

 HOSPITAL <i>Raúl Orejuela Bueno</i> <i>Empresa Social del Estado</i> <i>Palmira Valle del Cauca</i>	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA		FR2-DIR	
	ACUERDO No. 24 (29 DE NOVIEMBRE DE 2024)		Versión 02	Página 1 de 7
			Fecha Emisión: septiembre de 2021 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

TRD.100.3.1-20-24

“POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBAN LAS POLITICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS EN EL 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, en especial las contenidas en la Circular Externa 202117000005-5 de 2021

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, 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, encontrándose el Hospital Raúl Orejuela Bueno 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 versión 6 de fecha noviembre de 2022”, el cual se actualizaron y precisaron algunos elementos metodológicos para mejorar el ejercicio de la identificación y valoración del riesgo para los riesgos de gestión de proceso, riesgos con posibles actos de corrupción, riesgos de seguridad de la información, además de incluir los riesgos fiscales.

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, la cual fue modificada mediante Resolución No. 110.04.02-590 de octubre 04 2019.

	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA		FR2-DIR	
			Versión 02	Página 2 de 7
	ACUERDO No. 24 (29 DE NOVIEMBRE DE 2024)		Fecha Emisión: septiembre de 2021 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

TRD.100.3.1-20-24

Que, mediante El Acuerdo No. 17 del 16 de septiembre de 2022, el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., actualizó “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.”

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 cuatro grandes objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional “El HROB te cuida” para el periodo 2024 – 2027 e identificó los riesgos que pueden llegar a afectar, impactar o impedir su cumplimiento.

Que, en el Comité de Gestión y Desempeño del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., realizado el día 18 de septiembre de 2024, se definió como base para su formulación la Guía para la administración y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 6 de noviembre de 2022, como la herramienta metodológica y el procedimiento interno Administración de riesgos con código PR02-PLN

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 202117000000055 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 202117000000055 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 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.

	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA		FR2-DIR	
			Versión 02	Página 3 de 7
	ACUERDO No. 24 (29 DE NOVIEMBRE DE 2024)		Fecha Emisión: septiembre de 2021 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

TRD.100.3.1-20-24

Que, el Artículo cuarto de la Circular 202117000000055 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, 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, el Decreto 1122 de 2024 Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública estableció nuevos lineamientos de transparencia, de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 2.1.4.4.1.1. Ámbito de aplicación. Las entidades obligadas del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberán implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con las características, estándares, elementos, requisitos, procedimientos y controles mínimos que para tales efectos establezca la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

PARÁGRAFO 1. Las entidades en las que se tenga implementado un Sistema Integral de Administración de Riesgos, éste deberá articularse con el Programa de Transparencia y Ética Pública.

PARÁGRAFO 2. Respecto de las entidades obligadas a implementar un Programa de Transparencia y Ética Pública, pero que operan dentro de un mercado, industria o sector en el que se exija por parte de la autoridad de inspección, vigilancia y control un Programa de Transparencia y Ética Empresarial, podrán implementar únicamente el Programa Empresarial y se entenderá que cumplen con su obligación respecto del Programa Público”. (Subrayado fuera de texto).

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, somos objeto de la aplicación de las disposiciones de la Superintendencia Nacional de Salud, por lo que nos 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, 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, la Gerente del hospital ha presentado a la Junta Directiva para efectos de su aprobación la Política de Gestión del Riesgo

Que, en virtud de lo anterior, el delegado del 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, 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:

ARTÍCULO PRIMERO: con fundamento en las consideraciones de que da cuenta la parte motiva del presente acto administrativo **APROBAR** las Políticas de Gestión de Riesgos en el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., para cada uno de los siguientes subsistemas del sistema integrado de gestión de riesgos:



ARTÍCULO SEGUNDO: Aprobar las modificaciones del Procedimiento Administración de Riesgos PR02-PLN, que hace parte integral de este acuerdo.

ARTÍCULO TERCERO: Política de Gestión de Riesgos: El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, asume el compromiso de gestionar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de la Misión, los objetivos estratégicos, planes, proyectos y procesos institucionales, se compromete a garantizar los recursos necesarios y a fortalecer el compromiso institucional revisando continuamente el contexto estratégico, definiendo e implementando controles, acciones de tratamiento y/o barreras de seguridad, garantizando el seguimiento y control como aspecto esencial para la eficiencia y mejoramiento institucional.

ARTÍCULO CUARTO: Objetivo. Alcanzar un nivel aceptable de riesgos residuales en todos los procesos, a través de la gestión de acciones de control, con el fin de asegurar el cumplimiento de la misión institucional, los objetivos estratégicos, planes, proyectos y procesos institucionales

TRD.100.3.1-20-24

ARTÍCULO QUINTO: Alcance. La Política de Gestión de Riesgos del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E aplica a los procesos institucionales bajo la responsabilidad de los niveles de operación; teniendo en cuenta el contexto estratégico, la identificación de riesgos, análisis de riesgos, valoración de riesgos, y lineamientos específicos de administración de riesgos.

ARTÍCULO SEXTO: 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).

La JUNTA DIRECTIVA como máximo órgano, tiene la responsabilidad de aprobar la Política de Gestión de Riesgo

LÍNEA DE DEFENSA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
LÍNEA ESTRATÉGICA	- Definir el marco general para el sistema de gestión - Revisar en el Comité de Riesgo la política de administración del riesgo previamente estructurada por parte de la Oficina de Planeación, para posterior aprobación de la Junta Directiva - Socializar la política en el Comité de Riesgos para su implementación - Asegurar la implementación y desarrollo de las políticas de gestión y desempeño institucional que permitan apalancar la gestión del riesgo en diferentes ámbitos institucionales. - Evaluar la eficacia institucional frente a la gestión del Riesgo	Comité de Riesgo Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Comité Institucional de Gestión y desempeño
PRIMERA LINEA DE DEFENSA	- Identificar, analizar y valorar los riesgos del proceso que lidera. - Diseñar, implementar, gestionar y monitorear los controles de manera directa. - Formular plan de acción de las desviaciones encontradas - Identificar en los procesos los controles definidos e implementarlos asegurando que sean compatibles con las metas y objetivos de la entidad. - Ejercer el autocontrol del proceso para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles	Subgerentes, jefes de oficina y líderes de los procesos institucionales.

TRD.100.3.1-20-24

	seleccionados para el tratamiento de los riesgos identificados - Supervisar la ejecución de los controles aplicados por el equipo de trabajo en la gestión del día a día, detectar las deficiencias de los controles y determinar las acciones de mejora a que haya lugar. - Anualmente revisar la matriz de riesgo o antes de considerar necesario y formula acciones de mejoramiento. - Promover al interior de su equipo de trabajo el concepto de “administración de riesgo”, iniciando por la socialización de la política, - Evaluar con el equipo de trabajo la responsabilidad y resultados de la gestión del riesgo, así como las desviaciones según el nivel de aceptación del riesgo al interior de su dependencia y las acciones a seguir. - Comunicar al equipo de trabajo los resultados de la gestión del riesgo.	
SEGUNDA LINEA DE DEFENSA	- Asegurar que los controles y los procesos de gestión de riesgos implementados por la primera línea de defensa, estén diseñados apropiada-mente y conforme a los lineamientos establecido en el Procedimiento Administración de Riesgo PR02-PLN, Versión 2. - Asesorar a la línea estratégica en el análisis y definición de la política de riesgo, - Revisar el adecuado diseño de los controles para la mitigación de los riesgos que se han establecido por parte de la primera línea de defensa y realizar las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de estos. - Revisar las acciones y planes de mejoramiento establecidos para cada uno de los riesgos materializados, para evitar en lo posible que se vuelvan a materializar y lograr el cumplimiento a los objetivos estratégicos y de los	Jefe Oficina Asesora de Planeación

TRD.100.3.1-20-24

	procesos	
TERCERA LÍNEA DE DEFENSA	- Asesorar a la primera línea de defensa de en conjunto con la Oficina de Planeación, en la identificación de los riesgos y diseño de controles. - Realizar seguimiento a la implementación de mejoras establecidas en los planes de mejoramiento - Recomendar las mejoras a la política de operación para la administración del riesgo - Verificar el cumplimiento de los controles establecidos en la matriz de riesgo	Jefe de Control Interno

ARTICULO SEPTIMO: Ordenar a la Gerente del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, adoptar las medidas de divulgación e implementación de los documentos a los que se refiere este acuerdo.

ARTÍCULO OCTAVO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición y no procede Recurso alguno en Sede Administrativa.

Dado en Palmira, a los veintinueve (29) días del mes de noviembre de dos mil veinticuatro (2024).

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

MARLY JICET SILVA ZUÑIGA
Delegada – Presidente Junta directiva

CLARA INÉS SÁNCHEZ PERAFAN
Secretaria Ejecutiva Junta Directiva

Proyectó: Aura Cecilia Zambrano Bedoya – Jefe Oficina Asesora de Planeación
Revisó: Jorge German Puente Coral – Jefe Oficina Asesora Jurídica
William Arango Ussa – Asesor juridico
Aprobó: Clara Inés Sánchez Perafan – Gerente