

**MUNICIPIO DE DUITAMA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL TUNDAMA**

**Resolución N°. 924 DEL 25 DE OCTUBRE DE 2022**

“Por medio de la cual se deroga la Resolución 1459 de 15 de Diciembre de 2021 y se actualiza la Política de Gestión del Riesgo”

**LA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL  
TUNDAMA**

En uso de las facultades que le otorga la Ley y los Estatutos de la Empresa y,

**CONSIDERANDO:**

Que la Ley 87 de 1993 contempla las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y específicamente en el artículo No 2, se establece como objetivos del sistema proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten y 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 sus objetivos;

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

Que el Decreto 2145 de 1999, dicta normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones.

Que el Decreto 2593 de 2000 modifica parcialmente el Decreto 2145 de 1999.

Que el Decreto 1599 de 2005, adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

Que el Decreto 1011 de 2006 establece que "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos debe ser accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios".

*CM*

**Resolución N°. 924 DEL 25 DE OCTUBRE DE 2022**

“Por medio de la cual se deroga la Resolución 1459 de 15 de Diciembre de 2021 y se actualiza la Política de Gestión del Riesgo”

Que el Decreto 4485 de 2009: Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

Que el Decreto 943 de 2014. Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), establece que las entidades deben generar Políticas de Administración del Riesgo, Identificar el Riesgo, Analizar y Valorar Riesgo.

Que la Resolución 1328 de 2021, por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1 y los Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad.

Que el acuerdo N° 003 de 17 de marzo de 2022. Por el cual se aprueba el Plan de Gestión y plan de desarrollo de la Gerente de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama, denominado “calidad en salud por una Duitama para todos “para el periodo 2022-2023.

Que la Norma ISO 31000 es un estándar internacional que proporciona los principios y directrices a seguir por las organizaciones en materia de gestión del riesgo. Es decir, recoge un conjunto de buenas prácticas que orienten a las organizaciones de todos los tipos y tamaños a poder llevar a cabo una gestión de riesgos de manera efectiva.

Que el Sistema de Administración de Riesgos Operativos (SARO) busca que las organizaciones de Colombia tengan una administración eficiente del riesgo operativo al que se exponen, con el fin de reducir la frecuencia de suceso de aquellos eventos imprevistos y sus impactos y poder tener asegurada una ejecución normal y sin incidentes de sus operaciones.

Que, de acuerdo a la guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública, la administración del Riesgo comprende el conjunto de Elementos de Control y sus interrelaciones, para que la institución evalúe e intervenga aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar de manera positiva o negativa el logro de sus objetivos institucionales. La administración del riesgo contribuye a que la entidad consolide su Sistema de Control Interno y a que se genere una cultura de Autocontrol y autoevaluación al interior de la misma.

Que teniendo en cuenta que la plataforma estratégica contemplada en el plan de gestión y desarrollo 2022-2023 Acuerdo N° 03 de 17 de marzo de 2022, establece la Acreditación Institucional de acuerdo al manual 123 de 2014, en el cual se establece los requisitos y criterios de los estándares de acreditación, y que las instituciones deben establecer el enfoque, el diagnóstico de los riesgos existentes, la gestión del riesgo, la protección de los usuarios de los principales riesgos en la prestación de los servicios y la

**Resolución N°. 924 DEL 25 DE OCTUBRE DE 2022**

"Por medio de la cual se deroga la Resolución 1459 de 15 de Diciembre de 2021 y se actualiza la Política de Gestión del Riesgo"

evaluación de la gestión en la institución y establece como objetivo estratégico:

"Fortalecer la gestión clínica con enfoque de riesgos orientado a la seguridad de nuestros usuarios en su proceso de atención"

Que la E.S.E Salud del Tundama busca a través del enfoque del riesgo establecer la protección a los usuarios, de los principales riesgos en la prestación de servicios, haciendo énfasis en el cumplimiento de requisitos para evitar la presentación del riesgo.

Que para realizar la identificación del riesgo para el proceso misional el ministerio de Salud y Protección Social, plantea la metodología AMFE la cual es entendida como una técnica y alternativa para la gestión de riesgos que permite ser dirigida al análisis de identificación, evaluación y prevención de posibles fallos que permiten disminuir los riesgos asociados al uso de los dispositivos médicos, permitiendo que el análisis de efectos sea el estudio de las consecuencias de los fallos, maximizando la prestación de un servicio y la satisfacción de los usuarios.

Que mediante Decreto No. 193 del 02 de mayo de 2020 se nombra a la Doctora CATHERINE VAN ARCKEN MARTÍNEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 39.789.492 de Usaquén, en el cargo de Gerente de la Empresa Social del Estado Salud del Tundama Código 085 Grado 11, por el periodo comprendido entre el dos (02) de Mayo de dos mil veinte (2020) al treinta y uno (31) de Marzo de dos mil veinticuatro (2024).

Que mediante Resolución No. 358 del 02 de mayo de 2020 se otorga a la Doctora CATHERINE VAN ARCKEN MARTÍNEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 39.789.492 de Usaquén, una comisión para desempeñar un empleo de periodo fijo en la E.S.E Salud del Tundama, por el periodo comprendido entre el dos (2) de Mayo de dos mil veinte (2020) al treinta y uno (31) de Marzo de dos mil veinticuatro (2024).

Que mediante acta No. 051 se posesiona a la Doctora CATHERINE VAN ARCKEN MARTÍNEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 39.789.492 de Usaquén como Gerente de la E.S.E Salud del Tundama.

Que la siguiente Política se ajusta, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en la Guía para la elaboración de Documentos con la cual cuenta la Empresa Social del Estado Salud del Tundama.

Que, en mérito de lo expuesto;

GXM

**Resolución N°. 924 DEL 25 DE OCTUBRE DE 2022**

“Por medio de la cual se deroga la Resolución 1459 de 15 de Diciembre de 2021 y se actualiza la Política de Gestión del Riesgo”

**RESUELVE:****ARTÍCULO PRIMERO: COMPROMISO:**

La E.S.E Salud del Tundama se compromete a gestionar sus riesgos administrativos, asistenciales y clínicos para reducir consecuencias o eventos no deseado hacia usuarios, familias, colaboradores e institución a través de un método efectivo aplicable a los procesos de la organización.

**ARTÍCULO SEGUNDO: OBJETIVO:** Alcanzar un nivel aceptable de riesgos residuales en todos los procesos, a través de la gestión de acciones de control, con el fin de asegurar el cumplimiento de la misión institucional, los compromisos de gobierno, los objetivos estratégicos y de procesos vigentes.

**ARTÍCULO TERCERO: ALCANCE:** Aplica a todos los procesos, y planes de la entidad, conforme a cada tipo y clasificación de riesgo, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa; Desde la identificación del riesgo hasta el seguimiento y tratamiento en todos los procesos.

**ARTÍCULO CUARTO: NIVELES DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO:** Acorde con los riesgos residuales aprobados por los líderes de procesos y socializados en los comités de Gestión y Desempeño Institucional para los riesgos administrativos y en comité de Seguridad del Paciente para los riesgos clínicos y asistenciales y de coordinación de control interno, se debe definir la periodicidad de seguimiento y estrategia de tratamiento a los riesgos residuales aceptados.

La E.S.E. Salud del Tundama determina que:

Para los riesgos Absolutos de la matriz de riesgos administrativos por unidad de riesgo, origen y clase de riesgo, se encuentren en zona de riesgo bajo, moderado, alto y extremo, está dispuesta a aceptar el riesgo y no se requiere la documentación de planes de acción, sin embargo, se deben monitorear conforme a la periodicidad establecida.

Para los riesgos de corrupción no hay aceptación del riesgo, siempre deben conducir a formular acciones de fortalecimiento.

Para los riesgos absolutos de la matriz de riesgos asistenciales por Unidad de Riesgo, se encuentren en zona de riesgo bajo, medio y alto; está dispuesta a aceptar el riesgo y no se requiere la documentación de planes de acción, sin embargo, se deben monitorear conforme a la periodicidad establecida.

**Resolución N°. 924 DEL 25 DE OCTUBRE DE 2022**

“Por medio de la cual se deroga la Resolución 1459 de 15 de Diciembre de 2021 y se actualiza la Política de Gestión del Riesgo”

Para los riesgos Absolutos de la matriz de riesgos Clínico por fases, se encuentren en zona de riesgo bajo, medio y alto; está dispuesta a aceptar el riesgo y no se requiere la documentación de planes de acción, sin embargo, se deben monitorear conforme a la periodicidad establecida.

**ARTÍCULO QUINTO: RESPONSABLES:**

La responsabilidad está definida mediante las líneas de defensa y en la entidad se acogen según la siguiente tabla:

LÍNEAS DE DEFENSA	RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD FRENTE AL RIESGO
Línea Estratégica	Comité Gestión y Desempeño Institucional	<p>Asegurar la implementación y desarrollo de las políticas de gestión y directrices en materia de seguridad digital y de la información.</p> <p>Definir el marco general para la gestión del riesgo, la gestión de la continuidad del negocio y el control.</p> <p>Impartir recomendaciones de mejoras a la política de operación para la administración del riesgo.</p>
	Comité Institucional de coordinación de Control Interno	<p>Someter a aprobación del Gerente de la E.S.E. Salud del Tundama la política de administración del riesgo previamente estructurada por parte de la oficina asesora de planeación, como segunda línea de defensa de la Entidad; hacer seguimiento para su posible actualización y evaluar su eficacia frente a la gestión del riesgo institucional. Se deberá hacer especial énfasis en la prevención y detección de fraude y mala conducta.</p> <p>Revisar la política de administración del riesgo por lo menos una vez al año para su actualización y validar su eficacia a la gestión del riesgo institucional. Se deberá hacer especial énfasis en la prevención y detección de fraude y mala conducta.</p> <p>Aprobar el marco general para la gestión del riesgo y el control.</p> <p>Analizar los riesgos, vulnerabilidades, amenazas y escenarios de pérdida de continuidad de negocio institucionales que pongan en peligro el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes institucionales, metas, compromisos de la entidad y capacidades para prestar servicios.</p> <p>Garantizar el cumplimiento de los planes de la entidad.</p>



**Resolución N°. 924 DEL 25 DE OCTUBRE DE 2022**

“Por medio de la cual se deroga la Resolución 1459 de 15 de Diciembre de 2021 y se actualiza la Política de Gestión del Riesgo”

		<p><b>El líder del proceso debe:</b></p> <p>Verificar las acciones preventivas y registrar el avance junto con la evidencia en el SGI de acuerdo con la periodicidad definida.</p> <p>Analizar los resultados del seguimiento y establecer acciones inmediatas ante cualquier desviación.</p> <p>Evaluar con el equipo de trabajo la responsabilidad y resultados de la gestión del riesgo, así como las desviaciones según el nivel de aceptación del riesgo al interior de su dependencia y las acciones a seguir.</p> <p>Comunicar al equipo de trabajo los resultados de la gestión del riesgo.</p> <p>Asegurar que se documenten las acciones de corrección o prevención en el plan de mejoramiento.</p> <p>Revisar y actualizar el mapa de riesgos con el acompañamiento de la Oficina de Planeación y el Líder de Gestión del Riesgo.</p> <p><b>Los Colaboradores en general deben:</b></p> <p>Participar en el diseño de los controles que tienen a cargo.</p> <p>Ejecutar el control de la forma como está diseñado.</p> <p>Proponer mejoras a los controles existentes.</p>
<p>Segunda Línea</p>	<p>Proceso de Gestión de Planeación Organizacional</p> <p>Líder Gestión del Riesgo</p>	<p>Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, la definición de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo residual.</p> <p>Capacitar al grupo de trabajo de cada uno de los procesos en la identificación y elaboración de la matriz de riesgos para la gestión del riesgo con la asesoría del Comité de Gestión y Desempeño Institucional (CGDI) como líder de la política.</p> <p>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 estos.</p>

**Resolución N°. 924 DEL 25 DE OCTUBRE DE 2022**

"Por medio de la cual se deroga la Resolución 1459 de 15 de Diciembre de 2021 y se actualiza la Política de Gestión del Riesgo"

		<p>Verificar que las acciones de control se diseñen conforme a los requerimientos de la metodología.</p> <p>Revisar el perfil de riesgo inherente y residual por cada proceso y pronunciarse sobre cualquier riesgo que este por fuera del perfil de riesgo residual aceptado por la entidad.</p> <p>Hacer seguimiento al plan de acción establecido para la mitigación de los riesgos de los procesos registrados en el SGI - ALMERA.</p> <p>Revisar que el cargue de información en el SGI - ALMERA esté acorde con lo aprobado por el líder del proceso.</p> <p>Consolidar el mapa de riesgos institucional, riesgos de mayor criticidad frente al logro de los objetivos y presentarlo para análisis y seguimiento ante el CGDI.</p> <p>Presentar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno -CICCI el resultado de la medición del nivel de eficacia de los controles para el tratamiento de los riesgos identificados en los procesos.</p> <p>Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis, valoración y evaluación del riesgo.</p> <p>Informar a la primera línea de defensa la importancia de socializar los riesgos aprobados al interior de su proceso.</p> <p>Consolidar el mapa de riesgos institucional a partir de la información reportada por cada uno de los procesos (mapa de riesgo del proceso).</p> <p>Socializar y publicar el mapa de riesgos institucional.</p> <p>Participar en los ejercicios de autoevaluación de la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles seleccionados para el tratamiento de los riesgos identificados.</p> <p>Revisar las acciones y planes de mejoramiento 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 vuelvan a materializar y lograr el</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Resolución N°. 924 DEL 25 DE OCTUBRE DE 2022

“Por medio de la cual se deroga la Resolución 1459 de 15 de Diciembre de 2021 y se actualiza la Política de Gestión del Riesgo”

		<p>cumplimiento a los objetivos.</p> <p>Informar a la primera línea de defensa correspondiente (líder del proceso) la materialización de un riesgo no identificado, el cual debe ser gestionado en el aplicativo SGI - ALMERA y ser incluido en el mapa de riesgo institucional.</p> <p>Supervisar en coordinación con los demás responsables de esta segunda línea de defensa, que la primera línea identifique, analice, valore, evalúe y realice el tratamiento de los riesgos, que se adopten los controles para la mitigación de los riesgos identificados y se apliquen las acciones pertinentes para reducir la probabilidad o impacto de los riesgos.</p> <p>Monitorear los controles establecidos por la primera línea de defensa acorde con la información suministrada por los líderes de procesos.</p> <p>Evaluar que la gestión de los riesgos este acorde con la presente política de la entidad y que sean gestionados por la primera línea de defensa.</p> <p>Identificar cambios del riesgo en la entidad, especialmente en aquellos riesgos ubicados en zona baja y presentarlos en el CICCI.</p>
<p>Tercera Línea</p>	<p>Oficina Asesora de Control Interno</p>	<p>Revisar los cambios en el "Direccionamiento estratégico" o en el entorno y cómo estos pueden 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.</p> <p>Proporcionar aseguramiento objetivo sobre la eficacia de la gestión del riesgo y control, con énfasis en el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos.</p> <p>Proporcionar aseguramiento objetivo en las áreas identificadas no cubiertas por la segunda línea de defensa.</p> <p>Asesorar a la primera línea de defensa de forma coordinada con la Oficina de Planeación, en la identificación de los riesgos y diseño de controles.</p>

*CAM*

**Resolución N°. 924 DEL 25 DE OCTUBRE DE 2022**

“Por medio de la cual se deroga la Resolución 1459 de 15 de Diciembre de 2021 y se actualiza la Política de Gestión del Riesgo”

		<p>Llevar a cabo el seguimiento a los riesgos y estrategia de continuidad negocio consolidados en los mapas de riesgos y plan de continuidad de conformidad con el Plan Anual de Auditoría y reportar los resultados al CICCI.</p> <p>Realizar seguimiento a la implementación de mejoras sobre los lineamientos de continuidad del negocio.</p> <p>Realizar seguimiento a la implementación de la estrategia de continuidad del negocio y a las pruebas efectuadas.</p> <p>Recomendar mejoras a la política de operación para la administración del riesgo.</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adicionalmente, la matriz del riesgo de la Entidad contiene la responsabilidad del riesgo a través de los procesos identificados.

**ARTÍCULO SEXTO: NIVEL DE CALIFICACIÓN DE PROBABILIDAD PARA LA MATRIZ DE RIESGOS ADMINISTRATIVOS:** La ponderación en calificación de probabilidad y nivel de impacto se mide de acuerdo a la siguiente tabla.

<b>PROBABILIDAD</b>	Raro					
	Improbable					
	Posible					
	Probable					
	Casi Seguro					
		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrofico
		<b>IMPACTO</b>				

Fuente: Matriz Riesgos Almera

*OXM*

**Resolución N°. 924 DEL 25 DE OCTUBRE DE 2022**

“Por medio de la cual se deroga la Resolución 1459 de 15 de Diciembre de 2021 y se actualiza la Política de Gestión del Riesgo”

Nivel	Impacto	Descripción Reputacional
100%	Catastrófico	Deterioro de imagen con efecto publicitario sostenido a nivel Nacional.
80%	Mayor	Deterioro de imagen con efecto publicitario sostenido a nivel Territorial.
60%	Moderado	Deterioro de imagen con efecto publicitario sostenido a nivel Local o Entidades pares
40%	Menor	De conocimiento general de la entidad a nivel interno, Dirección General, Comités y Proveedores.
20%	Insignificante	Solo de conocimiento de algunos funcionarios y colaboradores.

**ARTÍCULO SÉPTIMO:** La presente resolución rige a partir de su fecha de expedición y deroga las demás disposiciones que le sean contrarias.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Duitama a los veintiún (25) días del mes de octubre de 2022.



**CATHERINE VAN ARCKEN MARTINEZ**  
Gerente

Revisó: ANDREA LILIANA ARIAS PERDOMO *AA*  
Proyectó: LIZETH KATHERINE VIVAS T. *LizethKatherineVivasT.*

*CKM*