

**RESOLUCION No. 020 DE 2022
(15 de Febrero 2022)**

POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA LA POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO Y SE ADAPTA LA METODOLOGIA DE LA GUIA PARA LA ADMINISTRACION DEL RIESGO Y EL DISEÑO DE CONTROLES EN ENTIDADES PUBLICA VERSION 5 DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA.

LA GERENTE DEL HOSPITAL MUNICIPAL DEL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA HUILA, en ejercicio de sus facultades legales y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 209 de la constitución política establece que la Administración Pública, en todos sus órdenes tendrá un Control Interno que se ejercerá en los términos que señale la ley.

Que el Decreto 1083 de 2015 en su artículo 2.2.21.5.4 Administración del Riesgo como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de Control Interno en las entidades públicas para lo cual se establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo.

Que la ley 87 de 1993 establece los objetivos, características y elementos del control interno y las funciones a cumplir por los comités asesores de control interno de las entidades, entre las que esta prevenir acciones que atenten contra el detrimento patrimonial y la estabilidad de los entes públicos.

Que el artículo 73 de la ley 1474 de 2011, establece la obligatoriedad de adoptar en entidades públicas un Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, como herramienta para fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

Que el Decreto 2641 del 2012, por medio del cual se reglamentan los artículos 73, y 76 de la ley 1474 de 2011, Decreta: cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberán elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, asignado al programa presidencial de modernización, eficiencia, transparencia y lucha contra la corrupción señalar una metodología para diseñar y hacerle seguimiento a la estrategia.

En mérito de lo expuesto



**E.S.E. HOSPITAL DEL
PERPETUO SOCORRO**
Villavieja - Huila

Nit. 813.011.566-3

Salud, Seguridad y Humanización

Continuación resolución No Adopción política de administración del riesgo.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Adoptar y aprobar la Política de Administración del Riesgo y la metodología de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 5 del Departamento Administrativo de la Función Pública, para el Hospital del Perpetuo Socorro de Villavieja, acorde a la normatividad vigente, comprometiéndose a identificar, administrar, medir, valorar, monitorear y tratar los riesgos que pueden afectar la misión y los objetivos de la entidad.

ARTÍCULO SEGUNDO: Establecer los parámetros de forma sistemática para administrar los Riesgos con el fin de promover el mejoramiento continuo, establecer acciones, métodos y procedimientos de control para evitar la materialización de los riesgos y con mayor énfasis en los riesgos de corrupción.

ARTICULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todos los actos que le sean contrarios.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Villavieja Huila, a los (15) días del mes de Febrero de dos mil veintidós (2022).

DNNY MAGNOLIA VARGAS MUÑOZ
Gerente

Carrera 3 No. 3-17
Cel: 321 921 1928
e-mail: esevillavieja@yahoo.es

HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA

MAPA DE RIESGOS 2022

No.	RIESGO	CLASIFICACION	CAUSA	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL	OPCION MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR
1	Inapropiada organizacion del archivo documental	Cumplimiento	Falta de recursos para la implementacion de la ley de archivo	Baja 4	Moderado 3	Moderado	Reducir	continuar con la implementacion del Programa de Gestion Documental	Foros e implementados	Tesorero o a quien delegue	Diciembre de 2022	Eficiencia
2	Omission en la elaboracion y presentacion de informes	Cumplimiento	Falta de programacion, Saturacion de tareas, Negligencia del personal	Baja 4	Mayor 4	Alto	Reducir	Definir y proyectar circular informando responsable de elaboracion de informes	Circular elaborada	Gerente o a quien delegue	Marzo de 2022	Eficiencia
3	Inadecuado seguimiento a los procesos y programas	Control	Exceso de carga laboral	Baja 12	Menor 2	Moderado	Reducir	Actualizacion de manuales de procesos y procedimientos	Manuales actualizados	Gerente y Tesorero o a quien delegue	Junio de 2022	Eficiencia
4	Riesgo en la evaluacion por Dependencias	Control	Falta de programacion, Concentracion del seguimiento en determinadas areas	Muy Baja 2	Leve 1	Bajo	Reducir	Definicion cronograma de evaluacion por dependencias	Cronograma definido	Tesorero o a quien delegue	Junio de 2022	Eficiencia
5	Pérdida de bienes	Financiero	No se entregan los bienes a los funcionarios que los usan, falta de custodia	Baja 12	Menor 2	Moderado	Reducir	Entrega de bienes a jefes de dependencias mediante acta	Actas firmadas	Administrador	Abril de 2022	Eficiencia
6	Inoportuna elaboracion y entrega de cuentas	Financiero	Negligencia del personal	Baja 12	Mayor 4	Alto	Reducir	Definir cronograma de entrega y responsable	Cronograma y responsable definidos	Gerente, Tesorero y personal de facturacion	Permanente	Eficiencia

	Falta de oportunidad en la respuesta de quejas	Financiero	Negligencia del personal encargado.	Falta de soportes	Baja 12	Mayor 4	Alto	Reducir	Proyectar circular con tiempos de entrega de soportes, de respuesta y responsable	Circular elaborada	Gerente o quien delegue.	Permanente	Eficiencia
	Error en la interpretación y aplicación de procesos, informáticos, deficiencias y estandarizados	Tecnológico	Falta de responsabilidad del personal ante la inducción.		Baja 12	Menor 2	Modificado	Reducir	Reproducción del personal sobre manejo del software	Formato de reproducción terminado por funcionarios	Tercero e Ingeniero(s) de sistemas	Permanente	Eficiencia
9	Pérdida, daño o destrucción de la información	Tecnológico	Rotación del personal, equipos obsoletos, falta de compromiso del personal.		Baja 12	Catastrófica 5	Extremo	Reducir	Copias de seguridad diarias de la base de datos de la entidad. Backup mensual de la información contenido en los equipos de la entidad	Copias de seguridad guardadas por la oficina de sistemas	Ingeniero(s) de sistemas	Permanente	Eficiencia
10	Inexactitud en parametrización de los procesos contenidos en el software	Tecnológico	Cambio de códigos y no actualización de la parametrización del software		Baja 12	Mayor 4	Alto	Reducir	Revisión y ajuste de la parametrización del software	Módulos implementados y parametrizados	Ingeniero propietario del software y líderes de los procesos	Permanente	Eficiencia
11	contaminación cruzada del recurso humano en el desarrollo de las actividades	Operativo	No se utilizan las medidas de bioseguridad. No contar con los elementos adecuados. Falta de inducción al personal temporal		Media 365	Mayor 4	Alto	Reducir	Inducen al personal temporal sobre bioseguridad y seguridad del paciente	patalla de inducción	Jefe de enfermería	Permanente	Eficiencia

12	Divulgación de la información confidencial	Operativo	Falta de seguridad en el manejo de historias clínicas o resultados de laboratorio	Media 365	Mayor 4	Alto	Reducir	Inducción al personal de temporal y conocimiento del reglamento del manejo de historias clínicas	Plantilla de inducción	Gerente y Jefe de enfermería	Permanente	Eficiencia
13	Manejo inapropiado de los procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes	Operativo	No autorización de la EPA por no lograr ubicación de la especialidad. Desconocimiento de la normatividad	Media 366	Mayor 4	Alto	Reducir	Capacitación al personal de enfermería en dicho manejo. Gestión por parte de facturación para ubicación del paciente	Plantilla de capacitación	Jefe de enfermería y coordinador de facturación	Permanente	Eficiencia