	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA	FR2-DIR	
		Versión 01	Página 1 de 12
ACUERDO No. 17 (16 DE SEPTIEMBRE DE 2022)		Fecha Emisión: septiembre de 2021 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

TRD.110.4.17

“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBAN LAS POLITICAS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO Y EL MANUAL DE PREVENCIÓN DE LA CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE, DEL HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.”

LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, en uso de sus facultades legales y estatutarias, contenidas en el Decreto 1876 de 1994, artículo 70 de la Ley 1438 de 2011 y Decreto 2993 de 2011 y

CONSIDERANDO

Que, el Hospital Raúl Orejuela Bueno, fue creado mediante Acuerdo N°. 71 del 12 de agosto de 1994, bajo la nominación de Centro de Salud La Emilia, como establecimiento público descentralizado, dotado de personería jurídica, autonomía administrativa, patrimonio independiente e integración funcional con los Organismos de Salud de su jurisdicción. El Acuerdo anterior fue objeto de modificación parcial, por medio de los también Acuerdos Municipales N°. 37 y 136, en su orden de: [...] “que asumirán la prestación de los servicios de salud en el primer nivel de atención” y “por el cual se modifica el artículo 2º del Acuerdo 37 de septiembre 14 de 1995, respecto de su denominación y domicilio, la cual se denominará: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Ubicada en la calle 36 No. 39-75”.

Que el artículo 209 de la Constitución Política establece que “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”.

Que mediante la Resolución No. 113.43.11.35 del 28 de noviembre de 2014, el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. adoptó la Política y los lineamientos para la administración de riesgos en la E.S.E.

Que el Decreto 1499 de 2017 actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar las actividades de las entidades y organismos públicos, este modelo tiene el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos con integridad y calidad en el servicio.

Que mediante Resolución No. 110.04.02-590 del 4 de octubre de 2019 el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., actualizó la Política de gestión del riesgo.

Que la actual Gerente del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. fue nombrada mediante Decreto Municipal No. 701 del 24 de abril de 2020, y posesionada el 04 de mayo de 2020.

Que el Hospital Raúl Orejuela Bueno Empresa Social del Estado, se encuentra en proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y que para su operación articulada, cuenta con la conformación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Que el Departamento Administrativo de la Función Pública, como entidad técnica, estratégica y transversal del Gobierno Nacional, puso a disposición de las Entidades el documento denominado “Guía para la administración y el diseño de controles en entidades públicas”

[Handwritten signatures and initials]

	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA	FR2-DIR	
		Versión 01	Página 2 de 12
ACUERDO No. 17 (16 DE SEPTIEMBRE DE 2022)		Fecha Emisión: septiembre de 2021 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

TRD.110.4.17

versión 5 de fecha diciembre de 2020, en la cual se actualizaron y precisaron algunos elementos metodológicos para mejorar el ejercicio de identificación y valoración del riesgo.

Que en cumplimiento de lo definido en la "Guía para la administración y el diseño de controles en entidades públicas" para lograr la implementación de la gestión del riesgo, el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. analizó los tres grandes objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional, "Te Queremos Sano" para el periodo 2020-2024 e identificó los riesgos que pueden llegar a afectar, impactar o impedir su cumplimiento.

Que en el Comité de Gestión y Desempeño el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. se adoptó la Guía para la Administración y el Diseño de Controles en entidades públicas versión 5 de diciembre de 2020, como la metodología institucional para la administración del riesgo y se aprobó la propuesta de actualizar la Política de Gestión del Riesgo adoptada mediante la Resolución No. 110.04.02-590 del 4 de octubre de 2019 del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., por la Política para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles para los riesgos que pueden impactar el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la E.S.E, en alineación con los objetivos de los procesos, llamándolos riesgos y controles estratégicos respectivamente.

Que, en ese sentido, la E.S.E. ha venido desarrollando acciones de Gestión Integral del Riesgo, mediante políticas, instrumentos, mecanismos y procedimientos, adoptados y desarrollados para tal fin. Así mismo, gestiona los riesgos mediante la formulación, ejecución, seguimiento y actualización a los mapas de riesgos de los procesos de la entidad.


Que el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007 establece el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud.

Que dentro de la función de inspección, según el artículo 35 de la misma Ley, se encuentran las acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del precitado sistema, que implican la solicitud, confirmación y análisis puntual de la información financiera, técnica-científica, administrativa y económica que se requiera de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, entre las que se encuentran, según el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos.

Que, por su parte, el numeral 2 del artículo 7 del Decreto 1080 de 2021, establece como función de la Superintendencia Nacional de Salud la de: "Emitir instrucciones a los sujetos vigilados sobre el cumplimiento de las disposiciones normativas que regulan su actividad, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación."

Que mediante Circulares 20211700000004-5 y 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, relacionadas con el Código de Conducta y Buen Gobierno Organizacional y Sistema de Gestión de Riesgos para IPS, se establecieron obligaciones para las Juntas Directivas, en el marco del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo de la Entidad de Salud.

Que según lo dispuesto en la Circular 20211700000005-5 de 2021 y teniendo en cuenta la importancia de evitar cualquier acto de Corrupción, Opacidad o Fraude al interior de las organizaciones vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, se ha provisto un robusto

	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA	FR2-DIR	
		Versión 01	Página 3 de 12
ACUERDO No. 17 (16 DE SEPTIEMBRE DE 2022)		Fecha Emisión: septiembre de 2021 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

TRD.110.4.17

marco legal y técnico tanto Nacional como Internacional tendiente a evitar la concreción de tales conductas, en el que se encuentran normas, estándares, lineamientos, mapas de riesgos y guías de administración del riesgo.

Que, en ese sentido, la Entidad debe propender por adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas a implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética, transparente, de lucha contra la corrupción, opacidad, fraude y la gestión antisoborno.

Que, como Empresa Social del Estado, es objeto de la aplicación de las disposiciones de la Superintendencia Nacional de Salud, por lo que le corresponde implementar, actualizar y fortalecer los Sistemas Integrados de Gestión del Riesgo, y la operativización de los subsistemas obligatorios, en el marco de las Circulares 20211700000004-5 y 202117000000055 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Que, si bien se ha avanzado en la adopción de mecanismo de Gestión de Riesgos y se cuenta con mapas de riesgos, así como políticas y lineamientos para la gestión del riesgo en la Entidad, se debe organizar y actualizar el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, documentando su operativización, mediante la articulación de todos los elementos y herramientas, con el fin de garantizar la implementación y eficacia del sistema.

Que el artículo cuarto de la Circular 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, establece que son *"funciones de la junta en relación el sistema integrado de gestión del riesgo: a) Aprobar las políticas de la entidad en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad y que son presentadas por el Comité de Riesgos, a partir del trabajo con el área de gestión de riesgos, en caso de que existan, órgano equivalente o de las diferentes áreas de la entidad."*

Que la Circular 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud en su numeral 5.2.3.5.1. dispuso: *"Junta Directiva u órgano que haga sus veces. Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, debe contemplar como mínimo las siguientes funciones a cargo de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces: ...c. Aprobar el Manual de Prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones."*


Que en reunión extraordinaria de Junta Directiva llevada a cabo el 16 de septiembre de 2022, la Gerente a través del Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, presentó las Políticas del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, y el Manual de Prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.

Que, en virtud de lo anterior, el Presidente de la H. Junta Directiva, sometió a consideración y posterior votación de cada uno de los Miembros asistentes, la decisión de APROBAR las Políticas del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo y el Manual de Prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., la cual fue **aprobada** por unanimidad.

Que, en concordancia con lo anteriormente descrito, la Junta Directiva del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. de Palmira,

ACUERDA:

Handwritten signature/initials

 <p>HOSPITAL Raúl Orejuela Bueno Empresa Social del Estado Palmira Valle del Cauca</p>	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA	FR2-DIR	
		Versión 01	Página 4 de 12
ACUERDO No. 17 (16 DE SEPTIEMBRE DE 2022)		Fecha Emisión: septiembre de 2021 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

TRD.110.4.17

ARTÍCULO PRIMERO. Con fundamento en las consideraciones de que da cuenta la parte motiva del presente acto administrativo, **APROBAR** las Políticas del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., para cada uno de los subsistemas contemplados en la Circular 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, así:

POLÍTICAS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO DEL HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E.

1. DEFINICIÓN

El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos se define a partir de los lineamientos, políticas, procedimientos, documentos, infraestructura, manuales, instrumentos e información en relación con la gestión del riesgo del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., y opera mediante los subsistemas que hacen parte del mismo. Estos a su vez permiten al hospital: identificar, evaluar, medir, controlar y monitorear los riesgos a los que está expuesta la entidad, en desarrollo de sus operaciones. Todo esto buscando mejorar los resultados en salud de la población, la satisfacción de los usuarios y la sostenibilidad financiera; todo esto para prevenir posibles impactos negativos de la materialización de dichos riesgos en la entidad. Los Subsistemas de Administración de Riesgos son los siguientes: 1. Riesgo en Salud, 2. Riesgo Operacional, 3. Riesgo Actuarial, 4. Riesgo de Crédito, 5. Riesgo de Liquidez, 6. Riesgo de Grupo, 7. Riesgo de Mercado de Capitales, 8. Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, 9. Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF.

2. POLÍTICA GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS

La Política de Gestión de Riesgos del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, establece el marco general de administración de los riesgos que pueden impactar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y los objetivos de los procesos en la E.S.E.


3. LINEAMIENTOS GENERALES DE LA POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

Son lineamientos generales de la Política de Gestión de Riesgos y el diseño de controles del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. los siguientes:

- 3.1. **OBJETIVO.** La Política de Gestión de Riesgos del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. tiene como objetivo orientar la Administración de los Riesgos de la Entidad gestionándolos hasta un nivel aceptable.
- 3.2. **ALCANCE.** La Política de Gestión de Riesgos del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. tiene alcance a los procesos de la Entidad, por tanto, la identificación, análisis y valoración de los riesgos se circunscribe a los objetivos de cada proceso y a los riesgos estratégicos.

4. LINEAMIENTOS ESPECIFICOS

La Política de Gestión de del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E considera los siguientes lineamientos específicos para el fortalecimiento en la administración de riesgos en el ámbito institucional:

 <p>HOSPITAL Raúl Orejuela Bueno Empresa Social del Estado Palmira Valle del Cauca</p>	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA	FR2-DIR	
		Versión 01	Página 5 de 12
ACUERDO No. 17 (16 DE SEPTIEMBRE DE 2022)		Fecha Emisión: septiembre de 2021 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

TRD.110.4.17


- Los líderes de proceso deben promover que los servidores públicos, trabajadores oficiales y colaboradores del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., conozcan, cumplan y hagan cumplir la Política de Gestión de Riesgos y el diseño de controles del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.
- Los líderes de proceso deben identificar los cambios en los riesgos de los procesos para realizar los ajustes que sean necesarios en el mapa de riesgos.
- Los líderes de proceso deben elaborar planes de contingencia ante la ocurrencia de eventos o cambios en el contexto que generen algún nivel de riesgo que no se hayan considerado en el mapa de riesgos institucional por su carácter de imprevisibilidad.
- Los líderes de proceso deben elaborar planes de acción para la gestión y administración de los riesgos que se hayan materializado e incluirlos con máxima prioridad en el mapa de riesgos institucional cuando estos afecten el cumplimiento de los objetivos estratégicos.
- Los riesgos de corrupción son inaceptables en la Entidad y su identificación, valoración y tratamiento atenderán las directrices del Gobierno Nacional.
- La administración de los riesgos de seguridad de la información respetará los lineamientos del Modelo Nacional de Gestión de Riesgo de Seguridad de la Información en entidades públicas, proceso a cargo del servidor(a) público Líder de Programa (Tecnologías y Técnicas de Información).

5. POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA CADA SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS

Para cada subsistema, la E.S.E. cuenta con las siguientes políticas:

5.1. RIESGO EN SALUD. Para el Hospital, el Riesgo en Salud significa la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud de nuestra población usuaria, que puede ser también el empeoramiento de una condición clínica previa o la necesidad de requerir más consumo evitable de bienes y servicios para la atención en salud. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los éste. Para este riesgo se adoptan las siguientes políticas:

- El Hospital propende por mantener a la población caracterizada, tanto a nivel de aseguramiento, como en términos de las zonas de influencia de las IPS y sus determinantes sociales en salud.
- El Hospital busca mantener actualizados sus estudios de oferta y demanda de servicios.
- El Hospital gestiona los riesgos clínicos de la atención, mediante los lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente.
- El Hospital, de manera técnica, establece métodos para determinar la probabilidad de ocurrencia de riesgos en salud y la severidad de las consecuencias máximas posibles o impacto, sobre la salud de los pacientes, en caso de presentarse un evento derivado de cada riesgo identificado. Así mismo deberá establecer su costo y su impacto en la operación.
- El Hospital busca evaluar cada uno de los riesgos en salud identificados, mediante tableros de control, en el marco del direccionamiento estratégico.
- El Hospital formula planes de mejoramiento y controles a los riesgos en salud identificados, verificando su cumplimiento.

	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA	FR2-DIR	
		Versión 01	Página 6 de 12
ACUERDO No. 17 (16 DE SEPTIEMBRE DE 2022)		Fecha Emisión: septiembre de 2021 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

TRD.110.4.17

- El hospital mantiene actualizada la documentación de los procesos misionales, en el marco de las exigencias del Sistema de Gestión de Calidad, lo cual debe incluir criterios de gestión del riesgo en salud.
- El Hospital capacita y forma de manera permanente al talento humano, sobre la gestión de riesgos en salud.


5.2. RIESGO OPERACIONAL. El Riesgo Operacional corresponde a la probabilidad de que en los procesos del Hospital se presenten desviaciones en sus objetivos, como consecuencia de deficiencias o fallas en los procedimientos, en el recurso humano, los sistemas tecnológicos, biomédicos, legales; o en su infraestructura; o por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causas internas o externas. Son políticas del hospital en relación con este subsistema:

- El Hospital debe mantener su mapa de riesgos actualizado, en términos de sus procesos operativos y administrativos.
- Se debe propender por mantener actualizados y documentados los procesos misionales y de apoyo, especialmente: Promoción y Prevención, Consulta Externa, Internación, Cirugía, Urgencias, Apoyo Diagnóstico, Complementación Terapéutica, Referencia y Contrarreferencia, Atención y Servicio al Usuario, Sistema de Gestión Integrado, Gestión del Talento Humano, Gestión Financiera, Gestión Jurídica.
- La entidad debe mantener actualizada la información de los procesos jurídicos en su contra.
- La entidad debe identificar, tratar y evaluar los riesgos de pérdidas financieras, causadas por los riesgos en la operación.
- El Hospital contará con planes de contingencia para eventos que puedan afectar la operación.

5.3. RIESGO ACTUARIAL. Este riesgo se entiende por la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas por los desequilibrios en los contratos de prestación de servicios de salud, debido a que los valores pactados llegaran a ser insuficientes para cubrir las obligaciones futuras. Son políticas de gestión de riesgos de este subsistema:

- El Hospital mantiene actualizada la información sobre usuarios y servicios contratados, así como sus costos, sus frecuencias y la rentabilidad de cada servicio prestado.
- El Hospital realiza proyecciones sobre factores de riesgo asociados a la concentración de población, eventos catastróficos, incrementos de nuevas tecnologías, cambios del perfil sociodemográfico, entre otros que puedan tener efecto sobre los servicios de salud.
- El Hospital realiza y mantiene actualizado un análisis actuarial de cada contrato suscrito para prestación de servicios de salud.
- El Hospital promueve la realización de pruebas de estrés y autocomprobación a los modelos utilizados para establecer el valor de los contratos de prestación de servicios de salud.
- El Hospital realiza controles de calidad a los sistemas de información de la entidad, para garantizar la calidad de la información sobre prestación de servicios de salud.

01
 21
 2

	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA	FR2-DIR	
		Versión 01	Página 7 de 12
ACUERDO No. 17 (16 DE SEPTIEMBRE DE 2022)		Fecha Emisión: septiembre de 2021 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

TRD.110.4.17

5.4. RIESGO DE CRÉDITO. Este riesgo corresponde a la posibilidad de que el hospital incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, en relación a la cartera por servicios de salud prestados a entidades aseguradoras o quienes hagan sus veces. Son políticas de gestión de riesgos de este subsistema:

- El Hospital buscará de manera permanente hacer la gestión de cartera de cada uno de los servicios prestados, en los términos de los contratos vigentes y de la normatividad aplicable.
- El Hospital adelantará deterioro de la cartera en sus Estados de Situación Financiera, conforme a la probabilidad de cobro y a las obligaciones legales, según el caso.
- El Hospital mantendrá lo dispuesto en el Manual de Cobro de Cartera y Cobro Coactivo adoptado por la entidad y efectuará las mejoras que considere correspondientes para disminuir el impacto de este riesgo.


5.5. RIESGO DE LIQUIDEZ. Riesgo que corresponde a la posibilidad que el hospital eventualmente no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones, tanto en el corto, como en el mediano y largo plazo. Son políticas de este subsistema:

- El Hospital mantendrá actualizada la información sobre activos considerados como líquidos, en las proyecciones financieras de la entidad.
- En la formulación del presupuesto anual de ingresos y gastos, el Hospital atenderá las disposiciones en materia de proyección de los ingresos, realizará los cálculos sobre los costos y gastos a efectuar, así como la estimación de los recaudos sobre la cartera.
- El Hospital mantendrá actualizado estado de cartera, con todas las novedades aplicables a cada cuenta por pagar, según las políticas contables y que para tal fin adopte la entidad.
- El Hospital deberá proyectar un flujo de efectivo, en donde se identifiquen las entradas y salidas de recursos, conforme al comportamiento mensual de la operación.
- El Hospital aplica pruebas de estrés a los instrumentos de proyección de ingresos y gastos, así como de la liquidez.
- El Hospital registra sus ingresos y gastos en un sistema integrado de información.

5.6. RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES. Se entiende como la posibilidad del hospital de incurrir en pérdidas derivadas de un incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en los parámetros del mercado. Para controlar este riesgo, se adoptan las siguientes políticas:

- El Hospital propende por establecer tasas de cambio fijas en sus procesos de adquisición de bienes y servicios, en caso de tasarse en moneda extranjera.
- El Hospital evaluará de manera rigurosa la decisión de invertir en mercados a través de sus recursos, en el marco de las competencias legales vigentes.



	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA	FR2-DIR	
		Versión 01	Página 8 de 12
ACUERDO No. 17 (16 DE SEPTIEMBRE DE 2022)		Fecha Emisión: septiembre de 2021 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

TRD.110.4.17

- El Hospital evaluará, en conjunto con la Junta Directiva, la pertinencia de adquirir instrumentos de crédito, conforme a la favorabilidad de la tasa presentada.
- El Hospital buscará mantener actualizados los análisis sobre el valor y la variación de sus bienes muebles e inmuebles.
- El Hospital evaluará permanentemente el riesgo de mercado de capitales como parte de la gestión financiera, en términos de la realidad de cada uno de sus activos, así como sus pasivos.

5.7. RIESGO DE GRUPO. Este riesgo corresponde a la posibilidad de pérdidas económicas que surgen como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial. La exposición a las fuentes de riesgo puede ser directa, mediante exposición financiera u operativa, o indirecta, mediante daño a la reputación. El hospital adopta las siguientes políticas al respecto:

- Para el registro y revelación de información financiera, el hospital atenderá lo dispuesto en el marco legal sobre NIA y sobre NIIF.
- El Hospital propenderá por mantener procedimientos de compras y contratación, conforme a las normas que le sean aplicables en la materia, que promuevan la transparencia y la eficiencia en las compras públicas.
- El Hospital adoptará mecanismos para intervenir los conflictos de intereses de sus servidores, proveedores y clientes.
- El Hospital evaluará de manera permanente el riesgo de grupo, en términos de su impacto en la fijación de tarifas, flujos de información, calidad de la atención en salud y contratación de servicios de salud.

5.8. RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO. El Riesgo por LA/FT es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., si es utilizada 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. El riesgo de LA/FT se materializa a través de los riesgos, Legal y Reputacional asociados con los riesgos: Operativo y el de Contagio, a los que se expone el Hospital en el consecuente efecto económico negativo que ello pueda representar para la estabilidad financiera cuando es utilizada para tales actividades. El Hospital adopta las siguientes políticas y mantiene lo dispuesto en el MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO – SARLAFT, aprobado por la Junta Directiva:

- El Riesgo SARLAFT se encuentra alineado con el sistema de riesgo de la entidad.
- El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., reconoce dentro de su Estructura Organizacional, el cargo correspondiente al Oficial de Cumplimiento.
- El cargo de Oficial de Cumplimiento del Hospital corresponde al Subgerente Financiero y a su vez este Oficial de Cumplimiento cuenta con el apoyo de un Profesional del Área Financiera Especializado en carreras afines con conocimiento en riesgos.
- El Oficial de Cumplimiento del Hospital se encuentran habilitado mediante Acta


de Junta Directiva No. 017 de octubre 25 de 2016 y notificado ante la Superintendencia Nacional de Salud, el cual cumple con los requisitos exigidos por la misma.

- El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., no establecerá relaciones contractuales ni otorgará beneficios a personas naturales y/o jurídicas y/o terceros que se encuentren en las listas restrictivas utilizadas por la entidad, o vinculadas en procesos administrativos y/o judiciales por LA/FT, ni continuará con la relación contractual cuando luego de haber establecido una relación contractual o se hubiesen otorgado beneficios, sean incluidas en dichas listas restrictivas o se les inicie procesos administrativos y/o judiciales por LA/FT. Adicionalmente, aquellos delitos que considere el Oficial de Cumplimiento que afecten a nivel reputacional, legal y de contagio a la entidad.
- El Oficial de Cumplimiento dispondrá de unas listas alternas actualizadas en caso que los sistemas de consulta de listas presenten fallas internas o externas, dando así, soporte a las dependencias para no afectar la operación.
- El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., analizará todos los flujos de dinero que involucren transacciones en efectivo para detectar si hay operaciones inusuales o sospechosas.
- Una vez al año, el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., a través de su Oficial de Cumplimiento debe coordinar y gestionar una capacitación dirigida a todos los Servidores Públicos (empleados públicos y trabajadores oficiales) y Contratistas de Prestación de Servicios.
- Se deberá realizar el monitoreo a los riesgos y controles con una periodicidad semestral.
- Todo funcionario que detecte y considere que una operación puede catalogarse como inusual, o tenga conocimiento por cualquier medio que un cliente, usuario y/o contraparte de la entidad, se encuentra incluido en alguna de las listas restrictivas o se encuentre en un proceso administrativo o judicial relacionado con LA/FT o delito fuente de los mismos, debe informarlo de manera inmediata al Oficial de Cumplimiento.
- En el caso de identificar un cliente y/o contraparte actual que presente sanciones judiciales o administrativas, a raíz de las búsquedas en listas restrictivas, se deberá solicitar asesoría a la Oficina Jurídica con el fin de que emitan un concepto acerca de si se debe continuar la relación comercial o no, y de ser procedente, acerca de la forma de modificarla, condicionarla o terminarla.

5.9. RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF. El subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude busca prevenir y gestionar posibles eventos de este tipo que se presenten al interior del HROB, por lo tanto, se busca establecer las directrices y lineamientos los cuales impliquen establecer todos los mecanismos de prevención, detección y reporte de todos estos actos. Son políticas de este subsistema:

- El HROB está comprometido con el desarrollo de sus negocios a través de un modelo de gestión basado en principios, lineamientos y objetivos socialmente responsables y, en cumplimiento de sus valores y principios éticos, hace manifiesta su posición “Cero tolerancia frente al fraude, la corrupción y el soborno” como una política inquebrantable del quehacer organizacional. Por lo tanto, adopta la política “Cero tolerancia frente al fraude, la corrupción y el



	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA	FR2-DIR	
	ACUERDO No. 17 (16 DE SEPTIEMBRE DE 2022)	Versión 01	Página 10 de 12
		Fecha Emisión: septiembre de 2021 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

TRD.110.4.17


soborno" tomando las medidas necesarias para combatir estos flagelos, buscando implementar, de forma permanente, mecanismos, sistemas y controles adecuados que permitan su prevención, detección y tratamiento.

- La Gerencia, el equipo directivo, los colaboradores y contratistas prestadores de servicios no participarán en ninguna forma de fraude, soborno o práctica de corrupción, directa o indirectamente y tomarán las medidas necesarias para combatirlos, independientemente de cualquier forma o tipología de la que se trate.
- El Hospital establece y promueve dentro de toda la organización, una cultura institucional encaminada a fortalecer la transparencia como valor y principio de toda actuación.
- A través del "Código de integridad" se definen las reglas de conducta con el fin de prevenir la promoción de cualquier forma de fraude, corrupción o soborno, así como también para el manejo adecuado del otorgamiento y recepción de regalos, invitaciones y/o favores.
- El Hospital No mantiene relaciones de ningún tipo con, prestadores de servicios, proveedores o terceros que hayan sido condenados por actividades ilícitas relacionadas con el fraude, la corrupción o el soborno.
- El Hospital No tolera que sus colaboradores, prestadores de servicios, proveedores, contratistas y cualquier tercero que tenga relacionamiento con el HROB obtengan resultados económicos, comerciales o de cualquier otra índole a cambio de violar la ley o actuar de manera deshonesta.
- Adopta un enfoque preventivo de tal forma que, las vulnerabilidades son minimizadas desde su origen a través de adecuados criterios de diseño organizacional y programas de transformación cultural.
- Segmenta, identifica, mide, controla y monitorea los factores de riesgo relacionados con el fraude, el soborno y la corrupción y evalúa sistemática y periódicamente, la exposición a los riesgos relacionados con estos delitos, con el fin de implementar medidas administrativas efectivas.
- El Hospital tiene a disposición de todos los grupos de interés la 'Línea ética' para la recepción y registro de indicios o incidentes por posibles actos indebidos cometidos por parte de sus colaboradores, prestadores de servicios y/o demás grupos de interés. Además, gestiona de forma oportuna todas las denuncias de actos relacionados con el fraude, la corrupción y el soborno independientemente de su cuantía o del personal involucrado, garantizando confidencialidad, objetividad, no retaliación, respeto, transparencia, independencia y autonomía de los responsables de las evaluaciones.
- Ningún denunciante sufrirá consecuencias negativas por prevenir, rechazar o denunciar actos de esta naturaleza. Cuando sea procedente, el HROB pondrá en conocimiento de las autoridades competentes toda conducta que contraría lo previsto en estos lineamientos e igualmente emprenderá y acompañará las acciones judiciales que sean pertinentes.

6. RESPONSABILIDADES DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO EN LA POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.

La Gerencia a través de la Oficina Asesora de Planeación tiene la responsabilidad de proponer a la Junta Directiva, actualizaciones de la Política de Gestión de Riesgos y el diseño de controles del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. cuando sea necesario; liderar y orientar los

Handwritten initials and signature: *dl*
gr
R

	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA	FR2-DIR	
		Versión 01	Página 11 de 12
ACUERDO No. 17 (16 DE SEPTIEMBRE DE 2022)		Fecha Emisión: septiembre de 2021 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

TRD.110.4.17

aspectos metodológicos para su implementación y liderar su seguimiento desde el ámbito estratégico.

7. RESPONSABILIDADES EN LA OPERATIVIDAD INSTITUCIONAL DE LA POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.

Se establecen los siguientes niveles de responsabilidad por líneas de defensa de conformidad a lo establecido en el Modelo Integrado de Gestión y desempeño (MIPG).

A. Primera Línea de Defensa. Los líderes de proceso constituyen la primera línea de defensa en el monitoreo y control de la gestión del riesgo de sus procesos para lo cual tienen la responsabilidad de:

- i) Hacer seguimiento a los controles operativos que ejecutan en el día a día los servidores públicos, trabajadores oficiales y colaboradores a su cargo.
- ii) Identificar, analizar, valorar, monitorear los riesgos y los controles lo que les permite adoptar acciones de mejora oportunas y eficaces.
- iii) Implementar los controles de los riesgos estratégicos.

B. Segunda Línea de Defensa. La Oficina Asesora de Planeación constituye la segunda línea de defensa en el monitoreo y control de la gestión del riesgo, para lo cual tienen la responsabilidad de:

- i) Monitorear la gestión de riesgo y de control ejecutada por la primera línea de defensa, actividad que puede realizar con el apoyo y colaboración de los servidores que conforman el equipo de auditores internos, o que conforman otros comités institucionales, el servidor público jefe de la oficina de calidad, los supervisores o interventores de contratos o programas, o los demás necesarios.
- ii) Realizar seguimiento al cumplimiento de los controles a los riesgos estratégicos.

C. Tercera Línea de Defensa. La Oficina de Control Interno constituye la tercera línea de defensa en el monitoreo y control de la gestión del riesgo, para lo cual tienen la responsabilidad de:


- i) Realizar auditoría interna con enfoque basado en riesgos a todos los componentes del Sistema de Control Interno.
- ii) Proporcionar información sobre la efectividad del Sistema de Control Interno incluida la operación de la primera y segunda línea de defensa en la administración del riesgo del hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.

8. MARCO CONCEPTUAL PARA EL APETITO DEL RIESGO

La política de gestión de riesgos del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., adopta y adapta el marco conceptual para el apetito del riesgo establecido en la Guía para la Administración y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 5, del DAFP, que incluye la metodología para la medición del (i) nivel del riesgo, (ii) apetito del riesgo, (iii) tolerancia del riesgo, (iv) capacidad de riesgo.

- El nivel del riesgo se determina a partir de la combinación de la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad de alcanzar los objetivos estratégicos del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.
- La capacidad del riesgo es el nivel máximo para el riesgo que el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. está en capacidad de aceptar sin que se impacte la capacidad de alcanzar

[Handwritten signatures and initials]

 <p>HOSPITAL Raúl Orejuela Bueno Empresa Social del Estado Palmira Valle del Cauca</p>	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA	FR2-DIR	
		Versión 01	Página 12 de 12
ACUERDO No. 17 (16 DE SEPTIEMBRE DE 2022)		Fecha Emisión: septiembre de 2021 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

TRD.110.4.17

los objetivos estratégicos

- El apetito del riesgo es el rango que el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. acepta para el nivel del riesgo sin que se impacte la capacidad de alcanzar los objetivos estratégicos, ni se incumpla el marco legal vigente.
- La tolerancia del riesgo es el valor de la máxima desviación admisible del nivel del riesgo con respecto al valor del apetito de riesgo. La determinación de la tolerancia del riesgo es optativa para el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.

9. MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Es el instrumento que precisa la metodología para la identificación, valoración, tratamiento, y seguimiento a los riesgos, como parte de la Política de Gestión de Riesgos del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. Es un instrumento dinámico que puede ser actualizado, mejorado y optimizado por la Gerencia del Hospital, buscando mejorar continuamente el tratamiento a los riesgos de la entidad.

ARTÍCULO SEGUNDO: APROBAR el MANUAL DE PREVENCIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOE, el cual hace parte del Subsistema de Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOE, del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, documento anexo que hace parte integral del presente Acto Administrativo.

ARTICULO TERCERO: La Gerencia del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., deberá operativizar las Políticas de Gestión de Riesgos del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo y sus subsistemas.

ARTÍCULO CUARTO: REMITIR copia del presente Acuerdo, a la Gerencia de la Empresa Social del Estado, para su conocimiento y efectos de cumplimiento de lo decidido en el presente Acto Administrativo.

ARTICULO QUINTO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición y firma.

Contra el presente Acto Administrativo no procede Recurso alguno en Sede Administrativa.

Dado en Palmira, a los dieciséis (16) días del mes de septiembre de dos mil veintidós (2022).

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


OSCAR EDUARDO ESCOBAR GARCIA
Presidente Junta Directiva


EMILCE AREVALO GARCIA
Secretaria Junta Directiva

Proyectó: Steven Zapata Forero, Jefe Oficina de Planeación
 Revisó: Magnolia Vásquez Muñoz, Jefe Oficina Jurídica
 Emilce Arevalo García, Secretaria Junta Directiva HROB E.S.E.
 Aprobó: Oscar Eduardo Escobar García, Presidente Junta Directiva HROB E.S.E.