



RESOLUCIÓN No. 2 - 0331 De 17 MAY 2019

Por medio de la cual se adopta la Política de Administración de Riesgos que define el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de Administración, gestión y control del riesgo en la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca.

El Director de la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, en uso de sus facultades legales y en especial de las conferidas por el Artículo 194 de la Ley 100 de 1993, Decreto 1876 de 1994, Decreto 139 de 1996, Ordenanza 022 de 1996 y el Acuerdo 002 de 1997 y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política de Colombia, en su artículo 209 en armonía con el artículo 269 establece la existencia de un control interno en todos los ámbitos de la administración pública.

Que en desarrollo del artículo 209 de la Constitución Política, el Congreso de la República expidió la Ley 87 de 1993, la cual ordena la obligación de las entidades públicas del orden nacional y territorial adoptar los mecanismos necesarios para el control interno de éstas.

Que la Ley 87 de 1993, establece las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y define la oficina de control interno (o quien haga sus veces) como uno de los componentes del sistema de control interno encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la revaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

Que la Directiva Presidencial 09 de 1999 y el Decreto 1537 de 2001 establecen los lineamientos para la implementación de la política contra la corrupción y los elementos técnicos y administrativos que fortalecen el Sistema de Control Interno de las Entidades y Organismos del Estado.

Que el artículo 4º del decreto 1537 de 2001 establece que todas las entidades de la Administración Pública deben contar con una política de Administración del riesgo tendiente a darle un manejo adecuado a los riesgos, con el fin de lograr de la manera más eficiente el cumplimiento de sus objetivos y estar preparados para enfrentar cualquier contingencia que se pueda presentar.

Que mediante la ley 1474 de 2011, relativa a las medidas anticorrupción que deben adoptar las entidades públicas, en su artículo 73 orienta para que construya

19



el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, y se fijan las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

Que el Decreto 1083 de 2015, establece que las oficinas de control interno o quien haga sus veces, desarrollarán su labor a través de los roles de liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control.

Que el mismo Decreto, establece que el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno tiene dentro de sus funciones, la de diseñar, aprobar y difundir lineamientos generales para la gestión y el control de los riesgos, así como verificar su cumplimiento.

Que el Decreto 1499 de 2017 modificó el Decreto 1083 de 2015 y creo el sistema de gestión que integra los sistemas de desarrollo administrativo y de gestión de la calidad, y lo articuló con el sistema de control interno en el marco del modelo integrado de planeación y gestión -MIPG a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

Que el Artículo 2.2.21.5.4 del Decreto 1083 de 2015 establece la *Administración de riesgos* como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspecto tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizaciones, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos.

Que la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, mediante Resolución 2-0004 del 02 de enero de 2018, adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y crea los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño y de Coordinación de Control Interno.

Que el Departamento Administrativo de la Función Pública dentro del ejercicio de la implementación de MIPG, ha desarrollado metodologías y herramientas para aplicación de todos los entes de la administración pública, entre ellas la metodología actualizada e integral para la gestión y control de riesgos Versión 4 en Octubre de 2018.

91



Que la Administración de la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, mediante Resolución 2.0414 del 24 de agosto de 2016, adoptó la Política y Lineamientos para la Administración del Riesgo tomando como base metodologías anteriores, que por obsolescencia deben ser modificadas.

Que el Departamento Administrativo de la Función Pública a través de su espacio virtual de asesoría – EVA – en la WEB del DAFP, ha dispuesto el curso virtual sobre el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG-, que el módulo 7 de la Dimensión Control Interno, Política de Control Interno, establece las acciones de cada línea de defensa frente a los componentes del Modelo Estándar de Control Interno - MECI-

Que en virtud de lo anterior, se requiere adoptar la Política de Administración de Riesgos, con el fin de definir y regular las responsabilidades y generalidades del ejercicio de la administración, diseño, gestión y control de los riesgos.

Que el Decreto 1499 de 2017 creó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, generando el sistema integrado de gestión articulado con el Sistema de Control Interno, a través del Modelo de las Líneas de Defensa para la Gestión y el Control, por lo que se hace necesario definir e integrar el modelo de las líneas de defensa en la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca y generar las responsabilidades de cada una de las líneas de defensa en la administración, gestión y control de los riesgos.

Que la Administración de la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, mediante Resolución No. 2 - 0259 del 9 de abril de 2019, definió quienes integran cada una de las líneas de defensa para la gestión y el control como mecanismo articulador de los sistemas integrados de gestión y de control interno dentro del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG –.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Establecer el contexto interno de la Administración, Gestión y Control del Riesgo en la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, determinado de la siguiente forma:

INTRODUCCIÓN

La Política de Administración del riesgo es la expresión del compromiso del equipo directivo de la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca frente a la identificación, tratamiento y control de los riesgos y oportunidades, que influyen los resultados

101



de la gestión y permiten el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Estratégico de Gestión Institucional y en los Planes de Acción.

Así mismo, la presente política involucra, mediante un ámbito estratégico y el modelo de las líneas de defensa, a todos los servidores de la entidad, soportándose en los mecanismos de comunicación disponibles, y cubriendo todas las responsabilidades institucionales, las de cada proceso y las propias de cada servidor, los niveles de aceptación de riesgo, los ciclos de establecimiento y seguimiento, los niveles de calificación, la identificación de riesgos de gestión, de corrupción y seguridad digital, entre otros, que hacen parte fundamental del lenguaje y herramientas disponibles para la administración de riesgos.

La política pretende direccionar e influenciar la cultura organizacional, en función del pensamiento basado en riesgos. Esta forma de gestionar representa una herramienta de gran utilidad para anticiparse y contribuir a: Hacer que las cosas pasen, y que pasen bien, cabe resaltar que la política en su diseño, contempla la administración de otras tipologías de riesgos correspondientes a los sistemas de gestión implementados en la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, tales como: Sistema de Administración de Riesgos, Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo "SARLAFT", Sistema de Gestión Ambiental, Sistema de Seguridad de la información, Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad en el Sector Salud, entre otros.

1. Alcance

La administración de riesgos en la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, es aplicable al direccionamiento estratégico de la Entidad, a todos los procesos del modelo de operación por procesos, a los planes institucionales, a los proyectos y a las acciones ejecutadas por los servidores durante el ejercicio de sus funciones; dándoles el tratamiento necesario, con base en la metodología definida, para cada tipología de riesgos existente.

2. Objetivos

2.1. Orientar la toma de decisiones oportunas y minimizar efectos adversos al interior de la Entidad, con el fin de garantizar la continuidad a la gestión institucional y el logro de los objetivos estratégicos de la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca.

2.2. Direccionar la cultura organizacional, en función del desarrollo de un pensamiento basado en riesgos.

PM



2.3. Establecer condiciones institucionales para la gestión del riesgo.

2.4. Identificar las oportunidades dentro del contexto interno y externo a la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, que permitan la mejora continua en la gestión.

ARTICULO SEGUNDO: Articulación del Sistema Integrado de Gestión y del Sistema de Control Interno en la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca:

Conforme a lo establecido en la normatividad, en ejercicios académicos desarrollados por el Departamento Administración Pública, el modelo de las líneas de defensa se constituye en el mecanismo articulador de sistemas integrados de gestión y de control interno, dentro del siguiente esquema:



ARTÍCULO TERCERO: Enfoque sistemático para la Administración, Gestión y Control del Riesgo en la E.S.E. Hospital san Vicente de Arauca.

Determinar y formular las acciones y deberes esenciales relacionadas con cada una de las líneas de defensa establecidas por la alta dirección de la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, mediante Resolución No. 2 - 0259 del 9 de

101



abril de 2019, mediante la cual se estableció la integración del Modelo de las líneas de defensa como mecanismo articulador de los sistemas integrados de gestión y de control interno dentro del marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, de la siguiente manera:

LINEAS DE DEFENSA PARA LA GESTION Y EL CONTROL DEL HSVA.

LINEA ESTRATEGICA: conformada por Director y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Este nivel analiza los riesgos y amenazas institucionales al cumplimiento de los planes estratégicos.

Tiene la responsabilidad de la Gestión Estratégica de la entidad, de definir el marco general para la gestión del riesgo (política de administración del riesgo) y garantiza el cumplimiento de los planes de la entidad, de orientar el desarrollo e implementación de políticas y procedimientos internos y asegurar que sean compatibles con las metas y objetivos de la entidad y emprender las acciones de mejoramiento para su logro.

La Línea Estratégica designa responsabilidades propias de la línea estratégica y las demás líneas de defensa frente a la planeación, gestión, control basadas en riesgos.

La alta dirección y el equipo directivo, a través de su comité Institucional de Coordinación de Control Interno, debe monitorear y revisar el cumplimiento de los objetivos a través de una adecuada gestión de riesgos con relación a lo siguiente:

- Revisar los cambios en el "Direccionamiento estratégico" y cómo estos pueden generar nuevos riesgos o modificar los que ya se tienen identificados.
- Revisión del adecuado desdoblamiento de los objetivos institucionales a los objetivos de procesos, que han servido de base para llevar a cabo la identificación de los riesgos.
- Hacer seguimiento en el Comité Institucional y de Coordinación de Control Interno a la implementación de cada una de las etapas de la gestión del riesgo y los resultados de las evaluaciones realizadas por Control Interno o Auditoría Interna.
- Revisar el cumplimiento a los objetivos institucionales y de procesos y sus indicadores e identificar en caso de que no se estén cumpliendo, los posibles riesgos que se están materializando en el cumplimiento de los objetivos.
- Hacer seguimiento y pronunciarse por lo menos cada trimestre sobre el perfil de riesgo inherente y residual de la entidad, incluyendo los riesgos de



corrupción y de acuerdo a las políticas de tolerancia establecidas y aprobadas.

- Revisar por lo menos cada trimestre, los informes presentados de los eventos de riesgos que se han materializado en la entidad, incluyendo los riesgos de corrupción, así como las causas que dieron origen a esos eventos de riesgos materializados, como aquellas que están ocasionando que no se logre el cumplimiento de los objetivos y metas, a través del análisis de indicadores asociados a dichos objetivos.
- Revisar los planes de acción establecidos para cada uno de los riesgos materializados, con el fin de que se tomen medidas oportunas y eficaces para evitar en lo posible la repetición del evento.
- Asegurarse de la permeabilización de la Guía Metodológica de Administración de Riesgos, en versión actualizada, en todos los niveles de la entidad, de tal forma que se conozcan claramente los niveles de responsabilidad y autoridad que posee cada una de las tres líneas de defensa frente a la gestión del riesgo.

RELACION DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA Y RESPONSABILIDADES FRENTE A LOS COMPONENTES DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI-.

La Línea Estratégica tiene compromisos con su participación directa e indirectamente frente a cada uno de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno -MECI -, detallados de la siguiente forma:

- ✓ Frente al Componente Ambiente de Control tiene participación directa en el diseño y aprobación de la Política de Administración de Riesgos, en el establecimiento de lineamientos para el funcionamiento del Sistema de Control Interno, en la aprobación del Plan Anual de Auditoría y en el monitoreo del cumplimiento de los estándares de conducta.
- ✓ Frente al Componente de Evaluación del Riesgo tiene participación indirecta en el Monitoreo de: los cambios en el entorno, del estado de los riesgos aceptados y el cumplimiento de la política de riesgos.
- ✓ Frente al componente Información y Comunicación la línea estratégica es la principal responsable, tiene participación directa garantizando la disponibilidad, confiabilidad, integridad y seguridad de la información.
- ✓ Frente al Componente Actividades de Monitoreo, tiene participación indirecta en ejercicio de verificar que se estén llevado a cabo autoevaluaciones por parte de la segunda línea y evaluaciones independientes por parte de la tercera línea y determinar el estado el Sistema de Control Interno.



PRIMERA LINEA DE DEFENSA: (Autocontrol)

Es la responsable de la gestión operacional, se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día, bajo el principio del Autocontrol.

La gestión operacional identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos.

Conformada por los Subdirectores Administrativo y Científica, Líderes de procesos y subprocesos, detallada a continuación:

SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA, Profesional de Planeación, Líder TALENTO HUMANO, Profesional Seguridad Salud en el trabajo, Profesional Nómina; Líder FINANCIERA: Profesional Contabilidad. Profesional de Presupuesto, Profesional de Costos, Profesional Líder de Facturación, Profesional Líder de Auditoria, Profesional Líder de Cartera; Líder Gestión Jurídica y Contractual; Líder RECURSOS FISICOS: Profesional de Compras y suministros (Almacenista General), Profesional de Biomédica, Profesional responsable de la Gestión Ambiental y Complementarios; **GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL**: Profesional Sistemas de Información, Técnico Archivo, Técnico Historias Clínicas - Estadística, Profesional GIU, Profesionales de Trabajo Social, Asesor Control Interno **SUBDIRECCION CIENTIFICA**, Líder URGENCIAS; **AMBULATORIO**: Líder Consulta Externa; **GESTION CUIDADO CRITICO**: Líder UCI, Líder Programa Canguro; **GESTION TERAPEUTICA**: Líder Farmacia, Líder Servicio Transfusional, Líder Rehabilitación, Profesional Terapia Respiratoria, Profesional Terapia Física, Profesional Fonoaudiología, Profesional Terapia Ocupacional, Profesional Nutrición; **GESTION QUIRURGICA**: Líder Cirugía, Líder Esterilización; **GESTION OBSTETRICA**: Líder Urgencias, Líder Ginecobstetricia, Líder IAMI, Líder AIEPI; **GESTION HOSPITALIZACION**: Líder Pediatría, Líder Adultos; **GESTION TRASLADO ASISTENCIAL**: Líder Referencia y Contra referencia; **GESTION APOYO DIAGNOSTICO**: Líder Laboratorio Clínico, Líder Imagenología, Líder Patología.

En desarrollo de la Gestión Operativa y del Autocontrol, deben desarrollar las siguientes actividades:

- Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar los programas, proyectos, planes y procesos a su cargo y actualizarlo cuando se requiera con énfasis en la prevención del daño antijurídico.
- Definir, aplicar y hacer seguimiento a los controles para mitigar los riesgos identificados alineados con las metas y objetivos de la entidad y proponer mejoras a la gestión del riesgo en su proceso.

17



- Supervisar la ejecución de los controles aplicados por el equipo de trabajo en la gestión del día a día, detectar las deficiencias de los controles y determinar las acciones de mejora a que haya lugar.
- Desarrollar ejercicios de autocontrol para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles.
- Informar a la oficina de planeación (integrante de la segunda línea) sobre los riesgos materializados en los programas, proyectos, planes y/o procesos a su cargo.
- Reportar a la segunda línea de defensa los avances y evidencias de la gestión de los riesgos a cargo del proceso asociado, para su verificación.
- Asegurarse de implementar de la Guía Metodológica de Administración de Riesgos, en versión actualizada o vigente que determine el Departamento Administrativo de La Función Pública, para el tratamiento de los riesgos en la operación, reportando a la segunda línea sus avances y dificultades

RELACION Y RESPONSABILIDADES DE LA PRIMERA LÍNEA Y FRENTE A LOS COMPONENTES DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI-.

La Primera Línea tiene compromisos con su participación directa e indirecta frente a cada uno de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno -MECI -, detallados de la siguiente forma:

- ✓ Frente al Componente Evaluación del Riesgo tiene participación directa en identificar, valorar y definir la opción del tratamiento a los riesgos
- ✓ Frente al Componente Actividades de Control tiene participación directa con la definición y diseñar de controles a los riesgos identificados.
- ✓ Frente al componente Información y Comunicación responsable, tiene participación indirecta dando cumplimiento a las políticas y lineamientos para comunicar información relevante.

SEGUNDA LINEA DE DEFENSA: (Autoevaluación)

Asegura que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces.

Consolidan y analizan información sobre temas clave para la entidad, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos.

19



La segunda línea de defensa está conformada por:

Miembros del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Profesional Planeación, Profesional Mejoramiento Continuo del Sistema Integrado de Gestión, Profesional del Sistema Obligatorio de Gestión de la Calidad en el Sector Salud SOGCS, Líder Financiero, Líder Talento Humano y Profesional responsable del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, Asesor en Gestión Jurídica y Contractual, Profesional de Gestión Ambiental, Profesional de Gestión de Información al Usuarios GIU y Profesionales de Trabajo Social, Profesional Sistema de Información Referente Seguridad del Paciente: Profesional de Fármaco vigilancia, Profesional de Tecno vigilancia, Líder Hemo vigilancia, Líder Reactivo vigilancia, Profesional Epidemiología, Secretaria Técnica del Comité de Historias Clínicas.

Es responsable de la Autoevaluación, dentro de la cual se deben adelantar las siguientes acciones:

- Apoyar en la administración de políticas en cuanto a la definición de roles y responsabilidades y el establecimiento de objetivos para su implementación.
- Proporcionar marcos para la gestión de riesgos.
- Identificar asuntos conocidos y emergentes.
- Identificar cambios en el seguimiento a los niveles de riesgo implícito de la organización.
- Asistir a la administración en el desarrollo de procesos y controles para la gestión de riesgos y problemas.
- Proporcionar guía y entrenamiento en procesos de gestión de riesgos.
- Facilitar y monitorear la implementación de prácticas efectivas de gestión de riesgos por parte de la gerencia operativa
- Alertar a la gerencia operativa de asuntos emergentes y de cambios en los escenarios regulatorios y de riesgos.
- Monitorear la adecuación y efectividad del control interno, la exactitud e integridad de la información, el cumplimiento de las leyes y regulaciones, y la remediación oportuna de deficiencias.
- Le corresponde al área encargada de la gestión del riesgo (segunda línea de defensa) la difusión y asesoría de la de la Guía Metodológica de Administración de Riesgos, en versión actualizada, así como de los planes de tratamiento de riesgo identificados en todos los niveles de la entidad, de tal forma que se asegure su implementación.
- Los gerentes públicos y los líderes de proceso deben monitorear y revisar el cumplimiento de los objetivos instituciones y de sus procesos a través de una adecuada gestión de riesgos, incluyendo los riesgos de corrupción, entre otros, con relación a lo siguiente:

PA



- Revisar los cambios en el Direccionamiento Estratégico o en el entorno y como estos puedan generar nuevos riesgos o modificar los que ya se tienen identificados en cada uno de los procesos, con el fin de solicitar y apoyar en la actualización de las matrices de riesgos.
- Revisión de la adecuada definición y desdoblamiento de los objetivos institucionales a los objetivos de los procesos, que han servido de base para llevar a cabo la identificación de los riesgos, y realizar las recomendaciones a que haya lugar.
- Revisar el adecuado diseño de los controles para la mitigación de los riesgos que se han establecido por parte de la primera línea de defensa y realizar las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos.
- Revisar el perfil de riesgo inherente y residual por cada proceso y consolidado y pronunciarse sobre cualquier riesgo que este por fuera del perfil de riesgo de la entidad.
- Hacer seguimiento a que las actividades de control establecidas para la mitigación de los riesgos de los procesos se encuentren documentadas y actualizadas en los procedimientos.
- Revisar los planes de acción establecidos para cada uno de los riesgos materializados, con el fin de que se tomen medidas oportunas y eficaces para evitar en lo posible que se vuelva a materializar el riesgo y lograr el cumplimiento a los objetivos.

RELACION Y RESPONSABILIDADES DE LA SEGUNDA LÍNEA Y FRENTE A LOS COMPONENTES DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI-.

La Segunda Línea tiene compromisos con su participación directa e indirecta en actividades frente a cada uno de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno -MECI -, detallados de la siguiente forma:

- ✓ Frente al Componente Ambiente de Control tiene participación indirecta con el aporte de información necesaria para análisis y toma de decisiones por parte de la Línea Estratégica frente a la administración del riesgo, el funcionamiento del Sistema de Control Interno, sobre la ejecución del Plan Anual de Auditoría y el cumplimiento de los estándares de conducta.
- ✓ Frente al Componente Evaluación del Riesgo tiene participación indirecta adelantando el ejercicio de verificar en el marco de la política de riesgos, la adecuada identificación por parte de la Primera Línea de Defensa.

107



- ✓ Frente al Componente Actividades de Control tiene participación indirecta adelantando el ejercicio de verificar que los controles contribuyen a la mitigación de riesgos hasta niveles aceptables.
- ✓ Frente al componente Información y Comunicación, tiene participación indirecta adelantando el ejercicio de verificar que la información fluya a través de los canales establecidos y el reporte de información necesaria para el análisis y la toma de decisiones.
- ✓ Frente al Componente Actividades de Monitoreo, tiene participación indirecta en ejercicio de evaluar la gestión del riesgo y revisar con la primera línea la adecuada formulación de los planes de control y mejoramiento.

TERCERA LINEA DE DEFENSA:

Está conformada por la Oficina de Control Interno o Auditoría Interna.

Responsable de la Evaluación Independiente y la encargada de proporcionar a la Alta Dirección y Línea Estratégica de Defensa aseguramiento de la eficacia, eficiencia y economía de la Gobernanza Institucional, la administración de riesgos y el control interno, incluyendo la forma en que la primera y segunda línea de defensa contribuyen a alcanzar los objetivos de la administración de riesgos y el control Interno.

Provee aseguramiento (evaluación) independiente y objetivo sobre la efectividad del sistema de gestión de riesgos, validando que la línea estratégica, la primera línea y segunda línea de defensa cumplan con sus responsabilidades en la gestión de riesgos para el logro en el cumplimiento de los objetivos institucionales y de proceso, así como los riesgos de corrupción, entre otros.

La oficina de control interno o auditoría interna monitorea y revisa de manera independiente y objetiva el cumplimiento de los objetivos institucionales y de procesos, a través de la adecuada gestión de riesgos, incluyendo los riesgos de corrupción, entre otros, con relación a lo siguiente:

- Revisar los cambios en el "Direccionamiento estratégico" o en el entorno y como estos puedan generar nuevos riesgos o modificar los que ya se tienen identificados en cada uno de los procesos, con el fin de que se identifiquen y actualicen las matrices de riesgos por parte de los responsables.
- Revisión de la adecuada definición y desdoblamiento de los objetivos institucionales a los objetivos de los procesos, que han servido de base para

107



llevar a cabo la identificación de los riesgos, y realizar las recomendaciones a que haya lugar.

- Revisar que se hayan identificado los riesgos significativos que afectan en el cumplimiento de los objetivos de los procesos, incluyendo los riesgos de corrupción.
- Revisar el adecuado diseño y ejecución de los controles para la mitigación de los riesgos que se han establecido por parte de la Primer Línea de Defensa y realizar las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos.
- Revisar el perfil de riesgo inherente y residual por cada proceso y consolidado y pronunciarse sobre cualquier riesgo que este por fuera del perfil de riesgo de la entidad o que su calificación del impacto o probabilidad del riesgo no es coherente con los resultados de las auditorías realizadas.
- Hacer seguimiento a que las actividades de control establecidas para la mitigación de los riesgos de los procesos se encuentren documentadas y actualizadas en los procedimientos y los planes de acción establecidos como resultados de las auditorías realizadas, se realicen de manera oportuna, cerrando las causas raíz del problema, evitando en lo posible la repetición de hallazgos o materialización de riesgos.
- Realizar evaluación (aseguramiento) independiente sobre la gestión del riesgo en la entidad, catalogándola como una unidad auditable más dentro de su universo de auditoría, y por lo tanto debe dar a conocer a toda la entidad el Plan Anual de Auditorías basado en riesgos, y los resultados de la evaluación de la gestión del riesgo.

RELACION Y RESPONSABILIDADES DE LA TERCERA LÍNEA FRENTE A LOS COMPONENTES DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI-

La Tercera Línea tiene compromisos con su participación directa e indirectamente frente a cada uno de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno -MECI -, detallados de la siguiente forma:

- ✓ Frente al Componente Ambiente de Control tiene participación indirecta con el aporte de información necesaria para análisis y toma de decisiones por parte de la Línea Estratégica frente a la administración del riesgo, el funcionamiento del Sistema de Control Interno, sobre la ejecución del Plan Anual de Auditoría y el cumplimiento de los estándares de conducta, desde el cumplimiento de los roles de las oficinas de control interno; Liderazgo Estratégico, Evaluación y Seguimiento y Enfoque hacia la Prevención.
- ✓ Frente al Componente Evaluación del Riesgo tiene participación indirecta adelantando el ejercicio que le corresponde al Rol de Evaluación de la

97



Gestión del Riesgo, dentro de los roles de las oficinas de control interno.

- ✓ Frente al Componente Actividades de Control tiene participación indirecta adelantando el ejercicio que le corresponde a los Roles Evaluación de la Gestión del Riesgo y Evaluación y Seguimiento, dentro de los roles de las oficinas de control interno.
- ✓ Frente al componente Información y Comunicación tiene participación indirecta aportando información para análisis y toma de decisiones desde el desarrollo de las actividades que le corresponden en el ejercicio de los roles Relación con entes externos de control y Evaluación y Seguimiento.
- ✓ Frente al Componente Actividades de Monitoreo, tiene participación directa adelantando las actividades que le corresponden dentro del Rol de Evaluación y Seguimiento.

ARTICULO CUARTO: Orientación Estratégica.

La Política de Administración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, determina los lineamientos y sus respectivas directrices, desde el contexto estratégico, enmarcado en el cumplimiento de objetivos estratégicos y la misión institucional, de la siguiente forma:

La E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, conforme a su misión de ser "...Empresa social del estado, que presta servicios integrales de salud de mediana complejidad, con recursos tecnológicos y un talento humano comprometido con la calidad, seguridad, innovación, y responsabilidad social, garantizando la satisfacción del usuario y su familia, que eleva la efectividad de la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca y promueve la transparencia para contribuir al bienestar y calidad de vida de la ciudadanía ...", establece:

Lineamiento 1: Que para todos los sistemas de gestión y para todo el modelo de operación por procesos, dentro del alcance en la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, el pensamiento basado en riesgos debe ser herramienta funcional para el desarrollo de la planeación, el control, la evaluación y la mejora.

Directrices:

El Director y los Subdirectores pertenecientes a **la línea estratégica**, se comprometen a fomentar un clima y unos escenarios de trabajo, que favorezcan el análisis de los riesgos, la implementación de controles y la generación de acciones



para realizar el tratamiento de riesgos y la gestión de oportunidades, que faciliten su mitigación u optimización.

En la primera línea de defensa, todos los directivos y líderes deben fortalecer la cultura de gestión de riesgos en el ámbito institucional, bajo un enfoque estratégico, revisando las necesidades de adaptación al cambio y definiendo o actualizando la política de Administración del Riesgo. Todos los Líderes responsables de procesos, subprocesos, programas y proyectos, deben gestionar los riesgos a partir del plan de tratamientos definido, y su respectivo seguimiento durante la ejecución de las actividades de control, así como la comunicación de los resultados obtenidos y generación de alertas tempranas.

Los líderes de proceso deben requerir y compartir la información relacionada con la comunicación y consulta de los seguimientos, el monitoreo, y las estadísticas e indicadores. Toda materialización de riesgos debe ser reportada de inmediato a la Oficina de Planeación y esta a su vez al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, incluyendo la información y soportes relacionados con el seguimiento a los planes de contingencia realizados.

En la segunda línea de defensa, todo servidor que tenga rol o funciones de supervisión, control, planeación, seguridad o calidad, debe fortalecer su conocimiento, la verificación y la evaluación de controles en las diferentes tipologías de riesgos y, la intensidad y frecuencia de los controles, según corresponda.

En la tercera línea de defensa, toda auditoría interna debe estar basada en riesgos y debe asegurar la eficacia del gobierno corporativo, mediante la evaluación de la gestión del riesgo y el control interno, incluyendo las maneras en que funcionan las dos primeras líneas de defensa.

Lineamiento 2: Se establece que, el nivel de aceptación del riesgo, una vez se determine su valoración residual, llega hasta la valoración con nivel bajo, para todas las tipologías de riesgos identificadas. Por lo anterior, para los casos en que la valoración residual situó el riesgo en los niveles extremo, alto y moderado, se deben modificar los controles existentes o generar tratamientos adicionales.

Directrices:

En la primera línea de defensa, los subdirectores y líderes de procesos y subprocesos, debe evaluar la solidez de los controles existentes para los riesgos estratégicos, después del tratamiento establecido con base en la valoración residual, determinando si se presenta la necesidad de modificar los controles existentes o generar tratamientos adicionales.

101



Todos los responsables de procesos, programas, planes y proyectos, deben evaluar la solidez de los controles existentes para cada uno de los riesgos, después del tratamiento establecido con base en la valoración residual, determinando si se presenta la necesidad de modificar los controles existentes o generar tratamientos adicionales.

En la segunda línea de defensa, todo servidor que tenga rol o funciones de supervisión, control, planeación, seguridad o calidad, es responsable de monitorear la modificación de los controles existentes o la generación de tratamientos adicionales, para los riesgos que en su valoración residual se sitúen en los niveles extremo, alto y moderado.

En la tercera línea de defensa, toda auditoría interna debe estar basada en riesgos y debe evaluar la solidez de los controles existentes, después del tratamiento establecido con base en la valoración residual, exponiendo eventualmente la necesidad de modificar los controles existentes o generar tratamientos adicionales.

Lineamiento 3: No se admite tolerancia a los riesgos relacionados con prácticas corruptas.

Los riesgos de corrupción gestionados hacen parte del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano - PAAC.

Directrices:

En la primera línea de defensa, cada líder debe reconocer los riesgos que están identificados en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, donde tiene responsabilidad sobre el resultado.

El Director y los Subdirectores se comprometen a fomentar un clima organizacional que favorezca el análisis de los riesgos, la Comunicación y consulta, así como la implementación de controles y acciones para tratar riesgos y opciones que permitan su mitigación y promoción.

Los subdirectores y los líderes de los procesos, en conjunto con sus equipos, deben monitorear y revisar periódicamente la gestión de riesgos de corrupción y si es el caso ajustarlo, (primera línea de defensa).

Todos los responsables de procesos, programas y proyectos, deben gestionar los riesgos de corrupción: ejecutar los controles, comunicar sus resultados y generar las alertas tempranas que corresponda.

En la segunda línea de defensa, todo servidor que tenga rol o funciones de supervisión, control, planeación, seguridad o calidad, es responsable de establecer y verificar los controles, en las diferentes acciones comprometidas en el PAAC.

- P₁



Le corresponde, igualmente a la oficina de planeación adelantar el monitoreo (segunda línea de defensa), para este propósito se sugiere elaborar una matriz para el monitoreo periódico. Este monitoreo será en los tiempos que determine la entidad.

Dentro de la tercera línea de defensa, toda auditoría interna debe estar basada en riesgos y debe asegurar la eficacia, mediante la evaluación de los controles establecidos para los riesgos de corrupción, incluyendo las maneras en que funcionan las líneas de defensa primera y segunda.

Toda materialización de riesgos debe ser reportada de inmediato a la Oficina de Planeación y a la Oficina de Control Interno, incluyendo el seguimiento a los planes de contingencia realizados.

ARTÍCULO CUARTO: Apropiación, Aprehensión e Interiorización.

Definir planes de acción por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, Las Oficinas de Planeación, Gestión de la Calidad y Control Interno para la apropiación cultural de la gestión del riesgo, roles y responsabilidades de las áreas, que se en listan de la siguiente forma:

En la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, se promueve la transparencia y se fortalece la cultura de autocontrol y prevención, lo cual contribuye a la administración de riesgos, a través de:

- Capacitaciones para el fortalecimiento conceptual y operativo de la gestión integral de riesgos, que garanticen la competencia necesaria de los servidores y colaboradores de la Entidad.
- Estrategias de sensibilización y comunicación, que promuevan el pensamiento basado en riesgos.
- Asesorías y acompañamiento para el desarrollo del enfoque de administración de riesgos en las actividades diarias.
- Divulgación de los resultados de la administración y gestión de riesgos en los procesos de la Entidad.
- Seguimiento prioritario a los riesgos ubicados en las zonas de riesgo "extrema" y "alta" de la matriz de riesgos, identificada para cada uno de los procesos de la Entidad.

Roles y Responsabilidades de Oficinas, Unidades o Áreas

Para la administración integral de riesgos en la E.S.E Hospital San Vicente de Arauca, se determinan los roles de los diferentes actores, teniendo en cuenta las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Secretaría de

27



Transparencia de la Presidencia de la República y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, entre otras, así:

Línea Estratégica: Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a quienes corresponde:

- a. Revisar el contexto estratégico, la plataforma estratégica, el modelo de operación por procesos y la planeación institucional, con el propósito de identificar cambios que puedan originar nuevos riesgos o modificar los existentes.
- b. Establecer, aprobar y posicionar la Política de Administración del Riesgo de la Entidad.
- c. Revisar la información de cumplimiento de los objetivos institucionales y de los diferentes procesos, relativa a la implementación de la gestión de riesgos.
- d. Analizar el informe de evaluación a la gestión de riesgos y de ser necesario, proponer acciones para mejorar los planes para el tratamiento de los mismos.
- e. Asumir la responsabilidad primaria del Sistema de Control Interno y de la identificación y evaluación de los cambios que podrían tener un impacto significativo en el mismo Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

- a. Proponer la política de riesgos de la Entidad.
- b. Evaluar y fijar lineamientos técnicos sobre la administración de los riesgos de la Entidad.
- c. Retroalimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles. Así mismo, hacer seguimiento a su administración, gestionar los riesgos estratégicos y aplicar los controles a los mismos.
- d. Evaluar los planes de tratamiento establecidos para cada uno de los riesgos materializados, minimizando la posibilidad de que el evento se repita.

Primera Línea – Subdirectores y Líderes de proceso, a quienes corresponde:

Con relación a la administración y gestión integral de riesgos, tendrán las siguientes funciones:

- a. Evaluar los cambios que se presenten en el Direccionamiento Estratégico o en el contexto estratégico, y cómo estos cambios originan nuevos riesgos o modifican los existentes.
- b. Liderar la identificación de los riesgos del proceso(s) a cargo, teniendo en cuenta las pautas contenidas en el procedimiento de administración de riesgos vigente.
- c. Realizar, con el apoyo de su grupo de trabajo, la administración de los riesgos identificados. Así mismo, analizar, calificar, definir controles, realizar acciones y

PA



monitoreo según la periodicidad establecida, para su tratamiento y posibles mejoras.

d. Realizar la evaluación de la solidez de los controles, para determinar la pertinencia y la necesidad de ajuste o modificación, en caso de presentarse.

e. Adelantar la revisión, actualización periódica y seguimiento de los mapas de riesgos, en todos aquellos aspectos consignados en el procedimiento y demás directrices frente al tema, y si es el caso ajustarlo, comunicando a la Oficina de Planeación dichos cambios.

f. Socializar los controles implementados, con el fin de asegurar su comprensión y oportuna aplicación, además de la información necesaria, que dé cuenta de la gestión de los riesgos. Esto se hará de forma constante en los espacios de Comités Institucionales y en aquellos que se determine.

g. Evaluar periódicamente la eficacia de los controles definidos para tratar los riesgos identificados y actualizar tales riesgos, siempre que el proceso fuente de los mismos, tenga cambios en su operatividad.

h. Reportar los planes de tratamiento establecidos para cada uno de los riesgos materializados, incluyendo las actividades para prevenir la no repetición, así como las causas que dieron origen a la materialización de dichos eventos.

Equipo Operativo de Gestores:

a. Apoyar el proceso de implementación de la Política Integral de Administración de Riesgos, bajo las orientaciones de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

b. Socializar y sensibilizar a los servidores de su dependencia, en la metodología para la adecuada administración de riesgos.

c. Acompañar, programar y desarrollar con el jefe de la dependencia y/o responsable del proceso, mesas de trabajo para la revisión, identificación, análisis, valoración y acciones de mitigación de riesgos, con la participación de los demás servidores.

d. Alimentar la herramienta de administración y gestión de riesgos, con la información resultante del proceso.

De los servidores:

a. Participar en la construcción y administración de los riesgos del proceso dentro del cual ejercen sus funciones o desarrollan sus labores.

b. Conocer los riesgos asociados al proceso dentro del cual ejercen sus funciones o desarrollan sus labores, así como los riesgos de la Entidad, con el objeto de identificar los no previstos por los líderes de otros procesos.

c. Identificar, registrar y reportar de manera oportuna riesgos potenciales y/o la posible materialización de un riesgo identificado, con el objeto de realizar un adecuado tratamiento y/o mitigación de los mismos.



Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación, de controles y de gestión del riesgo, a quienes corresponde:

Oficina de Asesora de Planeación:

- a. Determinar la metodología para la identificación y gestión de riesgos, de acuerdo con la normatividad y los lineamientos establecidos, para cada una de las tipologías de riesgos, a excepción de aquellas tipologías de riesgos que requieren un desarrollo metodológico particular por su naturaleza, tales como: los ambientales, los de seguridad y salud en el trabajo y los de seguridad de la información.
- b. Adelantar el monitoreo del mapa de riesgos, evaluando la eficacia en la implementación de los controles y sus acciones, y visibilizando todas aquellas situaciones que dificulten o impidan la administración de los riesgos, en concordancia con la cultura del autocontrol al interior de la Entidad.
- c. Formular lineamientos que orienten a los procesos para que se desarrolle de manera eficaz, eficiente y efectiva la gestión de riesgos.
- d. Coordinar y dirigir el desarrollo de las etapas previstas para el diseño e implementación del Componente de la administración de riesgos, a través de la herramienta dispuesta para tal fin.
- e. Consolidar, socializar y publicar el mapa de riesgos institucional.
- f. Acompañar y asesorar metodológicamente a los procesos, en la administración y gestión integral de riesgos, en coordinación con la tercera línea de defensa

Oficina de Tecnologías de Información y Comunicaciones:

- Liderar la gestión de riesgos de seguridad sobre la gestión de TI y de información de la institución.
- Gestionar el desarrollo e implementación de políticas, normas, directrices y procedimientos de seguridad de gestión de TI e información.
- Definir mecanismos de control y seguimiento que permitan medir el nivel de cumplimiento de implantación de las medidas de seguridad.
- Supervisar la respuesta a incidentes, así como la investigación de violaciones de la seguridad, ayudando con las cuestiones disciplinarias y legales necesarias.
- Trabajar con la alta dirección y los dueños de los procesos misionales dentro de la entidad en el desarrollo de los planes de recuperación de desastres y los planes de continuidad y mejora.
- Realizar y/o supervisar pruebas de vulnerabilidad sobre los diferentes servicios tecnológicos para detectar vulnerabilidades y oportunidades de mejora a nivel de seguridad de la información.
- Definir la estrategia informática que permita lograr los objetivos y minimizar de los riesgos de la institución.



- Es el encargado de guiar proyectos para la prestación del servicio y la adquisición de bienes y servicios relacionados y requeridos para garantizar la seguridad de la información.

Subdirección Administrativa y Profesional de Recursos Físicos:

Determinar e implementar la metodología para la identificación y gestión de riesgos Ambientales, de acuerdo con la normatividad y los lineamientos o parámetros establecidos, en particular, para la gestión de esta tipología de riesgos.

Conocer los riesgos de su gestión y reconocer conductas que atenten contra la integridad de los recursos públicos.

Gestión de Contratación:

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el numeral 6º del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el cual señala que las Empresas Sociales del Estado, en materia contractual, se rigen por el derecho privado, pero podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes al derecho común, previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.

Que en aplicación al artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, mediante el cual se establece que las Entidades Estatales que por disposición legal cuenten con un régimen contractual distinto y de lineamientos del Ministerio de Salud mediante Resolución 5184 de 2014 para adopción de las E.S.E.s del Estatuto General de contratación de la Administración Pública que regulará la gestión de la contratación, para el caso de la E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca, en desarrollo de la actividad contractual y acorde con el régimen legal especial, que nos asiste se dio aplicación a los principios de la función administrativa y la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política, respectivamente y están sujetos al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previstos legalmente para la contratación estatal.

Por lo anterior, la ESE Hospital San Vicente de Arauca, como Institución Pública de categoría especial, mediante Acuerdo 009 de 2015 adoptó y cuenta con su propio estatuto de contratación como herramienta administrativa que regula las diferentes etapas y procedimientos contractuales para la obtención de bienes y servicios que garanticen el cumplimiento de su objeto social.

Pa



Conforme a lo anterior al proceso de Gestión Contractual, le corresponde:

- a. Revisar que en el estudio previo la tipificación, distribución y asignación de los riesgos previsibles, se haga dentro del marco legal y sin vulnerar derechos de las partes y terceros interesados, y que la modalidad de contratación por la que se opte sea la más conveniente y corresponda al marco adoptado por la excepciones del Artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, teniendo en cuenta la justificación contenida en los estudios previos adelantados por la dependencia que necesita la adquisición del bien, servicio u obra.
- b. Verificar el comportamiento de los riesgos de cada contrato, cuando se le asigne la supervisión y/o interventoría de alguno, dando especial atención al reporte y seguimiento sobre los eventos que se monitorean, respecto a la parte que le corresponde asumir el riesgo. Cuando se trate de eventos que pudieran impactar el valor del contrato, se dará aviso inmediato al Ordenador del Gasto para la adopción de las medidas que correspondan.
- c. Revisar y formular los ajustes necesarios a los procedimientos y manual de riesgos de la contratación, por parte de la Oficina Jurídica, para aplicar la Política Integral de Administración de Riesgos a todos los procesos de selección y/o contratación.
- d. Adoptar, para los riesgos relacionados con la contratación estatal, lo establecido en el Manual para la Identificación y Cobertura de riesgos en los Procesos de Contratación y/o cualquiera que al respecto se genere y /o establezca. Así mismo, los documentos CONPES que el Gobierno Nacional ha adoptado en materia de riesgos contractuales 3186 de 2002 y 3714 de 2011.

Dirección de Talento Humano

Determinar e implementar la metodología para la identificación y gestión de riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo con la normatividad y los lineamientos establecidos.

Gestionar contextos para el excelente liderazgo, comunicación, capacitación, motivación y resolución de conflictos y evaluación de habilidades, como mecanismo de gestión exitoso de riesgos que permita el incremento en oportunidad y calidad de la productividad.

Tercera Línea – Oficina de Control Interno, a la cual corresponde:

- a. Adelantar el seguimiento a los mapas de riesgos, verificando y evaluando que los líderes de los procesos desarrollen adecuadamente las etapas de identificación, valoración, seguimiento y control de los riesgos identificados, y que adelanten acciones que permitan su administración.



- b. Hacer seguimiento a la evolución de los riesgos y al cumplimiento de las acciones propuestas, con el fin de verificar su ejecución, y si es necesario proponer mejoras.
- c. Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad.
- d. Adelantar el registro de no conformidades, en el marco de las auditorías internas, cuando se constituya un incumplimiento en la aplicación de la política de riesgo, las cuales permiten eliminar la causa que originó dicha situación; de ser reiterativa, se presentará a consideración del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para que adopte las decisiones pertinentes.
- e. Acompañar y asesorar metodológicamente a los procesos, en la administración y gestión integral de riesgos, en coordinación con la segunda línea de defensa.
- f. Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en el Sistema de Control Interno, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna.
- g. Comunicar al Comité de Coordinación de Control Interno posibles cambios evidenciados en la evaluación del riesgo, detectados durante las auditorías.
- h. Alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas.

ARTÍCULO QUINTO: Comunicación y consulta.

Tal como se expone en la quinta dimensión, Información y Comunicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, "... la comunicación hace posible difundir y transmitir la información de calidad que se genera en toda la entidad...". Siendo este un ejercicio sistémico y de relación directa con la gestión de riesgos, se hace necesario, en cuanto a la comunicación de resultados, la revisión, el monitoreo y la evaluación, priorizar:

- Cambios en el entorno.
- Alertas por cambios en niveles esperados de desempeño.
- Resultados del monitoreo, revisión y evaluación de riesgos.
- Cambios asociados a: el ciclo de reporte, la determinación o no de tratar un riesgo, las actividades definidas, el o los responsables, etc.

Así mismo, en cuanto a la consulta, se deben priorizan dos momentos:

- La consulta para identificación y evaluación de riesgos. El criterio para obtener dicha información es: el más informado. Regularmente, resulta ser el responsable de los objetivos a lograr, aunque puede ser consultado experto de la materia.



- La consulta de estado y resultados. La herramienta de riesgos es la fuente interna confiable del estado y resultados de la gestión de riesgos. Incluye estadísticas de estados, indicadores y materialización de riesgos.

La información resultante de la gestión, monitoreo y evaluación, debe ser publicada en la página WEB, según los compromisos vigentes, Así:

- ❖ 31 de enero de cada año, se publica el mapa de riesgos institucional y el mapa de riesgos de corrupción (a cargo de la Oficina de Planeación).
- ❖ 30 de abril de cada año, posterior al primer ciclo de monitoreo y evaluación: publicar dentro de los 10 primeros días de mayo. (Informe de monitoreo a cargo de la Oficina de Planeación e informe de evaluación a cargo de la Oficina de Control Interno)
- ❖ 31 de agosto de cada año, posterior al segundo ciclo de monitoreo y evaluación: publicar dentro de los 10 primeros días de septiembre. (Informe de monitoreo a cargo de la Oficina de Planeación e informe de evaluación a cargo de la Oficina de Control Interno)
- ❖ 31 de diciembre de cada año, posterior al tercer ciclo de monitoreo y evaluación: publicar dentro de los 10 primeros días de enero del siguiente año (Informe de monitoreo a cargo de la Oficina de Planeación e informe de evaluación a cargo de la Oficina de Control Interno)

ARTICULO SEXTO: Vigencia y Derogatorias

La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga la Resolución 2- 0414 del 24 de agosto de 2016.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE:

Dada en Arauca, a 17 MAY 2019

JESUS ENRIQUE BALLESTEROS SANGUINO

Director (E) E.S.E. Hospital San Vicente de Arauca

Asesoró: Gonzalo Alvarez Montoya, Control Interno

Proyectó: Ofelia Alvarado Olivo, Subdirectora Administrativa

Digító: Amparo Pabón Jaimes, Tecnólogo

Revisó: Alexander Rivera Andrade, Asesor Jurídico