apoyar a las áreas en la identificación y evaluación de los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes.
g) Monitorear las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la entidad, de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 o las normas que la sustituyan o modifiquen.
h) Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
i) Participar en el diseño y desarrollo como mínimo de los programas de capacitación sobre los riesgos identificados y velar por su cumplimiento. Incluir por lo menos los riesgos de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

j) Analizar los informes presentados por Control Interno y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

k) Monitorear e informar al Comité de Riesgos/ Institucional de Gestión y Desempeño, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

Órganos de Control

Continuamente se realiza el seguimiento permanente y la evaluación programada del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos, la aplicación de los controles establecidos en cada riesgo, en forma eficaz y efectiva, las acciones definidas en el plan de acción de los riesgos que se determinaron con la política operativa de reducirlos y las acciones de mitigación planteadas en el plan de manejo en el momento de la materialización del riesgo.

El seguimiento se realiza por parte del Oficial de Cumplimiento y la evaluación es realizada por el Jefe de Control Interno y el Revisor Fiscal.

El Jefe de Control Interno, realizara la evaluación del Mapa de Riesgos dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, de dos formas:

- Dentro del procedimiento de auditorías integrales
- De manera independiente como evaluación programada a la efectividad de los controles de los riesgos establecidos dentro del mapa de riesgos institucional del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, atendiendo las funciones propias de la Oficina de Control Interno, los lineamientos orientados por el DAFP, la Secretaria de Transparencia de la República y la Supersalud; de lo anterior el Asesor de Control Interno, presentará informes periódicos de la evaluación del Mapa de Riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

El Revisor fiscal evaluara y presentara informes del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos, de acuerdo a las condiciones metodológicas establecidas en el presente manual y las propias de la materia, asi también las que le regulan el ejercicio de la Revisoría Fiscal.

1.10. Tratamiento de los riesgos materializados

En caso de materializarse alguno de los riesgos identificados y presentados en el Mapa de Riesgos Institucional del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos – SIGR, se procederá asi, respectivamente:

TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS MATERIALIZADOS		
RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	**RIESGOS ADMINISTRATIVOS: (Riesgo en Salud, Riesgo Operacional, Riesgo Actuarial, Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo)**	**RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE**
Gobierno del SIGR, en delegación del Oficial de Cumplimiento	Implementar un plan de manejo y de tratamiento al riesgo materializado	
Jefe de Control Interno Oficial de Cumplimiento Revisor Fiscal Gerente	Informar al: Comité Coordinador de Control Interno y Comité Institucional de Gestión y Desempeño Junta Directiva	Informar a las autoridades de la ocurrencia del hecho de corrupción.
Líder del proceso Oficial de Cumplimiento	Revisar en el mapa de riesgos, la identificación de las causas, la efectividad de los controles del riesgo materializado.	
Líder del proceso Oficial de Cumplimiento	Actualizar el Mapa de Riesgos respecto al riesgo materializado	
Líder del proceso Oficial de Cumplimiento Control Interno	Monitoreo permanente y continuo al riesgo materializado	

1.11. Seguimiento y Monitoreo de la Política de Administración de Riesgos

El seguimiento y monitoreo de la Política de Administración del Riesgo, se realiza dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración del Riesgo, aplicado continuamente y programadamente, a través de las líneas de Defensa, establecidas en la dimensión de Control Interno, dentro del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG

LINEAS DE DEFENSA	ACCIONES EN MARCO DE LA POLITICA Y EL SIGR
Línea Estratégica Conformada por la Alta Dirección en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y la Junta Directiva.	Definir lineamientos claros frente a la estructura de control, debe generar los espacios para el análisis y seguimiento de los temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos, clave para que se cuente con ambiente propicio o favorable para la gestión de la politica de Administración del Riesgo.
Primera Línea Personas del Nivel operacional de los procesos (Procedimientos), áreas; pueden ser lideres de proceso	Se encarga de la identificación, mantenimiento e implementación efectiva de los controles, por consiguiente, identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos; aplican las medidas de control interno en las operaciones del día a día de la entidad. (procesos – procedimientos)
Segunda Línea Oficial de Cumplimiento Lideres de procesos / áreas Lideres de Sistemas Institucionales Comité Institucional de Gestión y Desempeño (Riesgos) Comités	Realiza la autoevaluación permanente de las actividades llevadas a cabo por la 1ª línea de defensa, por lo que su objetivo principal es asegurar que la primera línea este diseñada y opere de manera efectiva, informar a la Alta Dirección y/o son parte de la Alta Dirección y generan información clave de temas o aspectos transversales en la entidad para la toma de decisiones oportunas, previos a los seguimientos y evaluaciones de la tercera línea de defensa.
Tercer Línea Jefe de Control Interno	Realiza actividades de seguimiento y evaluación, especialmente a través de la auditoría interna se pronuncian sobre la efectividad de los controles para evitar la materialización de riesgos.

1.12. Revisión, Actualización y Aprobación de la Política de Administración del Riesgo

La Política de Administración del Riesgo, será revisada anualmente y actualizada cada vez que se requiera de acuerdo a los lineamientos normativos del DAFP y la Supersalud; las condiciones legales y organizacionales e institucionales de la Gerencia y el Gobierno Organizacional.

La actualización se realizará por el Oficial de Cumplimiento ante el Comité de Gestión y Desempeño Institucional, el cual funciona como Comité de Gestión de Riesgos, en marco de las políticas de Gestión y Desempeño del MIPG y será presentado para aprobación por parte del Comité Coordinador de Control Interno y posteriormente ante la Junta Directiva para su aprobación.

1.13. Plan de Acción del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos; y partes que le integran el Código de Conducta Buen Gobierno y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial.

En desarrollo del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) sus Subsistemas y las partes que le integran, como: Código de Conducta y Buen Gobierno (CBG), Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAA) y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE); y en fundamento a los lineamientos metodológicos vigentes establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y la Superintendencia Nacional de Salud – Supersalud.
La Empresa social del Estado de Barrancabermeja, **anualmente** documentara un Plan de Acción para la vigencia, que oriente la implementación, desarrollo, evaluación y mejora del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) sus Subsistemas y las partes que le integran, como: Código de Conducta y Buen Gobierno (CBG), Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAA) y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE). Este se formulará a más tardar a 31 de enero de cada vigencia.

TITULO II

LINEAMIENTOS ESPECIFICOS DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

1. SUBSISTEMA ADMINISTRACION DE RIESGO EN SALUD

Se entiende por Riesgo en Salud la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.

1.1. Ciclo general de gestión del Riesgo en Salud

Para la gestión del Riesgo en Salud inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en la Guía metodológica Institucional del procedimiento de formulación y administración del mapa de riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y el presente manual, armonizados con los lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y las prioridades territoriales y poblacionales.

1.1.1. Lineamientos para la identificación del Riesgo en Salud

La etapa de identificación de riesgos en salud debe comprender, como mínimo, lo siguiente:

a. Identificación de la situación en salud del territorio donde se encuentran habilitados y de la población objeto de la IPS o afiliada a cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) con las cuales se tiene una relación contractual.
b. Caracterización de los servicios ofertados según modalidades de atención y contratación, teniendo en cuenta los grupos de riesgos de la población potencialmente usuaria de los servicios, que permita una gestión clínica optima en el marco de un enfoque diferencial.
c. Caracterización de la demanda de servicios ex-ante, efectiva y agregada propia de la entidad, teniendo en cuenta un enfoque diferencial (género, grupo etario, étnico, curso de vida, territorial, grupos de riesgo, entre otros).
d. Establecer un sistema de reporte institucional de incidentes y eventos adversos.
e. Caracterización de los riesgos existentes en cada uno de los servicios declarados con su respectiva estrategia de prevención (Política de Seguridad del Paciente).

1.1.2. Medición y Evaluación del Riesgo en Salud

En cumplimiento a las directrices normativas, técnicas y metodológicas Nacionales de la Administración del Riesgo, para el desarrollo del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y el Subsistema de Administración de Riesgos en Salud; la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja, dispone de la Guía de Administración de Riesgos, la cual orienta las disposiciones técnicas y metodológicas institucionales aplicables para le Gestión de la Administración del Riesgo en lo referente al desarrollo de la Política Institucional de Gestión de Riesgos, mediante la formulación del Mapa de Riesgos en marco de la implementación del SIGR. La cual comprende:

Medición y Evaluación del Riesgo en Salud, que contempla:

a) La probabilidad de ocurrencia y la severidad de las consecuencias máximas posibles o impacto, sobre la salud de los pacientes, en caso de presentarse un evento derivado de cada riesgo identificado.
b) Establece el costo que representa para la institución en términos de sobrecosto asistencial (susceptible de ser objeto de rechazo o glosa), estancia hospitalaria prolongadas, riesgo jurídico o la suma de los dos. Este análisis establece un vínculo entre los riesgos en salud y el riesgo operacional y financiero.
c) Matriz de priorización de riesgos en salud acorde con los criterios de valoración definidos por la entidad y armonizados con los lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y con las prioridades territoriales y poblacionales.
d) Límites de tolerancia para cada riesgo o factor de riesgo identificado de forma tal que se establezcan metas de control o mitigación para el sistema de gestión; priorizando los recursos sobre aquellos riesgos de mayor importancia.
e) Riesgos priorizados de mayor importancia, sin que eso implique ignorar, dejar de vigilar y no tratar de evitar, otros riesgos que se consideran de menor importancia y que pueden estar presentes en la Institución.

1.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo en Salud

Se consideran como elementos para la selección e implementación de controles los siguientes:

a) Evaluación y seguimiento de programas, planes o procedimientos que establezcan el tratamiento de los riesgos en salud identificados, y debe contener indicadores de gestión y resultado (nivel de riesgo alcanzado).
b) Monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad y salud correspondiente a los riesgos identificados.
c) Planes de mitigación o control de los riesgos que se encuentran en niveles mayores al nivel de tolerancia definido por la organización; estos deben generar acciones de capacitación, comunicación y revisión periódica de implementación y resultados.
d) Diseño, implementación, evaluación y seguimiento de los procesos y procedimientos institucionales y su articulación; de tal manera que garanticen el acceso y la calidad de los servicios ofertados.

e) Modelos de contratación y mecanismos de pago con sus proveedores orientados a la obtención de resultados en salud y pago por desempeño e incentivos, los cuales deben ir articulados con el Modelo de Atención en Salud planteado por la entidad.
f) Jornadas de capacitación en el procedimiento de evaluación, seguimiento, y adherencia a guías, protocolos de práctica clínica, normas técnicas, lineamientos y orientaciones.

2. SUBSISTEMA ADMINISTRACION DEL RIESGO OPERACIONAL

El Riesgo Operacional corresponde a la probabilidad que la entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros. Los riesgos operacionales pueden generar perdidas en:

i) Pérdidas en los resultados en salud de los pacientes
ii) Pérdidas en los resultados operativos esperados, incluyendo la satisfacción del Cliente.
iii) Pérdidas financieras en la entidad que corresponden a la contabilización de los eventos de riesgo y los riesgos que se materializaron.

2.1. Ciclo general de gestión del Riesgo Operacional

Para la gestión del Riesgo Operacional inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en la Guía metodológica Institucional del procedimiento de formulación y administración del mapa de riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y el presente manual, armonizados con los siguientes lineamientos.

2.1.1. Lineamientos para la identificación del Riesgo Operacional

a) Levantamiento y documentación de la totalidad de los procesos de la entidad
b) Identificación de los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos.
c) Identificación de procesos jurídicos en los que se encuentre la entidad
d) Identificación pérdidas en los resultados en salud de sus pacientes, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.
e) Determinación de potenciales pérdidas financieras en la entidad causadas por los eventos de riesgo operacional identificados.

2.1.2. Medición y Evaluación del Riesgo Operacional

En esta etapa, el Subsistema de Administración de Riesgo Operacional mide la probabilidad de ocurrencia de un evento de riesgo operacional y su impacto en caso de materializarse. Deben tener como mínimo lo siguiente:

- Implementar la metodología de medición acorde con los eventos de riesgo operacional identificados procurando una medición de la probabilidad de ocurrencia y del impacto, de acuerdo a la Guía Procedimiento Institucional de Administración de Riesgos.
- Aplicar en la evaluación, los planes de contingencia y el Plan de Continuidad del Negocio, todos los recursos (físicos, humanos, técnicos y financieros) necesarios para afrontar la exposición al riesgo operacional bajo cualquier eventualidad, de acuerdo a lo establecido en los planes de acción definidos en el mapa de riesgos y los formulados en el momento de la materialización.

2.1.3. Tratamiento y control del Riesgo Operacional

Se consideran como elementos para la selección e implementación de controles los siguientes:

a) Diseñar e implementar controles para cada proceso de manera que se pueda mitigar el riesgo inherente, ya sea mediante su probabilidad, impacto o ambos.
b) Incluir los controles diseñados dentro de las políticas y procedimientos de la entidad.
c) Los riesgos que afecten la operación en condiciones normales de la entidad (se materialicen), se implementara un Plan de Continuidad del Negocio aprobado por la Junta Directiva.

3. SUBSISTEMA ADMINISTRACION DEL RIESGO ACTUARIAL

Se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera

que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron. Estas estimaciones se realizan, teniendo en cuenta algunos eventos futuros e inciertos que podrían ocurrir como:

a) Desconocimiento de la demanda efectiva de servicios que van a atender, de la situación en salud de la población y de las frecuencias de uso.

b) Concentración poblacional, con un enfoque diferencial de género, étnico, grupos etarios, regiones, grupo de riesgo, curso de vida, entre otros.

c) Atención en zonas de difícil acceso y alta dispersión de la población.
d) Hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de la población incluida en los contratos.

e) Variaciones en las condiciones de morbi-mortalidad de la población incluida en los contratos.

f) Incrementos inesperados en los costos de proveedores.

g) Incorporación de tecnología nueva que requiera recursos de inversión considerables.

3.1. Ciclo general de gestión del Riesgo Actuarial

Para la gestión del Riesgo Actuarial inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en la Guía metodológica Institucional del procedimiento de formulación y administración del mapa de riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y el presente manual, armonizados con los siguientes lineamientos.

3.1.1. Identificación del Riesgo Actuarial

La etapa de identificación de los riesgos del Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial tiene en cuenta, como mínimo, las siguientes consideraciones relevantes:

a. Caracterización y conocimiento de la población que incluirá en los contratos por venta de servicios teniendo en cuenta los aspectos geográficos, etarios, demográficos, la situación de morbi-mortalidad; así como la actualización de novedades
b. Particularidades de las diferentes modalidades de pago (por capitación, por evento, por paquete, entre otros).

- Pago por Capitación: Identificación de las personas incluidas en el contrato e identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos de baja complejidad incluidos en el contrato.
- Pago por evento: Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el contrato para el cálculo de las tarifas y precios a ser aplicadas a las tecnologías en salud.
- Pago por Grupo Relacionado de Diagnóstico: Identificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición o condiciones individuales de salud, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos de acuerdo con el grupo de riesgo.
- Pago Global Prospectivo: Identificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición o condiciones individuales de salud, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos de acuerdo con el grupo de riesgo. Además, de tener en cuenta la frecuencia estimada de los episodios de atención y/o de tecnologías en salud a ser prestadas con cargo a la suma global.
- En los demás tipos de contratación, es importante identificar el riesgo asumido por la IPS y las obligaciones de cobertura de servicios cada contrato, así como las características de la tarifa pactada.

c. Identificación de posibles incrementos en los costos de insumos y medicamentos, entre otros.
d. Evaluar el comportamiento de la variabilidad del ingreso y el costo que tenga la entidad, además del uso de los insumos para dar cumplimiento al objeto del contrato.

3.1.2. Medición y Evaluación del Riesgo Actuarial

La medición del Riesgo Actuarial, se aplica con los lineamientos de la Metodología Institucional para la Administración de Riesgos, considerando:

a) La probabilidad de ocurrencia del evento (materialización del riesgo) en la unidad de tiempo (frecuencia).

b) Los asociados con cada distribución de pérdida que mejor defina la cuantía de la pérdida (severidad). Es decir, el cálculo del costo promedio del servicio.
c) El nivel de exposición del riesgo en la unidad de tiempo.

3.1.3. Tratamiento y Control de Riesgo Actuarial

Se consideran como elementos para la selección e implementación de controles los siguientes:

a) Establecer y actualizar periódicamente las políticas y las estimaciones actuariales para cada tipo de contrato, teniendo en cuenta los cambios que se presenten en el sector.

b) Hacer una traza de las medidas tomadas por la administración, en respuesta a los problemas identificados y a las recomendaciones efectuadas.

c) Realizar pruebas de estrés (Stress-Testing) y ejercicios de autocomprobación (Back-Testing) sobre los modelos actuariales utilizados para establecer los valores de los contratos, y de esta manera realizar los ajustes correspondientes.

d) Realizar controles de calidad a los sistemas de información de la entidad.

4. SUBSISTEMA ADMINISTRACION DEL RIESGO CREDITO

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como: monto, plazo y demás condiciones; lo cual puede generar perdida del valor de los activos en particular las cuentas por cobrar o cartera.

4.1. Ciclo general de gestión del Riesgo Crédito

Para la gestión del Riesgo Crédito inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en la Guía metodológica Institucional del procedimiento de formulación y administración del mapa de riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y el presente manual, armonizados con los siguientes lineamientos y aspectos específicos:

a) Modelo del cálculo de deterioros/provisiones por riesgo de crédito, adecuado para reflejar las potenciales pérdidas a las que está expuesta la entidad por el incumplimiento de las contrapartes y que se ajuste a la normatividad vigente.
b) La definición de procedimientos específicos de seguimiento, cobro de cartera y el establecimiento de mecanismos apropiados de negociación y recuperación de cartera que se encuentren en incumplimiento.
c) La estrategia de gestión de glosas ante las EPS, la ADRES (o la entidad que ejerza sus funciones) o ante las Entidades Territoriales según sea el caso. La definición de la estrategia de gestión de glosas se debe formular en función del análisis histórico y su consecuente caracterización para determinar procesos específicos de actuación ante cada tipo de glosa.
d) Las bases de datos utilizadas en el proceso de diseño de los modelos para la administración del riesgo crediticio aplican un análisis del comportamiento de situaciones de riesgo crediticio de tres (3) años.

4.1.1. Identificación del Riesgo Crédito

La identificación de los riesgos del Subsistema de Administración del Riesgo Crédito es una etapa que tiene en cuenta, como mínimo del tipo de activo expuesto al riesgo, la cartera o denominadas cuentas por cobrar, esta puede ser la cartera corriente o cartera superior a 360 días, esta última considerándose la de mayor exposición a riesgo de Crédito.

4.1.2. Medición y Evaluación del Riesgo Crédito

El Subsistema de Administración de Riesgo de Crédito de la entidad presenta modelos de control, para la medición y evaluación de los activos expuestos a este riesgo; dentro de los cuales contempla la estimación estimación de los siguientes elementos:

a) Controles para la probabilidad de incumplimiento de los deudores, dentro de un periodo de 12 meses.
b) Categorización de la calidad de los deudores de acuerdo a su capacidad y cumplimiento de pago, categorización de la cartera.
c) Método y cálculo del deterioro periódico de la cartera y su contabilización.
d) Gestión del recaudo de la cartera y las glosas
e) Análisis del estado y comportamiento de la cartera y las glosas

f) Indicador de Cartera

4.1.3. Tratamiento y Control de Riesgo Crédito

Dentro de este Subsistema de Administración y Gestión de Riesgo se definen mecanismos de tratamiento y control del riesgo de crédito, los cuales se aplican de forma continua, periódica:

a) Categorización de la Cartera
b) Método y cálculo del deterioro periódico de la cartera y su contabilización.
c) Gestión del recaudo de la cartera y las glosas
d) Cálculo del indicador de cartera/ recaudo corriente

5. SUBSISTEMA ADMINISTRACION DEL RIESGO LIQUIDEZ

El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad de no contar con los recursos líquidos para cumplir con las obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).
Los riesgos de liquidez de la entidad están relacionados con:

a) Las tarifas contractuales establecidas en la contratación para la venta de servicios
b) El control de los costos
c) La venta de servicios y radicación de la facturación
d) La gestión del recaudo en la recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito)

5.1. Ciclo general de gestión del Riesgo Liquidez

Para la gestión del Riesgo Liquidez inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en la Guía metodológica Institucional del procedimiento de formulación y administración del mapa de riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y el presente manual, armonizados con los siguientes lineamientos y aspectos específicos:

5.1.1. Identificación del Riesgo Liquidez

Para realizar la identificación y cuantificación del riesgo de liquidez la entidad debe disponer de la mejor información para efectos de realizar las proyecciones de todos los flujos netos de activos y pasivos o de ingresos y egresos, y debe considerar los siguientes elementos de información:

a) Activos considerados como líquidos (aquellos que proveen a la entidad de liquidez inmediata), caja, bancos, cartera corriente, contratos y convenios interadministrativos públicos.
b) Recursos y plazos de recuperación de cartera (cuentas por cobrar), comportamiento histórico de cartera vencida, deterioro de la cartera.
c) Valoración de los ingresos reconocidos y recaudados por venta o prestación de servicios de salud.
d) Proyección de entradas futuras de efectivo presupuestadas, por cualquier concepto, entre los cuales puede estar contratos, convenios institucionales con entidades públicas, transferencias.
e) Cuantificación de las cuentas por pagar bajo cualquier concepto (insumos y medicamentos; dispositivos médicos o equipo biomédico; salarios; gastos operativos y administrativos; entre otros).
f) Cuantificación de gastos comprometidos y gastos pagados
g) Análisis y cuantificación del gasto comprometido, el reconocimiento y el recaudo efectivo.

5.1.2. Medición y Evaluación del Riesgo Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir cuantificar el nivel mínimo diario, mensual, trimestral de efectivo o equivalentes de efectivo requerido de acuerdo con la normatividad vigente, que le permita cumplir de manera oportuna con sus obligaciones de pago, por consiguiente, para la medición y evaluación se aplica:

a) Definición de la meta del indicador de equilibrio presupuestal
b) Proyección de los flujos de caja de sus activos y pasivos, en condiciones normales como en un escenario de crisis bajo hipótesis razonables (stress testing), para un periodo determinado.
c) Prueba de liquidez periódica mensual o trimestralmente, con la proyección de flujos de caja, indicadores financieros y el indicador de equilibrio presupuestal.

5.1.3. Tratamiento y Control de Riesgo Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez aplicara, las siguientes medidas adecuadas para controlar el riesgo de liquidez al que está expuesta la entidad:

a) Análisis de los flujos de caja de sus activos y pasivos, en condiciones normales como en un escenario de crisis bajo hipótesis razonables (stress testing), para un periodo determinado.
b) Seguimiento de la prueba de liquidez periódica mensual o trimestralmente, con la proyección de flujos de caja, indicadores financieros y el indicador de equilibrio presupuestal.
c) Aprobación de la Junta Directiva, de las metas de liquidez y flujos de caja definidos para cada periodo trimestral o anual

6. SUBSISTEMA ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA –SARLAFT

El SARLAFT es el sistema de prevención y control para la adecuada gestión del riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LA/FT), en virtud del cual, se deben adoptar procedimientos y herramientas que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo de su objeto social y que se ajusten a su tamaño, actividad económica, forma de comercialización y demás características particulares.

6.1. Ciclo general de gestión del Riesgo SARLAFT

Para la gestión del Riesgo SARLAFT inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en la Guía metodológica Institucional del procedimiento de formulación y administración del mapa de riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y el presente manual, armonizados con los siguientes lineamientos y aspectos específicos, como políticas y procedimientos:

6.1.1. Identificación del Riesgo SARLAFT

Esta etapa se fundamenta en la revisión, análisis y resultados de informacion y de los hechos que se puedan presentar en el cumplimiento de las políticas generales y procedimientos SARLAFT establecidos, como en los diferentes procesos del Modelo de Operación por Procesos de la E.S.E BARRANCABERMEJA; aplicándose los lineamientos de la Guía Institucional de Administración de Riesgos, segmentando los factores de riesgos que se puedan identificar mediante la metodología DOFA O PESTEL, que comprende variables externas del entorno e internas institucionales para la recolección de informacion segmentada, homogénea y heterogénea para la identificación de los riesgos (LA/FT).

6.1.2. Medición y Evaluación del Riesgo SARLAFT

Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos SARLAFT que han sido identificados, considerando el análisis y valoración de la probabilidad y el impacto de su ocurrencia, mediante la cuantificación establecida en la metodología de la Guía Institucional de Riesgos; está se logra mediante la estimación de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el impacto generado por este, que afecta la gestión y el cumplimiento de los objetivos de proceso e institucionales, denominado también calificación del riesgo inherente y residual; Valoración que se realiza bajo el procedimiento establecido en al Guía Institucional de Administración de Riesgos de la E.S.E BARRANCABERMEJA. con la calificación en la Matriz de Riesgos o Mapa de Calor, que determina la zona de calificación y valoración del Riesgo.

6.1.3. Controles del Riesgo SARLAFT

El Subsistema Administración del Riesgo de Lavado de Activos de la Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT, dentro de su Normatividad reglamentaria y metodología establece, orienta la implementación de políticas generales y procedimientos específicos mínimos para su gestión; los cuales se implementan, como medidas de control en la gestión de la Administración de los riesgos SARLAFT y se establecen y documentan en el presente Manual, respectivamente.

6.1.3.1. Políticas Generales SARLAFT

1. Todos los colaboradores de la E.S.E BARRANCABERMEJA, se abstendrán de generar conflictos de intereses derivados o relacionados con la detección y análisis de operaciones inusuales y con la determinación de reporte de operaciones sospechosas; de encontrarse ante una situación de conflicto de intereses, algún miembro de la Junta Directiva, los Directivos o colaboradores de cualquier nivel jerárquico, estos deberán informar de su existencia.
2. Al postularse para iniciar y durante una relación contractual o laboral con la E.S.E BARRANCABERMEJA, es un requisito de control la obligación de informar o revelar oportunamente cualquier relación o parentesco con una PEP (Personas Políticamente Expuestas). La omisión o incumplimiento de esta política podrá generar sanciones disciplinarias por ocultamiento de información y para su aplicación la institución, implementará la Declaración de Bienes y Rentas y Conflicto de Intereses.

3. La E.S.E BARRANCABERMEJA. dispone de su Politica Institucional de Administración de Riesgos y políticas de tratamiento, metodología y procedimiento para la Administración de Riesgos LA/FT, la cual debe ser de conocimiento e implementarse por todos los niveles organizacionales en la gestión de los riesgos en las diferentes áreas y procesos.
4. Todos los colaboradores de la E.S.E BARRANCABERMEJA están en el deber de conocer, cumplir las políticas, procesos, procedimientos y controles aplicables en el desarrollo, implementación y seguimiento del Subsistema de Gestión de Riesgos de la LA/FT, orientando sus acciones a la mitigación de los riesgos e identificación operaciones inusuales, estando obligados a reportar a las áreas de cumplimiento de cualquier situación u operación inusual o sospechosa de la cual tengan conocimiento directa o indirectamente.
5. La Junta Directiva, la Gerencia, el Oficial de Cumplimiento y demás colaboradores y partícipes de la Gestión Institucional de la E.S.E BARRANCABERMEJA, responderán por las obligaciones y responsabilidades que les sean de competencia, en lo referente a la aplicación del Subsistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM).
6. La E.S.E BARRANCABERMEJA no podrá realizar ninguna operación comercial o contratos con un potencial proveedor, prestador o nuevo colaborador que aparezca registrado en las listas SDNT (lista Clinton) en la lista de terroristas emitida por la organización de Naciones Unidas (lista ONU) y si un asociado, cliente o proveedor activo registrado en la lista SDNT (lista Clinton) o en la lista ONU, o presenta antecedentes judiciales por lavado de activo Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.
7. La E.S.E BARRANCABERMEJA, permanentemente, en el marco legal de sus funciones y competencias organizacionales y dentro del SARLAFT; se faculta para el análisis, conocimiento y verificación de información para la aceptación, rechazo , exclusión o desvinculación de clientes, proveedores; con el ánimo de evitar las actividades económicas de riesgo, vulnerables al lavado de activos que puedan vincular o exponer la E.S.E BARRANCABERMEJA a riesgos LA/FT/FPADM.
8. La E.S.E BARRANCABERMEJA. no realizará operaciones con bancos comerciales o con entidades financieras no constituidas legítimamente, que no tengan presencia física en algún país empresas ubicadas en países que carecen de políticas adecuadas para controlar prevenir el lavado de activos y la financiación del terrorismo LA/FT/FPADM.
9. La E.S.E BARRANCABERMEJA no realizara, dentro del Sistema Financiero, operaciones, movimientos financieros mediante cuentas bancarias que no pertenezcan a la titularizada (institucional o establecida por el cliente o proveedor) identificada o registrada dentro del Sistema de Información Institucional.
10. El manejo de dinero en efectivo en la E.S.E BARRANCABERMEJA, se realizará en el gasto mediante la caja menor constituida para los gastos menores, no cubiertos por la contratación realizada y previstos en la Ley; asi también para el recaudo de dineros se disponen de las cajas de facturación de servicios, que tendrán arqueos diarios de las ventas y no se podrán acumular dineros por valor de $5.000.000 o más en cada caja. Asi tampoco se recibirán pagos por tal valor sin aplicarse el procedimiento de operaciones inusuales o sospechosas.
11. Todos los Niveles Organizacionales de la E.S.E BARRANCABERMEJA deben reportar en forma inmediata al Oficial de Cumplimiento, los hechos o circunstancias que consideren vulneradoras de un adecuado Autocontrol y Gestión del Riesgo LA/FT/FPADM, exposición a la materialización de este tipo de riesgos. Información que se tratara de carácter confidencial por parte de la institución.
12. La detección y reporte de operaciones inusuales o sospechosas, que se hayan intentado o se hayan efectuado en la E.S.E BARRANCABERMEJA y que se hayan comunicado con la unidad de información y análisis Financiero UIAF, se les aplicara la absoluta reserva sobre la misma y las partes involucradas, según lo determina el inciso cuarto del artículo 11 de la 526 de 1999. el análisis de las operaciones de un cliente o usuario de manejo "CONFIDENCIAL" y por ningún motivo esta persona debe ser informada de los reportes realizados a las autoridades correspondientes.
13. Los incumplimientos a las normas, políticas y procedimientos establecidos para la prevención del Riesgo de LA/FT/FPADM por parte de los partícipes de los diferentes niveles jerárquicos, los colaboradores y trabajadores de la E.S.E BARRANCABERMEJA, serán sancionados de acuerdo con los procedimientos sancionatorios y normas establecidas en la normatividad de la materia, el Código Único Disciplinario y las normas administrativas y penales, según el caso.
14. La Junta Directiva, el Gerente y el Oficial de Cumplimiento, acatarán y cumplirán con los deberes designados en las funciones de la implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM).
15. La E.S.E BARRANCABERMEJA en la implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM), identificaran los riesgos inherentes mediante la Guía Institucional de la política, metodología y procedimiento para la Administración de Riesgos y evaluaran para determinar el riesgo residual; y se establecerán planes de acción o contingencia para la mitigación de la materialización de los riesgos LA/FT según se requiera.

16. El Gobierno Organizacional, la Junta Directiva, el Gerente y Directivos deben comprometerse en empoderar, una cultura organizacional orientada a anticipar y gestionar los riesgos de la LA/FT de la E.S.E BARRANCABERMEJA y crear en los empleados una cultura de autocontrol, mediante habilidades en la identificación y valoración de riesgos operativos, jurídicos y reputaciones a los cuales pueden verse y expuestas la E.S.E. y su talento humano, Por lo cual la estructura del SARLAFT institucional, serán prioritarios en los procesos de formación continua del talento humano y se vincularan en el Plan Institucional de Capacitaciones, inducciones y reinducciones.
17. El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM) será de conocimiento y aplicación de todos los niveles organizacionales y funcionarios de la E.S.E BARRANCABERMEJA.
18. La Junta Directiva de la E.S.E BARRANCABERMEJA, apoya las medidas de control que se apliquen en la implementación del SARLAFT y exige su cumplimiento de las políticas, procedimientos y demás lineamientos al Gerente, Directivos, colaboradores y trabajadores, para evitar que la E.S.E BARRANCABERMEJA sea utilizada o involucrada en el ocultamiento de actividades ilícitas y la materialización de los riesgos relacionados con el LA/FT.
19. El Gobierno Organizacional, la Junta Directiva, el Gerente y Directivos dispondrán de un Sistema de Información que permita la captura permanente y continua del flujo de la información financiera institucional, consolidación, registro entre los procesos / áreas productoras de la totalidad de las operaciones financieras realizadas en un periodo o periodos determinados.
20. Los operadores y usuarios del Sistema de Información Institucional de la E.S.E BARRANCABERMEJA, deben registrar la totalidad de las operaciones financieras presentadas en el operar institucional, aplicando los controles LA/FT, las normas contables vigentes, los controles establecidos en los diferentes procesos y áreas; en particular con la información del manejo de movimientos bancarios y dineros en efectivo.

6.1.3.2. Procedimientos Específicos del SARLAFT

Dentro de los procedimientos específicos, se identifica el grupo de procedimientos de la debida diligencia, estos aplican como medida de control para el conocimiento y evaluación en marco de la legalidad requerida y los requisitos SARLAFT de los potenciales contratistas, proveedores, clientes jurídicos, clientes persona naturales según aplique, se presentan los siguientes procedimientos:

Procedimientos de Debida Diligencia

PROCEDIMIENTO: Conocimiento de personas expuestas públicamente (PEPs)			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
1	El potencial proveedor, contratista, funcionario o servidor a vincularse deberá diligenciar el formato de "Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses"	Potencial proveedor, contratista, funcionario o Servidor Público	Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses diligenciada
2	El potencial proveedor, contratista, funcionario o servidor a vincularse presenta el formato de "Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses"	Potencial proveedor, contratista, funcionario o Servidor Público	Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses diligenciada
3	El potencial proveedor, contratista, funcionario o servidor a vincularse presenta el formato SARLAFT diligenciado	Potencial proveedor, contratista, funcionario o Servidor Público	Formato SARLAFT diligenciado
4	Verificación del diligenciamiento de la información en la Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses" y del formato SARLAFT.	Responsable designado para el proceso Contractual Coordinador Talento Humano (cuando se trate de posesión de un empleo público)	Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses y formato SARLAFT diligenciados, recibidos y archivados

PROCEDIMIENTO: **Conocimiento de los proveedores y prestadores de servicios** **Conocimiento de Colaboradores**			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
1	El potencial proveedor, contratista, funcionario o servidor a vinculares deberá presentar y diligenciar los formatos de: **SIGEP** persona natural o jurídica, según aplique. **SIGEP** Declaración de Bienes "Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses" **Antecedentes:** Disciplinarios Fiscales Judiciales Medidas Correctivas	Potencial proveedor, contratista, funcionario o Servidor Público	Hoja de Vida SIGEP Declaración de Bienes SIGEP Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses diligenciada. Certificados de Antecedentes

PROCEDIMIENTO: **Conocimiento de los proveedores y prestadores de servicios** **Conocimiento de Colaboradores**			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
	Deudores Morosos de Alimentos Rut **Personas Jurídicas:** Cámara de Comercio vigente y/o RUP		
2	El potencial proveedor, contratista, funcionario o servidor a vinculares presenta los documentos solicitados en la actividad 1	Potencial proveedor, contratista, funcionario o Servidor Público	Hoja de Vida SIGEP Declaración de Bienes SIGEP Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses diligenciada. Certificados de Antecedentes
3	El potencial proveedor, contratista, funcionario o servidor a vincularse presenta el formato SARLAFT diligenciado	Potencial proveedor, contratista, funcionario o Servidor Público	Formato SARLAFT diligenciado
4	Verificación del diligenciamiento de la información y certificados presentados; y en el caso de potenciales personas jurídicas verificar en una de las listas: SDNT (lista Clinton) en la lista de terroristas emitida por la organización de Naciones Unidas (lista ONU) y si un asociado, cliente o proveedor activo registrado en la lista SDNT (lista Clinton) o en la lista ONU	Responsable designado para el proceso Contractual Coordinador Talento Humano (cuando se trate de posesión de un empleo público)	Formatos y certificados recibidos, formato SARLAFT revisados y archivados.

PROCEDIMIENTO: **Conocimiento de Colaboradores vigentes vinculados (Empleos de planta)**			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
1	El servidor público vigente vinculado, de acuerdo a la Ley presentara la Declaración de Bienes del SIGEP y el formato SARLAFT diligenciado	Funcionario o Servidor Público de planta	Declaración de Bienes SIGEP Formato SARLAFT
2	El servidor público vigente vinculado, diligenciara periódicamente de acuerdo a la Ley la Declaración de Bienes del SIGEP y el formato SARLAFT diligenciado y lo entregara a la Coordinación de talento Humano	Funcionario o Servidor Público de planta	Declaración de Bienes SIGEP y Formato SARLAFT diligenciados
3	El Coordinador de talento Humano verificara a la recepción de la Declaración de Bienes del SIGEP y el formato SARLAFT diligenciado y los archivara en la respectiva Historia Laboral	Coordinador Talento Humano	Declaración de Bienes SIGEP y Formato SARLAFT diligenciados revisados y archivados.

PROCEDIMIENTO: **Conocimiento de los Clientes: Personas Jurídicas; naturales/particulares con pagos por servicios de salud por valor de $ 5.000.000**			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
1	El potencial cliente deberá presentar y diligenciar el formato institucional de SARLAFT	Potencial Cliente	Formato SARLAFT diligenciado
2	El potencial cliente presenta el formato SARLAFT diligenciado	Potencial Cliente	Formato SARLAFT diligenciado
3	Verificación del diligenciamiento de la información y certificado SARLAFT presentado	Lider contratación de servicios Facturador - Lider de Facturación	Formato SARLAFT diligenciado revisado y archivado.
4	Reporte del cliente o potencial pagador del valor de $ 5.000.000 o más, por parte de facturación al Oficial de Cumplimiento	Facturador - Lider de Facturación	Procedimiento Operaciones Inusuales o Sospechosas

PROCEDIMIENTO: Conocimiento de Asociados: Miembros de Junta Directiva o delegados			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
1	Adicional a los requisitos establecidos, el potencial miembro de Junta Directiva deberá presentar al momento del nombramiento como miembro de la Junta Directiva o periódicamente a 30 de julio de cada periodo: "Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses" o Certificación de No estar incurso en Inhabilidades e Incompatibilidades o presentar conflictos de intereses Formato SARLAFT	El potencial miembro de Junta Directiva	"Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses" o Certificación de No estar incurso en Inhabilidades e Incompatibilidades o presentar conflictos de intereses Formato SARLAFT
2	El potencial miembro de Junta Directiva, deberá presentar y diligenciar "Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses" o Certificación de No estar incurso en Inhabilidades e Incompatibilidades o presentar conflictos de intereses y el Formato SARLAFT	El potencial miembro de Junta Directiva	"Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses" o Certificación de No estar incurso en Inhabilidades e Incompatibilidades o presentar conflictos de intereses Formato SARLAFT
3	La Gerente en Calidad de secretaria de la Junta Directiva, verificará la presentación periódica de la documentación de cada miembro de la Junta y procederá archivarla.	Gerente	Archivo de los documentos de cada miembro de junta en el expediente de la Junta

PROCEDIMIENTO: Contratación de Proveedore o Servicios mediante Plataformas Tecnológicas			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
1	El potencial proveedor, contratista, funcionario o servidor a vincularse deberá presentar y diligenciar los formatos y requisitos de Ley establecidos en el procedimiento de conocimiento de proveedores y los establecidos para el tipo de contratación; esto lo deberá realizar mediante su usuario en la plataforma SECOP II	Potencial proveedor, contratista	Documentos Contractuales y de Conocimiento de Cliente aplicables
2	Presentación de los documentos mediante la Plataforma SECOP II, desde el usuario oficial del Potencial proveedor o contratista	Potencial proveedor, contratista	Documentos Contractuales y de Conocimiento de Proveedores aplicables, presentados en la plataforma SECOP II
3	Verificación en la plataforma SECOP II del diligenciamiento de la información y documentación requerida en el proceso contractual, presentados por el Potencial proveedor o contratista a través de su usuario oficial; si el Potencial proveedor o contratista es persona Jurídica, se realizara consulta en una de las listas: SDNT (lista Clinton) en la lista de terroristas emitida por la organización de Naciones Unidas (lista ONU) y si un asociado, cliente o proveedor activo registrado en la lista SDNT (lista Clinton) o en la lista ONU Si el contratista cumple los requisitos legales y SARLAFT establecidos en el proceso contractual se procede a la elaboración de la minuta contractual y disposición del contrato establecida en la siguiente actividad. De no presentar totalmente los requisitos se solicita al Potencial Proveedor o Contratista a través de su usuario oficial, la subsanación o complemento de los documentos requisito pendientes, devolviéndose a la actividad 1	Responsable designado para el proceso Contractual	Documentos Contractuales y de Conocimiento de Proveedores aplicables, presentados en la plataforma SECOP II
4	Elaboración del contrato y disposición para aceptación del Potencial Proveedor o Contratista en el usuario oficial en la Plataforma SECOP II	Responsable designado para el proceso Contractual	Presentación del anexo de condiciones y contrato

PROCEDIMIENTO: Operaciones Inusuales o Sospechosas personas naturales o privadas por pagos de una atención particular en salud por valor de $ 5.000.000 o más.			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
1	El potencial pagador de la cuenta igual o superior a $5.000.000 por la prestación de una atención en Salud, deberá presentar y diligenciar el formato institucional de SARLAFT, como se establece en el procedimiento de Conocimiento de Clientes Personas Jurídicas; naturales/particulares con pagos por servicios de salud por valor de $5.000.000	Potencial Pagador	Formato SARLAFT diligenciado
2	El potencial pagador indicara si el pago se hace por transferencia bancaria o efectivo Si es por transferencia bancaria, se solicitará la certificación bancaria de la cuenta que proceden los recursos de la transferencia, dónde se pueda verificar el nombre del titular de la cuenta, número de cuenta, identificación y entidad financiera y la información registrada en el formato SARLAFT. Si el pago se realiza con efectivo, se solicitará el documento del pagador, para verificación de datos del formato SARLAFT: nombre, cedula ciudadanía y se procederá a informar al Oficial de Cumplimiento el reporte de una posible operación sospechosa.	Potencial Pagador	
3	El Oficial de Cumplimiento, verificara el no registro del pagador en una de las listas: SDNT (lista Clinton) en la lista de terroristas emitida por la organización de Naciones Unidas (lista ONU) y si un asociado, cliente o proveedor activo registrado en la lista SDNT (lista Clinton) o en la lista ONU ;	Oficial de Cumplimiento	Consulta en lista de reportes
4	El Oficial de Cumplimiento analiza y evalúa la posible operación inusual o sospechosa, con la recopilación de la información del pago para su posterior reporte en el ROS.	Oficial de Cumplimiento	Factura Formato SARLAFT Comprobante de pago
5	El Oficial de Cumplimiento reportara en el ROS ante la UIAF la posible operación sospechosa o transacción de dinero	Oficial de Cumplimiento	Reporte ROS en la plataforma de la UIAF
6	Recepción y registro del pago en el Sistema de Información Institucional.	Facturador	Formato SARLAFT diligenciado revisado y archivado.
7	Archivo de los soportes y documentos controles y del reporte de la operación en el ROS por parte del Oficial de Cumplimiento	Oficial de Cumplimiento	Archivo del reporte de la Operación Inusual o Sospechosa

6.1.4. Seguimiento y Monitoreo

6.1.4.1. Autocontrol

La administración del riesgo dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, es un proceso sistémico, el cual promueve el mejoramiento continuo en la estructura del Mapa de Riesgos del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM), este mejoramiento se fomenta desde el autocontrol por parte de la primera línea de defensa con la aplicación las políticas generales contenidas en el presente manual y los procedimientos para el control del LA/FT, los controles establecidos en cada riesgo, las acciones definidas en el plan de acción de los riesgos que se determinaron con la politica operativa de reducirlos.

6.1.4.2. Seguimiento y Evaluación

Continuamente se realiza el seguimiento permanente y la evaluación programada del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM), dentro del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo con la aplicación de los controles establecidos en cada riesgo, en forma eficaz y efectiva, las acciones definidas en el plan de acción de los riesgos que se determinaron con la politica operativa de reducirlos y las acciones de mitigación planteadas en el plan de manejo en el momento de la materialización del riesgo LA/FT.

El seguimiento se realiza por parte del Oficial de Cumplimiento y la evaluación es realizada por el Jefe de Control Interno y el Revisor Fiscal.

El Jefe de Control Interno, realizara la evaluación del Mapa de Riesgos dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, de dos formas:

- Dentro del procedimiento de auditorías integrales
- De manera independiente como evaluación programada a la efectividad de los controles de los riesgos establecidos dentro del mapa de riesgos institucional del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, atendiendo las funciones propias de la Oficina de Control Interno, los lineamientos orientados por el DAFP, la Secretaria de Transparencia de la República y la Supersalud; de lo anterior el Asesor de Control Interno, presentará informes periódicos de la evaluación del Mapa de Riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

6.2. Documentación

La documentación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM), será organizada, archivada y controlada dentro del Sistema de Gestión Documental Institucional de la E.S.E BARRANCABERMEJA; bajo los lineamientos legales y técnicos establecidos aplicables.

Dentro de la documentación establecida en el SARLAFT, se debe considerar:

1. Manual de procedimientos del SARLAFT, el cual debe contemplar como mínimo:

   I. Las políticas para la administración del riesgo de LA/FT/FPADM.
   II. Las metodologías para la segmentación, identificación, medición y control del riesgo de LA/FT/FPADM.
   III. La estructura organizacional que garantice el desarrollo del SARLAFT.
   IV. Los roles y responsabilidades de quienes participan en la administración del riesgo de LA/FT/FPADM.
   V. Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas del SARLAFT.
   VI. Los procedimientos para identificar, medir, controlar y monitorear el riesgo de LA/FT/FPADM.
   VII. Los procedimientos de control interno y revisión del SARLAFT.
   VIII. Las estrategias de capacitación y divulgación del SARLAFT.
   IX. Los procesos y procedimientos establecidos en el numeral 5.2.2 de la Circular Externa de la Supersalud No 20211700000005-5 de 2021

2. Los documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SARLAFT.
3. Los informes de la junta directiva, el representante legal, el oficial de cumplimiento y los órganos de control.
4. Las actas del máximo órgano social, donde conste la aprobación de las políticas del SARLAFT, así como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.
5. Actas de nombramiento del Oficial de Cumplimiento y documentación necesaria para verificar requisitos establecidos para ejercer dicho rol.
6. Las políticas para la administración del SARLAFT.
7. Los instructivos o manuales que contengan los procesos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas y procedimientos aprobados del SARLAFT. Estos documentos deberán ser firmados por el representante legal principal y ser de fácil consulta y aplicación al interior de la organización.
8. Las metodologías y procedimientos para Ia identificación, medición, control y el monitoreo de los riesgos identificados. A su vez, el establecimiento de los niveles de aceptación y tolerancia al riesgo.
9. Los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento.
10. Los informes presentados por la Auditoría Interna y el Revisor Fiscal sobre el funcionamiento del SARLAFT.
11. Las constancias de envío de los Reportes de Operaciones Sospechosas - ROS remitidos a la UIAF, y demás reportes solicitados por esta Unidad.

12. Las constancias de las capacitaciones impartidas a todo el personal de la empresa y estrategias de divulgación sobre el SARLAFT.

13. Las actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento y del Revisor Fiscal y Auditoría Interna.

14. Matriz de riesgos del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, que contenga como mínimo: identificación de factores internos y externos, riesgos identificados, análisis de probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto, identificación de los controles existentes para prevenir la ocurrencia o mitigar el impacto de los riesgos identificados, evaluación de la efectividad de los controles y definición de las acciones de mejoramiento necesarias.

15. Plan de acción de ejecución del SARLAFT.

6.3. Estructura Organizacional SARLAFT

El Gobierno del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM), se articula con las Líneas de Defensa para la gestión de la Administración del Riesgo respectivamente.

LINEAS DE DEFENSA	INTEGRANTES
Línea Estratégica	Conformada por la Alta Dirección: Junta Directiva Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
Primera Línea	Personas del Nivel operacional de los procesos (Procedimientos), áreas; pueden ser lideres de proceso
Segunda Línea	Oficial de Cumplimiento Lideres de procesos / áreas Lideres de Sistemas Institucionales Comité Institucional de Gestión y Desempeño (Riesgos) Comités
Tercer Línea	Jefe de Control Interno

6.3.1. Roles y Responsabilidades

El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM), mediante las Circulares externas de la Supersalud 009 de 2016 y 0000000005-5 de 2021, designaron las funciones respectivamente a los siguientes cargos dentro del Gobierno SARLAFT, así:

JUNTA DIRECTIVA

1. Diseñar y actualizar las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que harán parte del SARLAFT, para una posterior aprobación por la Asamblea o el máximo órgano social o quien haga sus veces.

2. Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.

3. Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT, teniendo en cuenta las características del riesgo de LA/FT/FPADM y el tamaño de la entidad. Este equipo de trabajo humano y técnico debe ser de permanente apoyo para que el Oficial de Cumplimiento lleve a cabalidad sus funciones.

4. Asignar un presupuesto anual para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de personal, capacitación, asesorías, consultorías, y lo necesario para mantener la operación del SARLAFT en la compañía y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento y su equipo.

5. Designar al Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente. Para efectos de dar cumplimiento a esta Circular, la Junta Directiva o quien haga sus veces dará a conocer el nombramiento del Oficial de Cumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud, indicando nombre, profesión, cargo adjunto o de desempeño alterno (si procede), teléfonos de contacto y correo electrónico. Esta información y su respectiva actualización o modificación, deberá realizarse a través del módulo de datos generales o aplicativos de reporte de información que la Superintendencia Nacional de Salud disponga para ellos. En el caso de las entidades públicas la designación se realizará de acuerdo a los términos de Ley que les aplique.

6. Incluir en el orden del día de sus reuniones, la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento, por lo menos una vez al año o cuando éste lo determine necesario.

7. Pronunciarse sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal y realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas.

8. Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y Reporte de las Operaciones Sospechosas (ROS).

9. Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo del SARLAFT.

10. Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de las operaciones inusuales.

GERENTE

1. Implementar el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM).

2. Asignar los recursos humanos, tecnológicos y financieros requeridos para la implementación y mantenimiento del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM).

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

1. Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el SARLAFT;

2. Elaborar y desarrollar los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación del Sarlaft;

3. Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones que realiza la entidad;

4. Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad;

5. Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos;

6. Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT de la entidad;

7. Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de LA/ FT y velar por su cumplimiento;

8. Proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas del SARLAFT;

9. Proponer a la administración la actualización del manual de procedimientos y velar por su divulgación a los funcionarios;

10. Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte de estas dos últimas a la UIAF;

11. Realizar todos los reportes a la SNS, incluidas las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos;

12. Mantener actualizados los datos de la entidad y el oficial de cumplimiento con la UIAF, utilizando los canales de comunicación correspondientes.

13. Informar a la UIAF cualquier cambio de usuario del Sistema de Reporte en Línea (SIREL);

14. Gestionar adecuadamente los usuarios del Sistema de Reporte en Línea (SIREL);

15. Revisar los documentos publicados por la UIAF en la página web como anexos técnicos, manuales y utilidades que servirán de apoyo para la elaboración de los reportes;

16. Diseñar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT;

17. Analizar los informes presentados por la auditoría interna o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas de SARLAFT;

18. Elaborar y someter a la aprobación de la Junta Directiva o el órgano que haga sus veces, los criterios objetivos para la determinación de las operaciones sospechosas, así como aquellos para determinar cuáles de las operaciones efectuadas por usuarios serán objeto de consolidación, monitoreo y análisis de operaciones inusuales;

19. Presentar cuando menos, de forma semestral a los administradores y anualmente a la Junta Directiva o quien haga sus veces, un informe por escrito donde exponga el resultado de su gestión.

CONTROL INTERNO

1. Evaluar semestralmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SARLAFT, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones.

2. Informar los resultados de la evaluación al Oficial de Cumplimiento y a la Junta Directiva.

3. Revisar periódicamente los procesos relacionados con las parametrizaciones de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/ o cuantitativos de reconocido valor técnico.

REVISORIA FISCAL

1. De conformidad con lo previsto en los numerales 1, 2 y 3 del artículo 207 del Código de Comercio, el revisor fiscal deberá cerciorarse que las operaciones, negocios y contratos que celebre o cumpla la E.S.E BARRANCABERMEJA, se ajustan a las instrucciones y políticas aprobadas por el máximo órgano social.

2. Dar cuenta por escrito cuando menos, de forma anual a la Junta Directiva, al representante legal, del cumplimiento o incumplimiento a las disposiciones contenidas en el SARLAFT.

3. Poner en conocimiento del Oficial de Cumplimiento, las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación del SARLAFT o de los controles establecidos.

4. Rendir los informes que, sobre el cumplimiento a las disposiciones contenidas en la normatividad vigente, le solicite la Superintendencia Nacional de Salud.

6.4. Infraestructura Tecnológica

La E.S.E BARRANCABERMEJA dentro del presente Manual determina una Política General que orienta el uso del Sistema de Información Institucional y por consiguiente dispone y utiliza el Sistema de Información financiero, para el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del SARLAFT, el cual consolida y registra la información de todas las operaciones y movimientos financieros realizados en la E.S.E. y permite la generación de informes confiables, consulta permanente de la información de las operaciones.

El Sistema de información presenta las siguientes características:

a. Permite la captura y actualización periódica de la información de los distintos factores de riesgo, garantizando que la estructura de datos definida para la captura de la información de los mismos contemple la totalidad de los campos necesarios para la adecuada administración del riesgo LAFT.

b. Consolida las operaciones de los distintos factores de riesgo, de acuerdo con los criterios establecidos por la entidad.

c. Genera en forma automática los reportes internos y externos, distintos de los relativos a operaciones sospechosas, sin perjuicio de que todos los reportes a la UIAF sean enviados en forma electrónica.

d. Dispone políticas de seguridad de la información.

6.5. Reportes

6.5.1. Reportes Internos

Son los reportes establecidos dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM), que son de uso exclusivo de la E.S.E BARRANCABERMEJA.
6.5.1.1. Reportes a la UIAF

Son los reportes presentados en la forma que disponga la UIAF, conforme a las instrucciones impartidas en los manuales y formatos contenidos en la página de internet de dicha Entidad: https:// www.uiaf.gov.co/reportantes; o la que le modifique.

6.5.1.1.1. Reporte Operaciones Sospechosas

Una operación intentada o una operación sospechosa será reportada por la E.S.E BARRANCABERMEJA de manera inmediata como ROS directamente a la UIAF, entendiéndose por inmediato el momento a partir del cual la entidad toma la decisión de catalogar la operación como intentada o sospechosa. Para el efecto, no se necesita que la E.S.E BARRANCABERMEJA, tenga certeza de que se trata de una actividad delictiva, ni de identificar el tipo penal o de verificar que los recursos tienen origen ilícito; tan solo se requiere que la operación sea sospechosa en los términos definidos en la normatividad vigente y/o dentro del presente manual.

El envío del ROS a la UIAF no constituye una denuncia ni da lugar a ningún tipo de responsabilidad para la E.S.E, ni para las personas que hayan participado en su detección o en su reporte de conformidad con el artículo 42 de la Ley 190 de 1995.

Los soportes de la operación reportada se deben organizar y conservar como mínimo por cinco (5) años, dado que pueden ser solicitados por las autoridades competentes.

Ninguna persona de la E.S.E BARRANCABERMEJA podrá dar a conocer que se ha efectuado el reporte de una operación sospechosa a la UIAF, según lo determina el inciso cuarto del artículo 11 de la Ley 526 de 1999.

Para efectos de lo dispuesto en el Reporte de Operaciones Sospechosas, se entiende por reporte de manera inmediata, el lapso que transcurre entre que la E.S.E BARRANCABERMEJA, toma la decisión de catalogar la operación como sospechosa y documentarla, plazo que en ningún caso puede exceder de ocho (8) días calendario.

6.5.1.1.2. Reporte Ausencia Operaciones Sospechosas

Si durante el mes inmediatamente anterior, la E.S.E BARRANCABERMEJA no realizó ningún ROS a la UIAF, dentro de los 10 primeros días calendario del mes siguiente reportara a la UIAF que durante el mes anterior no efectuaron Reporte de Operaciones Sospechosas.

6.5.1.1.3. Reporte de Transacciones Individuales en Efectivo

La E.S.E BARRANCABERMEJA, reportara mensualmente a la UIAF dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente, todas las transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica, por un valor igual o superior a cinco millones de pesos ($5.000.000) moneda corriente y /o su equivalente en otras monedas.

6.5.1.1.4. Reporte de Transacciones Múltiples en Efectivo

La E.S.E BARRANCABERMEJA reportara mensualmente a la UIAF dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente, todas las transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior, que en su conjunto iguale o supere la cuantía de veinticinco millones de pesos ($25.000.000) moneda corriente y/o su equivalente en otras monedas durante el mes objeto de reporte.

El reporte de transacciones en efectivo se realizará en un único archivo relacionando las operaciones múltiples y luego las individuales.

6.5.1.1.5. Reporte de Ausencia de Transacciones en Efectivo

La E.S.E BARRANCABERMEJA deberá reportar a la UIAF dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente, la ausencia de transacciones en efectivo bien sea individuales o múltiples durante el mes

inmediatamente anterior.

6.5.2. Otros Reportes

La UIAF podrá establecer otros reportes y/o controles para ser entregados en los términos y periodicidad que determine, de acuerdo con los riesgos y vulnerabilidad de LA/FT detectados en la actividad.

6.6. Capacitación

El Gobierno Organizacional, la Junta Directiva, el Gerente y Directivos se comprometen en empoderar, una cultura organizacional orientada a anticipar y gestionar los riesgos de la LA/FT de la E.S.E BARRANCABERMEJA y crear en los empleados una cultura de autocontrol, mediante habilidades en la identificación y valoración de riesgos operativos, jurídicos y reputaciones a los cuales pueden verse y expuesta la E.S.E. y su talento humano; Por lo cual la estructura y los lineamientos propios del SARLAFT institucional, serán prioritarios en los procesos de formación continua del talento humano, se vincularan y articularan los temas del SARLAFT en el Plan Institucional de Capacitaciones, inducciones y reinducciones de cada vigencia.

7. SUBSISTEMA ADMINISTRACION DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE – SICOF.

Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:

- ✓ Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de las entidades sometidas a inspección y vigilancia evitando situaciones de Corrupción, Opacidad y Fraude. Para el efecto, se entiende por eficacia la capacidad de alcanzar las metas y/o resultados propuestos; y por eficiencia la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.
- ✓ Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad y Fraudes, originados tanto al interior como al exterior de las organizaciones.
- ✓ Realizar una gestión adecuada de los Riesgos.

Así también se articula con la implementación del Plan Anticorrupción y de atención al Ciudadano, con sus respectivos componentes en particular con los componentes de : Administración de Riesgos de Corrupción y el componente de integridad.

7.1 Ciclo general de gestión del Riesgo SICOF

Para la gestión del Riesgo SICOF inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en la Guía metodológica Institucional del procedimiento de formulación y administración del mapa de riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y el presente manual, armonizados con los siguientes lineamientos y aspectos específicos, como políticas y procedimientos:

7.1.1. Identificación del Riesgo SICOF

Esta etapa se fundamenta en la revisión, análisis y resultados de informacion y de los hechos que se puedan presentar en el cumplimiento de las políticas generales y procedimientos SICOF establecidos, como en los diferentes procesos del Modelo de Operación por Procesos de la E.S.E BARRANCABERMEJA; aplicándose los lineamientos de la Guía Institucional de Administración de Riesgos, segmentando los factores de riesgos considerando los siguientes lineamientos:

a. Identificar, inventariar, relacionar y documentar la totalidad de los procesos.
b. Revisar, evaluar y analizar el contexto interno y externo que permita identificar a los stakeholders, factores de riesgo, riesgos asociados, entre otros, mediante los análisis DOFA / PESTEL.
c. Aplicar la Guía de Administración de Riesgos Institucional, como metodología de identificación en los procesos, con el fin de determinar los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
d. Identificar los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos, con base en la Guía de Administración de Riesgos Institucional.
e. La etapa de identificación se realizará previamente a la implementación o modificación de cualquier proceso.

7.1.2. Medición del Riesgo SICOF

Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos SICOF que han sido identificados, considerando

el análisis y valoración de la probabilidad y el impacto de su ocurrencia, mediante la cuantificación establecida en la metodología de la Guía Institucional de Riesgos; está se logra mediante la estimación de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el impacto generado por este, que afecta la gestión y el cumplimiento de los objetivos de proceso e institucionales, denominado también calificación del riesgo inherente y residual; Valoración que se realiza bajo el procedimiento establecido en la Guía Institucional de Administración de Riesgos de la E.S.E BARRANCABERMEJA. con la calificación en la Matriz de Riesgos o Mapa de Calor, que determina la zona de calificación y valoración del Riesgo.

7.1.3. Controles del Riesgo SICOF

El Subsistema Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, dentro de su normatividad reglamentaria y metodología establece, la implementación de los controles bajo el concepto, criterios y las orientaciones definidas en la Guía Institucional de Administración de Riesgos; dentro de los controles, se consideran la implementación de políticas generales y procedimientos específicos mínimos para su gestión; los cuales se implementan, como medidas de control en la gestión de la Administración de los riesgos SICOF y se establecen y documentan en el presente Manual, respectivamente.

7.1.3.1. Políticas Generales del SICOF

1. La Junta Directiva, la Gerencia, el Oficial de Cumplimiento y demás colaboradores y participes de la Gestión Institucional de la E.S.E BARRANCABERMEJA, se abstendrán de generar conflictos de intereses derivados por consanguinidad, afinidad y/o por adopción, en la vinculación institucional o prestación del servicio, que se puedan tipificar como posibles actos de corrupción, opacidad y fraude.
2. La Junta Directiva, la Gerencia y demás colaboradores y participes de la Gestión Institucional de la E.S.E BARRANCABERMEJA, deberán informar de la posibilidad de conflictos de intereses, o posibles actos de corrupción y fraude, en el momento que conozcan o se vean inmersos ante una situación de opacidad; estos deberán informar la situación al Oficial de Cumplimiento.
3. Al postularse para iniciar y durante una relación contractual o laboral con la E.S.E BARRANCABERMEJA, es un requisito de control la obligación de informar o revelar oportunamente cualquier relación o parentesco con una PEP (Personas Políticamente Expuestas), asi también un conflicto de intereses. La omisión o incumplimiento de esta política podrá generar sanciones disciplinarias por ocultamiento de información y para su aplicación la institución, implementará la Declaración de Bienes y Rentas y Conflicto de Intereses.
4. La E.S.E BARRANCABERMEJA. dispone de su Política Institucional de Administración de Riesgos y políticas de tratamiento, metodología y procedimiento para la Administración de Riesgos SICOF, la cual debe ser de conocimiento e implementarse por todos los niveles organizacionales en la gestión de los riesgos en las diferentes áreas y procesos.
5. Todos los colaboradores de la E.S.E BARRANCABERMEJA están en el deber de conocer, cumplir las políticas, procesos, procedimientos y controles aplicables en el desarrollo, implementación y seguimiento del Subsistema de Gestión de Riesgos SICOF, orientando sus acciones a la mitigación de los riesgos e identificación de situaciones de opacidad, estando obligados a reportar cuando tengan conocimiento directa o indirectamente.
6. La Junta Directiva, la Gerencia, el Oficial de Cumplimiento y demás colaboradores y participes de la Gestión Institucional de la E.S.E BARRANCABERMEJA, responderán por las obligaciones y responsabilidades que les sean de competencia, en lo referente a la aplicación e implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, el Código de Buen Gobierno y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial.
7. La E.S.E BARRANCABERMEJA no podrá realizar ninguna operación comercial o contratos con un potencial proveedor, prestador o nuevo colaborador, vinculación de planta con personas que aparezcan registradas en las listas SDNT (lista Clinton) en la lista de terroristas emitida por la organización de Naciones Unidas (lista ONU), o presente algunos de los antecedentes judiciales, disciplinarios, fiscales, medidas correctivas, reporte en el REDAM, delitos sexuales.
8. La E.S.E BARRANCABERMEJA, permanentemente, en el marco legal de sus funciones y competencias organizacionales y dentro del SICOF; se faculta para el análisis, conocimiento y verificación de información para la aceptación, rechazo, exclusión o desvinculación de clientes, proveedores; con el ánimo de evitar las situaciones o acciones de corrupción, opacidad y fraude que puedan vincular o exponer la E.S.E BARRANCABERMEJA a riesgos.
9. La Junta Directiva, la Gerencia, dispondrán de los canales y medios de fácil acceso y uso para la ciudadanía, usuarios, personas afectadas, personas conocedoras de posibles situaciones o acciones de corrupción, opacidad y fraude; para que presenten denuncias que se puedan tipificar como riesgos SICOF.
10. Todos los Niveles Organizacionales de la E.S.E BARRANCABERMEJA deben reportar en forma inmediata al Oficial de Cumplimiento, las situaciones o acciones, que consideren vulneradoras de un

adecuado Autocontrol y Gestión del Riesgo SICOF, exposición a la materialización de este tipo de riesgos. Información que se tratara de carácter confidencial por parte de la institución.

11. La detección y reporte de posibles situaciones de corrupción, opacidad o fraude, que se hayan intentado o se hayan efectuado en la E.S.E BARRANCABERMEJA y que se hayan comunicado al Oficial de Cumplimiento, se les aplicara la absoluta reserva y confidencialidad, sobre la misma y las partes involucradas.
12. Los incumplimientos a las normas, políticas y procedimientos establecidos para la prevención de los Riesgos SICOF, por parte de los partícipes de los diferentes niveles jerárquicos, los colaboradores y trabajadores de la E.S.E BARRANCABERMEJA, serán sancionados de acuerdo con los procedimientos sancionatorios y normas establecidas en la normatividad de la materia, el Código Único Disciplinario y las normas administrativas y penales, según el caso.
13. La Junta Directiva, el Gerente y el Oficial de Cumplimiento, acatarán y cumplirán con los deberes designados en las funciones de la implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude
14. La E.S.E BARRANCABERMEJA en la implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, identificara los riesgos inherentes mediante la Guía Institucional de la política, metodología y procedimiento para la Administración de Riesgos y evaluaran para determinar el riesgo residual; y se establecerán planes de acción o contingencia para la mitigación de la materialización de los riesgos SICOF según se requiera.
15. Formulara y ejecutara el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano en todos sus componentes, particularmente en el Componente de Riesgos de Corrupción y el Componente de Integridad.
16. El Gobierno Organizacional, la Junta Directiva, el Gerente y Directivos deben comprometerse en empoderar, una cultura organizacional orientada a anticipar y gestionar los riesgos SICOF de la E.S.E BARRANCABERMEJA y crear en los empleados una cultura de autocontrol, mediante habilidades en la identificación y valoración de riesgos operativos y jurídicos a los cuales pueden verse expuesta la E.S.E. y su talento humano, Por lo cual la estructura del SICOF institucional, serán prioritarios en los procesos de formación continua del talento humano, se vincularan y articularan en el Plan Institucional de Capacitaciones, inducciones y reinducciones.
17. El Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude será de conocimiento y aplicación de todos los niveles organizacionales y funcionarios de la E.S.E BARRANCABERMEJA.
18. La Junta Directiva de la E.S.E BARRANCABERMEJA, apoya las medidas de control que se apliquen en la implementación del SICOF y exige el cumplimiento de las políticas, procedimientos y demás lineamientos al Gerente, Directivos, colaboradores y trabajadores, para evitar que la E.S.E BARRANCABERMEJA sea utilizada o involucrada en situaciones o acciones de corrupción, fraude y opacidad y la materialización de los riesgos relacionados con el SICOF.
19. El Gobierno Organizacional, la Junta Directiva, el Gerente y Directivos dispondrán de un Sistema de Información y Gestión Documental, que permita la captura permanente y continua del flujo de la información institucional, consolidación, registro entre los procesos / áreas productoras de la totalidad de las operaciones realizadas en un periodo o periodos determinados.

7.1.3.2. Procedimientos Específicos del SICOF

Dentro de los procedimientos específicos, se identifica el grupo de procedimientos de la debida diligencia, estos aplican como medida de control para el conocimiento y evaluación en marco de la legalidad requerida y los requisitos SICOF, para controlar potenciales situaciones o acciones de corrupción, opacidad, fraude y conflictos de intereses que se puedan presentar en la gestión y operar institucional de la E.S.E BARRANCABERMEJA; se presentan los siguientes procedimientos:

Procedimientos de Debida Diligencia

PROCEDIMIENTO: Conocimiento de personas expuestas públicamente (PEPs)			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
1	El potencial proveedor, contratista, funcionario o servidor a vincularse deberá diligenciar el formato de "Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses"	Potencial proveedor, contratista, funcionario o Servidor Público	Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses diligenciada
2	El potencial proveedor, contratista, funcionario o servidor a vincularse presenta el formato de "Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses"	Potencial proveedor, contratista, funcionario o Servidor Público	Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses diligenciada
3	El potencial proveedor, contratista, funcionario o servidor a vincularse presenta el formato SICOF diligenciado	Potencial proveedor, contratista, funcionario o Servidor Público	Formato SICOF diligenciado
4	Verificación del diligenciamiento de la información en la Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses" y del formato SICOF.	Responsable designado para el proceso Contractual Coordinador Talento Humano (cuando se trate de posesión de un empleo público)	Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses y formato SICOF diligenciados, recibidos y archivados

PROCEDIMIENTO: Conocimiento de los proveedores y prestadores de servicios Conocimiento de Colaboradores			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
1	El potencial proveedor, contratista, funcionario o servidor a vinculares deberá presentar y diligenciar los formatos de: **SIGEP** persona natural o jurídica, según aplique. **SIGEP** Declaración de Bienes "Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses" **Antecedentes:** Disciplinarios Fiscales Judiciales Medidas Correctivas Deudores Morosos de Alimentos Delitos Sexuales **Personas Jurídicas:** Cámara de Comercio vigente y/o RUP	Potencial proveedor, contratista, funcionario o Servidor Público	Hoja de Vida SIGEP Declaración de Bienes SIGEP Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses diligenciada. Certificados de Antecedentes
2	El potencial proveedor, contratista, funcionario o servidor a vinculares presenta los documentos solicitados en la actividad 1	Potencial proveedor, contratista, funcionario o Servidor Público	Hoja de Vida SIGEP Declaración de Bienes SIGEP Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses diligenciada. Certificados de Antecedentes
3	El potencial proveedor, contratista, funcionario o servidor a vincularse presenta el formato institucional SICOF diligenciado	Potencial proveedor, contratista, funcionario o Servidor Público	Formato SICOF diligenciado
4	Verificación del diligenciamiento de la información y certificados presentados; y en el caso de potenciales personas jurídicas verificar en una de las listas: SDNT (lista Clinton) en la lista de terroristas emitida por la organización de Naciones Unidas (lista ONU) y si un asociado, cliente o proveedor activo registrado en la lista SDNT (lista Clinton) o en la lista ONU	Responsable designado para el proceso Contractual Coordinador Talento Humano (cuando se trate de posesión de un empleo público)	Formatos y certificados recibidos, formato SICOF revisados y archivados.

PROCEDIMIENTO: Conocimiento de Colaboradores vigentes vinculados (Empleos de planta)			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
1	El servidor público vigente vinculado, de acuerdo a la Ley presentara la Declaración de Bienes del SIGEP y el formato SICOF diligenciado	Funcionario o Servidor Público de planta	Declaración de Bienes SIGEP Formato SICOF
2	El servidor público vigente vinculado, diligenciara periódicamente de acuerdo a la Ley la Declaración de Bienes del SIGEP y el formato SICOF diligenciado y lo entregara a la Coordinación de talento Humano	Funcionario o Servidor Público de planta	Declaración de Bienes SIGEP y Formato SICOF diligenciados
3	El Coordinador de talento Humano verificara a la recepción de la Declaración de Bienes del SIGEP y el formato SICOF diligenciado y los archivara en la respectiva Historia Laboral	Coordinador Talento Humano	Declaración de Bienes SIGEP y Formato SICOF diligenciados revisados y archivados.

PROCEDIMIENTO: Conocimiento de Asociados: Miembros de Junta Directiva o delegados			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
1	Adicional a los requisitos establecidos, el potencial miembro de Junta Directiva deberá presentar al momento del nombramiento como miembro de la Junta Directiva o periódicamente a 30 de julio de cada periodo: "Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses" o Certificación de No estar incurso en Inhabilidades e Incompatibilidades o presentar conflictos de intereses Formato SICOF	El potencial miembro de Junta Directiva	"Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses" o Certificación de No estar incurso en Inhabilidades e Incompatibilidades o presentar conflictos de intereses Formato SICOF
2	El potencial miembro de Junta Directiva, deberá presentar y diligenciar "Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses" o Certificación de No estar incurso en Inhabilidades e Incompatibilidades o presentar conflictos de intereses y el Formato SICOF	El potencial miembro de Junta Directiva	"Declaración de Bienes y Conflicto de Intereses" o Certificación de No estar incurso en Inhabilidades e Incompatibilidades o presentar conflictos de intereses Formato SICOF

PROCEDIMIENTO: Conocimiento de Colaboradores vigentes vinculados (Empleos de planta)			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
3	La Gerente en Calidad de secretaria de la Junta Directiva, verificará la presentación periódica de la documentación de cada miembro de la Junta y procederá archivarla.	Gerente	Archivo de los documentos de cada miembro de junta en el expediente de la Junta

PROCEDIMIENTO: Contratación de Proveedore o Servicios mediante Plataformas Tecnológicas			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
1	El potencial proveedor, contratista, funcionario o servidor a vincularse deberá presentar y diligenciar los formatos y requisitos de Ley establecidos en el procedimiento de conocimiento de proveedores y los establecidos para el tipo de contratación; esto lo deberá realizar mediante su usuario en la plataforma SECOP II	Potencial proveedor, contratista	Documentos Contractuales y de Conocimiento de Cliente aplicables
2	Presentación de los documentos mediante la Plataforma SECOP II, desde el usuario oficial del Potencial proveedor o contratista	Potencial proveedor, contratista	Documentos Contractuales y de Conocimiento de Proveedores aplicables, presentados en la plataforma SECOP II
3	Verificación en la plataforma SECOP II del diligenciamiento de la información y documentación requerida en el proceso contractual, presentados por el Potencial proveedor o contratista a través de su usuario oficial; si el Potencial proveedor o contratista es persona Jurídica, se realizara consulta en una de las listas: SDNT (lista Clinton) en la lista de terroristas emitida por la organización de Naciones Unidas (lista ONU) y si un asociado, cliente o proveedor activo registrado en la lista SDNT (lista Clinton) o en la lista ONU Si el contratista cumple los requisitos legales y SICOF establecidos en el proceso contractual se procede a la elaboración de la minuta contractual y disposición del contrato establecida en la siguiente actividad. De no presentar totalmente los requisitos se solicita al Potencial Proveedor o Contratista a través de su usuario oficial, la subsanación o complemento de los documentos requisito pendientes, devolviéndose a la actividad 1	Responsable designado para el proceso Contractual	Documentos Contractuales y de Conocimiento de Proveedores aplicables, presentados en la plataforma SECOP II
4	Elaboración del contrato y disposición para aceptación del Potencial Proveedor o Contratista en el usuario oficial en la Plataforma SECOP II	Responsable designado para el proceso Contractual	Presentación del anexo de condiciones y contrato

PROCEDIMIENTO: Reporte o denuncia y tratamiento de situaciones o acciones de posibles actos de corrupción, opacidad y fraude.			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
1	El ciudadano o denunciante interno o externo, realiza la denuncia a través de los mecanismos virtuales y presenciales dispuestos; en el caso de un denunciante interno puede realizarla directamente ante el Oficial de Cumplimiento	Ciudadano Denunciante interno o externo	Formato PQRSDF
2	El Oficial de Cumplimiento recibe directamente o a través del SIAU las denuncias o quejas de la potencial situación o acción de posibles actos de corrupción, opacidad y fraude; mediante los mecanismos virtuales y/o presenciales dispuestos	Oficial de Cumplimiento	Formato PQRSDF
3	El Oficial de Cumplimiento, verificara el registro de la denuncia o queja de la potencial situación o acción de posibles actos de corrupción, opacidad y fraude en el formato PQRSD, la posible disposición de evidencias, soportes que se puedan allegar.	Oficial de Cumplimiento	Formato PQRSDF
4	El Oficial de Cumplimiento gestionara la proyección de la respuesta al ciudadano o denunciante de la respectiva queja o de la potencial situación o acción de posibles actos de corrupción, opacidad y fraude. Cuando la Queja o Denuncia sea ingresada por	Oficial de Cumplimiento	Respuesta Queja o Denuncia

PROCEDIMIENTO: Reporte o denuncia y tratamiento de situaciones o acciones de posibles actos de corrupción, opacidad y fraude.			
No	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**DOCUMENTO SOPORTE**
	SIAU, el Oficial de Cumplimiento remitirá la respuesta gestionada a SIAU para el posterior envió		
5	El Oficial de Cumplimiento analizara y revisara con el Gerente la denuncia o queja de la potencial situación o acción de posibles actos de corrupción, opacidad y fraude; con el ánimo de iniciar las medidas resolutivas pertinentes e inmediatas: Verificación de Controles Verificación y ejecución de Plan de Acción Formulación y ejecución del Plan de Contingencia Revisión y actualización del Mapa de Riesgos Investigación Disciplinaria Reporte a entes de Control	Oficial de Cumplimiento Gerente	Análisis de la Denuncia o Queja
6	Si la denuncia o queja de la situación o acción de posibles actos de corrupción, opacidad y fraude, procede de acuerdo al análisis y valoración realizada por el Gerente y el Oficial de Cumplimiento, se inicia con la aplicación de la o las medidas resolutivas inmediatas aplicables, actividad 7. Si la denuncia o queja, no procede de acuerdo al análisis y valoración realizada por el Gerente y el Oficial de Cumplimiento, se finaliza y procede, actividad 8	Oficial de Cumplimiento Gerente	Análisis de la Denuncia o Queja
7	Una vez aplicadas las medidas resolutivas inmediatas y definida la situación o acción de posibles actos de corrupción, opacidad y fraude como un evento materializado; se inicia proceso Disciplinario y de acuerdo a la situación se escala a los entes de control competentes y se procede a la actividad 9.	Oficial de Cumplimiento Gerente	Verificación y ejecución de Plan de Acción del Riesgo/ Formulación y ejecución del Plan de Contingencia Revisión/actualización del Mapa de Riesgos Investigación Disciplinaria Reporte a entes de Control
8	Al no procederse ni transcender la potencial situación o acción de posibles actos de corrupción, opacidad y fraude como un evento materializado, se realiza la medida resolutiva inmediata de Revisión y actualización del Mapa de Riesgos	Oficial de Cumplimiento	Mapa de Riesgos revisado/actualizado
9	Archivo de los soportes y documentos del análisis y/o gestión de las medidas aplicables a la denuncia o queja de la situación o acción de posibles actos de corrupción, opacidad y fraude.	Oficial de Cumplimiento	Expediente de la denuncia o queja de la situación o acción de posibles actos de corrupción, opacidad y fraude.

7.1.4. Monitoreo

7.1.4.1. Autocontrol

La administración del riesgo dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, es un proceso sistémico, el cual promueve el mejoramiento continuo en la estructura del Mapa de Riesgos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), este mejoramiento se fomenta desde el autocontrol por parte de la primera línea de defensa con la aplicación las políticas generales contenidas en el presente manual y los procedimientos para el control del SICOF, los controles establecidos en cada riesgo, las acciones definidas en el plan de acción de los riesgos que se determinaron con la politica operativa de reducirlos.

7.1.4.2. Seguimiento y Evaluación

Continuamente se realiza el seguimiento permanente y la evaluación programada del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), dentro del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo con la aplicación de los controles establecidos en cada riesgo, en forma eficaz y efectiva, las acciones definidas en el plan de acción de los riesgos que se determinaron con la politica operativa de reducirlos y las acciones de mitigación planteadas en el plan de manejo en el momento de la materialización del riesgo SICOF.

El seguimiento se realiza por parte del Oficial de Cumplimiento y la evaluación es realizada por el Jefe de Control Interno y el Revisor Fiscal.

El Jefe de Control Interno, realizara la evaluación del Mapa de Riesgos dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, de dos formas:

- Dentro del procedimiento de auditorías integrales
- De manera independiente como evaluación programada a la efectividad de los controles de los riesgos establecidos dentro del mapa de riesgos institucional del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, atendiendo las funciones propias de la Oficina de Control Interno, los lineamientos orientados por el DAFP, la Secretaria de Transparencia de la República y la Supersalud; de lo anterior el Asesor de Control Interno, presentará informes periódicos de la evaluación del Mapa de Riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

7.2. Documentación

La documentación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), será organizada, archivada y controlada dentro del Sistema de Gestión Documental Institucional de la E.S.E BARRANCABERMEJA; bajo los lineamientos legales y técnicos establecidos aplicables.

Dentro de la documentación establecida en el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), se debe considerar:

1. Manual de Prevención de la Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), el cual debe contemplar como mínimo:

   a) Las políticas para la Administración del Corrupción, Opacidad y Fraude.
   b) La estructura organizacional del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.
   c) Los roles y responsabilidades de quienes participan en la Administración del Corrupción, Opacidad y Fraude.
   d) Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas y objetivos del SICOF.
   e) Los procedimientos y metodologías para identificar, medir, controlar y monitorear los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude y su nivel de aceptación.
   f) Los procedimientos y metodologías para implementar y mantener el registro de eventos.
   g) Los procedimientos que deben implementar los órganos de control frente al SICOF.
   h) Parámetros concretos determinados para el manejo de conflictos de interés, incluyendo expresamente, entre otros, los que regulen las operaciones con vinculados económicos, en adición a los que apliquen por disposición legal.
   i) Políticas sobre protección a las personas que informen sobre posibles casos de corrupción, opacidad o fraude bajo el principio de buena fe frente a represalias.
   j) Políticas sobre confidencialidad de las personas que informen sobre posibles casos de corrupción, opacidad o fraude y de la identidad de los denunciantes.
   k) Procedimientos sobre el conocimiento de la información sobre posibles casos de corrupción, opacidad o fraude, incluyendo las reglas y principios que rijan su investigación, análisis, tratamiento, escalamiento, e información a las autoridades competentes.
   l) Mecanismos para evitar el uso de información privilegiada o reservada.
   m) Consecuencias de la inobservancia del manual de la prevención del SICOF.
   n) Las estrategias de capacitación y de divulgación del SICOF.

2. Los documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SICOF.
3. Los informes de la Junta Directiva, el Representante Legal y los órganos de control en los términos de la presente Circular.
4. Mapa de Riesgos del SICOF, que contenga como mínimo: identificación de factores internos y externos, Riesgos identificados, análisis de probabilidad de ocurrencia de los Riesgos y su impacto, identificación de los controles existentes para prevenir la ocurrencia o mitigar el impacto de los Riesgos identificados, evaluación de la efectividad de los controles y definición de las acciones de mejoramiento necesarias.
5. Metodología e instrumentos para la gestión de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude en la entidad, incluyendo la definición y funciones de los comités u órganos responsables.
6. Políticas establecidas en materia de manejo de información y comunicación, que incluyan mecanismos específicos para garantizar la conservación y custodia de información reservada o confidencial y evitar su filtración.
7. Documento que soporte la comunicación a todos los funcionarios de la entidad del mapa de Riesgos y de las políticas y metodologías a que se refieren los numerales anteriores.

8. Los análisis del registro de eventos de Corrupción, Fraude y Opacidad deben permitir establecer procesos de prevención y anticipación logrando:
   - Entender los Riesgos para las entidades, sus trabajadores y sus usuarios con las posibles consecuencias que conllevan.
   - Determinar si los controles y actividades ejecutadas son realmente efectivos a la hora de reducir los casos de Corrupción, Fraude y Opacidad.
   - Investigar sobre nuevos métodos de Corrupción, Fraude y Opacidad a fin de diseñar y evaluar controles para prevenirlos, detectarlos y responder de forma apropiada.
   - Colaborar con la Superintendencia Nacional de Salud y autoridades y organismos judiciales para emprender acciones conjuntas contra la Corrupción Fraude y Opacidad en el SGSSS.

7.3. Estructura Organizacional SICOF

El Gobierno del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), se articula con las Líneas de Defensa para la gestión de la Administración del Riesgo respectivamente.

LINEAS DE DEFENSA	INTEGRANTES
Línea Estratégica	Conformada por la Alta Dirección: Junta Directiva Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
Primera Línea	Personas del Nivel operacional de los procesos (Procedimientos), áreas; pueden ser lideres de proceso
Segunda Línea	Oficial de Cumplimiento Lideres de procesos / áreas Lideres de Sistemas Institucionales Comité Institucional de Gestión y Desempeño (Riesgos) Comités
Tercer Línea	Jefe de Control Interno

7.3.1. Roles y Responsabilidades

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), mediante las Circular externa de la Supersalud 0000000005-5 de 2021, designó las funciones respectivamente a los siguientes cargos dentro del Gobierno SICOF, así:

JUNTA DIRECTIVA

a) Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOF, con fundamento en las recomendaciones del Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF.
b) Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF y hacer seguimiento a su cumplimiento.
c) Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
d) Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude de la entidad.
e) Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICOF, que realicen los órganos de control.
f) Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOF.
g) Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF.
h) Conocer los informes relevantes respecto del SICOF, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
i) Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias a través de informes periódicos que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, sobre la gestión del mismo en la entidad y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.
j) Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formulen el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del mismo y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.
k) Analizar los informes que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos de Corrupción, Opacidad o Fraude y evaluar la efectividad de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.

GERENTE

a) Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
b) Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.
c) Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
d) Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de este Riesgo implica para la entidad.
e) Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
f) Recibir y evaluar los informes presentados por el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, de acuerdo con los términos establecidos en la presente Circular.
g) Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la presente Circular.
h) Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada Administración del Corrupción, Opacidad y Fraude a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

a) Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
b) Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
c) Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva o quien haga sus veces, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en esta Circular.
d) Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la entidad.
e) Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.
f) Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la presente Circular.
g) Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
h) Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF.
i) Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.
j) Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.
k) Informar al máximo órgano social u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.
l) Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración del máximo órgano social.
m) Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
n) Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
o) Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por el máximo órgano social, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
p) Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
q) Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarios) para fortalecer el SICOF.

CONTROL INTERNO

a) Evaluar semestralmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOF, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones.

b) Informar los resultados de la evaluación al Gerente o la Junta Directiva.

REVISORIA FISCAL

a) Elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable, en el que informe acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.

b) Poner en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOF, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la Junta Directiva.

7.4. Plataforma Tecnológica

La E.S.E BARRANCABERMEJA dentro del presente Manual determina una Política General que orienta el uso del Sistema de Información Institucional y por consiguiente dispone y utiliza el Sistema de Información, para el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, el cual consolida y registra la información de todas las operaciones y movimientos financieros y asistenciales realizados en la E.S.E BARRANCABERMEJA. y permite la generación de informes confiables, consulta permanente de la información de las operaciones.

7.5. Divulgación de Información

La E.S.E BARRANCABERMEJA, estableció políticas generales para el manejo y tratamiento confidencial de la información dentro del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, considerando las siguientes características:

a) Documentación y registro de los procedimientos implementados
b) Empoderamiento de la información periódicamente entre los partícipes del SICOF, de forma asertiva y clara al interior y exterior.
c) Disposición de canales para la generación de reportes Internos y Externos

7.5.1. Reportes Internos

Son los reportes establecidos dentro de la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, que son de uso del Gobierno Organizacional SICOF de la E.S.E BARRANCABERMEJA.
7.5.2. Reportes Externos

Son los reportes elevados por el Oficial de Cumplimiento a las autoridades competentes en el hecho de presentarse situaciones o acciones tipificadas, materializadas como Corrupción, la Opacidad y el Fraude.

7.6. Capacitación

El Gobierno Organizacional, la Junta Directiva, el Gerente y Directivos se comprometen en empoderar, una cultura organizacional orientada a anticipar y gestionar los riesgos de la SICOF de la E.S.E BARRANCABERMEJA y crear en los empleados una cultura de autocontrol, mediante habilidades en la identificación y valoración de riesgos de corrupción, opacidad y fraude, a los cuales pueden verse expuesta la E.S.E BARRANCABERMEJA y su talento humano; Por lo cual la estructura y los lineamientos propios del SICOF institucional, serán prioritarios en los procesos de formación continua del talento humano y se vincularán y articularán los temas del SICOF en el Plan Institucional de Capacitaciones, inducciones y reinducciones de cada vigencia, considerando las siguientes condiciones:

a) Periodicidad anual.
b) Impartirlos en el proceso de inducción de los nuevos funcionarios.
c) Impartirlos a terceros con una relación contractual
d) Revisarlos y actualizarlos continuamente.
e) Evaluar la eficacia de dichos programas y el alcance de los objetivos propuestos.

7.7. Colaboración con la Justicia y Autoridades Administrativas

De conformidad con la Constitución Política de Colombia, tanto los particulares como las autoridades deben ceñir sus actuaciones a la buena fe, respetar a las autoridades y colaborar con la justicia. En tal sentido, La E.S.E BARRANCABERMEJA entiende que la información requerida por las autoridades judiciales y administrativas de parte de las entidades vigiladas por la Superintendencia, son de carácter confidencial y privada, y está subordinada a los fines de la Administración de justicia y de las investigaciones que realizan dichas autoridades.

En los eventos en los cuales la Superintendencia, en ejercicio de sus facultades legales, o alguna otra autoridad competente, investigue sobre los mismos, la E.S.E BARRANCABERMEJA, en su calidad de entidad vigilada debe guardar absoluta reserva sobre el contenido de tales investigaciones.
Así mismo, la E.S.E BARRANCABERMEJA adopta las medidas a que haya lugar, tendientes a procurar el inmediato y correcto cumplimiento de las órdenes emitidas por las autoridades judiciales y administrativas, y corregir el incumplimiento o las demoras en la atención de las órdenes impartidas.

ARTÍCULO SEGUNDO: ADOPTESE E IMPLEMENTESE, la Guía Metodológica Institucional del Procedimiento de Formulación y Administración del Mapa de Riesgos para la Implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos de la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja.

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Debido a las políticas de modernización del Estado y la necesidad de Administrar de manera optimizada los riesgos de las Instituciones Públicas y las entidades del sector Salud, la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja, ha establecido la presente guía para la Implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los subsistemas determinados por la Supersalud.

El presente documento establece la política y metodología indicada para la gestión de riesgos en lo referente a la formulación del Mapa de riesgos Institucional, en la cual se contempla las actividades de: Análisis Estratégico de los riesgos potenciales, identificación de riesgos, el análisis de los mismos (Probabilidad – Impacto) su respectiva valoración (controles) y la consolidación del Mapa formulado. Esto se fundamenta en los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud y El Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP. Y se realiza tomando como referente la guía de Administración del Riesgo direccionada por el DAFP, para la formulación del Mapa de Riesgos de corrupción, el Manual para la formulación del plan de Anticorrupción y Atención al ciudadano, las Circulares Externas de la Supersalud en marco del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo -SIGR, referenciadas en el normograma de la guía. Permitiendo así el cumplimiento normativo y técnico referencial para la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

GENERALIDADES

1.1 Marco Normativo

- **Ley 489 de 1998:** por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el

ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

- **Directiva Presidencial 09 de 1999:** Lineamientos para la Implementación de la Política de Lucha Contra la Corrupción.

- **Ley 1474 de 2011,** por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

- **Decreto único Reglamentario 1083, en su artículo 2.2.21.3.1;** establece *"el Sistema Institucional de Control Interno, estará integrado por el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos..."*.

- **Resolución 193 de 2016 Contaduría General de la Nación:** Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Control Interno Contable.

- **Decreto Nacional 124 de 2016,** por el cual se establece la nueva metodología con los estándares para diseñar la estrategia de Anticorrupción y de atención al ciudadano.

- **Decreto Nacional 1499 de 2017,** por el cual se establece la implementación del Modelo Integrado de Gestión – MIPG y particularmente en lo referente a las dimensiones de Gestión con valores para los resultados y Control Interno.

- **Circular Externa No. 00009 del 21 de abril de 2016 de la Superintendencia Nacional De Salud – SUPERSALUD,** con la cual se imparten los criterios, directrices y parámetros mínimos, respecto del diseño, implementación y funcionamiento del Sistemas de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT).

- **Circular Externa No. 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional De Salud – SUPERSALUD** por la cual se imparten instrucciones generales del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos.

- **Circular Externa No.20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional De Salud – SUPERSALUD** con la cual se modifica e imparten los criterios, directrices y parámetros para el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), como del Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

- **Circular Externa No.2022151000000053-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional De Salud – SUPERSALUD** lineamientos respecto al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE).

1.2 Alcance

Esta metodología se aplicará para formular y actualizar el Mapa de Riesgos Institucional del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja, compuesto por sus subsistemas y diferentes tipos de riesgos definidos en la normas y metodologías aplicables en las entidades públicas y empresas de salud.

Orienta los lineamientos en las etapas definidas para la formulación del Mapa de Riesgos: Análisis Estratégico de los riesgos potenciales, identificación de riesgos, el análisis de los mismos (Probabilidad – Impacto) su respectiva valoración (controles) y la consolidación del Mapa formulado.

1.3 Objetivo

Implementar una metodología, que permita armonizar la identificación, análisis, evaluación y administración de los riesgos en el Mapa de Riesgos para el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

1.4 Términos y Definiciones

- **Administración del riesgo:** Es la capacidad que tiene la entidad para emprender las acciones necesarias que le permitan el manejo de los eventos que puedan afectar negativamente el logro de los objetivos institucionales, protegerla de los efectos ocasionados por su ocurrencia.

- **Amenaza:** La fuente de daño potencial o una situación que potencialmente cause pérdidas.

- **Análisis del riesgo:** El uso sistemático de información disponible para determinar con qué frecuencia un determinado evento puede ocurrir y la magnitud de sus consecuencias.

- **Causa:** (Factores Internos o Externos): son los medios, las circunstancias y agentes generadores de riesgo. Los agentes generadores se entienden como las personas, materiales, equipos, instalaciones o entorno quienes son los causantes o generadores del riesgo identificado.

- **Control**: Son las políticas, procesos, dispositivos, practicas u otras acciones que actúan para eliminar o minimizar los riesgos, adversos o mejorar oportunidades positivas. Proveen una seguridad razonable relativa al logro de los objetivos.

- **Control preventivo:** control accionado en la entrada del proceso y antes de que se realice la actividad originadora del riesgo, se busca establecer las condiciones que aseguren el resultado final esperado.

- **Control detectivo:** control accionado durante la ejecución del proceso. Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos.

- **Control correctivo:** control accionado en la salida del proceso y después de que se materializa el riesgo. Estos controles tienen costos implícitos.

- **Efecto** (Consecuencia): constituye las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad; genialmente se dan sobre las personas o los bienes materiales e inmateriales con incidencias importantes.

- **Evaluación del riesgo:** Es la confrontación de los resultados del análisis de riesgo inicial frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final, Zona Residual.

- **Exposición al riesgo**: Nivel de vulnerabilidad que tiene el riesgo después de los controles.

- **Fuente de Riesgo:** Es toda persona, grupo humano, entidad, elemento físico o fenómeno del entorno, de los cuales se pueden derivar eventos que podrían afectar las áreas de impacto, cuya ocurrencia se debe evitar (minimizar) o maximizar para incrementar la posibilidad del logro de los objetivos y metas.

- **Identificación del riesgo:** Proceso que determina que puede suceder, porque y como.

- **Impacto:** Consecuencia que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

- **Probabilidad**: se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. La probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.

- **Proceso:** conjunto de actividades que para su desarrollo utiliza recursos, y que se gestionan con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados.

- **Riesgo**: Es toda posibilidad de ocurrencia de una situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.

- **Riesgo Inherente:** Nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto, nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.

- **Riesgo Residual:** El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.

- **Riesgo de Corrupción**: Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado

- **Riesgo de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo**: Son los riesgos referentes a la exposición del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LA/FT),

- **Riesgo de Fraude y Opacidad**: Referencia las situaciones en el actuar sin transparencia tendientes a la Corrupción, Opacidad y Fraude en el actuar de los servidores y funcionarios y afectan el comportamiento e imagen organizacional y el logro de los resultados.

- **Riesgo de Liquidez:** Corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).

- **Riesgo Operativo:** Es la probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

- **Riesgo en Salud:** Probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.

- **Riesgo Crediticio:** Corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones.

- **Riesgo Actuarial:** Se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos (cápita, evento, grupo relacionado de diagnóstico, pago global prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron. Estas estimaciones deben realizarse teniendo en cuenta algunos eventos futuros inciertos que podrían ocurrir.

- **Riesgo Fiscal:** Es el efecto dañoso sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial2 . (ver conceptos de recursos públicos, bien público e Intereses patrimoniales de naturaleza pública).

- **Riesgo de Seguridad de la Información:** Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información. Suele considerarse como una combinación de la probabilidad de un evento y sus consecuencias. (ISO/IEC 27000).

- **Sistema Integrado de Gestión del Riesgo – SIGR:** Es el conjunto integrado de Subsistemas de riesgos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, aplicable a las instituciones del sector salud.

- **Valoración del riesgo:** Establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de consecuencia o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial (Riesgo Inherente).

2. DESARROLLO

2.1 Contexto Estratégico

Los servidores públicos, funcionarios y trabajadores de la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja, en primera instancia deben tener claro cuáles son los objetivos constitucionales e institucionales que debe cumplir la Entidad y cuáles son los diferentes procesos que se desarrollan en la misma.

En cada uno de los procesos que integran el Modelo de Operación de la E.S.E BARRANCABERMEJA, se debe identificar las situaciones de riesgo asociados a las debilidades de la entidad y a las amenazas que presenta su entorno, las cuales están originadas en factores previamente identificados y ajustados a las características propias de la entidad.

Este análisis interno y externo se basa en el Modelo de Operación por Procesos y en el diagnostico estratégico realizado en la formulación de los Planes y Programas de la (Plan de Gestión, Plan de Acción, Planes Estratégicos e Institucionales), los resultados obtenidos de este estudio se registran en una matriz DOFA o en un Análisis PESTEL.
El formato que se presenta a continuación es el mecanismo que busca recopilar la información de las situaciones de riesgo de la administración, basándose en las Amenazas y Debilidades que afectan la Institución.

En la primera columna se identifican unos posibles factores Económicos, Políticos, Sociales, Ambientales, Tecnológicos y Competitivos que se desarrollan al interior de la entidad, algunos de estos pueden ser

aplicables a todos los procesos, de igual manera se pueden agregar otros tipos de factores que no se encuentren plasmados en la columna 1 del formato.

En la columna número 2, se deben escribir las Amenazas o Debilidades (Según el formato) que representen un riesgo para el desarrollo del factor en cada proceso y por ende en la gestión institucional.

Finalmente, en la tercera columna se hará una breve descripción de la Amenaza o Debilidad identificada en cada factor anteriormente identificado.

Ilustración 1. Formato Análisis Interno y Externo

	FACTORES	AMENAZA	DESCRIPCION DE RIESGO
1	ECONOMICO		
1.1	Inflación		
1.2	Devaluación		
1.3	Incremento salarial de aplicaciones generales		
1.4	Impuestos y Gravamenes		
	FACTORES	**DEBILIDAD**	**DESCRIPCION DE RIESGO**
1	CAPACIDAD DIRECTIVA		
1.1	Imagen que proyecta el nivel directivo de la entidad		
1.2	Capacidad de definición de planes estratégicos y operativos		
1.3	Orientación de la entidad al cumplimiento de sus funciones y objetivos		

En esta etapa del procedimiento de Administración del Riesgo se cuenta con dos herramientas, la primera, el formato *Administración del Riesgo,* el cual deberá ser diligenciado por los servidores públicos al inicio de la actividad. Este formato sirve para la recolección de la información asociada a los riesgos a los que esta expuesta la entidad; la segunda herramienta es un libro de Excel en el cual se recopila y procesa toda la información obtenida del diligenciamiento del formato *Administración del riesgo.*

2.2 Identificación del Riesgo

Para la identificación de los riesgos la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja, se toma como base el Modelo de Operación por Procesos definido, utilizando como fuente el informe del contexto estratégico y entrevistas realizadas a los servidores públicos de los diferentes niveles, responsables de las actividades plasmadas en la caracterización de cada uno de los procesos; asi también los diferentes aspectos, elementos, procedimientos y políticas específicas de cada Subsistema de Administración de Riesgos que estructuran el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, como las señales de alerta identificadas en la gestión institucional, relacionadas en esta guía y la segmentación de las mismas, de acuerdo a los métodos y técnicas aplicables institucionalmente para la segmentación de factores de riesgos, que fundamentan la identificación de los riesgos a considerar en el Mapa de Riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la E.S.E.

De acuerdo con lo anterior, la siguiente ilustración refleja la metodología utilizada para la identificación de riesgos en la entidad.

Ilustración 2. Identificación de Riesgos

Previamente a esta actividad, se aplica el formato de identificación y análisis de los riesgos, al cual se le identifica y desarrolla descriptivamente, la tipificación de causas y efectos para cada riesgo definido, según la tipología o clasificación del Riesgo dentro de los subsistemas y sus tipos de riesgos.

En el desarrollo de la metodología propuesta en esta guía, los riesgos de otros Subsistemas, diferentes a los posibles de corrupción y los riesgos de Fraude y Opacidad, se denominarán riesgos Administrativos.

En la fase posterior de calificación, considerando que, por metodología para los posibles riesgos de corrupción y riesgos de fraude y opacidad, los lineamientos determinan una matriz o mapa de calor definido para su respectiva calificación y valoración; por otra parte, los demás riesgos de los otros subsistemas denominados riesgos administrativos, se califican la probabilidad y el impacto con otra matriz diferente a la de los posibles riesgos de corrupción y riesgos de fraude y opacidad.

2.2.1. Señales de Alerta

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE BARRANCABERMEJA, dentro de la presente Guía en la etapa de identificación de los posibles riesgos, establece la identificación de acciones, actuaciones; que se definen como señales de alerta de los factores de riesgo, que se pueden considerar en la identificación de riesgos en los procesos y la gestión institucional en marco de los Subsistemas de Riesgos del Sistema Integrado de Riesgos.

N°	SEÑALES DE ALERTA	PROCESO
1	Personas vinculadas con el sector de la salud con altos movimientos financieros, no acordes con su perfil económico.	Contratación Talento Humano
2	Potenciales contratista que se encuentran relacionadas en las listas OFAC - ONU e INTERPOL y en las listas nacionales (Policía, procuraduría, contraloría, etc.).	Contratación Talento Humano
3	Colaboradores, trabajadores, contratistas que se vincularon con la E.S.E. y presentan incompletos sus expedientes contractuales/ historias laborales.	Contratación Talento Humano
4	Existencia de conflictos de intereses no revelados con contrapartes o empleados	Contratación Talento Humano
5	Posibles contratistas que rechazan, diligenciar completamente los formularios de vinculación o para que le acepten información personal requerida por contratación o vinculación de personal.	Contratación
6	Presentación de certificados presuntamente falsos, alterados que se alleguen como soportes para la contratación por los Potenciales proveedores/prestadores de servicios.	Contratación
7	Potenciales proveedores/prestadores de servicios, catalogados como PEP (Persona Expuesta Políticamente) que trate de evitar el adecuado y completo diligenciamiento de los documentos de apertura o no justifica adecuadamente el origen del dinero con el que se vincula.	Contratación
8	Estudios de Mercados sin cotizaciones en casos de contratación de bienes y servicios diferentes a servicios personales.	Contratación
9	Valores de servicio ofrecidos por terceros a precios muy inferiores en comparación con los del mercado.	Contratación
10	Adquisición de bienes y servicios por precios por encima del precio promedio del estudio de mercados.	Contratación
11	No idoneidad del potencial contratista para la ejecución contractual	Contratación
12	Sociedades declaradas como proveedores ficticios por parte de la DIAN, que se presenten como potenciales contratistas.	Contratación
13	Presentación de facturas o cuentas de cobro, con inconsistencias en el momento del cobro de cuentas.	Contratación
14	Inoperancia del Comité de Conciliaciones y Defensa Judicial.	Jurídica
15	Demora en el inicio de procesos judiciales a favor y en la instauración de la defensa de los procesos en contra de la entidad.	Jurídica
16	Desactualización de tarifas contractuales en la venta de servicios	Gerencia Estratégica
17	Acumulación de vacaciones, sin fundamento y sustento legal.	Talento Humano
18	Inoperancia del Control Interno Disciplinario, en el debido proceso.	Talento Humano
19	Errores recurrentes en la liquidación de la nómina y los aportes al Régimen de Seguridad Social.	Talento Humano
20	No liquidación de las novedades de nómina	Talento Humano
21	Recibido de donaciones sin tipificación de la procedencia y fuera del lineamiento de ingreso por almacén.	Recursos Físicos
22	Salida y traslado de bienes de la entidad, sin autorización del responsable designado.	Recursos Físicos
23	Diferencias en saldos de inventarios de almacén	Recursos Físicos
24	No asignación de responsables de Bienes Muebles	Recursos Físicos
25	Perdida, daño o extravió de información digital	Gestión de Información
26	Perdida, daño de documentos de los archivos de gestión, central e Histórico	Gestión de Información
27	Caída del Sistema de Información	Gestión de Información
28	Transacciones con contrapartes cuya cuenta financiera es desconocida o que pueda ser considerada falsa	Financiera
29	Operaciones múltiples por montos iguales o superiores a $25.000.000 en un mes.	Financiera
30	Operaciones individuales de forma repetitiva por montos iguales o superiores a $5.000.000 por día, aparentemente con el intento de evasión del diligenciamiento del formato declaración en efectivo.	Financiera
31	Una operación ocasional en efectivo de elevado valor, realizada por la entidad	Financiera
32	Estados Financieros sin revisión y convalidación con firma del revisor Fiscal.	Financiera

N°	SEÑALES DE ALERTA	PROCESO
33	Sobreestimación de la proyección del presupuesto	Financiera
34	No proyección de Flujos de Efectivo	Financiera
35	Mayor compromiso que el gasto presupuestado	Financiera
36	Clasificación indebida de la cartera	Financiera
37	Pagos sin identificar por la EAPB	Financiera
38	Bajo nivel de gestión de recaudo corriente de la cartera.	Financiera
39	Facturación de servicios sin soportes	Financiera
40	Devoluciones y Glosas injustificadas	Financiero
41	No radicación de facturación de servicios para el cobro	Financiera
42	No aceptación de la radicación de la facturación	Financiera
43	Pagos de cuentas a contratistas sin soportes	Financiera
44	Inesperadas disminuciones en saldos de tesorería	Financiera
45	Gastos no soportados en la caja menor	Financiera
46	Transferencias Bancarias a cuenta no vinculadas con el titular del pago	Financiera
47	Facturación de servicios de urgencias y hospitalización a nombre de un tercero	Financiera
48	Anulación recurrente de la facturación de servicios	Financiera
49	Cobro no correspondiente en los servicios	Financiera
50	Descuentos sin la previa autorización competente	Financiera
51	Bienes o derechos, incluidos en los estados financieros, que no tengan un valor real o que no existan.	Financiera
52	No registrar los costos de un servicio en el sistema de costeo	Financiera
53	No actualización de precios de costos (Insumos – Medicamentos - TH)	Financiera
54	No gestión y resolución de Glosas	Financiera
55	Aceptación Glosas sin autorización/ competencia	Financiera
56	Registrarse en la solicitud del servicio de urgencias con una identificación falsa	Urgencias
57	No entrega de custodia de pacientes de Hospitalización/ Urgencias; en el cambio de turno	Urgencias Hospitalización
58	Recurrencia de reingresos de pacientes	Urgencias Hospitalización
59	Ausencia recurrente del personal asistencial programado para el servicio	Procesos Misionales
60	No registro del tratamiento de una atención en la epicrisis.	Procesos Misionales
61	Prestación de servicios a título personal por el personal asistencial	Procesos Misionales
62	Recurrencia de Glosas definitiva en las atenciones	Procesos Misionales
63	Deficiencia en la calidad de las Historias Clínicas.	Procesos Misionales
64	No registro formal y oficial de los insumos, medicamentos y suministros (sistema de Información).	Procesos Misionales
65	Consultas de Historias Clínicas de pacientes no atendidos.	Procesos Misionales
66	Manejo indebido de la Historia Clínica	Procesos Misionales
67	Consumo inusual y/o en grandes cantidades de insumos médicos.	Procesos Misionales
68	Vencimiento/perdida de medicamentos	Procesos Misionales
69	No reporte eventos adversos	Procesos Misionales
70	No afiliación riesgos profesionales	Todos los procesos
71	Extralimitación de funciones	Todos los procesos
72	No atender y dar respuesta a las solicitudes de información, requerimientos de los entes de control y vigilancia.	Todos los procesos
73	Trabajo en horarios inusuales, sin autorización	Todos los Procesos
74	Empleados que constantemente reciben regalos, invitaciones, dádivas u otros presentes de ciertos proveedores, contratistas o usuarios, sin una justificación clara y razonable, o sin estar autorizado por las normas y políticas de la institución.	Todos los Procesos
75	Empleados que insisten en realizar reuniones con proveedores, contratistas en lugares distintos a las oficinas de la E.S.E; sin justificación ni autorización alguna, para realizar operaciones o diligencias de materias contractuales.	Todos los Procesos

2.2.1.1. Segmentación

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA, segmentará, los factores de riesgo de acuerdo con las características particulares de cada uno de ellos, asegurando que las variables de análisis definidas garanticen la consecución de las características de homogeneidad al interior de los segmentos y heterogeneidad entre ellos, según la metodología establecida.

Para realizar la segmentación de los factores de riesgo, se contemplará como variables, entre otras, la información recolectada durante la aplicación de los procedimientos de conocimiento del cliente, las señales de alerta presentadas en la gestión institucional en los procesos, que permitan identificar los riesgos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.

2.3 Análisis de los Riesgos

Con base en la información obtenida del Análisis del Contexto Estratégico y la Identificación de los Riesgos, en el formato de identificación y análisis de los riesgos, se debe realizar el análisis de las situaciones identificadas

para establecer su probabilidad de ocurrencia y el nivel de impacto si se llegasen a materializar, calificándolas y evaluándolas con el fin de comprobar la capacidad de la entidad para su administración en el respectivo mapa de calor de acuerdo al tipo de riesgo.

En razón a lo anterior, y en cumplimiento a las directrices legales y técnicas aplicables de la Administración del Riesgo, para el desarrollo del análisis de riesgos aplicables al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad, se estableció un análisis integral, para los diferentes subsistemas de riesgos, los cuales se califican de dos formas, según el subsistema:

- ✓ **Forma Uno**: califica la probabilidad e impacto de los riesgos de otros Subsistemas, denominados riesgos Administrativos; diferentes a los posibles de corrupción y los riesgos de Fraude y Opacidad.

- ✓ **Forma Dos**: califica la probabilidad e impacto de los posibles riesgos de corrupción y los riesgos de Fraude y Opacidad.

2.3.1. Calificación del Riesgo Administrativo (Forma Uno)

Se logra mediante la estimación de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el impacto generado por este, que afecta la gestión y el cumplimiento de los objetivos de proceso e institucionales.
2.3.1.1 Calificación de riesgos Administrativos

En la forma uno, que aplica para los riesgos administrativos, la calificación se logra de cruzar en el mapa de calor, la probabilidad con el impacto, basados en las siguientes tablas, que definen los niveles y criterios de calificación para estas variables, haciendo sus valores equivalentes con los cálculos y escalas orientadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Tabla 1. Criterios para calificar la probabilidad de ocurrencia del Riesgo Administrativo

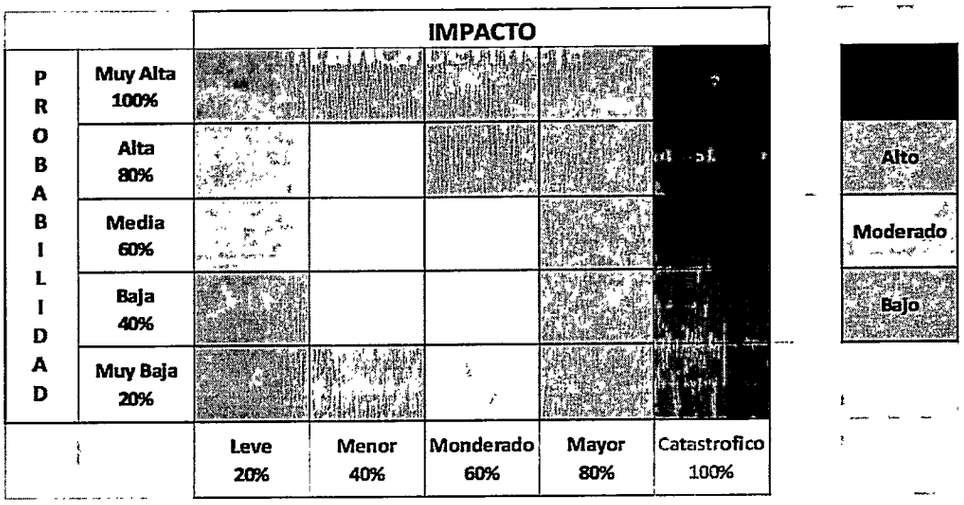
Tabla Criterios para definir el nivel de probabilidad		
	Frecuencia de la Actividad	**Probabilidad**
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	**20%**
[illegible]	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	**40%**
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	**60%**
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	**80%**
	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	**100%**

Tabla 2. Criterios para calificar el Impacto del Riesgo Administrativo

Tabla Criterios para definir el nivel de impacto		
	Afectación Económica (o presupuestal)	**Pérdida Reputacional**
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización
[illegible]	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores
Moderado 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal
	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país

Con base en los criterios establecidos para la calificación de la probabilidad y el impacto, se aplica se ubican los dos valores dentro de la matriz o mapa de calor definida para los riesgos administrativos, respectivamente la probabilidad en el eje "Y" y el impacto en el eje "X", con el fin de conocer el resultado de la calificación del riesgo inherente evaluado.

Ilustración 3. Mapa de Calor – Riesgos Administrativos



Producto del resultado de la calificación de la probabilidad vs impacto, el riesgo quedara ubicado en una de las zonas definidas dentro del mapa de calor, la cual pueden ser extrema, alto, moderado, bajo; y asi determinar su nivel de exposición al riesgo, según la zona de categorización del riesgo en el mapa de calor.
2.3.1.2 Calificación del Riesgo de Corrupción, Fraude y Opacidad

La calificación se logra de ubicar en el mapa de calor la probabilidad con el impacto, basados en las siguientes tablas, que definen los niveles y criterios de calificación para estas variables, haciendo sus valores equivalentes con los cálculos y escalas orientadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Tabla 3. Criterios para calificar la Probabilidad del Riesgo de Corrupción, Fraude y Opacidad

Análisis de los Riesgos de Corrupción Fraude y Opacidad			
Probabilidad			
Nivel	Calificación	Descripción	Frecuencia
1	Raro	Puede ocurrir solo en circunstancia excepcionales, poco comunes o anormales	No se ha presentado en los últimos 5 años
2	Improbable	Puede ocurrir en algún momento	Al menos de una vez en los últimos 5 años
3	Posible	Podría ocurrir en algún momento	Al menos de una vez en los últimos 2 años
4	Probable	Probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	Al menos de una vez en el último año
5	Casi Seguro	Se espera que ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de una vez al año

En el caso de la calificación del impacto de los riesgos de Corrupción, Fraude y Opacidad, se presenta una particularidad en la metodología, la cual es la aplicación de una lista de chequeo con 19 criterios definidos, los cuales se califican si cumple o no cumple y producto de la calificación de los criterios en la columna "SI", se origina un valor total, que termina categorizándose en los rangos establecidos en las zonas definidas para la calificación del impacto como: moderado, mayor o catastrófico. Lo cual se puede observar en la tabla a continuación.

Tabla 4. Criterios para calificar el Impacto del Riesgo de Corrupción, Fraude y Opacidad

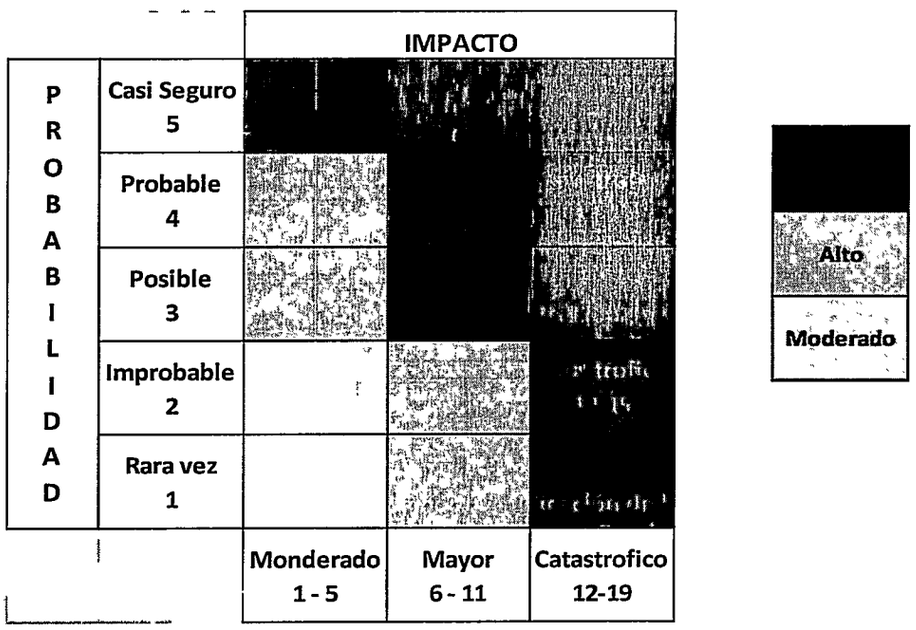
No	CRITERIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LOS EFECTOS *(IMPACTO)* DE LSO RIESGOS DE CORRUPCION, FRAUDE Y OPACIDAD)	SI	NO
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?		
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?		
3	¿Afectar el cumplimiento de la misión de la entidad?		
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la entidad?		
5	¿Generar pérdida de confianza de la entidad, afectando su reputación?		
6	¿Generar perdida de recursos económicos?		
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de los servicios?		
8	¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicios o recursos públicos?		
9	¿Generar perdida de información de la entidad?		

10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la Fiscalía u otro ente?		
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?		
12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?		
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?		
14	¿Dar lugar a procesos penales?		
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?		
16	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas?		
17	¿Afectar la imagen regional?		
18	¿Afectar la imagen nacional?		
19	¿Generar daño ambiental?		

Medición del Impacto del Riesgo de Corrupción, Fraude y Opacidad		
Descriptor	**Descripción de la valoración del criterio**	**Nivel**
Moderado	Si la calificación presenta de uno a cinco criterios, efectos evaluados en el rango afirmativos el impacto es Moderada.	**1 a 5**
Mayor	Si la calificación presenta de seis a once criterios, efectos evaluados en el rango afirmativo el impacto es Mayor.	**6 a 11**
	Si la calificación presenta doce a diecinueve criterios, efectos evaluados en el rango afirmativos el impacto es Catastrófica.	**12 a 19**

Con base en los criterios establecidos para la calificación de la probabilidad y el impacto, finalmente se aplica el cruce de los dos valores dentro de la matriz o mapa de calor definida para los posibles riesgos de corrupción y opacidad, respectivamente la probabilidad en el eje "Y" y el impacto en el eje "X", con el fin de conocer el resultado de la calificación del riesgo inherente evaluado y su nivel de exposición al riesgo, según la zona de categorización del riesgo en el mapa de calor.

Ilustración 4. Mapa de Calor – Riesgos de Corrupción – Fraude y Opacidad



2.3.2. Definición del tratamiento del riesgo por la calificación de la zona del Riesgo

La definición del tratamiento del riesgo, basado en la calificación del riesgo y fundamentado en la zona en la que se ubica el riesgo tanto para los riesgos administrativos, como los posibles riesgos de corrupción, fraude y opacidad; se determinan las siguientes opciones de tratamiento del riesgo según la zona, los cuales se categorizan:

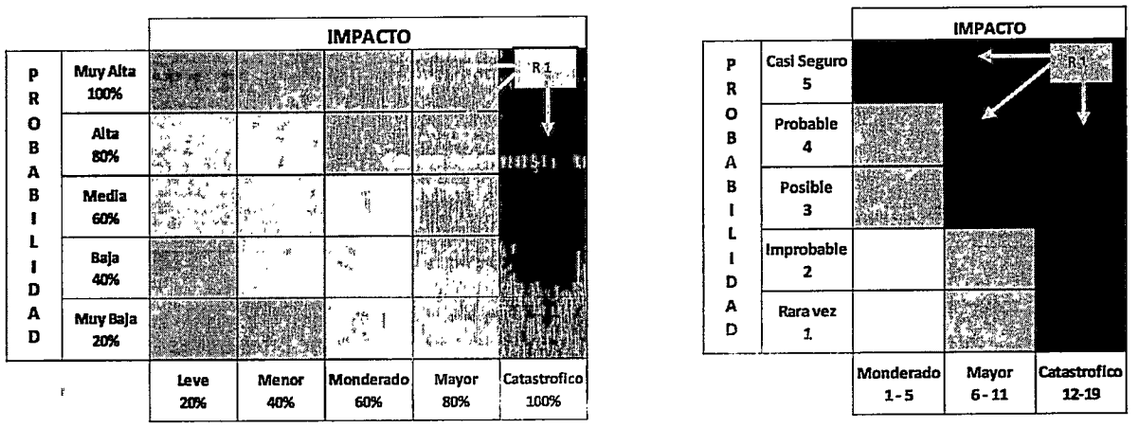
Tabla 5. Nivel de Exposición al Riesgo

ZONA DE RIESGO O NIVEL DE EXPOSICION		
Zona	**Leyenda**	**Descripción**
BAJA	**B**	Riesgo BAJO, se puede asumir o reducir el riesgo
		Riesgo MODERADO, se debe asumir o reducir el riesgo.
ALTA	**A**	Riesgo ALTO, debe ser reducido, evitado, compartido o transferido
EXTREMA	**E**	Riesgo EXTREMO, debe ser reducido, evitado, compartido o transferido

2.4 Valoración del Riesgo

Para la valoración del riesgo es necesario tener en cuenta los resultados obtenidos del análisis de riesgos y una correcta identificación de los controles existentes en las actividades de los procesos y procedimientos. Al momento de confrontar esta información se puede determinar el impacto preventivo, detectivo o correctivo que los controles ejercen sobre el riesgo, dando como resultado un nuevo nivel de exposición y una nueva calificación, que dependiendo de los controles puede afectar la probabilidad, el impacto o las dos, quedando asi el denominado riesgo residual del riesgo inherente.

Ilustración 5. Mapas de Calor Administrativos – Corrupción – Opacidad y Fraude



Esta etapa de valoración, debe realizarse en todos los riesgos con o sin controles identificados y respectivamente a cada control definido.

2.4.1 Identificación y Calificación de los Controles

Los controles pueden estar conformados por políticas, procedimientos y acciones que actúan al interior de cada proceso para eliminar o minimizar los riesgos de la Institución. Para la evaluación de los controles existentes, se debe tener en cuenta su tipología, preventiva, detectiva o correctiva y su aplicación si es ejercida sobre la probabilidad o impacto, para lo cual se aplican los parámetros aquí definidos con los respectivos criterios a evaluar en cada control presentado por riesgo y la respectiva calificación aplica en cada criterio según su incidencia en la probabilidad o impacto, para los parámetros evaluativos definidos en la metodología, que son:

- La existencia de Controles: Si el riesgo identificado, calificado presenta controles para valorar.
- La estructura del Control: El control debe tener como minimo los siguientes elementos, para considerarse como un control aplicable y estructurado: responsable, periodicidad de ejecución, acción que indique como se realiza el control, soporte o evidencia de su aplicación.
- Atributos de Eficiencia: Estos evalúan el tipo de control y el modo de su implementación, bajo cinco variables que presentan cada una un peso de ponderación, respectivamente asi:

Tabla 6. Parámetros y Criterios de Valoración del riesgo – Atributos de Eficiencia

Características			Descripción	Peso
Atributos de Eficiencia	Tipo	Preventivo	Va hacia las causas del riesgo, aseguran el resultado final esperado.	25%
		Detectivo	Detecta que algo ocurre y devuelve el proceso a los controles preventivos. Se pueden generar reprocesos.	15%
		Correctivo	Dado que permiten reducir el impacto de la materialización del riesgo, tienen un costo en su implementación.	10%
	Implementación	Automático	Son actividades de procesamiento o validación de información que se ejecutan por un sistema y/o aplicativo de manera automática sin la intervención de personas para su realización.	25%
		Manual	Controles que son ejecutados por una persona., tiene implícito el error humano.	15%

Atributos de Formalización: Evalúan la aplicación del control, la existencia documental, la generación de soportes y su operatividad; esta evaluación es valorativa dicotómica, de acuerdo a la condición del parámetro evaluado.

Tabla 7. Parámetros y Criterios de Valoración del riesgo – Atributos de Formalización

Características			Descripción	Peso
*Atributos de Formalización	Documentación	Documentado	Controles que están documentados en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso.	-
		Sin Documentar	Identifica a los controles que pese a que se ejecutan en el proceso no se encuentran documentados en ningún documento propio del proceso	-
	Frecuencia	Continua	Este atributo identifica a los controles que se ejecutan siempre que se realiza la actividad originadora del riesgo.	-
		Aleatoria	Este atributo identifica a los controles que no siempre se ejecutan cuando se realiza la actividad originadora del riesgo	-
	Evidencia	Con Registro	El control deja un registro que permite evidenciar la ejecución del control	-
		Sin Registro	El control no deja registro de la ejecución del control	-

2.4.1.1. Evaluación de los Controles

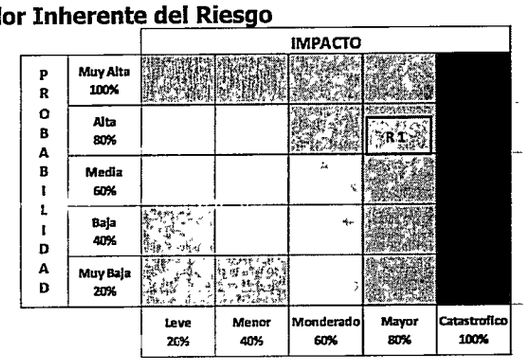
A continuación, se presenta el desarrollo de la evaluación de los controles, aplicando la metodología indicada establecida en la presente guía, en lo referente a la valoración y calificación del riesgo residual, por consiguiente, se desarrolla un ejemplo de un riesgo con dos controles, en el cual se surten dos fases para la valoración del riesgo, respectivamente:

Fase uno: Esta fase se presenta en dos partes, primero: identifica la información referente al riesgo inherente y como segunda parte: se aplican las tablas valorativas de los Atributos de Eficiencia y Atributos de Formalización establecidos en la metodología.

a) Se identifica el riesgo inherente, su calificación de probabilidad e impacto, la Zona de riesgo y sus respectivos controles identificados

Riesgo: Posibilidad de daño fiscal y sanción del ente regulador debido a la adquisición de bienes y servicios sin el cumplimiento de los requisitos legales y las condiciones técnicas contractuales establecidas

Ilustración 6. Mapa de Calor Inherente del Riesgo



Probabilidad Inherente: media 60%
Impacto Inherente: mayor 80%
Zona de riesgo: alta

Control 1: El profesional del área de contratos verifica que la información suministrada por el proveedor corresponda con los requisitos establecidos de contratación a través de una lista de chequeo donde están los requisitos de información y la revisión con la información física suministrada por el proveedor, los contratos que cumplen son registrados en el sistema de información de contratación.

Control 2: El jefe del área de contratos verifica en el sistema de información de contratación la información registrada por el profesional asignado y aprueba el proceso para firma del ordenador del gasto, en el sistema de información queda el registro correspondiente, en caso de encontrar inconsistencias, devuelve el proceso al profesional de contratos asignado.

b) Aplicación de las Tablas de evaluación de Atributos de Eficiencia y Atributos de Formalización.

Con base en los criterios establecidos en las dos tablas de atributos de eficiencia e informativos indicados en la metodología se evalúa cada uno de los controles, como se refleja en la tabla 8 y tabla 9.

Tabla 8. Valoración del riesgo – Calificación de los Controles

CONTROL 1				
Características			Calificación	Peso %
Atributos de Eficiencia	Tipo	Preventivo	X	25
		Detectivo		
		Correctivo		
	Implementación	Automático		
		Manual	X	15
*Atributos de Formalización	Documentación	Documentado	SI	
		Sin Documentar		-
	Frecuencia	Continua	SI	
		Aleatoria		
	Evidencia	Con Registro	SI	
		Sin Registro		-
Total, Valoración Control 1				40

Tabla 8. Valoración del riesgo – Calificación de los Controles

CONTROL 2				
Características			Calificación	Peso %
Atributos de Eficiencia	Tipo	Preventivo		
		Detectivo	X	15
		Correctivo		
	Implementación	Automático		
		Manual	X	15
*Atributos de Formalización	Documentación	Documentado	SI	
		Sin Documentar		-
	Frecuencia	Continua		-
		Aleatoria	SI	
	Evidencia	Con Registro	SI	
		Sin Registro		-
Total, Valoración Control 2				30

Al aplicar la valoración de los controles, se identifica que el control 1 obtuvo una valoración del 40% y el control 2 del 30%; continuamente se procede aplicar el cálculo metodológico establecido para conocer el respectivo riesgo residual del riesgo.

Fase Dos: La Fase dos, referencia la aplicación del cálculo del Riesgo Residual, basado en la probabilidad e impacto inherente del riesgo y mediante una fórmula matemática establecida para la metodología se multiplica por la valoración obtenida en cada control y posteriormente se procede a restar el valor por la calificación inherente presentada en la probabilidad o el impacto respectivamente para cada control, obteniendo así el riesgo residual del riesgo; como se presenta en la tabla a continuación:

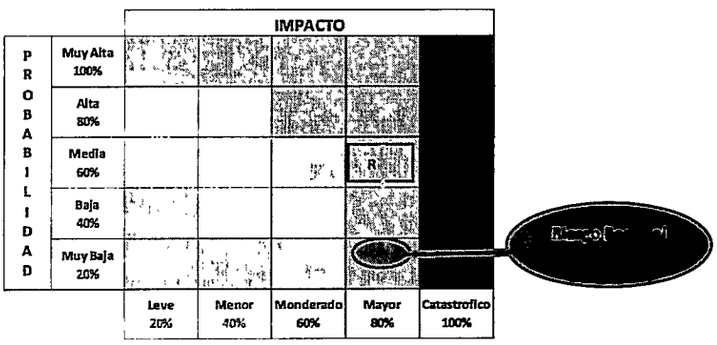
Tabla 9. Valoración del riesgo – Calculo del Riesgo Residual

VALORACION DE RIESGO (CALCULO DEL RIESGO RESIDUAL)					
Riesgo	**Datos relacionados con la probabilidad e impacto inherentes**		**Datos valoración de controles**		**Cálculos**
1	**PROBABILIDAD**				
	Probabilidad Inherente	**60%**			
	Probabilidad Inherente	**60%**	Valoración Control 1 preventivo	40%	**60%** x 40% = 24% **60%** - 24% = **36%**
	Valor Probabilidad para aplicar segundo Control	**36%**	Valoración Control 2 detectivo	30%	**36%** x 30% = 10,8 % **36%** -10,8% = **25,2 %**
	Valor Probabilidad para aplicar tercer Control	N.A.	N.A.		
	PROBABILIDAD RESIDUAL	**25,2 %**			
	IMPACTO				
	Impacto Inherente	**80%**			
	Los controles identificados no aplican para el impacto	N.A.	N.A.		
	IMPACTO RESIDUAL	**80%**			

Una vez aplicada la valoración de los dos controles, se identifica que posterior a la calificación; ***el riesgo residual calculado***, presenta una ***probabilidad residual de 25,2%*** y un **impacto residual del 80%,** categorizándose dentro del Mapa de calor en la zona residual del Alta, siendo esta la nueva calificación del riesgo después de la valoración de controles.

Ilustración 7. Mapa de Calor-Calificación Residual del Riesgo

Probabilidad Inherente: media 60%
Impacto Inherente: mayor 80%
Zona de riesgo: alta



Nota: Los controles de tipo preventivo y detectivo afectan el cálculo residual de la probabilidad y en el caso del impacto residual, se requiere tener controles correctivos.

2.5 Formulación de las Políticas Operativas de Manejo

Como parte final de la formulación y consolidación del mapa de riesgos por procesos, es responsabilidad de la segunda línea de defensa: la Gerencia, el Comité de Control Interno y el Comité de Gestión y Desempeño y los líderes de proceso aplicar las políticas determinadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública

– DAFP y La Super Intendencia Nacional de Salud – SUPERSALUD, para la administración se contara con el Oficial de Cumplimiento que promoverá la gestión del riesgo en los procesos y subsistemas de riesgos dentro del Sistema Integrado de Riesgos formulando acciones de mitigación y manejo consecuentes con la política establecida, las cuales deberán como mínimo tratar los siguientes aspectos:

- Los objetivos que se desean alcanzar.
- Las estrategias que determinen, el Cómo se va a desarrollar las políticas, a largo, mediano y corto plazo.
- Los riesgos a controlar.
- Las acciones a desarrollar contemplando el tiempo, los recursos, los responsables y el talento humano requerido.
- El seguimiento y evaluación a la implementación y efectividad de las políticas

Finalmente, la Administración del Riesgo, tiene como objeto propender por el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales, los cuales están consignados en la planeación anual de la entidad y el periodo Gerencial; las políticas de administración del riesgo deben ir articuladas con la planeación de manera que no sean políticas aisladas. Para la formulación y determinación de las políticas de manejo de los riesgos se deben analizar las posibles acciones a emprender, las cuales deben ser factibles y efectivas, tales como: la implementación de las políticas, definición de estándares, optimización de procesos y procedimientos y cambios físicos entre otros.

La selección de las acciones más convenientes debe considerar la viabilidad jurídica, técnica, institucional, financiera, económica y que se puedan realizar.
2.5.1 Políticas de Manejo del Riesgo

Para ello la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja, adoptará mecanismos de autorregulación que ejercen un Autocontrol, que permita identificar, valorar, revelar y administrar los riesgos propios de su actividad, mediante las siguientes políticas[1], las cuales pueden considerarse cada una de ellas independientemente, interrelacionadas o en conjunto:

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. Un ejemplo de esto puede ser el control de calidad, manejo de los insumos, mantenimiento preventivo de los equipos, desarrollo tecnológico, etc.

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. Se consigue mediante la optimización de los procedimientos y la implementación de controles.

Compartir o transferir el riesgo, reduce su efecto a través del traspaso de las perdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido. Es así como, por ejemplo, la información de gran importancia se puede duplicar y almacenar en un lugar distante y de ubicación segura, en vez de dejarla concentrada en un solo lugar.

Asumir el riesgo-(Aceptar), luego de que el riesgo ha sido reducido o transferido puede quedar un riesgo residual que se mantiene, en este caso el líder del proceso simplemente acepta la perdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo.

2.6 Política Institucional de Administración del Riesgo

En la Empresa Social del Estado de Barrancabermeja, es responsabilidad de la Gerencia, el Oficial de Cumplimiento, el comité Institucional de Gestión y Desempeño y del Comité Coordinador de Control Interno la formulación de la Política Institucional de Administración del Riesgo, para aprobación de la Junta Directiva.

2.7 Elaboración del Mapa de Riesgos

El Mapa de Riesgos, facilita la identificación, evaluación y administración de los riesgos a los cuales está expuesta la Entidad, este se formulará por cada proceso para facilitar el desarrollo de la política de administración del riesgo y atender los lineamientos normativos de la materia y se revisará, actualizará por los respectivos líderes de proceso anualmente.

La E.S.E BARRANCABERMEJA, dispone de un mecanismo establecido para la consolidación del mapa de riesgos, el cual se estructura en tres partes:

[1] Departamento Administrativo de la Función Pública; Guía de Administración del Riesgo; Bogotá 2022.

- Identificación y análisis: la cual se compone de los ítems denominación del riesgo, descripción, causas, efectos, controles, se identifica la tipología o clasificación del riesgo de acuerdo al subsistema que le aplique, la calificación de la probabilidad e impacto y la zona de riesgo inherente.

Ilustración 8. Mapa de Riesgos

PROCESO	IDENTIFICACION Y ANALISIS									
	Nº	DENOMINACIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSAS	EFECTO	CALIFICACION		ZONA DE RIESGO INHERENTE	CONTROLES
							P	I		

- Valoración: Presenta los resultados del riesgo residual, obtenidos de la valoración del riesgo inherente, integrados por la probabilidad residual, impacto residual, la zona de valoración del riesgo residual y la política de tratamiento para el riesgo.

VALORACION DEL RIESGO											
FECTACION DEL CONTROL		CALIFICACION DE CONTROLES						CALIFICACION DEL RIESGO RESIDUAL			
ROBABILIDAD	IMPACTO	TIPO	IMPLEMENTACION	CALIFICACION	DOCUMENTACION	FRECUENCIA	EVIDENCIA	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	ZONA DE RIESGO RESIDUAL	POLITICA DE TRATAMIENT

- Plan de Acción: Es la parte del mapa de riesgos, aplicable a los riesgos que posterior a su identificación y valoración, determinaron en la politica de tratamiento reducir el riesgo. El plan debe identificar: La acción a realizar, responsable, fecha de inicio y terminación de la acción y la evidencia o soporte de la acción.

PLAN DE ACCION				
ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	SOPORTE DE LA ACCION

2.7.1 Responsabilidad de la elaboración y formulación del Mapa de Riesgos

El Mapa de Riesgos, se elaborará, formulará y ejecutará por procesos, bajo la responsabilidad de cada líder de proceso, con la gestión del Oficial de Cumplimiento y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño; quien mínimamente anualmente revisará, actualizará el mapa de riesgos de su respectivo proceso, en marco de los tipos de riesgos definidos dentro de los subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

2.7.2 Divulgación del Mapa de Riesgos

La divulgación se realiza en momento simultáneo y se surte a las etapas de construcción del Mapa de Riesgos, una vez consolidado el mapa de riesgos institucional del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos el Oficial de Cumplimiento y el jefe de la Oficina Asesora de Planeación realizaran la divulgación o socialización del respectivo mapa.

La Gerencia, mediante la Oficina Asesora de Planeación, realizará dentro de los términos de Ley, la respectiva publicación anual del Mapa de Riesgos en la página Web institucional.

2.8 Seguimiento y Monitoreo

2.8.1 Autocontrol

La administración del riesgo dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, es un proceso sistémico, el cual promueve el mejoramiento continuo en la estructura del Mapa de Riesgos, este mejoramiento se fomenta desde el autocontrol por parte de la primera línea de defensa con la aplicación de los controles establecidos en cada riesgo, en forma eficaz y efectiva, las acciones definidas en el plan de acción de los riesgos que se determinaron con la política operativa de reducirlos.

2.8.2 Seguimiento y Evaluación

Continuamente se realiza el seguimiento permanente y la evaluación programada del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, la aplicación de los controles establecidos en cada riesgo, en forma eficaz y efectiva, las acciones definidas en el plan de acción de los riesgos que se determinaron con la politica operativa de reducirlos y las acciones de mitigación planteadas en el plan de manejo en el momento de la materialización del riesgo.

El seguimiento se realiza por parte del Oficial de Cumplimiento y la evaluación es realizada por el Jefe de Control Interno y el Revisor Fiscal.

El Jefe de Control Interno, realizara la evaluación del Mapa de Riesgos dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, de dos formas:

- Dentro del procedimiento de auditorías integrales
- De manera independiente como evaluación programada a la efectividad de los controles de los riesgos establecidos dentro del mapa de riesgos institucional del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, atendiendo las funciones propias de la Oficina de Control Interno, los lineamientos orientados por el DAFP, la Secretaria de Transparencia de la República y la Supersalud; de lo anterior el Asesor de Control Interno, presentará informes periódicos de la evaluación del Mapa de Riesgos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

El Revisor fiscal evaluara y presentara informes del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas de Administración de Riesgos, de acuerdo a las condiciones metodológicas establecidas en el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y las propias de la materia, asi también las que le regulan el ejercicio de la Revisoría Fiscal.

2.9 Revisión, Actualización y Aprobación de la Guía Institucional de Administración de Riesgos

La Guía de Administración del Riesgo y formulación del Mapa de Riesgos, será revisado anualmente y actualizado cada vez que se requiera de acuerdo a los lineamientos normativos del DAFP y la Supersalud; las condiciones legales y organizacionales e institucionales de la Gerencia y el Gobierno Organizacional.

La actualización se realizará por el Oficial de Cumplimiento ante el Comité de Gestión y Desempeño Institucional, el cual funciona como Comité de Gestión de Riesgos, en marco de las políticas de Gestión y Desempeño del MIPG y será presentado para aprobación por parte del Comité Coordinador de Control Interno y posteriormente ante la Junta Directiva para su aprobación.

ARTÍCULO TERCERO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su aprobación, modifica en lo pertinente a los acuerdos y demás disposiciones organizacionales que le sean contrarias.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Barrancabermeja D.E (Santander), a los veintinueve (29) días del mes de Diciembre del año 2023

ISABEL CRISTINA ZAPATA HERNANDEZ
PRESIDENTE DELEGADO JUNTA DIRECTIVA
E.S.E BARRANCABERMEJA
DECRETO N° 850 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2023

LUIS FERNANDO CASTRO PEREZ
SECRETARIO JUNTA DIRECTIVA
GERENTE (E)
E.S. E BARRANCABERMEJA
DECRETO N° 834 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2023

Revisó Aspectos Técnicos: Mónica Sampayo Contreras – Subdirectora Administrativa y Financiera E.S.E BARRANCABERMEJA.

Revisó Aspectos Legales: Oscar Yesid Rodríguez Pedraza, Abogado Asesor Externo para la Contratación E.S.E BARRANCABERMEJA

Revisó: Liss Marggiorie Reyes Bolaños, Asesora Despacho Alcalde Distrital de Barrancabermeja.

Harold Jesús Durán Durán, Secretario Local de Salud del Distrito de Barrancabermeja (Santander)

DECRETO No. 850

POR MEDIO DEL CUAL SE DELEGA LA ASISTENCIA A REUNION EXTRAORDINARIA DE JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE DE BARRANCABERMEJA A UN FUNCIONARIO DE LA ADMINISTRACION DISTRITAL

EL ALCALDE DEL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA
En uso de sus facultades establecidas en la Constitución Política art. 209, 211, en la ley 489 de 1998, la ley 136 de 1994, ley 1551 de 2012, y

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política, en su artículo 209 establece que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.

Que el artículo 211 de la Constitución Política determina que la Ley fijará las condiciones para que las autoridades administrativas puedan delegar funciones en sus subalternos o en otras autoridades. Así mismo, señala que la delegación exime de responsabilidad al delegante, la cual corresponderá exclusivamente al delegatario, cuyos actos o resoluciones podrá siempre reformar o revocar aquel, reasumiendo la responsabilidad consiguiente.

Que corresponde al Alcalde Municipal de conformidad con el numeral 3 del artículo 315 de la Constitución Política y el artículo 92 de la Ley 136 de 1994, dirigir la acción administrativa del Municipio, así como asegurar el cumplimiento de las funciones y la prestación de los servicios a su cargo.

Que la Ley 489 de 1998, en su artículo 9 establece que: "Las autoridades administrativas, en virtud de los dispuesto en la Constitución Política y de conformidad con la presente ley, podrán mediante acto de delegación, transferir el ejercicio de funciones a sus colaboradores o a otras autoridades, con funciones afines o complementarias".

Que el artículo 10 de la Ley 489 de 1998 requiere que la delegación sea por escrito, donde se exprese la decisión del delegante, el objeto de la delegación, el funcionario delegado y las funciones o asuntos específicos.

Que el Delegatario deberá observar estrictamente las disposiciones legales y reglamentarias que regulen el ejercicio de la delegación y es responsable de las decisiones que tome en ejercicio de la misma.

Que la delegación constituye una forma de organización administrativa que propende por la Descongestión de los despachos públicos y el manejo responsable y eficiente de la gestión administrativa.

Que el día 29 diciembre de 2023 fijó como fecha para reunión extraordinaria de la Junta Directiva de la ESE de Barrancabermeja de manera virtual.

Que el Alcalde Distrital para el día y la hora en que fue citada no es posible la comparecencia por compromisos adquiridos con anterioridad a la fijación de la misma, se hace imposible su asistencia.

En mérito de lo antes expuesto,

DECRETA

ARTÍCULO PRIMERO: Delegar a la ISABELCRISTINA ZAPATA HERNANDEZ identificada con C.C. 1.096.216.282, quien se desempeña como Profesional Universitario código 219 grado 04, para que en representación del Alcalde Distrital de Barrancabermeja asista y actúe con facultades plenas de voz y voto en la reunión extraordinaria de Junta Directiva de la ESE de Barrancabermeja, reunión que se llevará a cabo el día 29 dediciembre de 2023

ARTÍCULO SEGUNDO: El delegatario responderá por el ejercicio de las funciones delegadas, de conformidad con lo establecido en Ley 489 de 1998 y demás normas concordantes con la materia.

Notifíquese y cúmplase

Dada en Barrancabermeja, 29 DIC 2023

ALFONSO ELIACH MANRIQUE
ALCALDE DISTRITAL

	NOMBRE FUNCIONARIO	FIRMA	FECHA
Proyecto	LISS M. REYES BOLAÑOS – SECRETARIA JURIDICA (E) DECRETO 829 DE 2023		Diciembre 2023
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma			