


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

MANUAL SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF

DE-GRI-MA-01 V1



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

1. OBJETIVO:

Definir en el marco de la Política del Sistema Integrado Institucional de Gestión del Riesgo, los lineamientos para administrar los riesgos identificados en el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad por la ocurrencia de eventos potenciales.

2. ALCANCE:

La administración de los eventos potenciales (posible ocurrencia de situaciones que impactan el cumplimiento de los objetivos estratégicos) implica apropiarse por parte de los grupos de valor de la entidad los conceptos básicos y la metodología, en el marco del Mapa de Aseguramiento de la Entidad – Líneas de Defensa: estratégica (Alta Gerencia), primera línea (autocontrol), segunda línea (autoevaluación) y, tercera línea (evaluación independiente – proceso Control Interno).

DESDE: La apropiación de la plataforma estratégica de la entidad, su modelo de operación, el análisis del contexto interno y externo, la identificación y la valoración de los riesgos del sub-Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.

HASTA: El autocontrol-nivel de aceptación establecida por la primera línea de defensa para la máxima mitigación de los diferentes riesgos identificados, con participación de los grupos de valor, quienes realizarán adherencia a la política, su estructura funcional, las fases de ciclo de gestión con su máximo nivel de aceptación y el cierre de los ciclos de mejora.

3. JUSTIFICACION:

El presente documento se enfocará en la evaluación de los riesgos, la estimación del impacto de aquellos riesgos que puedan afectar el normal ejercicio de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., así como, la recopilación de la información que pueda aportar en la toma de decisiones sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y en especial los Riesgos de corrupción, opacidad y fraude, lo anterior ante la posibilidad de que, por acción u omisión, por el uso abusivo del poder, del dinero, de los recursos o de la información, existan barreras en el acceso a los servicios de salud, llegando incluso a presentarse la muerte de pacientes, donde se acrecienta la brecha con respecto a las personas más vulnerables y con mayores niveles de pobreza.

4. A QUIEN VA DIRIGIDO:

A todos los grupos de valor de la entidad en su rol por líneas de defensa:


Línea Estratégica: Junta Directiva, Comité de Control Interno y Alta Gerencia, Comité SIAR

Primera Línea de Defensa: corresponde a los grupos de valor: colaboradores, usuario-familia, proveedores-tercerizados, educación, medio ambiente y gobernanza; asegurar la implementación de la metodología institucional para mitigar los riesgos en sus distintas tipologías, reportando a la segunda y tercera línea sus avances y dificultades.

Segunda Línea de Defensa: líderes de proceso, Subproceso de Gestión del Riesgo

Tercera Línea de Defensa: Junta Directiva, Alta Gerencia y Comité CICC1, corresponde al proceso de Control Interno realizar evaluación independiente (aseguramiento), sobre la gestión de los riesgos.

Teniendo en cuenta que el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos está conformado por los Subsistemas de Administración de Riesgos y entre ellos el Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, opacidad y fraude – SICOF, estos son transversales en todas y cada una

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

de las actividades, procesos y áreas de la entidad, de ahí su importancia en el logro de los objetivos estratégicos y de calidad de la información que genera la organización.

5. DEFINICIONES:

Activo: En el Contexto de Seguridad Digital corresponden a los elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, hardware, información física y digital, recurso humano entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital.

Análisis del riesgo: Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del riesgo.

Apetito de riesgo: Es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar en relación con sus objetivos, el marco legal y las disposiciones de la alta dirección. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar.

Atención en Salud: Servicios o tecnologías en salud suministrados a los individuos y a la comunidad para promover, mantener, monitorizar o restaurar el estado de salud.

Administración de riesgos: Componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la Entidad Pública autocontrolar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos.

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

Canal Anticorrupción: Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de fraude, opacidad o corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.

Categorías de riesgos prioritarios: Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la SNS. Cabe resaltar que las IPS deben gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad y organización que cada entidad les quiera dar para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes riesgos: Riesgo en Salud, Riesgo Actuarial; Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Mercado de Capitales, Riesgo Operacional, Riesgo de Grupo y Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

Cibercrimen: Actividades ilícitas que se llevan a cabo para robar, alterar, manipular, enajenar o destruir información o activos (como dinero, valores o bienes desmaterializados) de compañías, valiéndose de herramientas informáticas y tecnológicas.

Cohecho: Delito que comete un particular, que ofrece a un funcionario público o persona que participa en el ejercicio de la función pública dádiva, retribución o beneficio de cualquier clase para sí o para un tercero, para que ejecute una acción contraria a sus obligaciones, o que omita o dilate el ejercicio de sus funciones

Colusión: Pacto o acuerdo ilícito, es decir, acuerdo anticompetitivo para dañar a un tercero en procesos de contratación pública.

Concusión: Acción realizada por un funcionario público en abuso de su cargo, para inducir a otra persona a dar o prometer a él mismo o a una tercera persona, el pago de dinero u otra utilidad indebida.

Conducta Irregular: Hace referencia a incumplimientos de leyes, regulaciones, políticas internas, reglamentos o expectativas de las organizaciones respecto a la conducta, ética empresarial y comportamientos no habituales.



Consecuencia: Efectos generados por la ocurrencia de un riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la entidad. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento.

Contraparte(s): Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la organización y sus filiales y subordinadas tiene vínculos comerciales, de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Es decir, accionistas, socios, colaboradores o empleados de la empresa, clientes y proveedores de bienes y servicios.

Control de Riesgos: Parte de la administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos para minimizar los riesgos adversos.

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

Capacidad de Riesgo: Es el máximo valor del nivel de riesgo que una entidad puede soportar y a partir del cual la alta dirección considera que no sería posible el logro de los objetivos de la entidad.

Conflictos de Interés: Se considera que existe un conflicto de interés cuando por una situación de control, influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas, se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal, desviaciones de recursos de seguridad social, o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector. Estos desequilibrios tienen su fundamento en un "interés privado" que motiva a actuar en contravía de sus obligaciones y puede generar un beneficio personal, comercial o económico para la parte que incurre en estas conductas.

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.

Control del Riesgo: Medida que permite reducir o mitigar un riesgo.

Control Detectivo: Alerta sobre ocurrencia del algo y devuelve el proceso a los controles preventivos; se pueden generar reprocesos.

Control Correctivo: actividad que reduce el impacto de la materialización del riesgo, tiene un costo en su implementación

Control Preventivo: va hacia la causa del riesgo, aseguran el resultado final esperado

Contexto Externo: Se determinan las características o aspectos esenciales del entorno en el cual opera la entidad. Se pueden considerar factores como: Legales, Políticos, Sociales, Tecnológicos, Financieros, Sectoriales.

Contexto Interno: Se determinan las características o aspectos esenciales del ambiente en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos. Se pueden considerar factores como: Talento Humano, Infraestructura, Planeación, Recursos financieros, entre otros.

Contexto Estratégico: Insumo básico para la identificación de los riesgos en los procesos y actividades, el análisis se realiza a partir del conocimiento de situaciones internas y externas de la institución.

Corrupción: Obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información¹³. de una sociedad, asociación o fundación una dádiva o cualquier beneficio no justificado para que le favorezca a él o a un tercero, en perjuicio de aquella. En este tipo el beneficio es para una persona natural o empresa privada.



Corrupción Pública: Cuando en el acto de Corrupción intervienen funcionarios públicos y/o la acción reprochable recaiga sobre recursos públicos

Corrupción Privada: El que directamente o por interpuesta persona prometa, ofrezca o conceda a directivos, administradores, empleados o asesores

Cultura de Autocontrol: Concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a la entidad contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda la organización (desde la Junta Directiva y la Alta Gerencia, hasta los propios empleados), los cuales pueden proveer una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la entidad.

Denuncia: Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

Estafa: Es un delito contra el patrimonio económico, donde una persona denominada estafador, genera una puesta en escena y se aprovecha de la buena voluntad para presentar negocios inexistentes y obtener algún beneficio como sumas de dinero.

Evento: Incidente o situación que ocurre en la empresa durante un intervalo particular de tiempo. Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.

Evaluación del Riesgo: Proceso de comparación de resultados del análisis del riesgo con los criterios técnicos para determinar si el riesgo, su magnitud (nivel) o ambos son aceptables o tolerables.

Desempeño del Control: número de eventos/frecuencia del riesgo (número de veces que se hace la actividad).

Factores de Riesgo: Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.

Favoritismo: Preferencia dada al “favor” sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante.

Fraude: Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios

- Cualquier acto encaminado a defraudar o que se ejecute con intención deshonesta
- Apropiación indebida de fondos, títulos valores, suministros de oficina o cualquier otro activo de la entidad y / o sus clientes
- Manejo inapropiado de dinero o transacciones financieras, incluyendo los respectivos reportes
- Generación de ganancias personales a partir del conocimiento de información de las actividades internas de la Entidad
- Revelar información confidencial y propietaria a terceros con el fin de obtener una ganancia

Fraude Externo: Se define como los actos realizados por una persona externa a la entidad, que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de la misma o incumplir normas o leyes.



Fraude Interno: Se define como todos aquellos actos que de forma intencional buscan la apropiación indebida de activos o busca causar las pérdidas que se ocasionan por actos cometidos con la intención de defraudar, malversar los activos o la propiedad de la entidad. Estos actos son realizados por al menos un empleado o administrador de la Entidad.

Gestión de Riesgo en Salud: La gestión del riesgo en salud se puede comprender como el proceso de afrontar la incertidumbre sobre la situación de salud de una población o de una persona que busca reducir o mantener la ocurrencia de enfermedades en niveles aceptables.

Gobierno Organizacional: Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables a cualquier tipo de entidad, mediante los cuales se dirige y controla la gestión de estas de conformidad con las disposiciones contenidas en la presente Circular y demás disposiciones sobre la materia. Tiene como objeto la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión de las entidades se realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión.

Grupos de Valor: La Subred realizó la caracterización de los grupos de valor los cuales son: usuario, familia y comunidad, colaboradores, proveedores, servicios tercerizados, gobierno, medio ambiente, Educación y Formación.

Identificación del Riesgo: Proceso para encontrar, reconocer y describir el Riesgo, implica la identificación de las fuentes del Riesgo, los eventos, sus causas y consecuencias potenciales.

Impacto: consecuencia o efectos que puede generar la materialización del Riesgo de corrupción en la entidad.

Hurto: Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro

Información Privilegiada: Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello

Líneas de Defensa: Modelo en gestión de riesgos orientado a la participación activa desde el nivel estratégico (Gerente público) hasta nivel táctico frente a las responsabilidades en la gestión de riesgos con participación de la evaluación independiente desde Control interno a nivel de seguimiento.

Mapa de Riesgos: Herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos ordenada y sistemáticamente, definiéndolos, haciendo la descripción de cada uno de estos y las posibles consecuencias y sus acciones preventivas.

Monitoreo: Es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y eficacia de una política o de un proceso, mediante la identificación de sus logros y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados.

Nivel de Riesgo: Magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos expresada en probabilidad e impacto o consecuencias.

Oficial de Cumplimiento SICOF: persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de prevención y control, y verificar al interior de la entidad su operatividad y su adecuado funcionamiento, para lo cual debe demostrar la ejecución de los controles que le corresponden.

Opacidad: Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.

Peculado: Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o



permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones.

Perfil de Riesgo: Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad.

Piratería: Obtención o modificación de información de otros, sin la debida autorización, ya sea una página web, una línea telefónica, computador o cualquier Sistema informático de una entidad

Política para la Gestión del Riesgo: Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.

Prevaricato por Acción: Actuación voluntaria de un funcionario público para proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.

Prevaricato por Omisión: Actuación voluntaria de un funcionario público para dejar de ejecutar o cumplir con un acto propio de sus funciones.

Probabilidad / Posibilidad: Posibilidad de que algo suceda, esté o no definido, medido o determinado objetiva o subjetivamente, cualitativa o cuantitativamente, y descrito utilizando términos generales o matemáticos.

Pruebas de Tensión (Stress Testing): Herramienta de diagnóstico donde bajo varios escenarios de estrés, se simulan diferentes choques extremos a los factores de riesgo para evaluar su sensibilidad e impacto, además de la capacidad de respuesta que las entidades tienen para enfrentarlos. Busca identificar fortalezas y vulnerabilidades de los Subsistemas de Administración de Riesgos de manera individual para cada riesgo, y así cada entidad pueda comprender mejor sus propios perfiles de riesgo y validar los límites establecidos.

Riesgo: efecto que se causa sobre los objetivos de la entidad, debido a eventos potenciales (posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias)

Riesgo de Seguridad de la Información: posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información.

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 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.

Riesgo en Salud: Probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos de sus procesos como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el talento humano, en los sistemas tecnológicos y biomédicos, en la infraestructura, por fraude y corrupción, o acontecimientos externos entre otros

Riesgo Actuarial: Probabilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir obligaciones futuras que se acordaron

Riesgo de Crédito: Es la probabilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia que sus deudores no cumplan sus obligaciones en los términos acordados.”

Riesgo de Liquidez: La probabilidad que una entidad no tenga la capacidad financiera para cumplir sus obligaciones de pago tanto a corto como a largo plazo



Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo: Es la posibilidad que, en la realización de las operaciones de una entidad, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o Y, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas”

SARLAFT: sistema de administración del riesgo de lavado de activos de la financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva –sarlaft /padm

Segmentación: Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos homogéneos al interior de ellos y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).

Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Soborno: Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control.


Soborno Transnacional: El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional

Subsistema de administración del riesgo de corrupción, la opacidad y el fraude – SICOF: Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:

- Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de las entidades sometidas a inspección y vigilancia evitando situaciones de Corrupción, Opacidad y Fraude. Para el efecto, se entiende por eficacia la capacidad de alcanzar las metas y/o resultados propuestos; y por eficiencia la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.
- Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad y Fraudes, originados tanto al interior como al exterior de las organizaciones.
- Realizar una gestión adecuada de los Riesgos.
- Tolerancia: Es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del apetito de riesgo determinado por la entidad.

Tráfico de Influencias: Utilización indebida, en provecho propio o de un tercero, de influencias derivadas del ejercicio del cargo público o de la función pública, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer. Incluye el ejercicio indebido de influencias por parte de un particular sobre un servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico.


Vandalismo: Acciones físicas que atenten contra la integridad de los elementos informáticos, la infraestructura, entre otros, cuya finalidad es causar un perjuicio, por ejemplo, la paralización de las actividades, como medio de extorsión o cualquier otro.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

6. NORMATIVIDAD APLICABLE:

NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN	EMITIDA POR
Ley 599	2000	Por la cual se expide el Código Penal	Congreso de Colombia
Ley 715	2001	Se Regula el Derecho Fundamental a la Salud	Congreso de Colombia
Ley 906	2004	Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal	Congreso de Colombia
Ley 1122	2007	Por la cual se hacen modificaciones en el SGSSS	Congreso de Colombia
Ley 1186	2008	Se aprueba el memorando de entendimiento (GAFISUDD)	Congreso de Colombia
Ley 1438	2011	Se reforma el SGSSS	Congreso de la República
Ley 1474	2011	Estatuto Anticorrupción	Congreso de Colombia
Ley 1751	2015	Regula el Derecho fundamental a la salud	Congreso de Colombia
Ley 1778	2016	Normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de corrupción transnacional, y medidas de lucha contra la corrupción	Congreso de Colombia
Decreto 1011	2006	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	Ministerio de la Protección social
Decreto 780	2016	Decreto Único Reglamentario del Sector Salud	Ministerio de la Protección social
Decreto 2466	2018	Por el cual se prórroga parcialmente la planta de empleos temporales para el Programa Todos a Aprender del Ministerio de Educación Nacional	Ministerio De Educación Nacional
Resolución 1518	2015	Plan de Intervenciones colectivas	Ministerio de la Protección social
Resolución 4559	2018	Adopta el Modelo para IVC para la Super Salud	Super Intendencia Nacional de Salud
Resolución 2626	2019	Modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (Maite).	Ministerio de la Protección social
ISO 31000	2009	Principios y Directrices genéricos para la Gestión del Riesgo	ICONTEC
ISO 37001	2016	Norma de sistema de gestión Tipo A que establece los requisitos y proporciona directrices para establecer, desarrollar, implementar, evaluar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de compliance (SGC).	ICONTEC
Circular Externa 005 2021	2015	Modificación a las instrucciones generales relativas al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF)	Super Intendencia Nacional de Salud
Circular Externa 009	2016	Instrucciones Relativas al SARLAFT	Super Intendencia Nacional de Salud

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

Circular Externa 003	2018	Código de Conducta y Buen Gobierno Empresarial	Super Intendencia Nacional de Salud
Circular Externa 2021170000004-5	2021	Instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos a sus subsistemas de administración de riesgos	Super Intendencia Nacional de Salud
Circular Externa 2021170000005-5	2021	Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (sicof) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 DE 2017 Y 003 DE 2018	Super Intendencia Nacional de Salud
Externa 20220000053-5	2022	Imparte Instrucciones sobre la Implementación del Programa de transparencia y Ética Empresarial	Super Intendencia Nacional de Salud

7. RESPONSABLE:

JUNTA DIRECTIVA

Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOF

El diseño de las políticas para la implementación del SICOF es responsabilidad de la Junta Directiva o de quien haga sus veces y cuando ésta no exista, del representante legal principal de la entidad y/o en todo caso quien haga sus veces

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO: Aprueba, evalúa y monitorea la Política del Sistema Integrado Institucional de Gestión del Riesgo.

COMITÉ SISTEMA INSTITUCIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS – SIAR: Realiza seguimiento a la Implementación de la Política del Sistema Integrado Institucional de Gestión del Riesgo en la Subred.

PROCESO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL-SUBPROCESO DE GESTIÓN DEL RIESGO – PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA: elabora, implementa y evalúa la apropiación - adherencia a los lineamientos definidos en el procedimiento.

PROCESO DE CONTROL INTERNO – TERCERA LÍNEA DE DEFENSA: evaluación independiente cuatrimestral al impacto de la implementación de los lineamientos definidos en el procedimiento.

GRUPOS DE VALOR DE LA ENTIDAD: colaboradores, usuario-familia, proveedores-tercerizados, educación, medio ambiente y gobernanza apropiar – adherirse a los lineamientos definidos en el procedimiento.

8. CONTENIDO DEL MANUAL:


8.1. ETAPAS DEL SICOF

El SICOF que implementen los vigilados mencionados en el ámbito de aplicación.

Identificación

En desarrollo del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, la entidad deberá identificar los riesgos a los que se ve expuesta,

Para identificar este riesgo, la entidad deberá como mínimo:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

- a. Identificar, inventariar, relacionar y documentar la totalidad de los procesos.
- b. Revisar, evaluar y analizar el contexto interno y externo que permita identificar a los stakeholders, factores de riesgo, riesgos asociados, entre otros.
- c. Establecer metodologías de identificación, que sean aplicables a los procesos, con el fin de determinar los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- d. Identificar los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos, con base en las metodologías establecidas en desarrollo del literal anterior.
- e. La etapa de identificación deberá realizarse previamente a la implementación o modificación de un proceso.

Medición

A partir de esta etapa, se gestionará la detección para trabajar en el refuerzo de reporte de estos actos cuando se consolide la presunción, tentativa o materialización. Se deberá trabajar por una cultura organizacional en donde los reportes de eventos de Corrupción, Opacidad o Fraude se realicen de manera eficaz, eficiente y ágil. Esta etapa se encuentra orientada a descubrir las posibles conductas irregulares, los fraudes o los actos de corrupción; enfocándose en aquellas áreas especiales o sensibles a los riesgos previamente identificados, de acuerdo con la información obtenida de lo establecido mecanismos de detección tales como denuncias sobre conductas irregulares o auditorías internas y externas, así como canales y protocolos de comunicación adecuados que garanticen la seguridad y confidencialidad de la información reportada a través de los mismos, los cuales también hacen parte de la etapa de monitoreo y seguimiento.


Una vez concluida la etapa de identificación, las entidades deberán medir la probabilidad de ocurrencia (frecuencia) de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude y su impacto (severidad) en caso de materializarse. Esta medición podrá ser cualitativa y, cuando se cuente con datos históricos, cuantitativa. Para la determinación de la probabilidad se debe considerar un horizonte de tiempo de un año.

Control

Las entidades deben tomar medidas para controlar los riesgos inherentes a que se ven expuestas con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto en caso de que se materialicen.

Durante esta etapa la entidad deberá como mínimo:

- a. Establecer la metodología con base en la cual definan las medidas de control de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
 - ✓ Establecer de manera clara los responsables de llevar a cabo la actividad de control.
 - ✓ Definir una periodicidad mínima para su ejecución.
 - ✓ Indicar cuál es el propósito del control
 - ✓ Establecer el cómo se realiza la actividad de control
 - ✓ Indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control. Dejar evidencia de la ejecución del control.
- b. Implementar las medidas de control sobre cada uno de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

c. Estar en capacidad de determinar el perfil de riesgo residual de la entidad

Esta etapa corresponde a la gestión de los eventos de Corrupción, Opacidad y Fraude, principalmente se busca tomar las medidas conducentes a reducir la probabilidad y el impacto causado por los eventos. la entidad podrá determinar y adoptar los controles o medidas conducentes a controlar el riesgo inherente. Para lo cual deberá determinar la naturaleza de los controles, preventivos, detectivos y los correctivos que buscan reducir o recuperar las pérdidas o corregir los daños ocasionados por la ocurrencia de dichos eventos, para lo cual la entidad deberá contar con actuaciones a conducir las revisiones, validaciones, indagaciones, investigaciones y/o sanciones a que haya lugar de conformidad con las disposiciones contenidas en el Reglamento Interno de Trabajo y/o las demás normas internas o externas. Sin perjuicio de lo anterior, las entidades podrán decidir si transfieren, aceptan o evitan el riesgo, en los casos en que esto sea posible.

Monitoreo

Se debe hacer un monitoreo periódico del perfil de riesgo. Para lo cual se debe cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

- a.** Desarrollar un proceso de seguimiento efectivo, que facilite la rápida detección y corrección de las deficiencias en el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF. Dicho seguimiento debe tener una periodicidad acorde con los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude potenciales y ocurridos tanto en la entidad como en el sector salud. En cualquier caso, el seguimiento debe realizarse con una periodicidad mínima de un año.
- b.** Establecer indicadores descriptivos y/o prospectivos que evidencien los potenciales Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- c.** Asegurar que los controles estén funcionando en forma oportuna, efectiva y eficiente.
- d.** Asegurar que los riesgos residuales se encuentren en los niveles de aceptación establecidos por la entidad.
- e.** Generar un reporte interno de manera periódica (mínimo semestralmente) con la gestión de los riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude que contenga el perfil de riesgo inherente y residual, de acuerdo con las políticas establecidas y aprobadas, el cual debe estar a disposición de las autoridades competentes.

Elementos del SICOF Para el cumplimiento de los principios y objetivos indicados con anterioridad, las entidades vigiladas deben consolidar una estructura para implementar el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, que considere por lo menos los elementos que se señalan a continuación:

8.2. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO

Enunciado

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, en el marco de sus Plataforma Estratégica, se compromete a implementar el Sistema Integrado Institucional de Gestión del Riesgo, a través de la estructura de los Subsistemas de Administración del Riesgo, acorde a la capacidad de identificar, evaluar, controlar, prevenir y mitigar los eventos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos estratégicos, bajo los enfoques del Modelo de Atención vigente y la Política de Atención Integral en Salud.



Objetivo de la Política

Implementar los lineamientos que permitan el desarrollo del ciclo de la gestión de los riesgos prioritarios de forma eficiente y oportuna, propiciando un ambiente de ejecución, autocontrol y evaluación de los Subsistemas de Administración de Riesgos, que contribuya con la transparencia, integridad, confiabilidad y oportunidad en la información generada por la entidad y gestión de los procesos, con un enfoque de riesgos permitiendo el logro de los objetivos estratégicos.

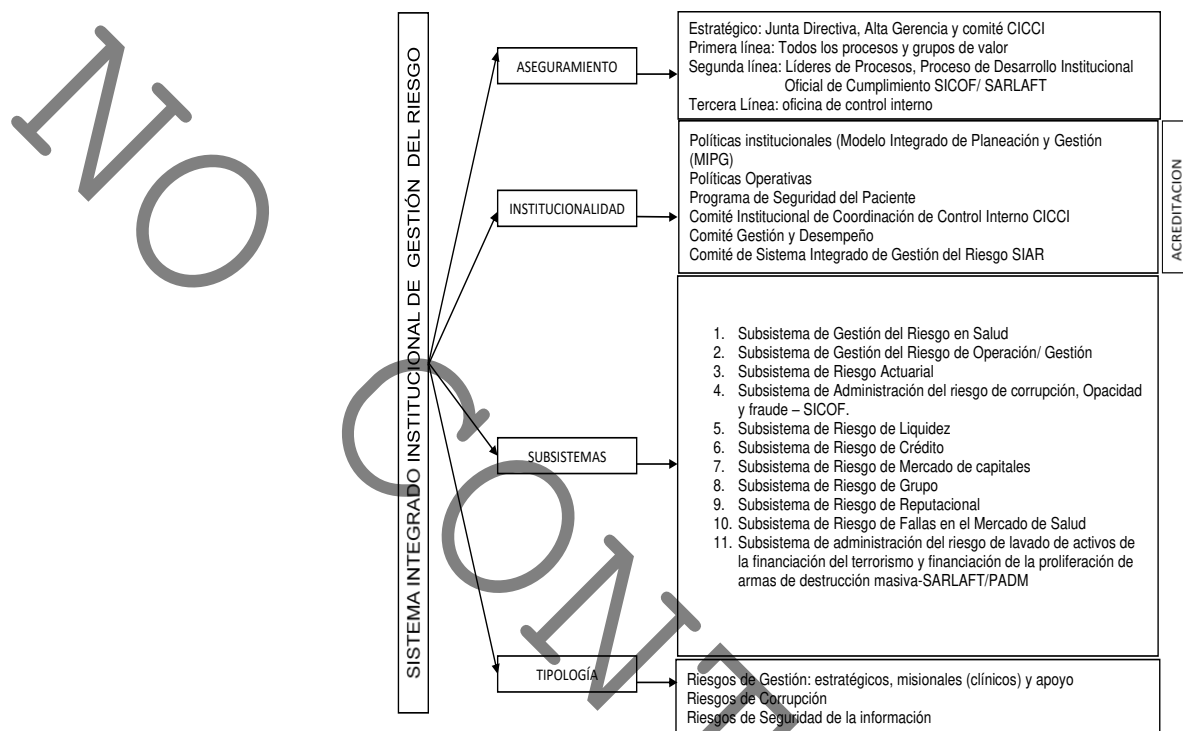
Alcance de la Política

La Política de Gestión de Riesgos, aplica a todos los procesos de la entidad, subsistemas del Sistema Integrado Institucional de Gestión del Riesgo, haciendo partícipes a todos los grupos de valor, como actores responsables del desempeño, opera desde la política, su estructura funcional, las fases del ciclo de gestión con su máximo nivel de aceptación en responsabilidad de las cuatro líneas de aseguramiento, el cierre de los ciclos de mejora a que haya lugar, su infraestructura tecnológica, la divulgación de la información y capacitaciones.

La administración de los subsistemas del Sistema Integrado Institucional de Gestión del Riesgo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE., define los lineamientos tomando como referencia los parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en los procesos, del Modelo Estándar de Control Interno MECI - líneas de defensa, del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP y, de los subsistemas identificados y priorizados para el sector salud.

CODIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO: el Gobierno Organizacional documenta y establece un mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de los riesgos implementando mejores prácticas organizacionales.

8.3. ESTRUCTURA FUNCIONAL




8.4. INSTITUCIONALIDAD

- Junta Directiva: acuerdo 20 de 2018 que en apoyo del representante legal vigila el cumplimiento de la Política Institucional de Gestión del Riesgo
- Comité Institucional de Gestión y Desempeño
- Comité Institucional de Coordinación de Control Interno CICCI
- Comité Sistema Integral de Administración del Riesgo SIAR

ENFOQUE:

Los planes, procesos y procedimientos para la administración de riesgos de la Subred Sur, se enfocan en la premisa de promover una cultura con orientación de resultados frente al control o mitigación de los riesgos que puedan afectar la gestión institucional. Por lo anterior documenta su gestión en:

1. **Manual Administración del Riesgos DI-GRI-MA-01 la aplicación de las fases:** Identificación, Análisis, Valoración, Tratamiento, Monitoreo, Seguimiento y cierre de los ciclos de mejora a que haya lugar.
2. **Actos Administrativos de Espacios de Alta Gerencia que vigilan los resultados del Sistema Integrado Institucional de Gestión de la Entidad, a saber:** Junta Directiva, Comité de Gestión y Desempeño, Comité de Coordinación de Control Interno, Comité de Sistema Integrado de Administración del Riesgo, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Ética Hospitalaria, Comité Facturación – Glosas – Cartera, Comité COPASST, Comité

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

Sostenibilidad Contable, Comité de Inventarios, Comité de Seguridad de la Información, Comité de Convivencia Laboral y Comité de Racionalización de Trámites.

3. Planes Estratégicos - Acuerdo 07 del 2022


- a. Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR
 - b. Plan Anual de Adquisiciones
 - c. Plan Anual de Vacantes
 - d. Plan de Previsión de Recursos Humanos
 - e. Plan Estratégico de Talento Humano
 - f. Plan Institucional de Capacitación
 - g. Plan de Incentivos Institucionales
 - h. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
 - i. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
 - j. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI
 - k. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
 - l. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información
4. Mapa de Aseguramiento que consolida las funciones de aseguramiento para los aspectos claves de éxito identificados por los veinte (20) procesos de la entidad
 5. Mapas de Riesgos Institucionales de Gestión, Corrupción – Opacidad – Fraude – Antisoborno y, Seguridad de la Información.
 6. Informe Parametrizado de Evaluación de la efectividad del Sistema de Control Interno de la Entidad, en el marco de los cinco (5) componentes del Modelo Estándar de Control Interno MECI
 7. Políticas Estratégicas
 8. Políticas Operativas
 9. Programa de Seguridad del Paciente
 10. Plan de Ajuste al Gasto

8.5. HERRAMIENTAS PREVENTIVAS

1. El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano: herramienta preventiva para posibles actos de corrupción, cuya estructura responde a la implementación de las políticas de: Gestión del Riesgos, Control Interno, Rendición de Cuentas, Racionalización de Trámites, Servicio al Ciudadano, Participación Comunitaria, Transparencia y Acceso a la Información Pública, Humanización, Gobierno Digital e Integridad.

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-10-05
MI-SIG-CDO-FT-06 V1 **Página 15 de 35**

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

2. Mapas de Riesgos Institucionales de Gestión, Corrupción – Opacidad – Fraude – Antisoborno y, Seguridad de la Información.
3. Informe Parametrizado de Evaluación de la efectividad del Sistema de Control Interno de la Entidad.

SISTEMA DE ALERTAS TEMPRANAS: Con el fin de realizar el respectivo seguimiento y monitoreo permanente y continuo de la evolución de los perfiles de riesgo y la exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de cada uno de los riesgos identificados, la entidad desarrolla un sistema de alertas tempranas que facilita la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización.

Lo anterior, con una periodicidad acorde con los eventos y factores de riesgo identificados como potenciales, así como con la frecuencia y naturaleza de estos; adicional a las observaciones que la segunda y tercera línea de defensa identifican en sus roles de monitoreo y seguimiento respectivamente.

Cada uno de los subsistemas tiene definida su metodología para operativizar su Sistema de Alertas Tempranas, que responde a la especificidad del ciclo de gestión propio en el marco de las fases ya mencionadas.

CARACTERIZACION DE GRUPOS DE VALOR:


Liderado por el proceso de Direccionamiento Estratégico, en la entidad se definen lineamientos para este ejercicio mediante los documentos: Instructivo Caracterización de Grupos de Valor DI-DE-INS-04 y, Documento de Caracterización de Grupos de Valor Subred Integrada de Servicios de Salud Sur DI-DE-OD-03. Se definen para la entidad los siguientes grupos de valor: usuarios familia y comunidad, colaboradores, proveedores y servicios tercerizados, gobierno, medio ambiente, educación y formación, aclarando que con frecuencia anual se actualiza la caracterización en concordancia con los factores críticos internos y externos que inciden en el desempeño institucional:

CARACTERIZACION DE PROVEEDORES:

Como se mencionó anteriormente la entidad define mediante los documentos: Instructivo Caracterización de Grupos de Valor DI-DE-INS-04 y, Documento de Caracterización de Grupos de Valor Subred Integrada de Servicios de Salud Sur DI-DE-OD-03, el grupo de valor Proveedores con las siguientes subcategorías:

- ✓ Proveedores que habitan en la localidad
- ✓ Proveedores que aportan a la Responsabilidad Social
- ✓ Proveedores de personal de Aseo y Vigilancia

A su vez dando cumplimiento a la normatividad se da riguroso registro en la Plataforma SECOP de los requerimientos exigidos tanto para proveedores de Bienes y Servicios como de colaboradores por Orden de Bienes y Servicios, en el Marco de la Circular Externa N° 1 de 2019 de Colombia Compra Eficiente.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

8.6. PLATAFORMA TECNOLÓGICA:

El sistema de Integrado Institucional de Gestión del Riesgo cuenta con el módulo de Riesgos, como parte del Aplicativo ALMERA; herramienta tecnológica que de forma sistematizada permite a los responsables de las líneas de aseguramiento registrar las acciones ejecutadas en el marco del autocontrol, autoevaluación y seguimiento de las fases de administración de los riesgos. Dicha plataforma da cumplimiento a las fases del Ciclo de Gestión del Subsistema de SICOF.

CICLO DE GESTION

- a. Identificación
- b. Análisis,
- c. Valoración
- d. Tratamiento
- e. Monitoreo
- f. Seguimiento a riesgos.
- g. Reportes materializados
- h. Acciones ante los riesgos materializados

Los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad operan su ciclo de gestión a través de las siguientes etapas metodológicas y, consolida los resultados en los documentos:

- ✓ Mapa de Riesgo de Gestión
- ✓ Mapa de Riesgos de Corrupción – Opacidad – Fraude – Antisoborno
- ✓ Mapa de Riesgos de Seguridad de la Información.

Cabe aclarar que estos documentos se publican en la página WEB de la entidad, botón de Transparencia, link de Planeación; cumpliendo con la Política de Transparencia Institucional; adicional a la disponibilidad de la Plataforma Tecnológica ALMERA – Módulo de Riesgos.

La metodología aquí descrita corresponde a las Guías para la administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades Públicas Versión 4 y 5 del Departamento de la Función Pública DAFP; adicional a las normas técnicas específicas, exigidas para cada uno de los subsistemas anteriormente relacionados.

A. Identificación

A partir de la caracterización de cada uno de los veinte (20) procesos de la entidad y la aplicación de su correspondiente DOFA se identifican los posibles eventos potenciales que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, sus causas y consecuencias acorde con las normas técnicas para el sector salud.

B. Análisis

Se busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, que obedecen a tablas específicas dependiendo de la tipología del riesgo en cuestión, como se describe en la Estructura Funcional del Sistema Integrado Institucional de Gestión del Riesgo de la Subred Sur y de sus once (11) subsistemas.



Análisis de Probabilidad Inherente, es decir antes de ejecutar las actividades de control, es el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año bajo los siguientes criterios:

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

Para los subsistemas que identifiquen riesgos de la Tipología de Corrupción, fraude y antisoborno es pertinente analizar la probabilidad bajo los siguientes criterios:

Tabla de estimación de la probabilidad

NIVEL	PROBABILIDAD	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
5	Casi Seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de 1 vez al año
4	Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Al menos 1 vez en el último año
3	Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento	Al menos 1 vez en los últimos 2 años
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos 1 vez en los últimos 5 años
1	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales).	No se ha presentado en los últimos 5 años

Fuente Guía Para la Administración del Riesgo-DAFP 2014

⚠ "El análisis de frecuencia deberá ajustarse dependiendo del proceso y de la disponibilidad de datos históricos sobre el evento o riesgo identificado.

En caso de no contar con datos históricos, bajo el concepto de factibilidad se trabajará de acuerdo con la experiencia de los funcionarios que desarrollan el proceso y de sus factores internos y externos".

Análisis de Impacto Inherente, es decir antes de ejecutar las actividades de control y, con los criterios definidos a continuación a partir de las variables principales de afectación económica y/o reputacional de la entidad. Si en el análisis se presenten ambos impactos para un riesgo, tanto económico como reputacional, con diferentes niveles se debe tomar el nivel más alto.


Tabla 5 Criterios para definir el nivel de impacto

	Afectación Económica	Reputacional
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV .	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor-40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo 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	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

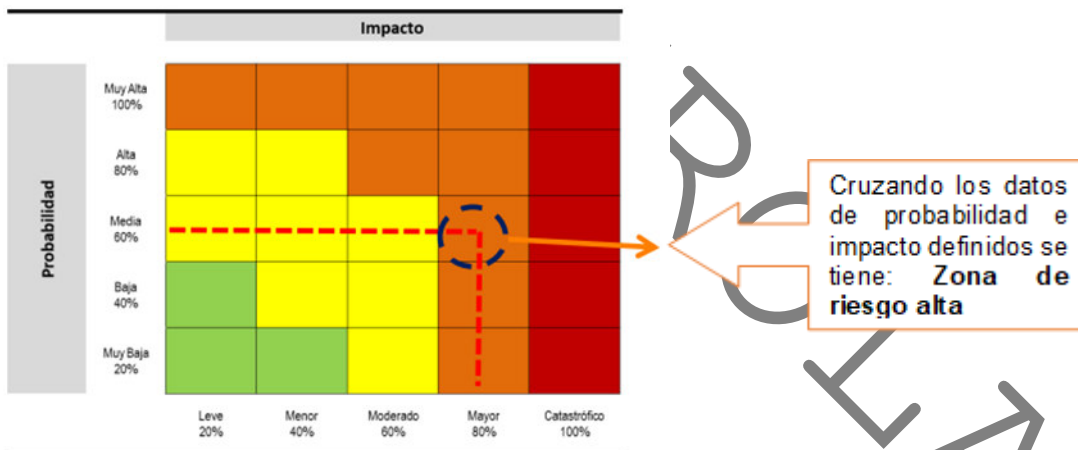
Los Riesgos de Corrupción requiere la aplicación de los 16 criterios definidos en la siguiente tabla con su respectiva escala:

CRITERIOS PARA CALIFICAR IMPACTO RIESGOS CORRUPCION	
N°	SI EL RIESGO DE CORRUPCION SE MATERIALIZA PODRIA.
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?
3	¿Afectar el cumplimiento de la misión de la entidad?
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la entidad?
5	¿Generar pérdida de confianza de la entidad, afectando su reputación
6	¿Generar pérdida de recursos económicos?
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?
8	¿Dar lugar al detrimento de la calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicios o recursos públicos?
9	¿Generar perdida de información de la entidad?
10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la fiscalía u otro ente?
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?
14	¿Dar lugar a procesos penales?
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?
16	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vida humanas?
17	¿Afectar la imagen regional?
18	¿Afectar la imagen nacional?
19	¿Generar daño ambiental?
Responder afirmativamente de UNA A CINCO preguntas genera impacto MODERADO Responder afirmativamente de SEIS A ONCE preguntas genera impacto MAYOR Responder afirmativamente de DOCE A DIECINUEVE preguntas genera impacto CATASTROFICO SI LA RESPUESTA 16 ES AFIRMATIVA, EL RIESGO SE CONSIDERA CATASTROFICO POR CADA RIESGO DE CORRUPCION IDENTIFICADO, SE DEBE DILIGENCIAR UNA TABLA DE ESTAS	
MODERADO	Genera medianas consecuencia sobre la entidad
MAYOR	Genera altas consecuencia sobre la entidad
CATASTROFICO	Genera consecuencias desastrosas sobre la entidad

Análisis preliminar (riesgo inherente): se trata de determinar los niveles de severidad a través de la combinación entre la probabilidad y el impacto. Se definen 4 zonas de severidad en la matriz de calor



C. Valoración de las Actividades de Control que reducen la probabilidad y el impacto inherente:

Eta que verifica el cumplimiento de los atributos para su adecuado diseño y así mitigar el riesgo, con la estructura básica de responsable, acción y complemento. A su vez la tipología de controles define su valoración dependiendo de si se ejecutan en la entrada, transformación o salida del proceso, con las categorías de Preventivo, Detectivo y Correctivo y su respectivo peso porcentual:

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.



Tabla 6 Atributos de para el diseño del control

Características			Descripción	Peso
Atributos de eficiencia	Tipo	Preventivo	Va hacia las causas del riesgo, aseguran el resultado final esperado.	25%
		Detectivo	Detecta que algo ocurre y devuelve el proceso a los controles preventivos. Se pueden generar reprocesos.	15%
		Correctivo	Dado que permiten reducir el impacto de la materialización del riesgo, tienen un costo en su implementación.	10%
	Implementación	Automático	Son actividades de procesamiento o validación de información que se ejecutan por un sistema y/o aplicativo de manera automática sin la	25%

Características			Descripción	Peso
			intervención de personas para su realización.	
		Manual	Controles que son ejecutados por una persona, tiene implícito el error humano.	15%
*Atributos informativos	Documentación	Documentado	Controles que están documentados en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso.	-
		Sin documentar	Identifica a los controles que pese a que se ejecutan en el proceso no se encuentran documentados en ningún documento propio del proceso.	-
	Frecuencia	Continua	El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo.	-
		Aleatoria	El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo	-
	Evidencia	Con registro	El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control.	-
		Sin registro	El control no deja registro de la ejecución del control.	-

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

Importante tener en cuenta la premisa de que los controles correctivos sólo atacan el impacto y, los detectivos y preventivos atacan la probabilidad; con excepción del Subsistema SICOF en el que el impacto inherente inicial, ningún tipo de control lo mitiga por la naturaleza misma del tipo de riesgo.

D. Tratamiento

A partir del Nivel de riesgo (riesgo residual), entendido como el resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente, se formulan Planes de acción (para la opción de tratamiento reducir, siendo viables las siguientes

8.7. ESTRATEGIAS:


Figura 19 Estrategias para combatir el riesgo



Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

E. Monitoreo

Etapa que para la Subred Sur es responsabilidad de los actores de la segunda línea de defensa como se define en el ítem Nivel de responsabilidad, acorde al esquema de líneas de defensa. Cabe destacar que el subproceso de Gestión del Riesgo, tiene la responsabilidad de asesorar y, consolidar la información a presentar a la línea Estratégica y antes de control en los casos que se requiera.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

F. Seguimiento a riesgos

Etapa en responsabilidad de la tercera línea de defensa en su rol de evaluación independiente.

G. Niveles de Aceptación – Apetito de Riesgo:

Con el fin de establecer las estrategias para combatir el riesgo Inherente, se toman en consideración las zonas de severidad del riesgo establecidas en la matriz de calor del riesgo, de la siguiente forma:


Zona de Riesgo	Nivel de Aceptación – Tratamiento del Riesgo
Baja	<p>Aceptación del Riesgo</p> <p>La institución asume el riesgo y se administra por medio de las actividades propias del proceso asociado, continuando con la ejecución de los controles implementados.</p>
Moderada	<p>Reducir el riesgo</p> <p>La institución asume el riesgo y se administra por medio controles implementados, los cuales deben ser valorados y reformulados de ser necesario; con la definición de un plan de acción que especifique responsable, fecha de implementación, y fecha de seguimiento).</p>
Alta y Extrema	<p>Reduce, o comparte el Riesgo</p> <p>La institución asume el riesgo y se administra por medio controles implementados, los cuales deben ser valorados y reformulados de ser necesario; con la definición de un plan de acción que especifique responsable, fecha de implementación, y fecha de seguimiento).</p>

NOTA: Los Riesgos de Corrupción - opacidad – fraude y antisoborno NO admiten nivel de aceptación y su tratamiento obedece a actividades para reducir, evitar y/o compartir (sin transferir su responsabilidad).

8.8. NIVELES DE RESPONSABILIDAD SOBRE EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento a la gestión de Riesgos institucional opera bajo el Modelo de Líneas de Defensa, el cual es un modelo de control que establece los roles y responsabilidades de todos los actores del riesgo y control en una entidad, este proporciona aseguramiento de la gestión y previene la materialización de los riesgos en todos sus ámbitos.

LINEA ESTRATEGICA: A cargo de la Junta Directiva, Alta Dirección, Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente Comité de Sistema Integral de Administración del Riesgo; cuyo rol principal es definir el marco integral de la gestión del riesgo institucional, hacer seguimiento a los niveles de aceptación (apetito al riesgo) y supervisar su cumplimiento. Si se da una instrucción, se debe realizar el respectivo seguimiento, para tomar decisiones, cerrando el ciclo de mejora desde la línea estratégica.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

El Oficial de Cumplimiento para los Subsistemas SICOF y SARLAFT; cuyas funciones se definen en los documentos de los respectivos Subsistemas.

Para el Subsistema SICOF las funciones específicas a cargo de la Junta Directiva, el Representante Legal y el oficial de cumplimiento (persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF se precisan en el Manual de Prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude.

- ✓ Establece y aprueba la Política – niveles de responsabilidad.
- ✓ Define y hace seguimiento a los niveles de aceptación (apetito de riesgo).
- ✓ Analizar los cambios en el entorno (Contexto Interno – Contexto Externo) que pueden tener impacto significativo en la operación de la entidad que puede generar cambios en la estructura de riesgos y controles.
- ✓ Realiza seguimiento y análisis periódico a los riesgos.
- ✓ Realimentar al Comité de Gestión y Desempeño Institucional sobre los ajustes que se deban hacer frente a la gestión del riesgo.
- ✓ Evaluar el estado del Sistema de Control Interno, aprobar modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del mismo.

Responsable:


Junta Directiva, Alta Dirección de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente.

Rol principal:

Definir el marco integral de la gestión del riesgo institucional (Alta Dirección) y supervisar su cumplimiento (Oficina de Control Interno o su equivalente)

El representante Legal tiene a cargo las siguientes funciones:

- a. Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva.
- b. Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos u Órgano equivalente, en los casos que aplique, y mantener informada a la Junta Directiva.
- c. Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.
- d. Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de Riesgos u Órgano equivalente sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la entidad y los controles realizados, además de los informes presentados por la Revisoría Fiscal. Lo anterior debe plasmarse en un informe a la Junta Directiva o, quien haga sus veces, y hacer énfasis cuando se presenten situaciones anormales como mínimo en algún riesgo prioritario o existan graves incumplimientos a las políticas, procesos y procedimientos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- e. Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.
- f. Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad en materia de conflictos de interés y uso de

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

información privilegiada que tengan relación con el Sistema Integrado Institucional de Gestión de Riesgos.

- g. Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la entidad tanto interna como externamente, para identificar y controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.
- h. Informar de manera oportuna mediante Oficio a la Superintendencia Nacional de Salud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente o prevea que pueda presentarse como mínimo en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la entidad para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.

PRIMERA LINEA DE DEFENSA:

Responsables: Líderes de los procesos, programas y proyectos de la entidad

Rol y funciones Principales:

- Desarrollar e implementar procesos de control y gestión de riesgos de sus procesos, programas o proyectos, a través de su identificación, análisis, valoración, monitoreo y acciones de mejora.
- Gestionar el desarrollo de los riesgos identificados mediante la implementación y monitoreo de los controles definidos en el desarrollo de las actividades de la entidad.
- Implementar la metodología de Gestión de Riesgos de entidad definida, reportando cuatrimestralmente los avances de su gestión a la segunda Línea de Defensa y las dificultades presentadas.
- Apoyar a la segunda Línea de Defensa en la divulgación del enfoque y resultados del Eje de Riesgos, en cada proceso a cargo.
- Realizar seguimiento a 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.
- Informar oportunamente a la segunda Línea de Defensa ante la materialización de los riesgos identificados en sus procesos para redefinir los controles o establecer el plan de contingencia.
- Desarrollar ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles.

SEGUNDA LINEA DE DEFENSA:

Responsables:

Proceso de Direccionamiento Estratégico – Subproceso de Riesgos que lidera el Sistema Integrado Institucional de Gestión de Riesgo de la Entidad; con características de independencia y sin sesgos de las áreas misionales de la entidad relacionadas con la prestación de servicios de salud (atención en servicios ambulatorios, atención en urgencias, atención hospitalaria y quirúrgica, entre otras), las áreas encargadas de las negociaciones como son compras, tesorería, entre otros.

El Oficial de Cumplimiento para los Subsistemas SICOF y SARLAFT; cuyas funciones se definen en los documentos de los respectivos Subsistemas.




Este subproceso apoya el diseño de metodologías, sugiere ajustes a las políticas, vela por la adherencia de los grupos de valor a los procesos y procedimientos, monitorea la implementación de la política, diseña y desarrolla programas de capacitación, consolida los informes, analiza los informes presentados por la Auditoría Interna o quien haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal como insumo para la formulación de planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado Institucional de Gestión de Riesgos y, monitorea e informa al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas.

- Comité SIAR
- Comité Institucional de Gestión y Desempeño
- Comité de seguridad del paciente.

Rol y Funciones principales:

- Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del 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 determinar las recomendaciones y seguimiento para el fortalecimiento de los mismos.
- Hacer seguimiento a que las actividades de control establecidas para la mitigación de los riesgos de los procesos se encuentren documentadas y actualizadas en los procedimientos.
- Asistir, acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, control, monitoreo y valoración de los riesgos asociados a sus procesos.
- Consolidar el Mapa de riesgos institucional y registrar la información y soportes que presenten los responsables del proceso.
- Presentar al CICCI el seguimiento a la eficacia de los controles en las áreas identificadas en los diferentes niveles de operación de la entidad.
- Supervisar en coordinación con los demás responsables de esta segunda línea de defensa que la primera línea identifique, evalúe y gestione los riesgos y controles para que se generen acciones.
- Revisar los cambios en el “Direccionamiento estratégico” o en el entorno y cómo estos puedan generar nuevos riesgos o modificar los que ya se tienen identificados en cada uno de los procesos, con el fin de que se identifiquen y actualicen las matrices de riesgos por parte de los responsables.
- Evaluar que los riesgos sean consistentes con la presente política y que sean monitoreados por la primera línea de defensa.

Para el Subsistema SICOF el Revisor Fiscal elabora y pone en conocimiento al Representante Legal y Junta Directiva, un reporte al cierre de cada ejercicio contable, de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

TERCERA LINEA DE DEFENSA:

Responsable: Proceso de Control Interno de la entidad

Rol y funciones principales:

- Recomendar mejoras a la política de Administración del Riesgo.
- Asesorar de forma coordinada con la Oficina de Desarrollo Institucional a la primera línea de defensa en la identificación de los riesgos institucionales y diseño de controles
- Validar que la línea estratégica, la primera 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.
- Revisar el adecuado diseño y ejecución 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 los mismos.
- Proporcionar aseguramiento objetivo sobre la eficacia de la gestión del riesgo y control, con énfasis en el diseño e idoneidad de los controles establecidos en los procesos.
- Llevar a cabo el seguimiento a los riesgos consolidados en los mapas de riesgos de conformidad con el Plan Anual de Auditoría y reportar los resultados al CICCI.

El proceso de Control Interno evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOF, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, deberán informar los resultados de la evaluación al representante legal o junta directiva.

H. Acciones ante los riesgos materializados

“Cuando se materializan riesgos identificados en la matriz de riesgos institucionales se deben aplicar las acciones descritas en la tabla “acciones de respuesta a riesgos”.


Acciones de respuesta a riesgos

Tipo de Riesgo	Responsable	Acción
Riesgo de Corrupción	Líder de Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la Oficina de Desarrollo Institucional como segunda línea de defensa en el tema de riesgos sobre el posible hecho encontrado y marcar en el SGI la alerta de posible materialización.
Tipo de Riesgo	Responsable	Acción
		<ul style="list-style-type: none"> • Una vez surtido el conducto regular establecido por la entidad y dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), determinar la aplicabilidad del proceso disciplinario. • Identificar las acciones correctivas necesarias y documentarlas en el plan de mejoramiento.

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.



Riesgos de Gestión y Seguridad digital		<ul style="list-style-type: none"> Efectuar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora. Revisar los controles existentes y actualizar el mapa de riesgos.
	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> Informar al líder del proceso y a la segunda línea de defensa, quienes analizarán la situación y definirán las acciones a que haya lugar. Una vez surtido el conducto regular establecido por la entidad y dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), determinar la aplicabilidad del proceso disciplinario. Informar a discreción los posibles actos de corrupción al ente de control.
	Líder de Proceso	<ul style="list-style-type: none"> Informar a la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, el evento o materialización de un riesgo. Proceder de manera inmediata a aplicar el plan de contingencia o de tratamiento de incidentes de seguridad de la información que permita la continuidad del servicio o el restablecimiento de este (si es el caso) y documentar en el plan de mejoramiento. Realizar los correctivos necesarios frente al cliente e iniciar el análisis de causas y determinar acciones correctivas, preventivas, y de mejora, así como la revisión de los controles existente, documentar en el plan de mejoramiento institucional y actualizar el mapa de riesgos. Dar cumplimiento al procedimiento plan de mejoramiento.
Tipo de Riesgo	Responsable	Acción
Riesgos de Gestión y Seguridad digital	Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> Informar al líder del proceso sobre el hecho encontrado Informar a la segunda línea de defensa con el fin de facilitar el inicio de las acciones correspondientes con el líder del proceso, para revisar el mapa de riesgos. Verificar que se tomen las acciones y se actualice el mapa de riesgos correspondiente. Si la materialización de los riesgos es el resultado de una auditoría realizada por la Oficina de Control Interno, esta verificará el cumplimiento del plan de mejoramiento y realizará el seguimiento de acuerdo con el procedimiento.
Riesgos de continuidad de negocio	Comité de crisis	<ul style="list-style-type: none"> Activar el plan de continuidad de negocio

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

8.9. MONITOREO Y SEGUIMIENTO

El seguimiento a la gestión de Riesgos institucional opera bajo el Modelo de Líneas de Defensa, el cual es un modelo de control que establece los roles y responsabilidades de todos los actores del riesgo y control en una entidad, este proporciona aseguramiento de la gestión y previene la materialización de los riesgos en todos sus ámbitos.

LÍNEA ESTRATEGICA: A cargo de la Junta Directiva, Alta Dirección, Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente Comité del Sistema Integral de Administración del Riesgo; cuyo rol principal es definir el marco integral de la gestión del riesgo institucional, hacer seguimiento a los niveles de aceptación (apetito al riesgo) y supervisar su cumplimiento. Si se da una instrucción, se debe realizar el respectivo seguimiento, para tomar decisiones, cerrando el ciclo de mejora desde la línea estratégica. **ELIDA SOBRE EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

El seguimiento a la gestión de Riesgos institucional opera bajo el Modelo de Líneas de Defensa, el cual es un modelo de control que establece los roles y responsabilidades de todos los actores del riesgo y control en una entidad, este proporciona aseguramiento de la gestión y previene la materialización de los riesgos en todos sus ámbitos.

Comunicación de políticas

Las políticas y procedimientos adoptados para la implementación del SICOF deberán ser comunicadas a la totalidad de empleados, socios, directivos, administradores y cualquier otra persona que tenga vinculación con la entidad, con el fin de asegurar que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización. De igual manera, las políticas del SICOF deben hacer parte integral del Código de Ética de cada entidad para que oriente la actuación de los funcionarios y establezca procedimientos sancionatorios y consecuencias frente a su cumplimiento.

Procedimientos


La entidad deberá establecer los procedimientos aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de las etapas y elementos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF. Los procedimientos deben cumplir con:

- a. Instrumentar las diferentes etapas y elementos del SICOF.
- b. Identificar los cambios y la evolución de los controles, así como del perfil de Riesgo.
- c. Adoptar las medidas por el incumplimiento del SICOF.

8.10. MANUAL DE PREVENCIÓN DE LA CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE

Mecanismos

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF deberá permitir a las entidades establecer cuándo existe una posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude. Para ello debe contar con metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de estas posibles actividades. Como prueba de esto, las entidades deben dejar constancia de cada una de las posibles actividades de Corrupción, Opacidad o Fraude detectadas, así como del responsable o responsables de su análisis y los resultados del mismo. Si se llegase a detectar alguna posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude, es deber del oficial de cumplimiento o de quien delegue la entidad para tal fin, de reportar ante la autoridad competente; dejando evidencia de esto y guardando la debida reserva ante tal reporte, dejando la salvedad de que la entidad está en obligación de reportar el evento a las autoridades competentes de manera inmediata y

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

eficiente. En caso de que la Superintendencia solicite un informe sobre los reportes realizados, es de aclarar que dicho informe debe ser estadístico por clasificación de actividades, más no el detalle de cada caso.

Instrumentos

Los instrumentos mínimos con los que deben contar los sujetos obligados para la adecuada, efectiva y eficiente gestión del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF son los siguientes:


- a. **Señales de alerta:** Son hechos, situaciones, eventos, cuantías, indicadores cuantitativos y cualitativos, que la entidad determine como relevante, a partir de los cuales se puede inferir oportuna y/o prospectivamente la posible existencia de un hecho o situación que escapa a lo que la entidad, ha determinado como normal. Estas señales deben considerar cada uno de los factores de riesgo y las características de sus operaciones, así como cualquier otro criterio que a juicio de la entidad resulte adecuado.
- b. **Segmentación de los factores de riesgo:** Los vigilados deben segmentar cada uno de los factores de riesgo de acuerdo con las características particulares de cada uno de ellos, garantizando homogeneidad al interior de los segmentos y heterogeneidad entre ellos, según la metodología que previamente haya establecido la entidad.

8.11. RESPONSABILIDADES

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:

- a. Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOF, con fundamento en las recomendaciones del Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF.
- b. Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- c. Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- d. Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude de la entidad.
- e. Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICOF, que realicen los órganos de control.
- f. Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOF.
- g. Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF. necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
- h. Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias a través de informes periódicos que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

del SICOF, sobre la gestión del mismo en la entidad y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.

- i. Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formulen el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del mismo y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- j. Analizar los informes que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos de Corrupción, Opacidad o Fraude y evaluar la efectividad de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.

Todas las decisiones y actuaciones que se produzcan en desarrollo de las atribuciones antes mencionadas deben constar por escrito.

Representante Legal

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, son funciones mínimas del Representante Legal:

- a. Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- b. Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.
- c. Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF. d. Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de este Riesgo implica para la entidad.
- d. Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
- e. Recibir y evaluar los informes presentados por el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF
- f. Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la presente Circular
- g. Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada Administración del Corrupción, Opacidad y Fraude a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF

Para el adecuado cumplimiento de la labor que corresponde al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, así como a su mejoramiento continuo será delegado el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad, sin que ello implique una sustitución a la responsabilidad que de manera colegiada le corresponde al máximo órgano social u órgano equivalente en la materia, desarrollando funciones de carácter eminentemente de asesoría y apoyo.

El oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, debe cumplir como mínimo con las siguientes condiciones:



- a. Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- b. Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- c. Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva o quien haga sus veces, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en esta Circular.
- d. Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la entidad.
- e. Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.
- f. Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la presente Circular.
- g. Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- h. Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF.
- i. Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.
- j. Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.
- k. Informar al máximo órgano social u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.
- l. Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración del máximo órgano social.
- m. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
- n. Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
- o. Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por el máximo órgano social, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
- p. Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
- q. Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOF.



En general, el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de prevención y control, y verificar al interior de la entidad su operatividad y su adecuado funcionamiento, para lo cual debe demostrar la ejecución de los controles que le corresponden. El Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, debe dejar constancia documental de sus actuaciones en esta materia, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto. Adicionalmente, debe mantener a disposición del auditor interno, el revisor fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SICOF, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.

Revisoría Fiscal: Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al Revisor Fiscal, éste debe elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable, en el que informe acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF. A su vez, debe poner en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOF, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ello a la Junta Directiva.

Auditoría Interna o quien ejerza el control interno


Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones a la Auditoría Interna, o quien ejerza el control interno, esta debe evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOF, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, deberán informar los resultados de la evaluación al representante legal o Junta Directiva.

Documentación

Respecto a la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, la Superintendencia Nacional de Salud puede exigir, a través de la supervisión in situ o extra situ, los manuales, formatos, procedimientos y demás documentos específicamente requeridos que representen la oportunidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.

La documentación debe incluir como mínimo:

- a. Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude.
- b. Los documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SICOF.
- c. Los informes de la Junta Directiva, el Representante Legal y los órganos de control
- d. Mapa de Riesgos del SICOF, que contenga como mínimo: identificación de factores internos y externos, Riesgos identificados, análisis de probabilidad de ocurrencia de los Riesgos y su impacto, identificación de los controles existentes para prevenir la ocurrencia o mitigar el impacto de los Riesgos identificados, evaluación de la efectividad de los controles y definición de las acciones de mejoramiento necesarias.
- e. Metodología e instrumentos para la gestión de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude en la entidad, incluyendo la definición y funciones de los comités u órganos responsables.
- f. Políticas establecidas en materia de manejo de información y comunicación, que incluyan mecanismos específicos para garantizar la conservación y custodia de información reservada o confidencial y evitar su filtración.
- g. Documento que soporte la comunicación a todos los funcionarios de la entidad del mapa de Riesgos y de las políticas y metodologías a que se refieren los numerales anteriores.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

h. Los análisis del registro de eventos de Corrupción, Fraude y Opacidad deben permitir establecer procesos de prevención y anticipación logrando:

- ✓ Entender los Riesgos para las entidades, sus trabajadores y sus usuarios con las posibles consecuencias que conllevan.
- ✓ Determinar si los controles y actividades ejecutadas son realmente efectivos a la hora de reducir los casos de Corrupción, Fraude y Opacidad.
- ✓ Investigar sobre nuevos métodos de Corrupción, Fraude y Opacidad a fin de diseñar y evaluar controles para prevenirlos, detectarlos y responder de forma apropiada.
- ✓ Colaborar con la Superintendencia Nacional de Salud y autoridades y organismos judiciales para emprender acciones conjuntas contra la Corrupción Fraude y Opacidad en el SGSSS.

Por último, cabe anotar que los criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de los documentos aquí mencionados, de acuerdo con el art. 28 de la Ley 962 de 2005, deben conservarse por un período de diez (10) años.

Vencidos dichos periodos, pueden ser destruidos siempre que, por cualquier medio técnico adecuado, se garantice su reproducción exacta, sin perjuicio de los términos establecidos en normas especiales.

Divulgación de información y capacitaciones


Divulgación de información

En el caso del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, el reporte externo que debe efectuar es en relación con las posibles actividades de Corrupción, Opacidad o Fraude, es deber del oficial de cumplimiento reportar a las entidades competentes según la actividad. Así mismo, la entidad debe mantener una comunicación eficaz, que fluya en todas las direcciones a través de todas las áreas de la organización. Adicionalmente, cada empleado debe conocer el papel que desempeña dentro de la organización y dentro del SICOF, y la forma en la cual las actividades a su cargo están relacionadas con el trabajo de los demás.

Capacitación

La Subred establece como estrategias de Capacitación las siguientes:

- a.** Incluir dentro del Plan Institucional de Capacitaciones la socialización del Sistema Integrado Institucional de Gestión del Riesgo
- b.** Deberá ser tema obligatorio en los procesos de inducción general y reinducción
- c.** Ser impartidos a los terceros siempre que exista una relación contractual con éstos y desempeñen funciones de la entidad.
- d.** Ser constantemente revisados y actualizados.
- e.** Contar con los mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos con el fin de determinar la eficacia de dichos programas y el alcance de los objetivos propuestos.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF	DE-GRI-MA-01 V1

9. CONTROL DE CAMBIOS:

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
2022-10-05	1	Creación del documento para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ELABORADO POR	REVISADO POR	CONVALIDADO	APROBADO
Nombre: Martha Deicy Ambrosio	Nombre: Gloria Libia Polania Aguillón	Nombre: Sandra Patricia Alba Calderón	Nombre: Luis Fernando Pineda Ávila
Cargo: Referente Gestión del Riesgo	Cargo: Jefe Oficina de Desarrollo Institucional	Cargo: Profesional especializado Control documental - Calidad	Cargo: Gerente
Fecha: 2022-09-22	Fecha: 2022-09-23	Fecha: 2022-10-05	Fecha: 2022-10-05

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-10-05
 MI-SIG-CDO-FT-06 V1 Página 35 de 35