



E.S.E.
RAFAEL TOVAR POVEDA
NIT. 900211477-1

MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 2 de 28

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
1. OBJETIVOS	4
1.1. Objetivo General	4
1.2. Objetivos Específicos	4
2. ALCANCE	5
3. REPONSABILIDAD	5
4. NORMATIVIDAD	6
5. DEFINICIONES	6
6. METODOLOGÍA:	8
7. ENFOQUE DIFERENCIAL	9
8. DESARROLLO DEL DOCUMENTO	9
8.1 Operativización de la Gestión del Riesgo	9
8.2 Generalidades para la Implementación de la Gestión del Riesgo	9
8.3 Roles y Responsabilidades	11
8.4 Condiciones de Implementación y Manejo de Gestión del Riesgo	14
9 IMPLEMENTACION DE LA GESTION DEL RIESGO	14
9.1 Niveles de Aceptación del Riesgo	14
9.2 Identificación de Riesgos	15
9.2.1 Catálogo de Posibles Riesgos	15
9.2.2 Clientes internos:	17
9.2.3 Institución	17
9.2.4 Medio Ambiente o externos	18
9.3 Valoración del Riesgo	18
9.3.1 Determinación de la Probabilidad	18
9.3.2 Determinación del Impacto	18
9.4 Análisis del Impacto	19
9.4.1 Mapa de Calor	19
9.5 Tratamiento de los Riesgos	20
9.6 Evaluación de Riesgos	21

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL		Código: ES-PGC-DE-M001
			Versión: 01
			Fecha de vigencia: 19/8/2025
			Página 3 de 28

9.6.1	<i>Diseño y establecimiento de controles</i>	21
9.6.2	<i>Evaluación de los Controles</i>	22
9.7	Revisión y Monitoreo de los Riesgos	23
9.8	Comunicación y Consulta.....	25
10	RIESGO CON CAUSAS TRANSVERSALES	26
11	EVALUACION DE IMPLEMENTACION	26
11.1	Metas	26
11.2	Indicadores	27
12	ANEXOS.....	27

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	Código: ES-PGC-DE-M001	
	Versión: 01	
	Fecha de vigencia: 19/8/2025	
	Página 4 de 28	

MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL

INTRODUCCIÓN

La E.S.E. Rafael Tovar Poveda, establece el manual de gestión del Riesgo teniendo en cuenta los lineamientos establecidos a nivel nacional en las diferentes normatividades que integran los Sistemas de Gestión de la Calidad y de Desarrollo Administrativo, con el fin de entregar a los ciudadanos, lo mejor de la gestión para originar cambios en los contextos de vida, generando un mayor impacto público en términos de bienestar, calidad de servicios de salud y fortaleciendo la lucha contra la corrupción.

Es por lo anterior que desde los niveles directivos de la institución se considera que la adecuada gestión del riesgo se constituye como una herramienta indispensable que permite evaluar periódicamente los factores operacionales de riesgo, que pueden afectar la calidad del servicio prestado por la entidad o la integridad de los recursos disponibles para su funcionamiento. Por lo tanto, cada subgerencia y/o líderes de procesos de procesos, son responsables de la implementación y el monitoreo de las acciones que se establezcan para la prevención, tratamiento y mitigación de los riesgos identificados.

El presente Manual de Gestión del Riesgo Institucional establece los lineamientos, metodologías y responsabilidades para identificar, evaluar, tratar, monitorear y comunicar los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos estratégicos de la institución. Este documento está alineado con la Norma ISO 31000:2018, el ciclo PHVA (Planear-Hacer-Verificar-Actuar), y la normatividad vigente en Colombia.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Establecer un marco institucional para la gestión integral del riesgo que permita prevenir, mitigar y responder eficazmente a las amenazas que puedan impactar el cumplimiento de la misión institucional, la seguridad del paciente, la calidad del servicio y la sostenibilidad organizacional.

1.2. Objetivos Específicos

- Identificar y manejar de forma anticipada las falencias, debilidades o eventos que puedan impedir el logro de los objetivos institucionales
- Vigilar constantemente las diferentes circunstancias que se puedan presentar durante el proceso de gestión de riesgo de manera oportuna, eficaz y sistemática

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 5 de 28

- Informar al personal de la institución sobre los riesgos que se presenten en cada servicio a fin de lograr una identificación precoz en el momento en que se llegara a presentar alguna de las situaciones presentadas

2. ALCANCE

Este Manual es de carácter estratégico, aplica a todos los procesos, áreas y servicios de la institución, incluyendo la alta dirección, los líderes de proceso y el personal operativo, así como contratistas y terceros que desarrollen actividades en nombre de la institución.

3. REPONSABILIDAD

la E.S.E. Rafael Tovar Poveda en cabeza de su gerente, efectuará en todos sus procesos, procedimientos y actividades una adecuada identificación, evaluación, medición o monitoreo y tratamiento de los riesgos, cada líder de proceso debe identificar sus riesgos, controles y tratamientos además de velar por la utilización de estos.

3.1. La junta Directiva. Tendrá como premisa la articulación del riesgo en las directrices, reglamentos y acuerdos establecidos para el buen funcionamiento de la institución.

3.3. Lideres de Procesos. Identificar y reportar riesgos en sus áreas de responsabilidad. Deben participar activamente en el proceso de gestión del riesgo, como se describe a continuación:

- Identificar y valorar los riesgos de sus respectivos procesos con base en las políticas y directrices de la institución.
- Proponer y Establecer los controles para la gestión de los riesgos identificados.
- Definir la estrategia de mitigación o tratamiento de los riesgos.
- Establecer los riesgos como oportunidades de mejoramiento para los procesos.
- Participar en el monitoreo de los riesgos y los mecanismos de control.
- Conocer los mapas de riesgos (perfil de riesgo del proceso) y su exposición al riesgo.
- Mantener informado al personal a su cargo los riesgos de sus procesos y comprometerlos con las acciones de mejora instauradas en sus respectivos planes de mejoramiento.
- Interactuar con otros procesos que estén afectando el riesgo de su proceso, con el fin de identificar e implementar las intervenciones correspondientes.

3.4. Todos los funcionarios: Cumplir con los procedimientos establecidos y reportar oportunamente incidentes y riesgos detectados.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 6 de 28

4. NORMATIVIDAD

Marco Nacional

- Constitución Política de Colombia – Art. 2, 49, 209 (fines esenciales del Estado, derecho a la salud, función administrativa).
- Ley 87 de 1993 – Normas para el ejercicio del control interno.
- Ley 872 de 2003 – Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud.
- Ley 1562 de 2012 – Modificación del Sistema General de Riesgos Laborales.
- Decreto 1083 de 2015 – Decreto Único Reglamentario del sector de Función Pública.
- Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
- Decreto 1072 de 2015 – Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo (SG-SST).
- Resolución 3100 de 2019 – Manual de habilitación de prestadores de servicios de salud.
- Resolución 4502 de 2012 – Política de Seguridad del Paciente.
- Resolución 1111 de 2017 – Estándares mínimos del SG-SST.
- Guía de Administración del Riesgo del DAFP (2020).
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (Decreto 1499 de 2017 y actualizaciones).
- Norma Técnica Colombiana NTCGP 1000:2009 – Sistemas de Gestión de la Calidad para el sector público.

Normas Técnicas y Referencias Internacionales

- ISO 31000:2018 – Gestión del Riesgo – Directrices.
- ISO 9001:2015 – Sistemas de Gestión de la Calidad.
- ISO 45001:2018 – Sistemas de Gestión de la SST.

5. DEFINICIONES

La E.S.E. Rafael Tovar Poveda, adopta la siguiente terminología para la política de gestión del riesgo así:

Riesgo: Es la posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o del proceso. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

Administración de Riesgos: 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.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL		Código: ES-PGC-DE-M001
			Versión: 01
			Fecha de vigencia: 19/8/2025
			Página 7 de 28

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

Riesgo de seguridad digital: Combinación de amenazas y vulnerabilidades en el entorno digital. Puede debilitar el logro de objetivos económicos y sociales, así como afectar la soberanía nacional, la integridad territorial, el orden constitucional y los intereses nacionales. Incluye aspectos relacionados con el ambiente físico, digital y las personas.

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 sus correspondientes medidas de tratamiento.

Gestión del riesgo: conjunto de estrategias que nos llevan a un proceso lógico, sistemático y multidisciplinario que, mediante la utilización de políticas y métodos de gestión, permite identificar y controlar la gran cantidad y variedad de situaciones susceptibles de convertirse en problemas; es un componente indispensable que debe aplicarse de manera transversal (horizontal) dado que forma parte de la estructura interna de todo el Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.

Probabilidad: Se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Esta puede ser medida con criterios de frecuencia o factibilidad.

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

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

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

Mapa de riesgos: Documento con la información resultante de la gestión del riesgo.

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

Control: Medida que modifica el riesgo (procesos, políticas, dispositivos, prácticas u otras acciones).

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL		Código: ES-PGC-DE-M001
			Versión: 01
			Fecha de vigencia: 19/8/2025
			Página 8 de 28

Amenazas: Situación potencial de un incidente no deseado, el cual puede ocasionar daño a un sistema o a una organización.

Vulnerabilidad: Es una debilidad, atributo, causa o falta de control que permitiría la explotación por parte de una o más amenazas contra los activos.

Confidencialidad: Propiedad de la información que la hace no disponible, es decir, divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados. Integridad: Propiedad de exactitud y completitud.

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

Tolerancia al riesgo: Son los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de objetivos. Pueden medirse y a menudo resulta mejor, con las mismas unidades que los objetivos correspondientes. Para el riesgo de corrupción la tolerancia es inaceptable.

Autocontrol: La capacidad que deben desarrollar todos y cada uno de los servidores públicos de la organización, 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.

Autorregulación: Se refiere a la capacidad de la organización para desarrollar en su interior y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento del SCI, dentro del marco de las disposiciones aplicables.

Autogestión: Apunta a la capacidad de la organización para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento

Mapa de riesgo: Herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos de manera ordenada y sistemática, defendiéndolos e identificando la descripción de cada uno de ellos y las posibles consecuencias.

Matriz de riesgo: Herramienta que permite clasificar y visualizar los riesgos, mediante la definición de grupos afectados de acuerdo a sus consecuencias y probabilidades.

6. METODOLOGÍA:

La metodología adoptada se basa en el ciclo PHVA, asegurando que la gestión del riesgo sea un proceso dinámico y participativo. Incluye las siguientes fases:

1. Planear: Identificación, análisis y evaluación del riesgo.
2. Hacer: Implementación de medidas de tratamiento del riesgo.
3. Verificar: Seguimiento, medición y revisión de la eficacia de las medidas

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 9 de 28

7. ENFOQUE DIFERENCIAL

El enfoque diferencial es una perspectiva de análisis que permite obtener y difundir información sobre grupos poblacionales con características particulares debido a su edad o etapa del ciclo vital, género, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, y discapacidad, entre otras características. Se deberá indicar el siguiente texto:

En la valoración de riesgos asociados a la atención en salud se incluirán variables relacionadas con embarazo adolescente, discapacidad, población étnica y ruralidad.

8. DESARROLLO DEL DOCUMENTO

8.1 Operativización de la Gestión del Riesgo

Para la operativización de la política se establecen las siguientes actividades:

- Adoptar una metodología clara, detallada y precisa para la implementación del enfoque y la gestión del riesgo de los procesos asistenciales y administrativos, así como de los grupos poblacionales específicos.
- Establecer al interior de los servicios o unidades funcionales, matrices de riesgo que contemplen la exposición al riesgo, el análisis y el tratamiento de estos.
- Incorporar en las actividades diarias, la gestión del riesgo como herramienta que provee valor a la clínica, de tal forma que brinda una ayuda para lograr la visión u objetivos estratégicos.
- Implementar y socializar las políticas, procesos, prácticas y herramientas para la gestionar los riesgos de LA/FT/FPADM (lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva), corrupción, opacidad, fraude, soborno y delitos fuertes al interior de la compañía.

8.2 Generalidades para la Implementación de la Gestión del Riesgo

En la E.S.E. Rafael Tovar Poveda los riesgos se podrán gestionar a través de diferentes instrumentos tales como: mapa de riesgos, actividades de control (procedimientos, instructivos, manuales, guías, lineamientos), Planes, programas, entre otros.

Para la correcta gestión de dichos riesgos decidimos unificar la tipología del riesgo en los diferentes procesos:

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 10 de 28

GRUPO AFECTADO	RIESGOS
Paciente, familia y otros clientes externos	En esta clasificación se encuentran listados los riesgos que ocasionen daño o pérdida en los pacientes, su familia y otros clientes externos como lo son: eventos adversos, daño o pérdida por vulneración de los derechos de los usuarios, pérdida económica para el paciente y/o su familia y pérdida económica para otros clientes externos diferentes a paciente y/o familia (EPS, Proveedores, entre otros).
Cliente Interno	Los riesgos del cliente interno se formularon basado en la guía Técnica Colombiana Para la identificación de los peligros y valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional, definiendo los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo biológico. • Riesgo físico. • Riesgo químico. • Riesgo psicosocial. • Riesgo biomecánico. • Condiciones de Seguridad. • Consecuencia de fenómenos naturales.
Institución	Los riesgos institucionales hacen referencia a aquellos que afectan directamente a la operación financiera, la imagen institucional, la estructura física, la perdida y/o daños de insumos y equipos, perdida irrecuperable de información y perdida de gobernabilidad.
Medio Ambiente	Es la posibilidad de que se produzca un daño o catástrofe en el medio ambiente debido a un fenómeno natural o a una acción humana. En el caso de la institución estaría relacionado con causa de acciones humanas, entre los cuales se pueden encontrar dos clasificaciones: daño ambiental por contaminación (agua, aire, tierra, ecosistemas, etc.) y pérdida económica para terceros por daño ambiental generado por la institución.

Así mismo como institución se considera fundamental la adopción de la clasificación del Departamento Administrativo de la Función Pública, en la agrupación de los riesgos en las siguientes categorías:

CLASIFICACION	DESCRIPCION
Ejecución y administración de procesos	Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos
Fraude externo	Pérdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la organización (no participa personal de la entidad).
Fraude interno	Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones irregulares, comisión de hechos delictivos abuso de confianza, apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales está involucrado por lo menos 1 participante

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 11 de 28

	interno de la organización, son realizadas de forma intencional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.
Fallas tecnológicas	Errores en hardware, software, telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos
Relaciones laborales	Pérdidas que surgen de acciones contrarias a las leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discriminación.
Usuarios, productos y prácticas	Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios y que impiden satisfacer una obligación profesional frente a éstos.
Daños a activos fijos/ eventos externos	Pérdida por daños o extravíos de los activos fijos por desastres naturales u otros riesgos/eventos externos como atentados, vandalismo, orden público

Fuente. Adaptada de la Guía de Administración del Riesgo - DAFP- 2020

8.3 Roles y Responsabilidades

Los roles y responsabilidades en la gestión del riesgo son de carácter participativo con los líderes de procesos, en el cual se determinaron los siguientes:

RESPONSABLE		OPERATIVIDAD
Gerente		<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprobar los recursos para la gestión de riesgo de la entidad y Facilitar la consecución de recursos para llevar a cabo la Gestión del Riesgo en toda la entidad y cumplimiento de la política de riesgos establecida 2. Aprobar la política de riesgos
Comité institucional de gestión y desempeño		<ol style="list-style-type: none"> 1. Consolidar el Mapa de riesgos Institucional con los riesgos en nivel Alto, Extremo y de Corrupción 2. Tener conocimiento de los principales aspectos relativos a los riesgos en la Entidad. 3. Realizar seguimiento al mapa de riesgos institucional y definir las acciones de mejora aplicable 4. Reportar los principales aspectos relativos a los riesgos 5. Establecer los componentes de la Gestión del Riesgo en la entidad 6. Brindar capacitación y asesoría respecto a la metodología del riesgo a todos los procesos 7. Efectuar informe anual del Riesgo al Comité del Sistema de Gestión y desarrollo y cuando sea necesario extraordinariamente, para que se tomen las decisiones pertinentes. 8. Asegurar que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de Gestión del Riesgo. 9. Analizar de forma bimensual los informes sobre la gestión de riesgos y tomar decisiones estratégicas basadas en el perfil de riesgos de la institución.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 12 de 28

	<p>10. Aprobar la metodología para identificar, medir, monitorear, controlar, informar y revelar los distintos tipos de riesgos, actuales y futuros</p>
Subgerencias y líderes de procesos	<p>1. Socializar a los servidores públicos, colaboradores, contratistas y partes interesadas, todos los componentes de la Gestión del Riesgo.</p> <p>2. Identificar y valorar los riesgos de sus respectivos procesos con base en las políticas y directrices de la institución</p> <p>3. Fomentar la cultura de gestión del riesgo en los equipos de trabajo y funcionarios para su aplicación en las actividades desarrolladas en cada uno de los procesos.</p> <p>4. Concertar y Socializar con el equipo de trabajo los controles identificados con el fin de asegurar su comprensión y oportuna aplicación.</p> <p>5. Realizar plan de mejoramiento Definiendo y ejecutando las acciones correctivas necesarias que implique la gestión del riesgo</p> <p>6. Evaluar los controles vigentes y proponer nuevos controles sino fuesen efectivos, alineándolos con las actividades de control definidas en los procedimientos</p> <p>7. Elaborar y/o aprobar los mapas de riesgo e informes de seguimiento, revisión y materialización del riesgo y remitirlos a la oficina de planeación y control interno de forma oportuna incluyendo los soportes pertinentes cuando se requieran</p> <p>8. Garantizar el cumplimiento de las actividades de seguimiento de materialización del riesgo</p> <p>9. Conocer los componentes de la Gestión del Riesgo y aplicarlos a su gestión diaria, asumiendo cultura de Autocontrol</p> <p>10. Cumplir con las acciones priorizadas en el Plan de mejoramiento derivado del seguimiento al riesgo, reportando oportunamente a los líderes de planeación calidad y control, interno responsable de la socialización del avance, cumplimiento y resultado de las mismas</p> <p>11. Informar oportunamente a los líderes de calidad, planeación y control, interno las acciones que se puedan presentar y que indiquen la materialización de un riesgo, que no se plasmaron en la matriz de riesgo inicial</p> <p>12. Observar dentro de sus actividades que eventos pueden afectar el desarrollo de las mismas e informarlas oportunamente para ser evaluadas como riesgos no identificados en los procesos.</p> <p>13. Los responsables de cada proceso realizarán el monitoreo de las acciones de manera permanente, los avances y analizarán con sus equipos de trabajo el estado de sus procesos frente a los controles establecidos.</p> <p>14. Según el resultado de la administración del riesgo, el líder del proceso solicitará ajuste a los riesgos o controles y elaborará acciones de mejoramiento o correctivas en el Plan de Mejoramiento Institucional.</p>

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 13 de 28

Control Interno	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar evaluación independiente y objetiva periódicamente sobre los componentes de la Gestión del riesgo y formular recomendaciones y/o mejoras. 2. Conocer las metodologías de riesgos y coadyuvar en la construcción de los mapas de riesgos, en los procesos en que participan 3. Coadyuvar al seguimiento y revisión de la matriz de riesgos 4. Apoyar la difusión e implementación de la Política de Gestión del Riesgo 5. Coordinar la implementación y mantenimiento de la metodología de gestión de riesgo 6. Informar al Comité institucional de gestión y desempeño, sobre las oportunidades de mejoramiento en la aplicación de las políticas y procedimientos de gestión de riesgos
Oficina de Sistemas (Riesgo de seguridad digital)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir el procedimiento para la Identificación y Valoración de Activos. 2. Adoptar o adecuar el procedimiento formal para la gestión de riesgos de seguridad digital (Identificación, Análisis, Evaluación y Tratamiento). 3. Realización de la gestión de riesgos de seguridad digital y en la recomendación de controles para mitigar los riesgos. 4. Apoyar en el seguimiento a los planes de tratamiento de riesgo definidos. 5. Informar a la línea estratégica sobre cualquier variación importante en los niveles o valoraciones de los riesgos de seguridad digital

ROL	FUNCION
Gerencia - Comité institucional de gestión y desempeño - Subgerencias	Establecer política de gestión del riesgo
	Realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos
	Identificar los riesgos y controles de procesos a cargo en cada vigencia
Calidad - Planeación	Realizar seguimiento y análisis a los controles de los riesgos con líderes de procesos según periodicidad establecida
	Actualizar el mapa de riesgos cuando la administración de los mismos lo requiera.
	Acompañar y orientar sobre la metodología para la identificación, análisis, calificación y valoración del riesgo.
	Monitorear cambio de entorno y nuevas amenazas
Oficina de control Interno	Apoyar seguimiento a la matriz e identificación de los riesgos institucionales
	Evaluar el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos
	Realizar seguimiento a los riesgos consolidados

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 14 de 28

8.4 Condiciones de Implementación y Manejo de Gestión del Riesgo

- Una vez al año se deberá revisar y/o modificar los mapas de riesgo por dependencias
- La consolidación del mapa de riesgos estará a cargo de las dependencias de planeación institucional.
- Para la elaboración de las matrices de riesgo y su autoevaluación se tendrá en cuenta los formatos aprobados en el sistema de gestión documental de la entidad.
- Se debe conservar evidencia de la comunicación de la información y reporte de la administración del riesgo en todas sus etapas.
- La actualización del Mapa de Riesgos de gestión y corrupción se realizará de acuerdo a las instrucciones de la Dirección de Planeación Institucional, Jurídica y Control interno; al inicio de la vigencia como resultado de auditorías internas o externas, seguimientos del proceso, entre otros; y posteriormente se debe actualizar el mapa como resultado de la autoevaluación de riesgos y controles.
- Los procesos tienen la facultad de actualizar los mapas de riesgos de acuerdo a la dinámica de su gestión.
- En el mapa de riesgos se deberán incluir aquellos riesgos que, de acuerdo con el análisis realizado, se encuentren en zona extrema y alta. Los riesgos que se encuentren en zona moderada o baja se podrán incluir en el mapa de riesgo según el análisis que realice el proceso de acuerdo a su necesidad y nivel de importancia.

9 IMPLEMENTACION DE LA GESTION DEL RIESGO

9.1 Niveles de Aceptación del Riesgo

Se deben formular los lineamientos exactos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que interfieran en el logro de los objetivos institucionales. Junto con los riesgos operativos, es importante identificar los riesgos de corrupción, los riesgos de contratación, los riesgos para la defensa jurídica, los riesgos de seguridad digital, entre otros.

Se deberá instaurar la posibilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de consecuencia o impacto, con el fin de evaluar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE).

Análisis de Riesgos: Se busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE)

Evaluación de riesgos: 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).

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL		Código: ES-PGC-DE-M001
			Versión: 01
			Fecha de vigencia: 19/8/2025
			Página 15 de 28

9.2 Identificación de Riesgos

La identificación del riesgo se lleva a cabo determinando las causas con base en el contexto interno, externo y del proceso que pueden afectar el logro de los objetivos. Algunas causas externas no controlables por la entidad se podrán evidenciar en el análisis del contexto externo, para ser tenidas en cuenta en el análisis y valoración del riesgo.

A partir de este contexto se identifica el riesgo, el cual estará asociado a aquellos eventos o situaciones que pueden entorpecer el normal desarrollo de los objetivos del proceso o los estratégicos. Las preguntas claves para la identificación del riesgo permiten determinar:

- ¿Qué puede suceder? Identificar la afectación del cumplimiento del objetivo estratégico o del proceso según sea el caso.
- ¿Cómo puede suceder? Establecer la casusa inmediata a partir de los factores determinados en el contexto sobre las circunstancias o situaciones más evidentes sobre las cuales se presenta el riesgo
- ¿Por qué puede suceder? Determinar de acuerdo con el desarrollo del proceso la causa principal de las razones por las cuales se puede presentar el riesgo
- ¿Cuándo puede suceder? Determinar de acuerdo a los pasos del desarrollo del proceso
- ¿Qué consecuencias traería su materialización? Determinar los posibles efectos por la materialización del riesgo. Estás consecuencias pueden ser económicas (presupuestal) o reputacional, y se conocen como las áreas de impacto.

Es recomendable para la identificación de riesgos tener en cuenta las actividades de control en los procedimientos relacionados al proceso.

Una vez analizada la información resultante de las anteriores preguntas, se enlistarán los posibles riesgos en nuestra institución.

9.2.1 Catálogo de Posibles Riesgos

9.2.1.1 Pacientes, familia y otros clientes externos:

- Errores en la prescripción, dispensación y administración de medicamentos.
- Abandono no autorizado del servicio
- Agresión externa
- Asfixia perinatal
- Caída de paciente
- Choque hipovolémico en postparto

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 16 de 28

- Convulsión febril intrahospitalaria
- Daño o lesión a la madre o al feto por distocia inadvertida
- Daño o lesión al paciente como consecuencia de errores diagnósticos
- Daño o lesión al paciente por reportes equivocados o inoportunos de ayudas diagnosticas
- Daño o pérdida por vulneración de los derechos de los usuarios.
- Deterioro evitable del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento
- ECV en paciente hospitalizado no previsto a su ingreso
- Entrega equivocada de un neonato
- Evento adverso medicamentoso evitable
- Eventos adversos asociados a las tecnologías en salud
- Eventos adversos de diversa índole
- Flebitis en sitio de punción
- Infecciones hematógenas asociadas a la atención en salud
- Infecciones respiratorias asociadas a la atención en salud
- Infecciones urinarias asociadas a la atención en salud
- Insatisfacción
- Lesiones por presión
- Muerte no previsible de paciente
- Muerte perinatal evitable
- Neumonías bronco aspirativas en paciente hospitalizado
- Otras infecciones asociadas a la atención en salud
- Pérdida económica para el paciente y/o su familia
- Pérdida económica para otros clientes externos diferentes a paciente y/o familia (Universidades, EPS, Proveedores, entre otros)
- Perdida funcional de un órgano
- Perforación de apéndice y/o peritonitis y/o sepsis en paciente con diagnóstico de apendicitis que no es atendido después de 12 horas de realizado el diagnóstico
- Vulneración de la privacidad
- Reacción adversa por alimentos.
- Reacción adversa por medicamento
- Retención de cuerpos extraños en pacientes internados
- Retiro accidental de dispositivos médicos con lesión
- Robo de menor de edad
- Secuelas post – reanimación
- Sufrimiento fetal o lesiones al neonato por fallas en los procesos de atención
- Suicidio de Pacientes internados

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 17 de 28

- Tromboembolismo pulmonar en paciente hospitalizado no previsto a su ingreso / Trombosis venosa profunda evitable
- Vulneración de los derechos del paciente
- Quejas por esperas prolongadas, incomodidad
- Maltrato o trato grosero
- Control inapropiado de irradiaciones

9.2.2 *Clientes internos:*

- Daño y/o pérdida como consecuencia de fenómenos naturales
- Inadecuado manejo de riesgos del trabajador de la salud: biológicos, mecánicos, ergonómicos
- Manejo inapropiado de información confidencial
- Daño y/o pérdida por condiciones de Seguridad
- Daño y/o pérdida por riesgo biológico
- Daño y/o pérdida por riesgo biomecánico
- Daño y/o pérdida por riesgo físico
- Daño y/o pérdida por riesgo psicosocial
- Daño y/o pérdida por riesgo químico
- Insatisfacción
- Pérdida económica

9.2.3 *Institución*

- Daños a la estructura física
- Obsolescencia y Vulnerabilidad de la infraestructura
- Incendios, explosiones, contingencias, relacionadas con el uso de tecnología
- Deterioro de la imagen institucional
- Pérdida de gobernabilidad (intervención por entes de control)
- Pérdida económica
- Daños en software y hardware
- Intromisión en red interna de datos
- Omisión o daño de alarmas
- Pérdida irrecuperable de información
- Pérdida o daño de equipos
- Pérdida o daño de insumos
- Ausencia o débil respuesta a emergencias y desastres
- Manejo inapropiado de desechos hospitalarios
- No aplicación de correctos y listas de chequeo o rutinización en su uso

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 18 de 28

9.2.4 Medio Ambiente o externos

- Daño ambiental por contaminación (agua, aire, tierra, ecosistemas, etc.)
- Pérdida económica para terceros por daño ambiental generado por la institución.
- Ataques terroristas
- Afectación grave a la cadena de suministros

9.3 Valoración del Riesgo

Para el análisis de los riesgos se realizará la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que pudiere causar la materialización de dicho riesgo, con el fin de determinar la zona de riesgo inicial (riesgo inherente).

9.3.1 Determinación de la Probabilidad

La probabilidad de ocurrencia representa el número de veces que el riesgo se ha presentado en un determinado tiempo o puede llegar a presentarse y el impacto hace referencia a la magnitud de sus efectos. Cada vez que se desarrolla la actividad en un proceso existe una exposición al riesgo. Por lo cual establecemos la siguiente tabla para el análisis del nivel de probabilidad:

	DESCRIPCION	FRECUENCIA	NIVEL
MUY BAJA	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales. (poco comunes o anormales)	No se ha presentado en los últimos 5 años	20%
BAJA	El evento puede ocurrir en algún momento.	Al menos de 1 vez en los últimos 5 años.	40%
MEDIA	El evento podría ocurrir en algún momento	Al menos de 1 vez en los últimos 2 años	60%
ALTA	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	Al menos de 1 vez en el último año	80%
MUY ALTA	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de 1 vez al año.	100%

9.3.2 Determinación del Impacto

Se identificará el nivel de afectación que tendría la entidad en caso de la materialización del riesgo, para lo cual se tendrá en cuenta la siguiente tabla.

	AFECCION ECONOMICA O PRESUPUESTAL	PERDIDA REPUTACIONAL
LEVE 20%	Afectación menor a 10 SMLMV	Afecta la imagen de alguna área de la organización
MENOR 40%	Entre 10 y 50 SMLMV	Afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores
MODERADO 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos
MAYOR 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal
CATASTROFICO 100%	Mayor a 500 SMLMV	Afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país

En ocasiones la materialización del riesgo en un proceso puede generar afectación económica y reputacional al tiempo, y es posible que sus niveles de impacto sean diferentes, por tanto, se debe seleccionar la afectación con el nivel más alto de impacto.

9.4 Análisis del Impacto

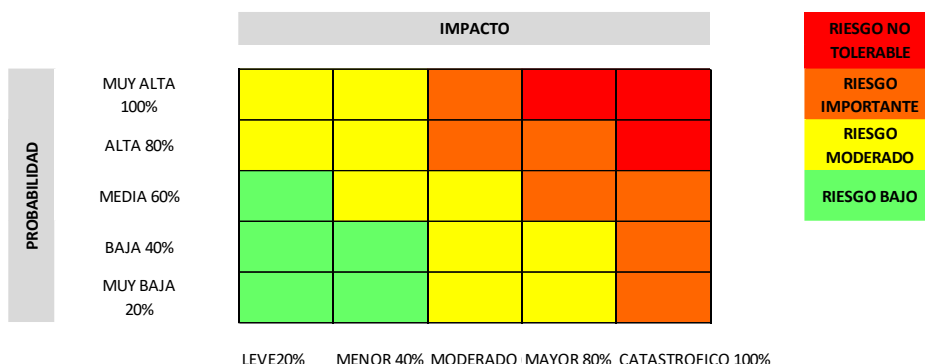
El impacto se analizará y calificará a partir de las consecuencias identificadas en la descripción del riesgo.

Para el análisis del impacto que puedan presentar los riesgos para nuestra institución se deberá realizar el perfil del riesgo, el cual se define como el producto de multiplicar la probabilidad de ocurrencia por el impacto potencial en términos de nivel de pérdida o daño.

9.4.1 Mapa de Calor

Para esto se ha establecido institucionalmente la realización del mapa de calor, instrumento con el cual evaluaremos el riesgo inherente. Es una herramienta que ayuda a identificar la zona en que se ubica el riesgo una vez valorado bajo los criterios de probabilidad e impacto, con el fin de priorizar el tratamiento de los riesgos mediante la formulación de acciones. De esta manera, es posible visualizar la exposición de la entidad ante los riesgos si no existiera ningún control (zona de riesgo inherente).

Para tal fin, se ubican las calificaciones de la probabilidad y del impacto en la fila y columnas correspondientes y se establece el punto de intersección entre ambas y ese punto es el que corresponde al nivel de riesgo. Por ejemplo, suponiendo que un riesgo fue calificado con probabilidad “probable” e impacto “mayor”, la zona de riesgo en la que se ubica es la “extrema”, es decir que, en caso de materializarse, el riesgo genera impactos graves significativos para la Entidad.



9.5 Tratamiento de los Riesgos

Consiste en evaluar las opciones para la mitigación de los riesgos considerando su importancia, probabilidad e impacto. Esto mediante el análisis de las posibles acciones a emprender a sabiendas que estas deben ser realizables y efectivas, buscando siempre la realización de las mejores alternativas para la gestión del riesgo en la E.S.E. Rafael Tovar Poveda

Las acciones pueden ser establecidas con base en los siguientes criterios:

ZONA DE RIESGO	CRITERIO	DEFINICION
RIESGO BAJO	Asumir el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando un riesgo se ubica en la zona baja del mapa de calor, se acepta el riesgo, es decir que no será necesario adoptar medidas que afecten la probabilidad o impacto del riesgo. - Este criterio aplica también para aquellos riesgos a los que no se les puedan establecer controles. - Es importante tener en cuenta que ningún riesgo de corrupción puede ser aceptado.
RIESGO MODERADO	Reducir (medidas para llevarlo a la zona baja)	Implica la implementación de controles para minimizar la probabilidad de ocurrencia e impacto del riesgo o ambos.
RIESGO IMPORTANTE	Compartir o transferir el riesgo	El riesgo puede ser compartido o transferido con otras organizaciones cuando se considere que no se cuenta con la capacidad o experticia suficiente para gestionarlo. Las formas más comunes de compartir o transferir un riesgo son mediante seguros o tercerización. Los mecanismos de transferencia del riesgo deben respaldarse bajo un acuerdo contractual.

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 21 de 28

RIESGO NO TOLERABLE	Evitar (Controles de prevención)	Reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguro o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad como a los contratos de riesgo compartido.
	Reducir (Controles de protección)	Es así como por ejemplo para mantener la información segura se puede duplicar y almacenar a través de empresas que realizan este proceso en un lugar distante y de ubicación segura en lugar de dejarla concentrada en un solo lugar
	Compartir o transferir el riesgo (Pólizas), se requiere de acción inmediata.	

9.6 Evaluación de Riesgos

La evaluación de riesgos consiste en valorar los controles respecto al tipo de control y ejecución, y en determinar el riesgo residual.

9.6.1 Diseño y establecimiento de controles

Las actividades de control son aquellas medidas orientadas a prevenir y detectar la materialización de los riesgos. De esta forma, se garantiza que sean ejecutadas por responsables claros y que hagan parte de la operación normal de la Entidad.

Se deberá formular controles por cada una de las causas identificadas, un control puede abordar múltiples causas, así como una causa puede tener múltiples controles.

Controles preventivos: Son aquellos que actúan sobre la causa de los riesgos y constituyen la primera línea de defensa contra ellos, buscan disminuir:

- La probabilidad de ocurrencia de los eventos
- El impacto potencial de sus consecuencias

Controles de detección: Buscan identificar los eventos, irregularidades o resultados no deseados que se presenten; alertan sobre la presencia de los riesgos y permiten tomar medidas inmediatas.

Es importante dar prioridad al establecimiento de controles preventivos sobre los de detección.

Controles correctivos: Este tipo de controles se ejecutan luego de la materialización del riesgo y tienen costos implícitos

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 22 de 28

9.6.1.1 Componentes del diseño de los controles: Todo control institucional debe incluir en su descripción los siguientes 8 componentes:

- Nombre del control: Establecer el nombre del control
- Responsable (Quien): Definir a la persona encargada de ejecutar el control
- Periodicidad (Cuando): Frecuencia con la que se debe ejecutar el control
- Propósito (Que): Descripción de la actividad de control
- Método: Establecer como se va a realizar la actividad de control
- Reacción (Que hacer en caso de): En caso de detectarse desviaciones (incumplimientos o materializaciones del riesgo), se debe especificar las acciones que se deben tomar como reacción a esta identificación.
- Evidencia (Que evidencia queda de la ejecución): Debe especificarse cuál será el registro de la ejecución del control
- Documentación: Identificar los controles que están documentados en el proceso como manuales, procedimientos u otro documento del proceso

9.6.2 Evaluación de los Controles

Los criterios para la evaluación de los controles están directamente relacionados con 6 de sus componentes mencionados anteriormente, a partir de la respuesta se dará una calificación en el seguimiento que se realice teniendo en cuenta la siguiente tabla:

COMPONENTES DEL CONTROL	ASPECTO A EVALUAR EN EL DISEÑO DEL CONTROL	RESPUESTA	VALOR
Asignación del responsable	¿Existe un responsable asignado a la ejecución del control?	Asignado	15
		No Asignado	0
Segregación de funciones y autoridad del responsable.	El responsable tiene la autoridad y adecuada segregación de funciones en la ejecución del control	Adecuado	15
		Inadecuado	0
Periodicidad	La oportunidad en que se ejecuta el control ayuda a prevenir la mitigación del riesgo a detectar la materialización del riesgo de manera oportuna	Oportuna	15
		Inoportuna	0
Propósito	Las actividades que se desarrollan en el control realmente buscan por si sola prevenir o detectar las causas que pueden dar origen al riesgo	Prevenir	15
		Detectar	10
		No es un control	0
Como se realiza la actividad de control	La fuente de información que se utiliza en el desarrollo del control es información confiable que permita mitigar el riesgo	Confiable	15
		No confiable	0

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 23 de 28

Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Las observaciones, desviaciones o diferencias identificadas como resultados de la ejecución del control son investigadas y resueltas de manera oportuna	Se investigan y resuelven oportunamente	15
		No se investigan y resuelven oportunamente	0
Evidencia de la ejecución del control	Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control que permita a cualquier tercero con la evidencia llegar a la misma conclusión	Completa	15
		Incompleta	5
		No existe	0

Luego de evaluar los 6 componentes, en cada control, se deberá realizar la sumatoria de los valores numéricos, para determinar la calificación del diseño, la cual podrá ser: fuerte, moderada o débil, de acuerdo, con la siguiente tabla:

CALIFICACION DEL DISEÑO	SUMATORIA DEL RESULTADO
Fuerte	Entre 100 y 120
Aceptable	Entre 80 y 99
Necesita mejorar	Entre 50 y 79
Débil	Entre 0 y 49

Así mismo evaluaremos la ejecución de los controles mediante la siguiente tabla:

CALIFICACION DE LA EJECUCION	RESULTADO DE LA EVALUACION DE LA EJECUCION
Fuerte	El control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable. (siempre)
Aceptable	El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable. (algunas veces)
Moderado	El control se ejecuta de manera inconsistente, esporádica o de forma incongruente
Débil	El control no se ejecuta por parte del responsable. (nunca)

9.7 Revisión y Monitoreo de los Riesgos

La E.S.E. Rafael Tovar Poveda debe asegurar la adecuada mitigación de los riesgos (incluyendo riesgos de corrupción) en los que exista la probabilidad de materializarse y que su impacto es

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	Código: ES-PGC-DE-M001	
	Versión: 01	
	Fecha de vigencia: 19/8/2025	
	Página 24 de 28	

representativo (moderado, mayor y catastrófico) en el cumplimiento de los objetivos institucionales y de sus procesos y que se están implementando de manera oportuna.

Debemos asegurar para aquellos riesgos que exista la probabilidad de materializarse y su impacto pueda ser importante en el logro de los objetivos institucionales y de sus procesos, incluyendo los riesgos de Corrupción, que estos se están mitigando de manera adecuada, se están implementando los correctivos de manera oportuna y en el Mejor de los casos, evitar en lo posible que este tipo de riesgo no se vuelva a presentar en la nuestra institución.

- Línea estratégica: La alta dirección y el equipo directivo, mediante el comité institucional de gestión y desempeño deberán monitorear y revisar el cumplimiento a los objetivos por medio de una adecuada gestión de riesgo.
- Primera línea de defensa (Subgerencias y líderes de procesos): A cargo de gestionar los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de sus procesos, incluyendo los riesgos de corrupción, a través de la identificación, análisis, evaluación, tratamiento y monitoreo de los riesgos.
- Segunda línea de defensa (Talento humano, planeación y calidad): Asiste y guía a la Línea Estrategia y la Primera Línea de Defensa en la Gestión adecuada de los Riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de sus procesos, incluyendo los riesgos de corrupción, a través del establecimiento de directrices y apoyo en el proceso de identificar, analizar, evaluar y tratar los riesgos, y realiza un monitoreo independiente al cumplimiento de las etapas de la gestión de riesgos.
- Tercera línea de defensa (Oficina de control interno): Provee aseguramiento 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

Dentro de la evaluación a la gestión del riesgo institucional se realizará la medición a la eficiencia, eficacia y economía de los controles y prestará asesoría a la Alta Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la evaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

Esta evaluación se circunscribirá a la revisión del cumplimiento de los roles definidos con respecto a la gestión de riesgos por parte de la alta dirección y el líder de cada proceso institucional, lo que incluirá:

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 25 de 28

- Revisión a la modificación y ajuste del mapa de riesgos institucional cuando se presenten cambios en el direccionamiento estratégico o normativo que rige el quehacer de la Secretaría Distrital de Salud.
- Revisión de la adecuada identificación de los riesgos de gestión y corrupción.
- Revisión de la calificación de impacto y probabilidad de riesgos en cada proceso, con base en resultados de auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno.
- Revisión del diseño y ejecución de los controles que permitan asegurar la mitigación de los riesgos de gestión y de corrupción.
- Revisión de la fijación de actividades de control en procedimientos y demás documentos de gestión, con base riesgos previamente identificados.
- Seguimiento a las actividades de control que han sido establecidas para la mitigación del riesgo en cada uno de los procesos.
- Revisión de las evaluaciones periódicas que debe adelantar cada proceso con respecto a la gestión de sus riesgos, en cumplimiento de los principios de autocontrol, autorregulación y autogestión.
- Revisión de los planes de mejoramiento definidos por aquellos procesos en los que se materialice un riesgo de gestión o de corrupción
- Revisar y hacer seguimiento al cumplimiento y efectividad de los planes de mejoramiento suscritos por los procesos en los que se han materializado riesgos.

Con base en los resultados obtenidos luego de la revisión de los elementos antes mencionados, la Oficina de Control Interno en su rol de evaluador independiente, podrá emitir un juicio acerca de la efectividad de los controles, así como de las acciones encaminadas al fortalecimiento de los mismos, de manera que se proporcioné información objetiva y razonable a la Alta Dirección, acerca del control de todos aquellos factores que pueden impedir el logro de la misión institucional.

9.8 Comunicación y Consulta

La comunicación de la Información y el reporte debe garantizar que se tienen en cuenta las necesidades de los usuarios o ciudadanos, de modo tal que los riesgos identificados, permitan encontrar puntos críticos para la mejora en la prestación de los servicios. Es preciso promover la participación de los funcionarios con mayor experticia, con el fin de que aporten su conocimiento en la identificación, análisis y valoración del riesgo.

Por tanto, se debe hacer especial énfasis en la difusión, socialización, capacitación y/o entrenamiento de todos y cada uno de los pasos que componen la metodología de la administración del riesgo, asegurando que permee a la totalidad de la organización pública

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 26 de 28

10 RIESGO CON CAUSAS TRANSVERSALES

- Los procesos responsables que identifiquen riesgos con causas transversales deberán incluirlos en su mapa de riesgos de acuerdo con su competencia (ejemplo: contratación, digitales, de proyectos y financieros, entre otros).
- Cada riesgo con causa transversal deberá tener asignado un único proceso responsable, de acuerdo con su competencia, quien lo incluirá en su mapa de riesgos.
- El proceso responsable del riesgo con causa transversal debe identificar los procesos que están relacionados (aquellos donde se debe controlar la causa) e incluir esta relación en el mapa de riesgos.
- El proceso responsable del riesgo con causa transversal, debe establecer los controles y comunicarlos al líder del proceso, para su aplicación y seguimiento.
- Para la autoevaluación de riesgos con causas transversales el proceso responsable deberá coordinar la misma con los procesos relacionados.
- El proceso responsable debe consolidar la información de la autoevaluación de riesgos con causas transversales para el reporte a la Dirección de Planeación Institucional y Calidad.
- Sí el resultado de la calificación de la autoevaluación es menor a 99, se debe formular una acción para abordar riesgos; si en la autoevaluación se informa la materialización de un riesgo, se debe formular una acción correctiva.
- El proceso relacionado con la causa transversal tendrá la responsabilidad de la ejecución del control, de conformidad a las directrices que indique el responsable del riesgo.

11 EVALUACION DE IMPLEMENTACION

Para evaluar la adecuada implementación del presente manual de gestión del riesgo la E.S.E. Rafael Tovar Poveda se tendrá en cuenta lo siguiente:

11.1 Metas

- Matriz institucional desplegada e implementada en la ESE y sus puestos y centros de salud en un 100%.
- Mitigar en un 30% Riesgo Financiero y Asistencial.
- Mejorar los indicadores de Gestión Institucional, que reflejen un incremento en la evaluación de la Gerente

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 27 de 28

11.2 Indicadores

- Número de líderes y responsables de procesos institucionales capacitados X 100
líderes y responsables de procesos institucionales
- Numero de dependencias en la institución que diligenciaron la matriz de riesgo X 100
Número total de dependencias de la institución
- Número de actividades cumplidas X 100
Número total de actividades Programadas

12 ANEXOS

Anexo 1. Matriz de gestión del Riesgo institucional. CODIGO: ES-PGC-SOGC-F020

 E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	MANUAL DE GESTION DEL RIESGO INSTITUCIONAL	Código: ES-PGC-DE-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 19/8/2025
		Página 28 de 28

CONTROL DE CAMBIOS											
Versión	Descripción del Cambio	Fecha de aprobación									
01	Elaboración Del documento por requisitos normativo según los estándares de acreditación establecidos en el programa de auditoría para el mejoramiento continuo PAMEC 2025	19/8/2025									
<table> <tr> <td>Elaborado por:</td><td>Revisado por:</td><td>Aprobado por:</td></tr> <tr> <td>  Firma: </td><td>  Firma: </td><td>  Firma: </td></tr> <tr> <td> Nombre: Dorys Enith Almario Estrada Cargo: Asesora de Calidad </td><td> Nombre: Denis Hoyos González Cargo: Profesional Apoyo Planeación y Calidad </td><td> Nombre Marlio Andrés Posada Muñoz Cargo: Gerente </td></tr> </table>			Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	 Firma:	 Firma:	 Firma:	Nombre: Dorys Enith Almario Estrada Cargo: Asesora de Calidad	Nombre: Denis Hoyos González Cargo: Profesional Apoyo Planeación y Calidad	Nombre Marlio Andrés Posada Muñoz Cargo: Gerente
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:									
 Firma:	 Firma:	 Firma:									
Nombre: Dorys Enith Almario Estrada Cargo: Asesora de Calidad	Nombre: Denis Hoyos González Cargo: Profesional Apoyo Planeación y Calidad	Nombre Marlio Andrés Posada Muñoz Cargo: Gerente									