HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL E.S.E
GARZÓN – HUILA

GUÍA METODOLÓGICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZON - HUILA

GUÍA METODOLÓGICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO

PROCESO
GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA

JORGE HUMBERTO GONZALEZ BAHAMON
Gerente

PABLO LEON PUENTES QUESADA
Subdirector científico

GARZON – HUILA

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

CUERPO DIRECTIVO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL.

JORGE HUMBERTO GONZALEZ BAHAMON
Gerente

YANETH GUTIERREZ MARTINEZ
Asesor de Control Interno

PABLO LEON PUENTES QUESADA
Subdirector Científico

ESPERANZA FIERRO VANEGAS
Subdirector Administrativo

LUIS FERNANDO CASTRO MAJE
Asesor Jurídico

MARYBEL CASTAÑO RODRIGEZ
Líder de Mejora Continua

EDID YOHANNA ANGULO RODRIGUEZ
Gestora de seguimiento a riesgo
ARIEL FERNANDO TOVAR MORERA
Coordinador de planeación
Autor(a).

GARZON HUILA

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

INTRODUCCION

Para la implementación de la gestión del riesgo, es necesario que cada entidad haga un análisis de las estrategias, la formulación de objetivos, y la implementación de esos objetivos en la toma de decisiones cotidiana lo que permitirá una identificación del riesgo adecuada a las necesidades de cada organización, con un enfoque preventivo que permita la protección de los recursos, alcanzar mejores resultados y mejorar la prestación de servicios a sus usuarios aspectos fundamentales frente a la generación de valor público, eje fundamental en el quehacer de todas las organizaciones públicas.

En la Guía para la Administración del Riesgo del Departamento de la Función Pública se define el riesgo "como toda posibilidad de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos". En el sector de la salud, el concepto de riesgo es abordado desde el ámbito institucional y desde la ciudadanía, considerando que uno de los propósitos institucionales, quizá el más importante, es que la Gestión de las organizaciones para que minimicen la presentación de incidentes y eventos adversos durante la atención, generando lesiones o daño por causa de la atención recibida y que podrían haberse evitado.

Es claro que la identificación y valoración de los riesgos se integra en el desarrollo de la estrategia, la formulación de los objetivos de la entidad y la implementación de los mismos objetivos a través de la toma de decisiones cotidiana en cada uno de los procesos.

En esta versión 5 de la metodología para la administración del riesgo, el departamento administrativo de la función pública como entidad técnica se actualizó y preciso algunos elementos metodológicos para mejorar el ejercicio de identificación y valoración del riesgo y se mantiene la estructura metodológica general.

Es de vital importancia tomar el modelo integrado de MIPG como marco de referencia que permite dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento evaluar y controlar las actividades de las entidades y demás organismos públicos con el fin de generar resultados, que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos con integridad y calidad en el servicio.

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

CAPITULO I

1. PRESENTACION

La metodología para la administración del riesgo requiere de un análisis inicial relacionado con el estado actual de la estructura de riesgos y su gestión en la entidad además del conocimiento de esta en la aplicación de los pasos básicos para su desarrollo y así lograr la definición de estrategias de comunicación transversales en la institución.

El documento que se presenta a continuación fue diseñado con base en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 5 del Departamento Administrativo de la Función Pública DAPF.

1.1 Objetivo General

Desarrollar a nivel institucional la metodología para la administración del riesgo definida por el departamento administrativo de la función pública, con un enfoque preventivo que permita la protección de los recursos y mejorar la prestación de los servicios en el Hospital Departamental San Vicente de Paul.

1.2 Objetivos Específicos

- Promover la ejecución segura de procesos y procedimientos que facilite la comprensión e implementación de las fases de la administración de los riesgos.
- Establecer una orientación metodológica que facilite la comprensión e implementación de las diferentes fases de la administración de los riesgos
- Generar una visión sistémica acerca de la administración y evaluación de riesgos, consolidada en un Ambiente de Control adecuado a la ESE y su Direccionamiento Estratégico, que fije la orientación clara y planeada de la gestión, dando las bases para el adecuado desarrollo de las Actividades de Control.
- Proteger los recursos de la empresa, resguardándolos contra la materialización de los riesgos.
- Involucrar y comprometer a todos los servidores de la ESE en la búsqueda de acciones encaminadas a prevenir y administrar los riesgos.

1.3 ALCANCE

Inicia con la adecuación de los manuales de procedimientos institucionales bajo la estructura de la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP, con una adecuada identificación de los riesgos en la delimitación de los procesos administrativos y asistenciales, y termina con la evaluación de la efectividad de los controles, el tratamiento y seguimiento de los riesgos.

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

1.4 MARCO NORMATIVO

1.4.1 DEFINICIONES

Relación de conceptos, necesarios para la comprensión de la metodología que se desarrolla en la política de administración del riesgo.

Riesgo: Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales. Nota: Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos.

Riesgo de Seguridad de laInformación: 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).

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

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.

Causa: todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo

Consecuencia: los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.

Impacto: las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

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.

Control: Medida que permite reducir o mitigar un riesgo.

Causa Inmediata: Circunstancias bajo las cuales se presenta el riesgo, pero no constituyen la causa principal o base

Para que se presente el riesgo.

Causa Raíz: Causa principal o básica, corresponde a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo.

Factores de Riesgo: Son las fuentes generadoras de riesgos.

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

Confidencialidad: Propiedad de la información que la hace no disponible o sea divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados

Integridad: Propiedad de exactitud y completitud.

Disponibilidad: Propiedad de ser accesible y utilizable a demanda por una entidad.

Vulnerabilidad: Representan la debilidad de un activo o de un control que puede ser explotada por una o más amenazas.

Activo: En el contexto de seguridad digital son elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, Hardware, información física o digital, recurso humano, entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital.

Nivel de riesgo: Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos. En general la fórmula del Nivel del Riesgo poder ser Probabilidad * Impacto, sin embargo, pueden relacionarse las variables a través de otras maneras diferentes a la multiplicación, por ejemplo, mediante una matriz de Probabilidad – Impacto.

Apetito de riesgo: Es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar, relacionado con sus Objetivos, el marco legal y las disposiciones de la Alta Dirección y del Órgano de Gobierno. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar.

Tolerancia del riesgo: Es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del Apetito de riesgo determinado por la entidad.

Capacidad de riesgo: Es el máximo valor del nivel de riesgo que una Entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno que no sería posible el logro de los objetivos de la entidad.

Capacidad de riesgo: Es el máximo valor del nivel de riesgo que una Entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno que no sería posible el logro de los objetivos de la Entidad.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal.

1.5 QUE ESTABLECE EL MIPG

El modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar las actividades de la institución como organismo público, este modelo

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

tiene el fin de generar resultados que atiendan el plan de gerencia y resuelvan las necesidades y problemas de los usuarios con integridad y calidad en el servicio

Es claro que la identificación y valoración de riesgos se integra en el desarrollo de la estrategia, la formulación de los objetivos de la entidad y la implementación de esos objetivos a través de la toma de decisiones cotidiana en cada uno de los procesos.

Este desarrollo se da en los diferentes niveles de la institución, de acuerdo con su esquema de direccionamiento estratégico, procesos, procedimientos, sistemas de información, lo cual genera insumos esenciales para iniciar con la aplicación de la metodología propuesta para la administración y el seguimiento del riesgo.

1.6 OPERATIVIDAD INSTITUCIONALIDAD PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

El modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) define para la operación articulada la creación en todas las entidades del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, regulado por el Decreto 1499 de 2017 y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, reglamentado a través del artículo 13 de la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017, en este marco general.

Determinados estos lineamientos básicos, es preciso analizar el contexto general de la entidad para establecer su complejidad, procesos y planeación institucional, entre otros aspectos, esto permite conocer y entender la entidad y su entorno, lo que determinará el análisis de riesgos y la aplicación de la metodología en general.

Para una adecuada gestión del riesgo, con la estructura institucional con que se cuenta en el Hospital Departamental San Vicente de Paul entra a funcionar de la siguiente forma:

Grafico No. 1 Estructura organizacional de defensa

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

1.7 CONCEPTUALIZACIONES PREVIAS PARA LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGIA

Es importante tener claro que la identificación y valoración de riesgos se integra en el desarrollo de la estrategia, la formulación de los objetivos de la entidad y la implementación de esos objetivos a través de la toma de decisiones cotidiana en cada uno de los procesos.

Este desarrollo se da en los diferentes niveles de la organización, por lo que la entidad, de acuerdo con su esquema de direccionamiento estratégico, procesos, procedimientos, políticas de operación, sistemas de información, tendrá insumos esenciales para iniciar con la aplicación de la metodología propuesta para la administración del riesgo.

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

En consecuencia, se debe tener en cuenta la siguiente estructura tomada de la Guía para la Administración del Riesgo

y el Diseño de Controles en Entidades Públicas.

1.8 CONSIDERACIONES IMPORTANTES

La metodología para la administración del riesgo requiere de un análisis inicial relacionado con el estado actual de la estructura de riesgos y su gestión en la entidad, además del conocimiento de esta desde un punto de vista estratégico de la aplicación de los tres (3) pasos básicos para su desarrollo y, finalmente, de la definición e implantación de estrategias de comunicación transversales a toda la entidad para que su efectividad pueda ser evidenciada.

1.9 PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

El MIPG establece que es una tares propia del equipo directivo y se debe hacer desde el ejercicio de "Direccionamiento Estratégico y de Planeación" en este punto se deben emitir los lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales.

Adicional a los riesgos operativos, se deben identificar los riesgos de corrupción, los riesgos de contratación, los riesgos para la defensa jurídica, los riesgos de seguridad digital.

La aceptación del riesgo puede ocurrir sin tratamiento del riesgo. Los riesgos aceptados están sujetos a monitoreo.

La planeación institucional hace uso de los procesos estratégicos misionales de apoyo y evaluación para materializarla o ejecutarla, por lo tanto, la administración del riesgo debe verse y asumirse de forma integral y transversal.

Es muy importante que se incluyan los siguientes aspectos.

1.91. OBJETIVO: establece los principios básicos y el marco general de actuación para el control y la gestión de los riesgos de toda naturaleza a los que se enfrenta la entidad.

1.9.2 ALCANCE: establece el ámbito de aplicación de los lineamientos, el cual debe abarcar todos los procesos de la entidad. Se sugiere incluir a todas las seccionales o sedes que la entidad tenga en diferentes ubicaciones geográficas, con el fin de garantizar un adecuado conocimiento y control de los riesgos en todos los niveles organizacionales.

1.9.3 TERMINOS Y DEFINICIONES:

Aquellos relacionados con la administración del riesgo y con los temas que el manual o guía desarrollen y sean relevantes para que todos los funcionarios entiendan su contenido y aplicación

1.9.4 ESTUCTURA PARA LA GESTION DEL RIESGO:

Determinar los siguientes aspectos:

- La metodología a utilizar
- En caso de que la entidad haya dispuesto un software o herramienta para su desarrollo deberá explicarse su manejo
- Incluir los aspectos relevantes sobre los factores de riesgo estratégicos para la entidad, a partir de los cuales todos los procesos podrán iniciar con los análisis para el establecimiento del contexto.
- Incluir todos aquellos lineamientos que en cada paso de la metodología sean necesarios para que todos los procesos puedan iniciar con los análisis correspondientes.
- Incluir la periodicidad para el monitoreo y revisión de los riesgos, así como el seguimiento de los riesgos de corrupción.
- Incluir los niveles de riesgo aceptados para la entidad y su forma de manejo.
- Incluir la tabla de impactos institucional con niveles para calificar el impacto o consecuencias.

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

CAPITULO II

2.RIESGOS OPERATIVOS

2.1 POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

La E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón cuenta con Política de Gestión del Riesgo debidamente establecida mediante Acuerdo No. 003 de 2019.

2.2 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

Esta etapa tiene como objetivo identificar los riesgos que estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos

2.2.1 Análisis de objetivos estratégicos y de procesos y procedimientos.

Se refiere a que todos los riesgos que se identifiquen deben tener un impacto den el cumplimiento del objetivo estratégico del proceso.

2.2.2 Análisis de objetivos estratégicos

Se requiere analizar los objetivos estratégicos establecidos por la institución e identificar los posibles riesgos que afecten su cumplimiento; se debe analizar que los objetivos estratégicos se encuentren alineados con la Misión y la Visión institucional, así como su correcta formulación, teniendo en cuenta las siguientes características mínimas: específico, medible, alcanzable, relevante y proyectado en el tiempo.

2.2.3 Análisis de los objetivos de proceso

Los objetivos del proceso deben contribuir al cumplimiento de los objetivos estratégicos, alineados con la misión y visión de la empresa.

2.2.4 Identificación de los puntos de riesgo.

Se refiere a los puntos de control de todo proceso que se pueden identificar y mantenerse bajo control para asegurar que el proceso se mantenga bajo control y que cumpla con su objetivo.

2.2.5 Identificación de áreas de impacto

Consecuencia económica o reputacional a la cual se ve expuesta la organización en caso de materializarse el riesgo.

2.2.6 Identificación de áreas de factores de riesgo

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

Corresponde a las áreas o fuentes generadoras de riesgos, relacionados con los diferentes procesos de la institución. Dentro de los riesgos identificados en talento humano podemos encontrar Fraude interno (corrupción, soborno), comportamientos no éticos o en el área de tecnología pérdida de información, daño de equipos, errores en programas entre otros riesgos identificados.

Los factores identificados deben ser considerados por cada entidad de acuerdo con la complejidad, características y sector al que se pertenece cada entidad.

Se determinan las causas fuentes de riesgo y los eventos con base en el análisis de contexto para la entidad y del proceso, que pueden afectar el logro del objetivo. Es importante centrarse en los riesgos más significativos para la entidad relacionados con los objetivos de los procesos y los institucionales.

Evitar iniciar con palabras negativas como: "No… ", "Que no… "o con palabras que denoten un factor de riesgo (causa) tales como: "ausencia de ", "falta de ", poco (a)", escaso(a)", "insuficiente ""deficiente ", "debilidades en "… "

2.2.7 Identificación de riesgos de seguridad digital

Los riesgos de seguridad digital se basan en la afectación de tres criterios en un activo o un grupo de activos dentro del proceso "Integridad, confidencialidad o disponibilidad ".

Para el riesgo identificado se deben asociar el grupo de activos o activos específicos del mismo tipo (Ejemplo: Hardware, software, información), para determinar amenazas y vulnerabilidades comunes que puedan afectar a dicho grupo.

2.2.8 Tipología de riesgos

RIESGOS DE GESTIÓN POR PROCESOS
Riesgos Estratégicos: Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los objetivos estratégicosde la organización pública y por tanto impactan toda la entidad.
Riesgos Gerenciales: Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los procesos gerencialesy/o la alta dirección.
Riesgos Operativos: Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los procesos misionales dela entidad. Los riesgos en salud, actuarial y operacional establecidos en la resolución 004559 del 11de abril 2018 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud quedan incluidos dentro de este.
Riesgos Financieros: Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los estados financieros ytodas aquellas áreas involucradas con el proceso financiero como presupuesto, tesorería, contabilidad, cartera, central de cuentas, costos, etc. Los riesgos de liquidez, de crédito, de mercado de capitales y de grupo establecidos en la resolución 004559 del 11 de abril 2018 emitida por laSuperintendencia Nacional de Salud quedan incluidos dentro de este.
Riesgos Tecnológicos: Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de lainfraestructura tecnológica (hardware, software, redes, etc.) de una entidad.

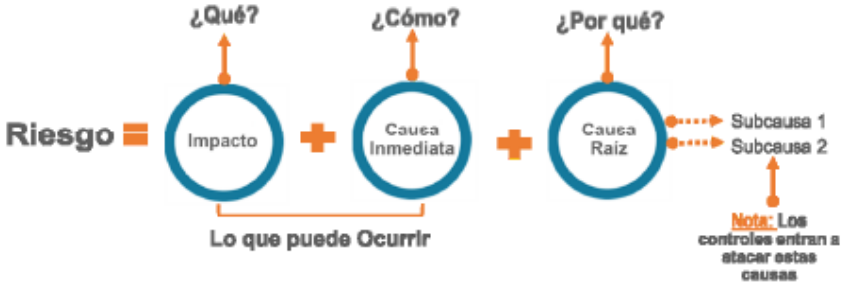
Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

Riesgos de Cumplimiento: Posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la situación jurídica ocontractual de la organización debido a su incumplimiento o desacato a la normatividad legal y las obligaciones contractuales.
Riesgo de imagen o reputacional: Posibilidad de ocurrencia de un evento que afecte la imagen,buen nombre o reputación de una organización ante sus clientes y partes interesadas. El riesgo reputacional establecido en la resolución 004559 del 11 de abril 2018 emitida por laSuperintendencia Nacional de Salud queda incluido dentro de este.
RIESGOS DE CORRUPCIÓN / LA-FT
Riesgos de corrupción: Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado. Los riesgos de fallas del mercado de salud establecidos en la resolución 004559 del 11 de abril 2018 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud quedan incluidos dentro de este.
Riesgos de LA-FT: Posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir la entidad por su propensión a ser utilizada, directamente o través de sus operaciones, como instrumento para la canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas o cuando se pretende el ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades.
RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL
Riesgos de seguridad digital: Posibilidad de combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectosrelacionados con el ambiente físico, digital y las personas. Los riesgos de seguridad digital están tipificados en confidencialidad, integridad y disponibilidad.

2.2.9 Descripción del Riesgo

La descripción del riesgo debe contener todos los detalles del riesgo, que sean de fácil entendimiento por parte del líder del proceso, y se propone que inicie con las siguientes palabras: **POSIBILIDAD DE** y manejando la siguiente estructura.

Figura No. 1 Estructura propuesta para la redacción del riesgo.



Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 5, Departamento Administrativo de la Función Pública.

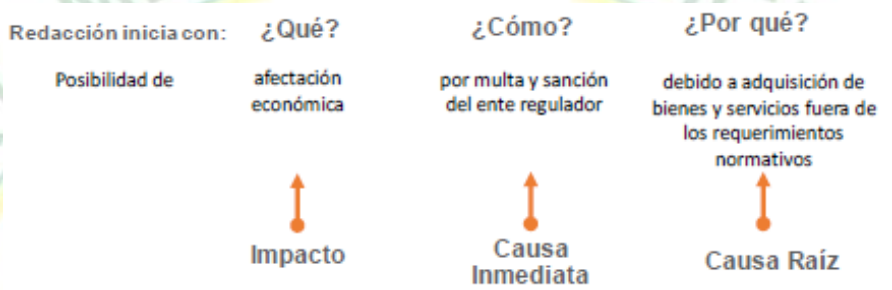
Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

Impacto: Corresponde a las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Causa inmediata: Circunstancias o situaciones más evidentes sobre las cuales se presenta el riesgo.

Causa raíz: Corresponde a la causa principal, corresponde a las razones por la cual se puede presentar el riesgo, la causa raíz es la base para la definición de controles en la etapa de valoración del riesgo.

Figura No. 2 Ejemplo aplicado de redacción del riesgo.



Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 5, Departamento Administrativo de la Función Pública.

Tabla No.1 Clasificación del riesgo

Ejecución y administración de procesos	Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos
Fraude Externo	Pérdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la organización (no participa personal de la entidad)
Fraude Interno	Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones irregulares, comisión de hechos delictivos abuso de confianza, apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales es´ta involucrado por lo menos 1 participante interno de la organización, son realizadas de forma intenciional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.
Fallas tecnológicas	Errores en hardware, software, telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.
Relaciones laborales	Pérdidas que surgen de acciones contrarias a las leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discrimininación.
Usuarios, productos y prácticas	Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios y que impiden satisfacer una obligación profesional frente a éstos.
Daños activos fijos/ eventos externos	Pérdida por daños o extraviós de los activos fijos por desastres naturales u otros riesgos / eventos externos como atentados, vandalismo, orden público.

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

2.3.0 SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS

2.3.1 Seguimiento a los riesgos de corrupción / LA-FT

Los líderes y/o coordinadores de las unidades funcionales responsables de los riesgos de corrupción / LA-FT realizarán seguimiento mensual a estos dentro de la matriz de riesgos correspondiente.
Los líderes y/o coordinadores de las unidades funcionales responsables de los riesgos de corrupción / LA-FT reportarán cuatrimestralmente a la Oficina de Control Interno el seguimiento de estos con su respectiva evidencia con corte al 30 de abril, 31 de agosto y 31 de diciembre dentro de los 5 primeros días del mes siguiente a cada periodo.

La Oficina de Control Interno realizará el seguimiento a la información reportada según la matriz de Seguimiento al mapa de riesgos de corrupción (emitido por la Función Pública) ygestionará su publicación en la página web del hospital dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a cada periodo. Este seguimiento debe cumplir con las siguientes actividades:

- ✓ Verificar la publicación del mapa de riesgos de corrupción en la página web del hospital.
- ✓ Seguimiento a la gestión del riesgo.
- ✓ Revisión de los riesgos y su evolución.
- ✓ Asegurar que los controles sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando deforma adecuada.

2.3.2 Seguimiento a los riesgos de gestión por procesos

Los líderes y/o coordinadores de las unidades funcionales responsables de los riesgos de gestión por procesos realizarán seguimiento mensual a estos dentro de la matriz de riesgos correspondiente.
Los líderes y/o coordinadores de las unidades funcionales responsables de los riesgos de por procesos reportarán cuatrimestralmente a la Oficina de Planeación el seguimiento de estos con su respectiva evidencia con corte al 30 de abril y 31 de agosto, y a la Oficina de Control Interno con corte a 31 de diciembre dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a cada periodo.
La Oficina de Control Interno realizará el seguimiento anual a la información reportada y emitirá un informe en el cual se determinan los resultados del análisis y evaluación del mapa de riesgos institucional vigente.
La Oficina de Planeación gestionará los ajustes que se requieran derivados del seguimiento efectuado y dejará evidencia en acta.

2.3.3 Seguimiento a los riesgos de seguridad digital

Los líderes y/o coordinadores de las unidades funcionales responsables de los riesgos de seguridad digital realizarán seguimiento mensual a estos dentro de la matriz de riesgos correspondiente.
Los líderes y/o coordinadores de las unidades funcionales responsables de los riesgos de seguridad digital reportarán cuatrimestralmente a la Oficina de Sistemas el seguimiento de estos con su respectiva evidencia con corte al 30 de abril y 31 de agosto, y a la Oficina de Control

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

Interno con corte a 31 de diciembre dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a cada periodo.

La Oficina de Control Interno realizará el seguimiento anual a la información reportada y emitirá un informe en el cual se determinan los resultados del análisis y evaluación del mapa de riesgos institucional vigente.

La Oficina Asesora de Sistemas gestionará los ajustes que se requieran derivados del seguimiento efectuado y dejará evidencia en acta.

2.4 VALORACIÓN DEL RIESGO

En el capítulo de valoración del riesgo se busca medir o valorar el riesgo identificado, estableciendo la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el impacto que puede generar con el fin de estimar la zona de riesgo inicial o el denominado RIESGO INHERENTE.

En este capítulo se busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o el impacto.

2.4.1 Probabilidad

La probabilidad se define como la posibilidad de ocurrencia del riesgo, esta puede ser medida con criterios de Frecuencia o Factibilidad.

La Frecuencia analiza el número de eventos en un periodo determinado, se trata de hechos que se han materializado o se cuenta con un historial de situaciones o eventos asociados al riesgo.

Factibilidad: Analiza la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, se trata en este caso de un hecho que no se ha presentado, pero es posible que se dé.

Con el fin de determinar la probabilidad de ocurrencia en una actividad determinada. La probabilidad inherente será el **número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.**

Figura No. 3 Criterios para definir el nivel de probabilidad

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	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%
Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

2.4.2 Impacto: Definido como Nivel de pérdida o daño que podría resultar en el caso de materializarse el riesgo. La siguiente tabla muestra los criterios para definir el nivel de impacto:

La Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles para la administración pública realizada por el DAFP, estableció los impactos económicos y reputaciones como referentes o variables principales en la calificación del impacto.

Figura No. 4 Criterios para definir el impacto.

	Afectación Económica	Reputacional
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV .	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor-40%	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 la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

Para realizar el cálculo de la probabilidad e impacto el profesional de cada área define a criterio personal según la experiencia, conocimiento y experticia cuantas veces se desarrolla o ejecuta la actividad.

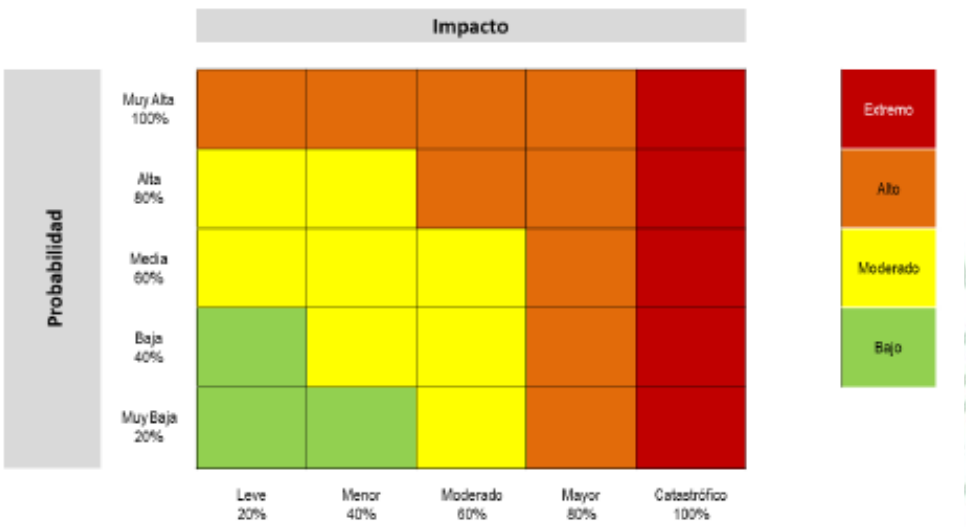
Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

2.5 EVALUACIÓN DEL RIESGO

2.5.1 Riesgo Inherente

Una vez identificada la probabilidad se determina la zona de riesgo inicial (Riesgo Inherente), combinando la probabilidad y el impacto como se observa en el siguiente gráfico:

Figura No. 5 Matriz de calor (Determinación del riesgo inicial)



Se determina la zona de riesgo en la cual se encuentra el riesgo inicial.

2.5.2 ESTABLECIMIENTO DE CONTROLES: Una vez identificado el riesgo inicial de acuerdo a la probabilidad (cuantas veces se realiza la actividad en 1 año- Frecuencia) y el impacto de acuerdo a la afectación económica y reputacional, y se ha identificado el riesgo en la matriz de calor se procede a identificar y valorar los controles.

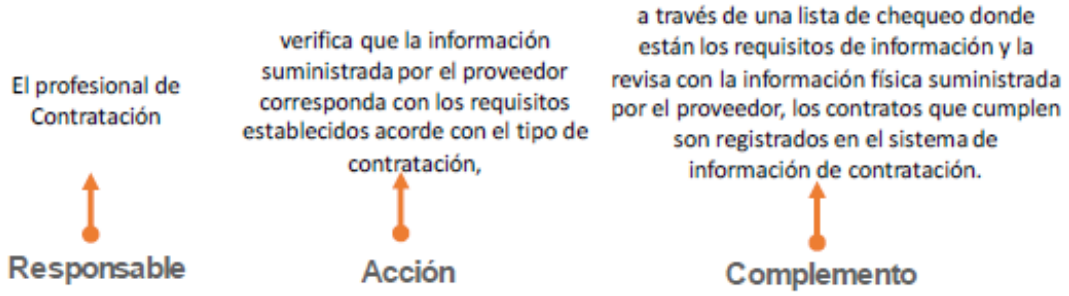
Un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo, se deben identificar controles cada uno de los riesgos identificados.

Para la correcta redacción de un control se propone tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. **Responsable de la ejecución del control:** Identificar el cargo del servidor encargado de ejecutar el control.
2. **Acción:** Determinar el verbo que indica la acción que debe realizar como parte del control.
3. **Complemento:** Corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

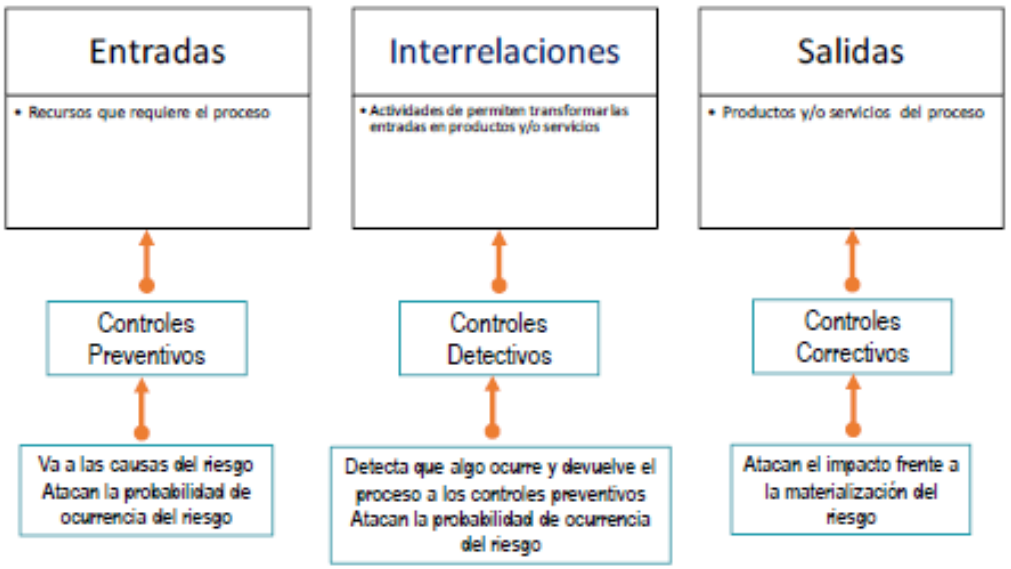
Figura No. 6 Ejemplo para redacción de un control.



2.5.3 Tipos de controles

1. **Preventivos :** Se aplica antes de que se realice la actividad que origina el riesgo, se consider el tipo de control más efectivo. Atacan probabilidad.
2. **Detectivos :** Se aplica durante la ejecución del proceso, detectando el riesgo pero generan reprocesos.
3. **Correctivos :** Se aplica en la salida del proceso y despues de materializarse el riesgo. Atacan impacto.

Figura No. 7 Tipos de controles



Según la forma:

Control manual: control ejecutado por personas.
Control automático: ejecutados por un sistema o aplicativo.

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

Tabla No. 2 Atributos para el diseño del control

Los atributos del tipo de control son utilizados para calificar el tipo de control según sea establecido de acuerdo con la tipología del control (preventivos, detectivos, correctivos etc.).

Caracteristicas			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 implicito el error humano.	15%

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

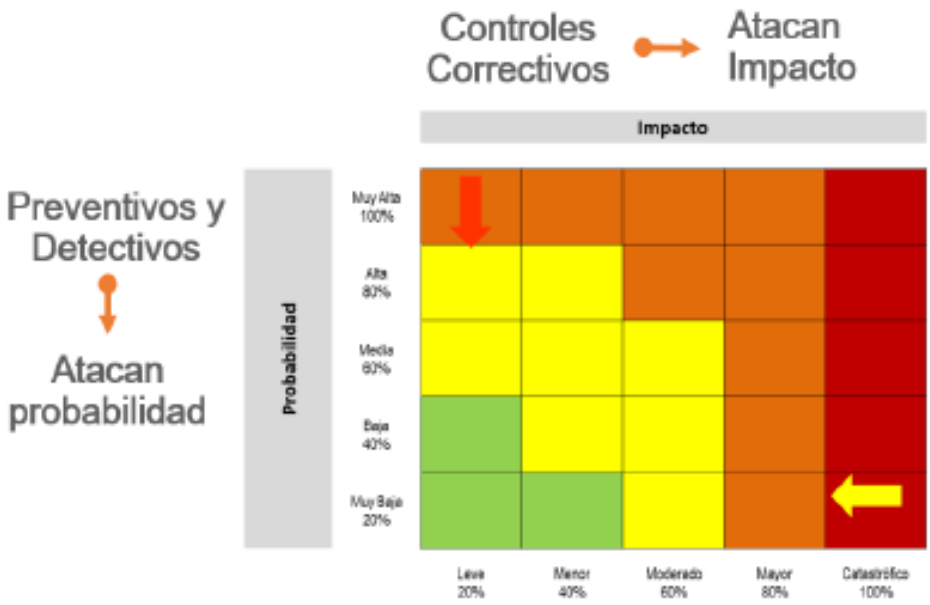
Atributos informativos	Documentacion	Documentado	Controles que están documentados en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso.	
		Sin Documentar	Identifica a los controles que pese a que se ejecutan en el proceso no se encuentran documentados en ningún documento propio del proceso.	
	Frecuencia	Continua	El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo.	
		Aleatoria	El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo.	
	Evidencia	con registro	El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control.	
		Sin Registro	El control no deja registro de la ejecución del control.	

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles de entidades Públicas.

El control busca disminuir la probabilidad y el impacto del riesgo, permitiendo moverse dentro de la matriz de calor ubicando el riesgo en zona de un menor impacto y una baja probabilidad como se puede observar en la siguiente figura.

Figura No. 8 Movimiento de la matriz de calor de acuerdo al tipo de control.

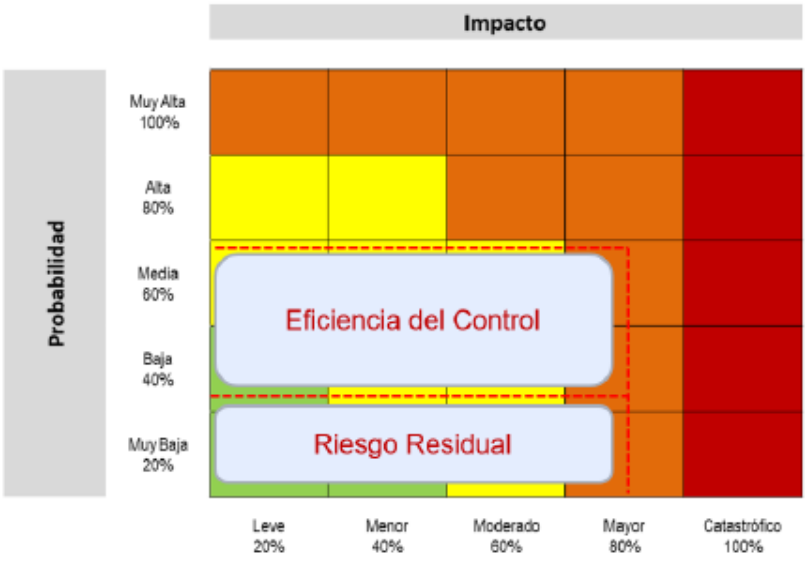
Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).



2.5.4 Riesgo Residual

Es el resultado de aplicar el control al riesgo inherente se denomina riesgo residual, y se puede observar con el movimiento que tiene el riesgo en la matriz de calor, como se observa en la siguiente ilustración:

Figura No. 9 Riesgo residual, aplicación de controles.



1. Para determinar el cálculo de la probabilidad o impacto residual se toma inicialmente el valor establecido de acuerdo a los criterios de frecuencia (cuantas veces al año se realiza una determinada actividad) y de nivel de impacto (la afectación económica y reputación del riesgo).
2. Se determina el valor de la probabilidad e impacto inherente.

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

3. Ubicar en la matriz de calor la situación actual de acuerdo a la combinación probabilidad e impacto (riesgo muy bajo, bajo, medio, alto o muy alto).
4. Establecer el tipo de control (preventivo, detectivo, o correctivo entre otros).

Figura No. 10 Mapa de calor riesgo inherente vs Mapa de calor riesgo residual.

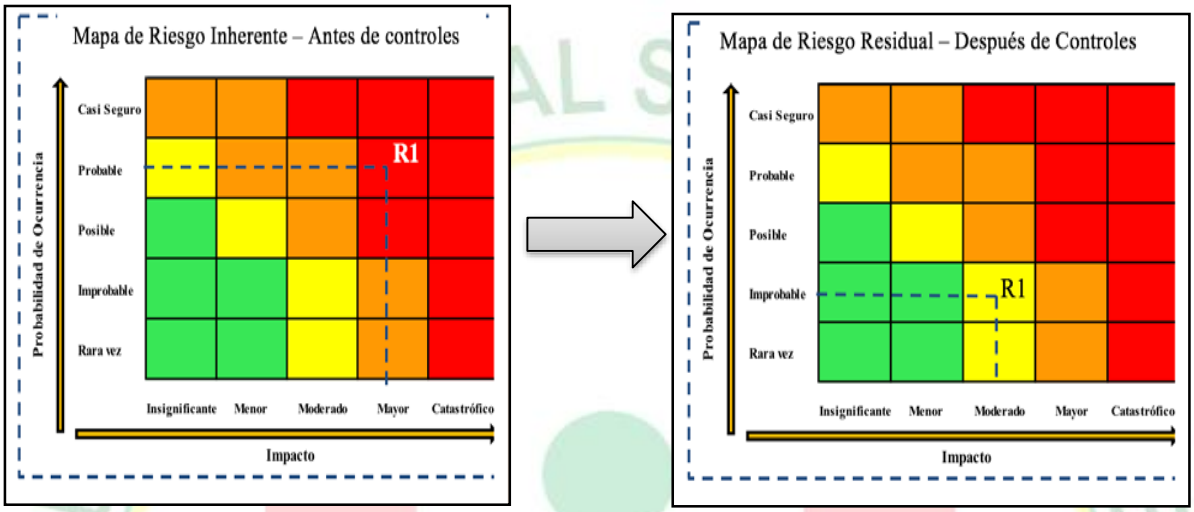


Tabla No. 3 Aplicación tabla de atributos a ejemplo.

Controles y sus caracteristicas				Peso
Control 1 El profesional del área de contratos verifica que la información suministrada por el proveedore 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.	Tipo	Preventivo	X	25%
		Detectivo		
		Correctivo		
	Implementación	Automático		
		Manual	X	15%
	Documentación	Documentado	X	-
		Sin documentar		
	Frecuencia	Continua	X	-
		Aleatoria		-
	Evidencia	Con registro	X	-
		Sin registro		-
Total Valoración control 1				**40%**

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

Control 2 El jefe 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 en el registro correspondiente, en caso de encontrar inconsistencias, devuelve el proceso al profesional de contratos asignados.	Tipo	Preventivo		
		Detectivo	X	15%
		Correctivo		
	Implementación	Automático		
		Manual	X	15%
	Documentación	Documentado	X	-
		Sin documentar		
	Frecuencia	Continua	X	-
		Aleatoria		-
	Evidencia	Con registro	X	-
		Sin registro		-
Total Valoración control 2				**30%**

5. Con base en la tabla No. 03 de atributos para el diseño del control calificar el control establecido para contrarrestar el riesgo identificado para cada tipo de control (Datos valoración de controles realizando sumatoria del peso porcentual).

   Se multiplica el porcentaje establecido en la probabilidad e impacto inherentes por los datos identificados en Datos valoración de controles, luego se le resta el resultado para determinar la probabilidad e impacto residual de la siguiente manera:

Tabla No. 4 Cálculo de la probabilidad e impacto residual

Riesgo	Datos relacionados con la probabilidad e impacto inherente		Datos valoración de controles		Cálculos requeridos
Posibilidad de pérdida económica por multa y sanción del ente regulador debido a la adquisición de bienes y servicios sin el cumplimiento de los requisitos normativos.	Probabilidad inherente	60%	Valoración control 1 preventivo	40%	60% * 40%= 24% 60%-24%= 36%
	Valor probabilidad para aplicar 2 control	36%	Valoración control 2 detectivo	30%	36% * 30%= 10,8% 36% - 10,8%= 25,2%
	Probabilidad Residual	25,2%			
	Impacto inherente	80%			
	No se tienen controles para aplicar el impacto	N/A	N/A	N/A	N/A
	Impacto residual	80%			

2.5 PLAN DE ACCIÓN

Se deben diligenciar las acciones que se adelantarán como complemento a los controles establecidos, no necesariamente son controles adicionales. Para Reducir (compartir).

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

Se determinan las acciones a realizar, el responsable, la fecha de implementación, Fecha de seguimiento, y estado actual.

CAPITULO III

RIESGOS RELACIONADOS CON ACTOS DE CORRUPCIÓN Y LAVADO DE ACTIVOS LA/FT

Los riesgos de corrupción se encuentren establecidos en el Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano que se establece por la entidad de forma anual atendiendo a lo establecido en la Ley 1474 de 2011, dentro del componente de Gestión del Riesgo de Corrupción. La entidad realiza seguimiento periódico a los riesgos identificados en el Plan y éstos son validados por parte de la oficina de control interno de gestión.

Un riesgo de corrupción se define como la "posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado ", los riesgos de corrupción se establecen sobre los procesos y procedimientos establecidos por la entidad.

Los riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/FT se definen como la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir la entidad por su propensión a ser utilizada, directamente o través de sus operaciones, como instrumento para la canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas o cuando se pretende el ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades.

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y LAVADO DE ACTIVOS LA/FT.

La identificación de los riesgos corrupción se realiza con base en los procesos y procedimientos establecidos por la institución; a continuación, se detallan algunas actividades que se han identificado como susceptible de riesgos de corrupción y que pueden servir para la identificación de posibles riesgos de corrupción:

Tabla No. 5 Tipos de riesgos de corrupción

Direccionamiento estratégico (alta Dirección)	Concentración de autoridad o exceso de poder. Extralimitación de funciones. Ausencia de canales de comunicación Amiguismo y clientelismo
Financiero (planeación y presupuesto)	Inclusión de gastos no autorizados Inversión de dineros públicos en entidades de dudosa solidez financiera a cambio de beneficios indebidos para servidores públicos encargado de su administración. Inexistencia de registros auxiliares que permitan identificar y controlar rubros de inversión. Inexistencia de archivos contables

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

	Afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto en beneficio propio o a cambio de una retribución económica.
De contratación	Estudios previos o de factibilidad deficientes. Estudios previos o de factibilidad manipulados por personal interesado en el futuro proceso de contratación (Estableciendo necesidades inexistentes o aspectos que benefician a una firma en particular). Pliegos de condiciones hechos a la medida de una firma en particular. Disposiciones establecidas en los pliegos de condiciones que permiten a los participantes direccionar los procesos hacia un grupo en particular. Visitas obligatorias establecidas en el pliego de condiciones que restringen la participación. Adendas que cambian condiciones generales del proceso para favorecer a grupos determinados. Declarar la urgencia manifiesta inexistente. Concentrar las labores de supervisión en poco personal. Contratar con compañías de papel que no cuentan con experiencia.
De información y documentación	Ausencia o debilidad de medidas y/o políticas de conflicto de interés. Concentración de información de determinadas actividades o procesos en una persona. Ausencia de sistemas de información que puedan facilitar el acceso a información y su posible manipulación o adulteración. Ocultar la información considerada pública para los usuarios. Ausencia o debilidad de canales de comunicación.
De investigación y sanción	Inexistencia de canales de denuncia interna o externa. Dilatar el proceso para lograr el vencimiento de términos o la prescripción de este. Desconocimiento de la Ley mediante interpretaciones subjetivas de las normas vigentes para evitar o postegar su aplicación. Exceder facultades legales en los fallos.
	Cobros asociados al trámite Influencia de tramitadores

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

De trámites y/o servicios internos y externos	Tráfico de influencias (amiguismo, persona influyente)
De reconocimiento de un derecho (expedición de licencias y/o permisos)	Falta de procedimientos claros por el trámite Imposibilitar el otorgamiento de una licencia o permiso. Tráfico de influencias (amiguismo, persona influyente)

Ejemplo de riesgo de corrupción

RIESGO	DESCRIPCIÓN	TIPO	CAUSAS	CONSECUENCIAS
Inoportunidad en la adquisición de los bienes y servicios requeridos por la entidad	La combinación de factores como insuficiente capacitación del personal de contratos, cambios en la regulación contractual, inadecuadas políticas de operación y carencia de controles en el procedimiento de contratación, pueden ocasionar inoportunidad en la adqusición de los bienes y servicios requeridos por la entidad, repercutiendo en la continuidad de su operación.	Operativo	Carencia de controles en el procedimiento de contratación. Insuficiente capacitación del personal de contratos. Desconocimiento de los cambios en la regulación contractual. Inadecuadas políticas de operación	1. Parálisis en los procesos. 2. Incumplimiento en la entrega de bienes y servicios a los grupos de valor. 3. Demandas y demás acciones jurídicas. 4. Detrimento de la imagen de la entidad ante sus grupos de valor. 5. Investigaciones disciplinarias

3.2 VALORACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

3.2.1 Probabilidad (Frecuencia)

La valoración de los riesgos de corrupción se realiza de acuerdo a la metodología establecida para la identificación de riesgos operativos descrito en la primera parte de la presente guía, determinando la frecuencia de ocurrencia para determinar la probabilidad del riesgo de acuerdo a la siguiente tabla.

Figura No. 11 Criterios para medir el nivel de probabilidad de los riesgos de corrupción

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	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%
Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

3.2.2. Impacto

Para la determinación del impacto se analizan únicamente los niveles i) moderado, ii) mayor y iii) catastrófico, para determinar el nivel de impacto se deben aplicar el siguiente cuestionario:

Se debe calificar con una X (SI/ NO) cada una de las preguntas para obtener una sumatoria que me permita obtener un resultado para determinar el nivel de impacto de acuerdo al estándar establecido.

Tabla No. 6 Criterios para calificar el impacto en los riesgos de corrupción

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

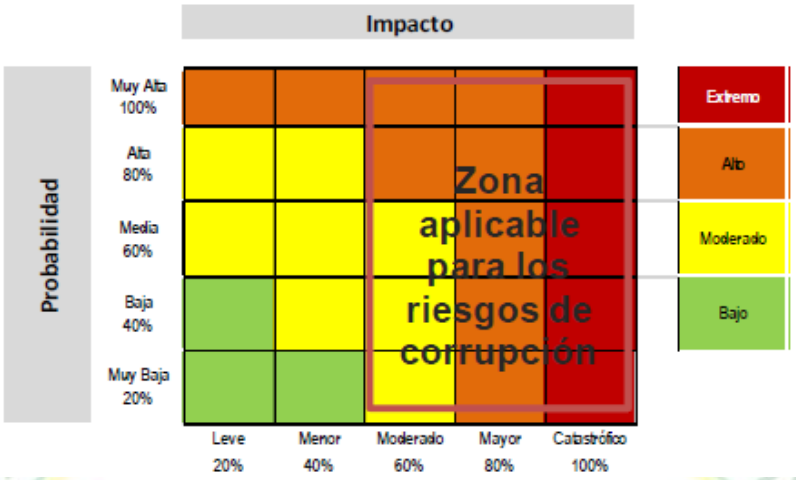
No.	PREGUNTA: SI EL RIESGO DE CORRUPCIÓN SE MATERIALIZA PODRIA...	RESPUESTA	
		SI	NO
1	Afectar al grupo de funcionarios del proceso ?	X	
2	Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia	X	
3	Afectar el cumplimiento de misión de la entidad ?	X	
4	Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la entidad ?	X	
5	Generar pérdida de confianza de la entidad, afectando su reputación ?	X	
6	Generar pérdida de recursos económicos ?	X	
7	Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios ?	X	
8	Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicios o recursos públicos	X	
9	Generar pérdida de información de la entidad ?		X
10	Generar intervención de los organos de control, de la Fiscalía o de otro ente ?	X	
11	Dar lugar a procesos sancionatorios ?	X	
12	Dar lugar a procesos disciplinarios ?	X	
13	Dar lugar a procesos fiscales ?		X
14	Dar lugar a procesos penales ?		X
15	Generar pérdida de credibilidad del sector ?		X
16	Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas ?		X
17	Afectar la imagen regional ?	X	
18	Afectar la imagen nacional ?		X
19	Generar daño ambiental ?		X
Responder afirmativamente de UNA a CINCO pregunta (s) genera un impacto moderado.		13	**NIVEL DE IMPACTO MAYOR**
Responder afirmativamente de SEIS a ONCE preguntas genera un impacto mayor.			
Responder afirmativamente de DOCE a DIECINUEVE preguntas genera un impacto catastrófico.			
MODERADO	Genera medianas consecuencias sobre la entidad		
MAYOR	Genera altas consecuencias sobre la entidad.		

3.3 RIESGO INHERENTE

En esta etapa se determina el nivel de severidad para el riesgo de corrupción identificado, aplicando la matriz de calor establecida en la presente guía y como se muestra a continuación:

Figura 12. Matriz de calor para riesgos de corrupción

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).



Una vez se realice la calificación del impacto y la probabilidad de los riesgos de corrupción y obtener la combinación final se debe ubicar la información en la matriz de calor, en el evento de que el riesgo se ubique en el recuadro que se detalla se determina que se encuentra en zona aplicable para riesgos de corrupción.

3.4 VALORACIÓN DE LOS CONTROLES

Para el caso de los riesgos de corrupción la valoración se realiza de acuerdo a lo establecido en el numeral 2.4 de la presente guía.

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

CAPITULO IV

RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Posibilidad de combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectosrelacionados con el ambiente físico, digital y las personas. Los riesgos de seguridad digital están tipificados en confidencialidad, integridad y disponibilidad.

Para realizar tratamiento de riesgos de seguridad de la información se debe iniciar con la identificación de los activos de seguridad de la información, los cuales se definen como cualquier elemento que tenga valor para la institución como, por ejemplo: Aplicaciones de la organización, servicios web, redes, información física o digital, tecnologías de información TI, Tecnologías de operación TO que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital.

4.1 Identificación de riesgos de seguridad de información.

Se deben identificar tres (3) tipos de riesgos relacionados con la seguridad de la información:

1. Pérdida de confidencialidad
2. Pérdida de integridad
3. Pérdida de disponibilidad

Cada riesgo se debe asociar con el grupo de activos correspondiente.

Tipo de activo	Ejemplo de vulnerabilidades	Ejemplo de amenazas
Hardware	Almacenamiento de medios sin protección	Hurto de medios o documentos
Software	Ausencia de parches de seguridad	Abuso de los derechos
Red	Líneas de comunicación sin protección	Escucha encubierta
Información	Falta de controles de acceso fisico	Hurto de información
Personal	Falta de capacitación en las herramientas	Error en el uso
Organización	Ausencia de políticas de seguridad	Abuso de los derechos

El siguiente cuadro muestra la descripción de un riesgo de seguridad de la información:

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

RIESGO	ACTIVO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	AMENAZA	TIPO	CAUSAS/ VULNERABILIDADES	CONSECUENCIAS
Base de datos de nómina	Pérdida de la integridad	La falta de políticas de seguridad digital, ausencia de políticas de control de acceso, contraseñas sin protección y mecanismos de autenticación débil, pueden facilitar una modificación no autorizada, lo cual causaría la pérdida de la base de datos de nómina.	Modificación no autorizada	Seguridad digital	Falta de políticas de seguridad digital Ausencia de políticas de control de acceso Contraseñas sin protección Autenticación débil	Posibles consecuencias que pueda enfrentar la entidad o el proceso a causa de la materialización del riesgo (legales, económicas, sociales, reputaciones, confianza en el ciudadano). Ej: posible retraso en el pago de nómina.

4.2 VALORACIÓN DEL RIESGO: Se realiza de acuerdo a lo establecido para riesgos operativos en la presente guía.

Ejemplo de controles para seguridad de información

RIESGO	ACTIVO	AMENAZA	VULNERABILIDAD	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DE RIESGO
Pérdida de la Confidencialidad	Base de datos de nómina	Modificación no autorizada	Ausencia de políticas de control de acceso Contraseñas sin protección Ausencia de mecanismos de identificación y autenticación de usuarios Ausencia de bloqueo de sesión	4-Probable	4- Mayor	Extrema

Fuente: Adaptado de Instituto de Auditores Internos. COSO ERM. Agosto 2004.

4.3 Controles para riesgos de seguridad de la información

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

Procedimientos operacionales y responsabilidades	Objetivo: asegurar las operaciones correctas y seguras de las instalaciones de procesamiento de información
Procedimientos de operación documentados	Control: los procedimientos de operación se deberían documentar y poner a disposición de todos los usuarios que los necesiten.
Gestión de cambios	Control: Se deberían controlar los cambios en la organización, en los procesos de negocio, en las instalaciones y en los sistemas de procesamiento de información que afectan la seguridad de la información.
Gestión de capacidad	Control: Para asegurar el desempeño requerido del sistema se debería hacer seguimiento al uso de recursos, llevar a cabo los ajustes y las proyecciones de los requisitos sobra a capacidad futura.
Separación de los ambientes de desarrollo, pruebas y operación	Control: Se deberían separar los ambientes de desarrollo, prueba y operación para reducir los riesgos de acceso o cambios no autorizados al ambiente de operación.
Protección contra códigos maliciosos	Objetivo: Asegurarse de que la información y las instalaciones de procesamiento de información estén protegidas contra códigos maliciosos.
Controles contra códigos maliciosos	Control: Se deberían implementar controles de detección, prevención y recuperación, combinados con la toma de conciencia apropiada por parte de los usuarios para protegerse contra códigos maliciosos.
Copias de respaldo	Objetivo: Proteger la información contra la pérdida de datos.
Respaldo de información	Control. Se deberían hacer copias de respaldo de la información, del software y de las imágenes de los sistemas, ponerlas a prueba regularmente de acuerdo con una política de copias de respaldo aceptada.

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

CONTROL DE CAMBIOS

El control de cambios, describe las modificaciones realizadas al presente documento y define la nueva versión que se genera por cambios de fondo requeridos.

FECHA	CAMBIO	NUEVA VERSIÓN	ELABORÓ
16/11/2021	Actualización del documento	**07**	**EDID YOHANNA ANGULO RODRIGUEZ** Gestora de seguimiento a riesgo **ARIEL FERNANDO TOVAR MORERA** Coordinador de planeación

GUÍA METODOLÓGICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO		
Actualizado por: EDID YOHANNA ANGULO RODRIGUEZ ARIEL FERNANDO TOVAR MORERA	**Revisado por:** PABLO LEON PUENTES QUESADA	**Aprobado por:** JOGE HUMBERTO GONZALEZ BAHAMON
Cargo: GESTORA DE SEGUIMIENTO A RIESGO COORDINADOR DE PLANEACIÓN	**Cargo:** SUBDIRECTOR CIENTIFICO	**Cargo:** GERENTE
Resolución 0995 de 2021: "POR LA CUAL SE ADOPTA LA GUIA METODOLÓGICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL DE GARZÓN Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"		

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).

ANEXO 1. MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE RIESGOS OPERATIVOS.

ANEXO 2. MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: www.hospitalgarzon.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co, gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).