

MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS

MACRO PROCESOS: ESTRATÉGICOS, MISIONALES, DE APOYO Y DE EVALUACIÓN



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

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

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

MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS

MACRO PROCESOS

ESTRATÉGICOS
MISIONALES
DE APOYO
DE EVALUACIÓN

NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA
Gerente

ESPERANZA FIERRO VANEGAS
Representante de la Alta Dirección

GARZÓN - HUILA

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

CUERPO DIRECTIVO

NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA

Gerente

PEDRO MARÍA FERNÁNDEZ ZAMBRANO

Asesor de Control Interno

DIEGO LOSADA FLORIANO

Subdirector Científico

ESPERANZA FIERRO VANEGAS

Subdirector Administrativo

LUIS FERNANDO CASTRO MAJE

Asesor Jurídico Externo

DIANA KARIM LARA TORRES

Gestión de Calidad

CICERON CUCHIMBA PATIO

Autor

GARZÓN HUILA

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	4
1. REFERENTE NORMATIVO	4
2. CONCEPTOS BÁSICOS DEL RIESGO	5
2.1. CLASES DE RIESGO	6
3. MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS DE LA ESE	7
3.1. MAPA DE PROCESOS	7
3.2. TIPO DE PROCESOS	8
4. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	8
4.1. MARCO ESTRATÉGICO	9
5. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	10
5.1. OBJETIVOS	10
5.1.1. Objetivo General	10
5.1.2. Objetivos Específicos	10
5.2. ALCANCE	11
5.3. NIVELES DE ACEPTACIÓN O TOLERANCIA AL RIESGO	11
5.4. GESTIÓN DEL RIESGO	11
6. METODOLOGÍA	12
6.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	13
6.1.1. Establecimiento del Contexto Externo e Interno	13
6.2. ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO	14
6.2.1. Controles a los Riesgos	15
6.3. MAPA DE RIESGO	17
6.3.1. Mapa de Riesgo por Proceso	17
6.3.2. Actualización de los Riesgos por Procesos	18
6.4. MONITOREO Y SEGUIMIENTO	18
6.5. AUTOCONTROL	19
7. CONTROL DE CAMBIOS	19
8. ANEXOS	20

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

INTRODUCCIÓN

El Manual de Gestión de Riesgos aquí expresado, es el resultado del desarrollo del Artículo 269 de la Constitución Política de Colombia, el cual predice lo siguiente: “En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, **métodos y procedimientos** de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley”, establecido como un elemento de control interno, conforme lo fija el literal (l) del artículo 4º de la Ley 87 de 1.993, sobre la simplificación y actualización de normas y procedimientos.

En desarrollo de la Ley 87 de 1.993, se expide el Decreto 1599 de 2005 “Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano”, modificado por el Decreto 0943 de 2014 “por el cual se Actualiza el Modelo Estándar de Control Interno; quedando estructurado en dos Módulos (**Control de Planeación y Gestión y Control de Evaluación y Seguimiento**) y un Eje Transversal (**Información y Comunicación**) y Seis (6) Componentes (Talento Humano, Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo, Evaluación y Seguimiento, Autoevaluación Institucional, Auditoría Interna y Planes de Mejoramiento)

Entre los seis (6) componentes se desarrolla la **Administración del Riesgo**, entendido como el conjunto de elementos de control que al interrelacionarse, permiten a la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, (en adelante **ESE**) evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para el adecuado cumplimiento de sus competencias. La administración del Riesgo tiene como fin, hacer énfasis en la necesidad imperiosa de que la ESE tenga inmersos en sus procesos, los controles necesarios para lograr prestar servicios con altos estándares de seguridad y calidad.

El **Manual de gestión de Riesgo**, es la herramienta técnico administrativa para que el servidor público pueda identificar, analizar y manejar permanentemente el riesgo inherente a su actividad, garantizando el cumplimiento de los objetivos institucionales, la supervivencia de la entidad y fortaleciendo continuamente la credibilidad de la misma ante los usuarios y la comunidad en general.

1. REFERENTE NORMATIVO

NORMA	ESPECIFICIDAD
Constitución Política	Artículos 209. La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones y Artículo 269. En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas.
Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones,” y demás normas que la reglamentan, modifican o complementan.	Artículo 2. Objetivos del Control Interno: literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f). Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.
Ley 526 de 1999 Por medio de la cual se crea la Unidad de Información y Análisis Financiero. (UIAF)	Artículo 3. Funciones de la Unidad.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

Decreto 1537 de 2001 Compilado Decreto Único Sector Función Pública.	Artículo. 2.2.21.5.4 Reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno. Artículo 4º la Administración de riesgos, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas (...).
Ley 1121 de 2006 Por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones.	Artículo 102. Régimen General. Le asigna funciones a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) en materia de Financiación del Terrorismo.
Ley 1474 de 2011 "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública"	Artículo 73. "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano" que deben elaborar anualmente todas las entidades, incluyendo el mapa de riesgos de corrupción, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti-trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano. Artículo 12 dispone lo siguiente: "Sistema preventivo de prácticas riesgosas financieras y de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud..."
Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".	Determina el alcance de la Inspección Vigilancia y Control sobre los sujetos vigilados y la forma en que se fortalece dicho mecanismo por parte de la superintendencia Nacional de Salud.
Decreto 943 de 2014 "Por el cual se Actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI"	El Modelo se implementará a través del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno. Módulo de Control de Planeación y Gestión Componente Administración del Riesgos.
Circular Externa 009 del 21 de abril de 2016 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud	Toda la norma imparte instrucciones relativas al sistema de administración del Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo- SARLAFT

2. CONCEPTOS BÁSICOS DEL RIESGO

Cualquier actividad que el ser humano realice está expuesta a riesgos de diversa índole, los cuales influyen de diferente forma en los resultados esperados en particular o colectivamente. La capacidad de identificar estas probables eventualidades su origen y posible impacto, constituye ciertamente una tarea difícil pero necesaria para el logro de los objetivos propuestos.

Actualmente, las tendencias internacionales vienen registrando un importante cambio de visión en cuando a la gestión del riesgo empresarial, es decir, de un enfoque de gestión cotidiano, hacia una gestión apoyada en la identificación, análisis, valoración, monitoreo, control y divulgación de los riesgos institucionales, llámense por procesos, de corrupción o de lavado de activos y financiación del terrorismo.

En las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), su desempeño depende de la gestión de los riesgos inherentes a sus procesos, subprocesos y actividades en la prestación de servicios de salud a los usuarios.

En consecuencia, gestionar eficazmente los riesgos para garantizar resultados concordantes con los objetivos estratégicos de la ESE, quizás sea uno de los mayores retos de la alta dirección y gestores de los servicios de salud. Por ello, la gestión integral de los riesgos se vuelve parte fundamental de la estrategia y factor clave de éxito, en la creación de valor agregado para los usuarios, servidores públicos, gobierno y demás partes interesadas.

En este orden de ideas, es imprescindible que la ESE cuente con herramientas que le permitan:

1. Definir y establecer criterios a partir de los cuales, se gestionen los riesgos de la empresa;
2. Estructurar y definir a través de un mapa de riesgo, los procesos y su exposición a los riesgos inherentes a sus actividades y/o tareas y en consecuencia establecer los controles para su mitigación.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M - 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

3. Monitorear y realizar la medición de todas las categorías de riesgo que pueden impactar la operatividad de la empresa en forma global, por unidad funcional de negocio, por procesos y/o por servicios.
4. Establecer e implementar las políticas de control (Directivo, preventivo, detectivos, correctivo y de recuperación) a los riesgos con una visión integral y acorde con la naturaleza de la empresa.

Riesgo	Riesgo de Corrupción	Riesgo Sistema de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (Sarlaft)	Administración del Riesgo
Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias. Riesgo Inherente: Es aquel al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones de la dirección para modificar su probabilidad o impacto. Riesgo Residual: Nivel de riesgo que permanece luego de tomar medidas de tratamiento del riesgo. El riesgo en su tendencia más común es valorado como una amenaza, en este sentido, los esfuerzos institucionales se dirigen a reducirlo, evitarlo, transferirlo o mitigarlo; sin embargo, el riesgo puede ser analizado como una oportunidad, lo cual implica que su gestión sea dirigida a maximizar los resultados que éstos generan	La posibilidad de que por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia del Estado, para la obtención de un beneficio particular	La posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad vigilada, por su propensión a ser utilizada directamente o a través de sus operaciones como instrumento para el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas, o cuando se pretenda el ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades.	Proceso efectuado por la alta dirección de la ESE y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos. El enfoque de riesgos no se determina solamente con el uso de la metodología, sino logrando que la evaluación de los riesgos se convierta en una parte natural del proceso de planeación.

2.1. CLASES DE RIESGOS

El Riesgo está vinculado con todo el quehacer; se podría afirmar que no hay actividad que deje de incluir el riesgo como una posibilidad. Los riesgos no son sólo de carácter económico o están únicamente relacionados con entidades financieras o con lo que se ha denominado riesgos profesionales; éstos hacen parte de cualquier gestión que se realice. Entre las clases de riesgos que pueden evidenciar los siguientes:

- Riesgo Estratégico: Se asocia con la forma en que se administra la ESE, su manejo se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la empresa por parte de la alta gerencia.	- Riesgos Financieros: Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluyen la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.
- Riesgos de Imagen: Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la institución.	- Riesgos de Cumplimiento: Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.
- Riesgos Operativos: Comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, de la definición de los procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias.	- Riesgos de Tecnología: Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M - 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

3. MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS DE LA ESE

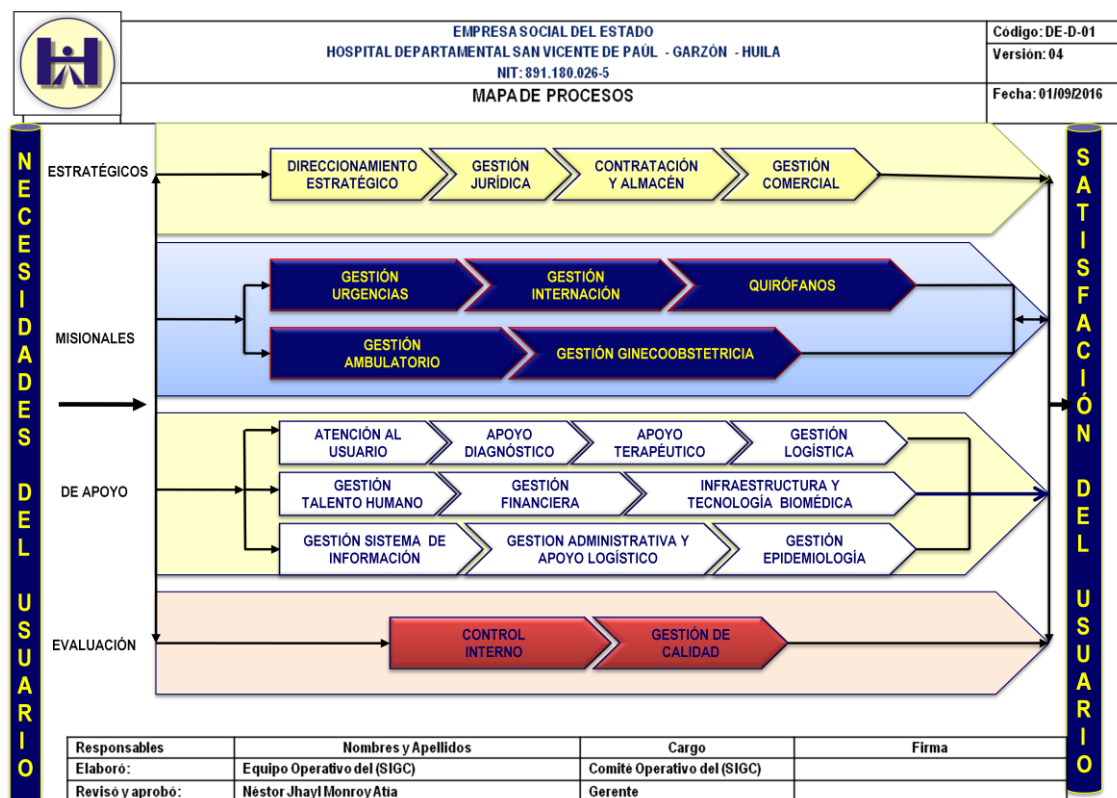
Consecuente con lo fijado por Modelo Estándar de Control Interno y Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS, la empresa con la participación activa de sus directivos y demás personal de la ESE y en desarrollo e implementación de estas normas, estableció una nueva versión del Modelo de Operación por Procesos para la ESE. (Ver documento Modelo de Operación por Procesos).

3.1. MAPA DE PROCESOS

El Mapa de proceso, es la ruta de navegación que armoniza la misión y la visión de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul, en una gestión por procesos. La gestión por proceso define las interacciones o acciones secuenciales, mediante las cuales se logra la transformación de unos insumos hasta obtener un producto y/o servicio con características previamente definidas, de acuerdo con los requerimientos de los usuarios y/o demás partes interesadas.

En la ESE los procesos están representados gráficamente en el Mapa de Procesos, el cual ilustra los cuatro niveles de ordenamiento de procesos, a saber: Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación:

Grafica No. 1: Mapa de Procesos



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

3.2. TIPOS DE PROCESOS.

La Gestión de la ESE se basa en el enfoque por procesos, teniendo de presente que en la empresa existe una red de procesos (Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación), la cual al trabajar articuladamente, permite generar valor, tal como expresa la Ley 872 de 2003. Un resultado deseado, se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

Entender la importancia de la operación por procesos, implica conocer con más detalle el concepto de **proceso**, entendido este como el conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan entre sí para genera valor y las cuales transforman elementos o insumos de entrada en resultados o productos o servicios para los usuarios y/o demás partes interesadas. En la ESE los procesos se identifican y se clasifican así:

- **Procesos Estratégicos:** Procesos orientados al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la Dirección de la Empresa. Para la ESE estos son: Direccionamiento Estratégico, Gestión Jurídica, Contratación y Almacén y Gestión Comercial.

- **Procesos Misionales:** Procesos que proporcionan el resultado previsto por la Empresa Social del Estado, en el cumplimiento del objeto social o razón de ser. Para la ESE estos son: Gestión Urgencias, Gestión Ambulatorios, Gestión Hospitalización, Gestión Ginecoobstetricia y Quirófanos.

- **Procesos de Apoyo:** Procesos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos, estratégicos, misionales y los de evaluación. Dentro de estos se identifican: Atención al Usuario, Apoyo Diagnóstico, Apoyo Terapéutico, Gestión Logística, Gestión Talento Humano, Gestión Financiera, Infraestructura y Tecnología Biomédica, Gestión Sistema de Información, Gestión Administrativa y Apoyo Logístico y Gestión Epidemiología.

- **Procesos de Evaluación:** Son aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y mejora de la eficacia y de la eficiencia y son una parte integral de los procesos estratégicos, misionales y de los apoyo. Para la ESE estos son: Control Interno y Gestión de Calidad.

4. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

La ESE en cumplimiento de la ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", la Resolución No.0710 de 2012 y la Resolución 743 de 2013, ha venido formulando y adoptando el Plan de Gestión, el cual ha sido materializado y ejecutado a través de los planes operativos o planes de acción en cada anualidad.

A través de la Resolución 0599 de Mayo 3 de 2016 se adoptó el Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión 2016 - 2020 y mediante Resolución 0021 de Enero 10 se adoptó el Plan Operativo o Plan de Acción para la vigencia fiscal de 2017 a través del cual, se materializa la ejecución y cumplimiento del Plan de Gestión 2016 - 2020 y en especial el cumplimiento de los indicadores y metas anualizadas para la vigencia fiscal de 2017, inherentes con el desarrollo de las tres (3) áreas de gestión de la ESE, área de Dirección y Gerencia, área Financiera y Administrativa y área Clínica o Asistencial.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M - 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

El Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión de la ESE en cada periodo de Gobierno, se articula y se armoniza con las políticas y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo, Plan Sectorial de Salud, Plan Departamental de Desarrollo y Plan Municipal de Desarrollo, tal como se observa en el siguiente esquema:



Así mismo la ESE dispone de un marco estratégico a través del cual, se armonice con enfoque sistémico las competencias, la misión y la visión con los demás componentes corporativos que la integran, a fin de garantizarle el cumplimiento eficiente y eficaz de los planes y programas adoptados. El Marco Estratégico se esquematiza:

4.1. MARCO ESTRATÉGICO



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

5. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

La Alta Dirección de la ESE, declara que en el desarrollo de sus actividades ocurren riesgos, por lo cual se compromete a adoptar mecanismos y acciones necesarias para la gestión integral de riesgos, que minimice el impacto de las decisiones que toma y se compromete a desarrollar la gestión del riesgo en todos sus componentes y niveles de la organización y a implementar controles a los riesgos identificados, de tal forma que se garantice la minimización del riesgo, adoptando mecanismos que permitan identificar, valorar, revelar y administrar los riesgos propios de su actividad, acogiendo una autorregulación prudencial.

La gestión o Administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos, hacia una cultura en los servidores públicos de la ESE de autogestión y autocontrol en la gestión del riesgo. La Dirección determinará su nivel de exposición concreta a los impactos de cada uno de los riesgos para priorizar su gestión y estructurar los criterios orientadores en la toma de decisiones respecto de los efectos de los mismos.

La gerencia y demás servidores públicos al servicio de la ESE, en el ejercicio de sus funciones y/o tareas en particular, se ciñen a lo fijado en el Modelo de Operación por Procesos (Mapa de Procesos o cadena de valor y caracterización de procesos), con el propósito de prevenir y/o corregir los riesgos en la prestación de los servicios de salud, así como de establecer si los controles implementados a los riesgos por los responsables de cada proceso son efectivos o requieren mejoras para minimizar el riesgo.

5.1. OBJETIVOS

5.1.1. General

Instituir en la ESE la cultura de la administración del riesgo institucional, mediante la implementación y desarrollo de la política de gestión del riesgo, con el fin de que los servidores públicos de la empresa, realicen un adecuado tratamiento, manejo, seguimiento y control a los riesgos inherentes a las actividades o tareas del proceso a su cargo, garantizando el cumplimiento de la misión, los objetivos empresariales y el logro de la Visión corporativa.

5.1.2. Específicos:

1. 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.
2. Proteger los recursos de la empresa, resguardándolos contra la materialización de los riesgos por procesos, riesgos de corrupción y los riesgos de lavado de activos y financiación del Terrorismo.
3. Introducir dentro de los procesos y procedimientos las acciones de mitigación resultado de la administración del riesgo.
4. Involucrar y comprometer a todos los servidores de la ESE en la búsqueda permanente de acciones encaminadas a prevenir, corregir y administrar los riesgos.
5. Asegurar el cumplimiento de la Constitución Política, las leyes y demás normas que las adicionen, modifiquen y/o complementen.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

5.2. ALCANCE

El presente Manual de Gestión de Riesgo, aplica para todos los procesos que integran el Modelo de Operación por Proceso de la ESE clasificada como de categoría especial de mediana y alta complejidad constituida así mediante Decreto 730 de 1.994. Localizada en la calle 7 No 14 – 69 de la cabecera municipal de Garzón Huila.

5.3. NIVELES DE ACEPTACIÓN O TOLERANCIA AL RIESGO.

En los riesgos por procesos diferentes al riesgo de corrupción y riesgo del Sistema de Administración de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), la ESE aceptará los riesgos asociados a los de baja probabilidad de ocurrencia y a los de bajo impacto, es decir los de riesgo bajo, los cuales deberán estar debidamente controlados.

La ESE no tolerará la corrupción, toda vez que la materialización de los riesgos de corrupción es inaceptable e intolerable. Por consiguiente se establecerán las medidas para controlarlos y evitarlos.

La ESE sólo aceptará riesgos asociados al riesgo de LA/FT que tengan un nivel bajo o “riesgo aceptable”. La aceptación de un riesgo de LA/FT, sugiere que el riesgo inherente ya está dentro de las tolerancias del riesgo, o que después de tratado, el riesgo residual de LA/FT se encuentra dentro de un nivel bajo o “riesgo aceptable” y los monitoreará, con el fin de confirmar que se mantienen dentro de dicho límite.

Todos los demás riesgos identificados y realizada su valoración, deberán ser objeto de controles efectivos por parte de los responsables de los procesos, so pena de incurrir en omisiones a las responsabilidades que le son propias como servidor público.

5.4. GESTIÓN DEL RIESGO.

Cualquier esfuerzo que emprenda la ESE en torno a la gestión del riesgo llega a ser en vano, si no culmina en un adecuado tratamiento, manejo, seguimiento y control a los riesgos, estableciendo acciones factibles y efectivas, tales como la implementación de políticas de administración del riesgo institucional, mejoramiento de procedimientos, adecuaciones físicas, auditorías y planes de mejoramiento, autoevaluaciones por procesos, entre otros, que hagan parte de un plan de manejo de riesgo. La ESE, para la gestión de los riesgos por procesos, implementa acciones orientadas a:

- **Evitar el riesgo:** Implementando medidas encaminadas a prevenir su materialización, lo cual, se logra cuando al interior de los procesos, cada responsable genera cambios sustanciales, mediante la implementación de acciones de mejora, rediseño o eliminación de tareas, como resultado de la aplicación de adecuados controles a los riesgos identificados. Entre las acciones están las de realizar el control de calidad, manejo adecuado de los insumos, mantenimiento preventivo a la infraestructura física, los equipos biomédicos, de cómputo, de transporte, entre otros.
- **Reducir el riesgo:** Realizando medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad de que se presente el riesgo (medidas de prevención), como el impacto o daño que produce el riesgo (medidas de protección). La reducción del riesgo es probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas más costosas y difíciles. Se consigue mediante la optimización de los

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M - 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

procedimientos y la implementación de controles a los riesgos, la capacitación del talento humano, entre otras.

- **Dispersar y atomizar el riesgo:** Se logra mediante la distribución o localización del riesgo en diversos lugares. Es así como por ejemplo, la información de gran importancia se puede duplicar y almacenar en un lugar distante y de ubicación segura, en vez de dejarla concentrada en un solo lugar.
- **Compartir o transferir el riesgo:** Reducir su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido.
- **Asumir el riesgo:** Luego de que el riesgo ha sido reducido o transferido puede quedar un riesgo residual que se mantiene, en este caso el responsable del proceso simplemente acepta la pérdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo.

6. METODOLOGÍA

En Agosto 6 de 2008 la ESE expidió la Resolución No. 1361 "Por la cual se adoptan las políticas y la Guía metodológica de administración del riesgo en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, Guía estructura por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) para las entidades del estado del orden nacional y territorial, mediante la cual, cada entidad debe realizar las actividades de identificación, análisis, valoración y estructuración del mapa de riesgos por procesos e institucional.

No obstante, a través del tiempo esta metodología ha venido evolucionando hasta disponer actualmente de la versión 3, denominada Guía para la Administración del Riesgo actualizada por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), acorde con la actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014; metodología que seguirá siendo implementada por la ESE para la gestión de los riesgos por procesos, en la medida que la naturaleza de los mismos lo ameriten.

Así mismo, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la Republica de Colombia, en coordinación con la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites del Departamento Administrativo de la Función Pública, el Programa Nacional del Servicio al Ciudadano y la Dirección de Seguimiento y Evaluación a Políticas Públicas del Departamento Nacional de Planeación y en cumplimiento de lo fijado por el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011; a dispuesto la Metodología para elaborar la estrategia de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano. Igualmente la Superintendencia Nacional de Salud a través de la Circular No. 00009 de Abril 21 de 2016 imparte instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (Sarlaft), metodologías que la ESE viene implementado en la gestión de riesgos de aquellos procesos posibles generadores de actos de corrupción institucional y de lavado de activos y financiación del Terrorismo.

Además en materia de salud, hoy en día se hace uso de diferentes metodologías que permiten generar mejoras continuas de calidad en la prestación de los servicios de Instituciones Hospitalarias, dentro de los cuales se encuentran los Sistemas de Gestión de Riesgo Clínico (SGRC) que analizan y previenen la ocurrencia de Eventos y/o Incidentes adversos mediante el uso de la metodología Análisis Modo Falla Efecto (AMFE), metodología que permite anticiparse a las fallas en los procesos de atención y fortalecer la Seguridad del Paciente y que actualmente viene siendo utilizada por la ESE para los procesos misionales o clínicos y algunos procesos de Apoyo.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

En síntesis, en la ESE se aplican las diferentes metodologías de administración de riesgos expedidas por los órganos competentes de manera articulada y coordinadas, con el propósito de salvaguardar y proteger los recursos de la empresa, contra la materialización de los riesgos por procesos, riesgos de corrupción y los riesgos de lavado de activos y financiación del Terrorismo.

6.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

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

6.1.1. Establecimiento del Contexto Externo e Interno

El análisis de los riesgos por procesos deben partir del conocimiento de los factores del entorno de la ESE, tanto de carácter político, legal, social, económico, ambiental y/o cambios tecnológicos, entre otros; así como del examen de la situación actual de la empresa, basado en los resultados plasmados en los informes de auditorías internas y externas, de auditorías de calidad, de autoevaluación de procesos, de autoevaluación de las condiciones de habilitación, de autoevaluación para la acreditación en salud, de las Unidades de Análisis realizadas por los Comités institucionales, del seguimiento a eventos adversos de la atención en salud, de los informes de quejas y reclamos de los usuarios, de los informes de gestión, entre otros..

En resumen los factores externos e internos, que tienen incidencia en la operación de la ESE, son los que a continuación se describen:

Factores/ Riesgos externos		Factores /Riesgos Internos	
Políticos	Cambios de Gobierno	Infraestructura	Vulnerabilidad Sísmica de la planta física
	Politización del Sector Salud		Proliferación de construcciones, adecuaciones y/o remodelaciones sin una debida planeación.
Legales	Improvisación en la legislación de salud y normas no favorables al sector	Tecnología	Falta de recursos para inversión en tecnología de punta.
	Privatización del Sector Salud		Falta de recursos para implementar las tecnologías de las comunicaciones hacia los usuarios
Económicas	Crisis Financiera del Sector Salud	Personal	Inestabilidad laboral e intermediación laboral
	Prácticas corruptas en el manejo financiero		Dificultad para la contratación de personal especializado y subespecializado en salud
	EPS no cancelan los servicios en los términos de ley	Financieros	Ilíquidez para funcionar adecuadamente
Sociales	Violencia social		Alta cartera morosa de las EPS y demás pagadores
	Accidentes de Transito	Servicios de Salud	Altos eventos adversos
Tecnológicas	Difícil acceso a la tecnología de punta		Demandas judiciales
	Poca accesibilidad a las tecnologías de las comunicaciones		Cumplimiento de condiciones mínimas de habilitación, sin recursos para ello.
	Tendencia a la centralización del recurso humano y tecnológico en las ciudades capitales	Archivo e Historias clínicas	Deterioro de la documentación del archivo central
Ambientales	Cambio climático y desastres naturales		Perdida y/o extravío de Historias clínicas
	Cambios patológicos		

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

	Contaminación ambiental		
--	-------------------------	--	--

Como se observa en el cuadro anterior, todos los factores externos e internos del entorno de la ESE de una u otra manera, genera efectos que pueden ser catastróficos o leves, por tal circunstancia es fundamental que los servidores públicos al momento de realizar la identificación, análisis, valoración y estructuración de los mapas de riesgos por procesos, los tengan en cuenta en sus análisis.

En la práctica los servidores públicos de la ESE en las fases de identificación, análisis, valoración y estructuración de los mapas de riesgos por proceso, de corrupción y Sarlaft seguirán utilizado las herramientas que se han adoptado y que se vienen aplicando en el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

Sin embargo, la ESE preparó una matriz en Excel a través de la cual, los responsables de cada proceso pueden realizar la autogestión y autocontrol de los riesgos inherentes al proceso a su cargo. La matriz en Excel consta de tres (3) hojas, identificadas así: Identificación de Riesgos, Análisis de Riesgos y Mapa de Riesgo; la cual debe ser diligenciada por cada responsable de procesos y su equipo de trabajo según corresponda, siguiendo el siguiente procedimiento:

HOJA 1. Identificación del Riesgo: Deben diligenciar las columnas C, D y E, siguiendo el ejemplo inicial, priorizando los riesgos por procesos, es decir, aquellos riesgos de mayor impacto o daño a la gestión de la ESE y que se estén presentando o se hayan presentado frecuentemente. Para ello tenga en cuenta lo siguiente:

Riesgo: Posibilidad de ocurrencia de un evento, que pueda entorpecer o afectar grandemente el normal desarrollo de los procedimientos o tareas que se ejecutan dentro de un proceso.

Descripción del riesgo: Se refiere a las características generales o las formas en que se observa o manifiesta el riesgo identificado.

Efectos o consecuencias del riesgo: Constituyen las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la ESE; generalmente se dan sobre las personas o los bienes materiales o inmateriales con incidencias importantes tales como: daños físicos y fallecimiento, sanciones, pérdidas económicas, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad y de confianza, interrupción del servicio y daño ambiental, entre otros.

6.2. ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO

Se busca confrontar los resultados del análisis de riesgo inicial frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final (Riesgo Residual). Estos controles pueden ser preventivos o correctivos.

HOJA 2. Análisis y Valoración del Riesgo: Deben diligenciar las columnas C, D de acuerdo a la probabilidad e impacto o daño del riesgo identificado, la columna E es el producto entre la columna C y D y se constituye en la valoración del Riesgo y la columna F es la denominada zona de riesgo, cuyo nombre depende del valor de la columna E, es decir, Alto, Moderado o Bajo. Alto valores = 30, 40, 60; Moderado valor = 20 y Bajo valores 5, 10, 15. La columna G (medidas de respuesta al riesgo) se diligencia según la zona de riesgo definida en la columna F. Si la Zona de Riesgo es (Alto) las medidas de repuestas serían (Eliminar, reducir, compartir o transferir el riesgo); Moderado (Prevenir, reducir o dispersar el riesgo) y si es Bajo (Asumir el riesgo).

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

9. El Programa Institucional de Capacitación (PIC), orientado al fortalecimiento de las competencias de sus funcionarios y demás servidores, para garantizar una gestión eficaz.
10. El Programa de Bienestar Social y Estímulos, orientado a prevenir cualquier afectación por vulnerabilidad en la integridad del personal, así mismo, la ESE cumple con el Programa de Salud Ocupacional, para mantener un alto grado de bienestar biopsicosocial de sus servidores.
11. Programa de mantenimiento hospitalario, orientado a prevenir el riesgo de la infraestructura física, del equipamiento biomédico, de transporte, de cómputo, de muebles y enseres, de redes eléctricas y del sistema de información.
12. Los planes de mejoramiento implementados como producto de las auditorías internas y externas realizadas en la ESE.

- **Para reducir el Riesgo.**

1. Aplicación en toda su extensión del Modelo de Operación por Proceso, entendido este como el elemento de control, que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la Entidad Pública, armonizando con enfoque sistémico la Misión y Visión Institucional, orientándola hacia una **Organización por Procesos**, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto garantizan una ejecución eficiente, y el cumplimiento de los objetivos de la Entidad Pública.
2. Actualización permanente los procedimientos administrativos y asistenciales, guías de manejo médico y de enfermería dentro la continuidad y sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión y Control, dando cumplimiento con las condiciones mínimas de habilitación, con los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud y el reporte de la información en salud a los órganos de control dentro de los términos de ley.
3. El seguimiento y evaluación a los controles a los riesgos por proceso.
4. La actualización del Mapa de Riesgo institucional, a través de los cuales se hace la identificación priorizada de riesgos y la definición de los controles que se deben implementar para minimizar el riesgo en la prestación de los servicios a cargo de la empresa.
5. El Autocontrol que ejercen los servidores dentro de la ejecución de sus procedimientos y/o tareas fortalecido por la asesoría y acompañamiento del asesor de Control Interno, a través de los cuales los servidores adquieren la capacidad de evaluar su trabajo, detectar desviaciones, efectuar correctivos y mejorar su desempeño.
6. Monitoreo y seguimiento permanente a la ejecución de las acciones de las diferentes unidades funcionales, a través del cual, se mide el desempeño institucional y se establecen las acciones de mejoramiento frente a las limitaciones halladas.
7. Los procesos de auditoría interna de Control Interno y los de auditoría de la Calidad de la atención en salud, que permiten medir el desempeño de los procesos, retroalimentar el trabajo institucional y establecer las directrices de mejoramiento.
8. Los procesos de auditoría externa realizada por los órganos de inspección, vigilancia y control y los de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, que contribuyen con el mejoramiento de los procesos y al control de los riesgos institucionales.
9. Instalación de cámaras de seguridad en las diferentes área de la ESE

- **Para dispersar y atomizar el riesgo.**

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

1. Actualización permanente del software y hardware del Sistema de Sistema de Información, a través del cual se fortalece la seguridad de la información.
2. Seguridad para salvaguardar la información, a través de la realización permanente de copias de seguridad (Backup) de la información del sistema.
3. Adopción de políticas de información y comunicación e implementación de las mismas
4. Establecimiento de controles de acceso a la Red Interna de información y controles de acceso a páginas electrónicas.

- **Para Compartir o transferir el Riesgo.**

1. Para ello, las políticas usualmente implementadas por la ESE para salvaguardar los bienes y servicios a su cargo, a través de pólizas de seguro contra todo riesgo, SOAT y pólizas de seguro de responsabilidad civil entre otros.
2. La contratación de los servicios de seguridad privada, que salvaguardan los bienes, funcionarios y usuarios de la ESE.

6.3. MAPA DE RIESGO

El mapa de riesgos es una representación final de la probabilidad e impacto de uno o más riesgos frente a un proceso, proyecto o programa. En el caso de la ESE, se estructura el mapa de riesgo por proceso y mapa de riesgo de corrupción.

HOJA 3. Mapa de Riesgo: Debe diligenciarse las columnas F (Control al riesgo) o medida que viene implementado el responsable del proceso para minimizar o evitar el riesgo; luego debe valorar nuevamente la probabilidad e impacto del riesgo diligenciando las columnas G y H, con base en el control establecido. La columna I es el producto de las columnas G y H; acto seguido deben diligenciar la columna (J) opciones de manejo del riesgo la cual dependen del puntaje resultante de la columna (I), seguidamente y dependiendo de la opción de manejo del riesgo, diligencie las columnas K, L y M, siguiendo el ejemplo desarrollado en la hoja.

Las hojas de identificación, análisis, valorización y mapa de riesgo por procesos, debe ser monitoreada y evaluadas permanentemente por el responsable de proceso y en particular por quien ejecuta la tarea y/o procedimiento, quien en última es el que debe tomar las medidas que sean necesarias para eliminar, reducir, compartir, transferir o asumir el riesgo.

Por consiguiente la toma de medidas para eliminar, reducir, compartir, transferir o asumir el riesgo, no es delegable en otro servidor público, sino responsabilidad directa y exclusiva de quien ejecuta el proceso, subproceso, procedimiento, actividad o tarea.

6.3.1. Mapa de Riesgo por procesos

Un mapa de riesgo, se constituye una herramienta de control y de gestión utilizada por la ESE, a través del cual, representa y describe los distintos aspectos tenidos en cuenta en la valoración de los riesgos y el plan de manejo de los mismos. Los mapas de riesgos deben organizarse por Mega procesos, así:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

- **Mapa de Riesgo Procesos Estratégicos.** Integrado por los riesgos de los procesos de Direccionamiento Estratégico, Gestión Jurídica, Contratación y Almacén y Gestión Comercial.

- **Mapa de Riesgo Procesos Misionales.** Conformado por los riesgos de los procesos de Gestión Urgencias, Gestión Ambulatorios, Gestión Internación, Gestión Ginecoobstetricia y Quirófanos. Adicionándose los procesos de Apoyo Diagnóstico, Apoyo Terapéutico, Gestión Logística, Gestión Epidemiología, Atención al Usuario y Gestión de Calidad.

- **Mapa de Riesgos Procesos de Apoyo.** Integrado por los riesgos de los procesos Gestión Talento Humano, Gestión Financiera, Gestión Sistema de Información, Infraestructura y Tecnología Biomédica y Gestión Administrativa y Apoyo Logístico.

- **Mapa de Riesgo Procesos de Evaluación.** Conformado por los riesgos del proceso Control Interno.

6.3.2. Actualización de los Riesgos por Procesos

La actualización de los riesgos institucionales y mapa de riesgos por procesos, es responsabilidad de quien tiene a su cargo la gestión del proceso, quien se apoyara en el personal que ejecuta los procedimientos, actividades o tareas inherentes al proceso en cuestión, estos últimos responsables del monitoreo, seguimiento y evaluación de los controles o medidas implementadas para evitar o mitigar si el riesgo llegare a presentarse. En la actualización de los riesgos por procesos y la estructuración del mapa de riesgo, deben analizar las incidencias que tengan los factores externos e internos del entorno de la ESE.

El monitoreo, seguimiento y evaluación de los controles a los riesgos debe ser permanente por parte del servidor público responsable de la ejecución del procedimiento, actividad o tarea, para lo cual, deberá establecer un instrumento o lista de chequeo cuya aplicación dependerá del tipo de proceso, Estratégico, Misional, de Apoyo o de Evaluación.

En los procesos cuyas actividades o tareas tengan relación directa con la atención en salud a los usuarios, el seguimiento y evaluación de los controles a los riesgos debe realizarse diariamente, con generación de informes trimestrales y la actualización del mapa de riesgos por proceso deberá efectuarse a más tardar el día 30 de Abril de cada año.

Los procesos Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación cuyas actividades o tareas no tengan relación directa con la atención en salud a los usuarios, el seguimiento y evaluación de los controles a los riesgos debe realizarse mensualmente, con generación de informes semestrales y la actualización del mapa de riesgos por proceso deberá efectuarse a más tardar el día 30 de Abril de cada año.

6.4. MONITOREO Y SEGUIMIENTO

Dentro del Mapa de Riesgos por Procesos, se establecen los controles a los riesgos, las acciones a desarrollar, los responsables y los indicadores a lograr, constituyéndose ello, en el plan para la administrar los riesgos por procesos, el cual, debe ser monitoreado y evaluado permanentemente por cada responsable del proceso, teniendo en cuenta que los riesgos nunca dejan de representar una amenaza para el logro de los objetivos la empresa.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

El monitoreo y la evaluación es esencial para asegurar que el plan permanezca vigente y que las acciones ejecutadas están siendo efectivas para el control de los riesgos. Es fundamental adelantar revisiones periódicas sobre la marcha del plan de manejo de riesgos, para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que pueden estar influyendo en la aplicación de las acciones preventivas y de mejora para la mitigación de los riesgos.

La evaluación independiente de la efectividad en la implementación de las políticas de administración del riesgo, estará a cargo del Asesor de Control Interno y su finalidad principal será la de aplicar los correctivos y ajustes necesarios para asegurar un efectivo manejo del riesgo institucional.

6.5. AUTOCONTROL

No obstante, a la evaluación independiente realizadas por la Oficina de Control Interno, es responsabilidad de cada uno de los servidores públicos de la ESE, realizar el **autocontrol** de sus actividades o tareas a su cargo, generando acciones de mejora para el control de los riesgos propios de cada actividad.

El **Autocontrol** es la capacidad que deben desarrollar todos y cada uno de los servidores públicos de la ESE, independientemente de su nivel jerárquico, para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política y ley.

7. CONTROL DE CAMBIOS.

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

FECHA	CAMBIO	NUEVA VERSIÓN
DD/MM/AAAA	Síntesis descriptiva de las modificaciones realizadas al documento.	00

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: DE - M – 01 Versión: 06
	MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	Vigencia: 21/02/2017

8. ANEXOS:

Anexo 1: Formato de Identificación de riesgos por procesos (Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación)

Anexo 2: Formato Análisis y valoración de riesgos por procesos (Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación)

Anexo 3: Formato Mapa de Riesgos por Procesos (Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación)

Responsable	Nombres y Apellidos	Cargo
Elaboró:	Cicerón Cuchimba Patío	Profesional de Apoyo
Revisó y aprobó	Néstor Jhaly Monroy Atía	Gerente