

	<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAr113</b>
	<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
	<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
		<b>PAGINA: 1 de 1</b>

26.

<b>FECHA</b>	miércoles, 20 de junio de 2018
--------------	--------------------------------

Señores  
**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA**  
 BIBLIOTECA  
 Ciudad

<b>UNIDAD REGIONAL</b>	Seccional Ubaté
------------------------	-----------------

<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	Pasantía
--------------------------	----------

<b>FACULTAD</b>	Ciencias Administrativas Económicas y Contables
-----------------	--

<b>NIVEL ACADÉMICO DE FORMACIÓN O PROCESO</b>	Pregrado
---	----------

<b>PROGRAMA ACADÉMICO</b>	Contaduría Pública
---------------------------	--------------------

El Autor(Es):

<b>APELLIDOS COMPLETOS</b>	<b>NOMBRES COMPLETOS</b>	<b>No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b>
TRIANA MUÑOZ	JOSÉ YESID	3082557

Director(Es) y/o Asesor(Es) del documento:

<b>APELLIDOS COMPLETOS</b>	<b>NOMBRES COMPLETOS</b>
ROBAYO ALONSO	OMAR GUILLERMO

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca  
 Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000  
[www.ucundinamarca.edu.co](http://www.ucundinamarca.edu.co) E-mail: [info@ucundinamarca.edu.co](mailto:info@ucundinamarca.edu.co)  
 NIT: 890.680.062-2

*Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad  
 Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional*



<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAr113</b>
<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
	<b>PAGINA: 2 de 2</b>

### TÍTULO DEL DOCUMENTO

**SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI) Y CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO EN LA E.S.E HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA.**

### SUBTÍTULO

**(Aplica solo para Tesis, Artículos Científicos, Disertaciones, Objetos Virtuales de Aprendizaje)**

### TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

**Aplica para Tesis/Trabajo de Grado/Pasantía  
CONTADOR PÚBLICO**

### AÑO DE EDICIÓN DEL DOCUMENTO

20/06/2018

### NÚMERO DE PÁGINAS

95

### DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS (Usar 6 descriptores o palabras claves)

<b>ESPAÑOL</b>	<b>INGLÉS</b>
1. CONTROL INTERNO	INTERNAL CONTROL
2. MECI	MECI
3. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	RISK MANAGEMENT
4. PROCESOS	PROCESSES
5. PLATAFORMA ESTRATEGICA	STRATEGIC PLATFORM
6. EFICIENTE	EFFICIENT



<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAr113</b>
<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
	<b>PAGINA: 3 de 3</b>

## RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS

(Máximo 250 palabras – 1530 caracteres, aplica para resumen en español):

### RESUMEN:

Para el desarrollo del siguiente proyecto de pasantías **“SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI) Y CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO EN LA E.S.E HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA.”** cuyo propósito es el de dar cumplimiento a lo establecido y reglamentado por la ley 87 de 1993, norma que nos brindan los elementos técnicos y administrativos para fortalecer el sistema de control interno (MECI) de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa como entidad del Estado, para ello fue necesario estudiar los diferentes procesos establecidos en la plataforma estratégica de la entidad (ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa) y conocer el grado de implementación del Sistema de Control Interno MECI en la institución.

Una vez diagnosticado el grado de avance e implementación del modelo estándar de control interno MECI en la entidad y los productos mínimos que exige el modelo, se analizó los puntos críticos y fortalezas que tiene el modelo. Partiendo de este diagnóstico se priorizaron los componentes faltantes para completar la implementación del modelo Estándar de control interno MECI en la ESE Hospital Habacuc Calderón, diagnóstico que se tomó como base para la elaboración del Plan de Gestión Integral de riesgo de la Institución; Plan que permite identificar, analizar, evaluar, controlar y monitorear los riesgos inherentes en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución. El Plan de Gestión Integral de Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón reviste gran importancia en continuar con la implementación de estrategias y fortalecimiento del Sistema de Control



<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAR113</b>
<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
	<b>PAGINA: 4 de 4</b>

interno, para el desarrollo transparente, eficiente, eficaz y lucha contra la corrupción. **ABSTRACT:** For the development of the following internship project "FOLLOW UP TO THE INTERNAL CONTROL SYSTEM (MECI) AND RISK CATEGORIZATION AT THE HABACUC CALDERÓN HOSPITAL OF CARMEN DE CARUPA" Whose purpose is to comply with the provisions and regulations of Law 87 of 1993, a rule that provides us with the technical and administrative elements to strengthen the internal control system (MECI) of the ESE Hospital Habacuc Calderón of Carmen de Carupa as State entity, for this it was necessary to study the different processes established in the strategic platform of the entity (ESE Hospital Habacuc Calderón of Carmen de Carupa) and to know the degree of implementation of the Internal Control System MECI in the institution.

Once the degree of progress and implementation of the standard MECI internal control model in the entity and the minimum products required by the model were diagnosed, the critical points and strengths of the model were analyzed. Based on this diagnosis, the missing components were prioritized to complete the implementation of the Standard model of internal control MECI in the ESE Hospital Habacuc Calderón, diagnosis that was taken as a basis for the preparation of the Integral Risk Management Plan of the Institution; Plan that allows to identify, analyze, evaluate, control and monitor the risks inherent in the fulfillment of the institution's strategic objectives.

The Comprehensive Risk Management Plan of the ESE Habacuc Calderón Hospital is of great importance in continuing with the implementation of strategies and strengthening of the Internal Control System, for transparent, efficient and effective development and the fight against corruption



**AUTORIZACION DE PUBLICACIÓN**

Por medio del presente escrito autorizo (Autorizamos) a la Universidad de Cundinamarca para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mí (nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que, en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autoriza a la Universidad de Cundinamarca, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad; así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado una alianza, son: Marque con una "X":

<b>AUTORIZO (AUTORIZAMOS)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer.		X
2. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet.	X	
3. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previa alianza perfeccionada con la Universidad de Cundinamarca para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones.	X	
4. La inclusión en el Repositorio Institucional.	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

Para el caso de las Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, de manera complementaria, garantizo(garantizamos) en mi(nuestra) calidad de estudiante(s) y por ende autor(es) exclusivo(s), que la Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi(nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos)



<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAR113</b>
<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
	<b>PAGINA: 6 de 6</b>

el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro (aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mí (nuestra) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaré (continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "*Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores*", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Universidad de Cundinamarca está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

**NOTA:** (Para Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía):

**Información Confidencial:**

Esta Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de la investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado.

**SI \_\_ NO \_X\_.**

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

**LICENCIA DE PUBLICACIÓN**

Como titular(es) del derecho de autor, confiero(erimos) a la Universidad de Cundinamarca una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca  
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000  
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co  
NIT: 890.680.062-2



<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAr113</b>
<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
	<b>PAGINA: 7 de 7</b>

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, por un plazo de 5 años, que serán prorrogables indefinidamente por el tiempo que dure el derecho patrimonial del autor. El autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito. (Para el caso de los Recursos Educativos Digitales, la Licencia de Publicación será permanente).
- b) Autoriza a la Universidad de Cundinamarca a publicar la obra en formato y/o soporte digital, conociendo que, dado que se publica en Internet, por este hecho circula con un alcance mundial.
- c) Los titulares aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) El(Los) Autor(es), garantizo(amos) que el documento en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro(aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos es de mí (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.
- e) En todo caso la Universidad de Cundinamarca se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- f) Los titulares autorizan a la Universidad para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- g) Los titulares aceptan que la Universidad de Cundinamarca pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- h) Los titulares autorizan que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en el “Manual del Repositorio Institucional AAAM003”
- i) Para el caso de los Recursos Educativos Digitales producidos por la Oficina de Educación Virtual, sus contenidos de publicación se rigen bajo la Licencia Creative Commons: Atribución- No comercial- Compartir Igual.



j) Para el caso de los Artículos Científicos y Revistas, sus contenidos se rigen bajo la Licencia Creative Commons Atribución- No comercial- Sin derivar.



**Nota:**

Si el documento se basa en un trabajo que ha sido patrocinado o apoyado por una entidad, con excepción de Universidad de Cundinamarca, los autores garantizan que se ha cumplido con los derechos y obligaciones requeridos por el respectivo contrato o acuerdo.

La obra que se integrará en el Repositorio Institucional, está en el(los) siguiente(s) archivo(s).

Nombre completo del Archivo Incluida su Extensión (Ej. PerezJuan2017.pdf)	Tipo de documento (ej. Texto, imagen, video, etc.)
SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI) Y CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO EN LA E.S.E HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA. PDF	PDF.

En constancia de lo anterior, Firmo (amos) el presente documento:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	FIRMA (autógrafa)
JOSÉ YESID TRIANA MUNOZ	

12.1.50

**SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI) Y  
CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO EN LA E.S.E HOSPITAL HABACUC  
CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA.**

**JOSÉ YESID TRIANA MUÑOZ**

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS, ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES  
CONTADURÍA  
UBATÉ  
2018**

**SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI) Y  
CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO EN LA E.S.E HOSPITAL HABACUC  
CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA.**

**JOSÉ YESID TRIANA MUÑOZ**

**Proyecto de pasantía para optar por el título de Contador Público**

**OMAR GUILLERMO ROBAYO ALONSO  
DOCENTE**

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS, ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES  
CONTADURÍA  
UBATÉ  
2018**



## TABLA DE CONTENIDO

### Contenido

<b>RESUMEN</b> .....	9
<b>ABSTRACT</b> .....	10
<b>INTRODUCCION</b> .....	11
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	13
<b>TITULO</b> .....	14
<b>ÁREA Y LÍNEA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	14
ÁREA:.....	14
LÍNEA:.....	14
Programa y Tema de Investigación.....	14
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	15
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	15
<b>JUSTIFICACION</b> .....	16
<b>MARCOS DE REFERENCIA</b> .....	18
MARCO DE ANTECEDENTES .....	18
MARCO TEORICO .....	20
MARCO LEGAL .....	24
MARCO INSTITUCIONAL.....	29
MARCO CONCEPTUAL.....	33
<b>DISEÑO METODOLOGICO</b> .....	37
<b>CAPÍTULOS “SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI) Y CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO EN LA E.S.E HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA.”</b> .....	41
<b>CAPÍTULO 1. DESARROLLO DEL CONTEXTO ESTRATEGICO DE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO DE LA ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA</b> .....	41
INTRODUCCIÓN .....	41
OBJETIVO .....	42
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	42
GENERALIDADES .....	43
MARCO LEGAL .....	45
CONCLUSIÓN DE LA CAPÍTULO 1. ....	48
<b>CAPÍTULO 2 CREACIÓN DE LA POLITICA DE LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LA ESE</b>	

<b>HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA .....</b>	<b>49</b>
INTRODUCCIÓN .....	49
OBJETIVO .....	50
Objetivos Específicos .....	50
GENERALIDADES .....	50
MARCO LEGAL .....	52
POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO DE LA ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN .....	55
CONCLUSIÓN DE LA CAPÍTULO 2. ....	56
<b>CAPÍTULO 3 Identificación y Análisis de los riesgos identificados en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carupa .....</b>	<b>57</b>
INTRODUCCIÓN .....	57
OBJETIVO .....	58
Objetivos Específicos .....	58
GENERALIDADES .....	59
CONCLUSIONES CAPÍTULO 3. ....	64
<b>CAPÍTULO 4 EVALUACIÓN, VALORIZACIÓN Y MONITORIO DE LOS RIESGO DE LA ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA .....</b>	<b>65</b>
INTRODUCCIÓN .....	66
OBJETIVO .....	67
Objetivos Específicos .....	67
GENERALIDADES .....	68
ANALISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO .....	68
Determinar Probabilidad: .....	69
Determinar Consecuencias o Nivel de Impacto: .....	70
Calificación de Riesgo Inherente.....	73
Determinar la naturaleza de los controles existentes. ....	74
Calificación de los controles .....	75
Riesgo Residual.....	76
Tratamiento del Riesgo.....	77
PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.....	78
CONCLUSIÓN CAPÍTULO 4.....	79
<b>Cierre</b> .....	80
<b>RECURSOS .....</b>	<b>81</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>82</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>84</b>

Bibliografía .....	86
<b>ANEXOS</b> .....	<b>87</b>

## **ILUSTRACIONES**

Ilustración 1 Plataforma Estratégica ESE Hospital Habacuc Calderón .....	31
Ilustración 2 Procesos Estratégicos de la ESE Hospital Habacuc Calderón .....	32
Ilustración 3 Procesos Misionales ESE Hospital Habacuc Calderón .....	32
Ilustración 4 Procesos de Apoyo ESE Hospital Habacuc Calderón.....	33
Ilustración 5 Marco Legal Modelo MECI 1000:2005.....	45
Ilustración 6 Modelo Estándar de Control Interno (MECI 1000:2005) .....	46
Ilustración 7 Marco Legal Modelo MECI 1000:2005.....	52
Ilustración 8 Modelo Estándar de Control Interno (MECI 1000:2005) .....	53
Ilustración 9 Norma Técnica Colombiana ISO 31000 .....	54
Ilustración 10 Política de Gestión Integral del Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón .....	55
Ilustración 11 Guía del Sistema Integral del Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa .....	56
Ilustración 12 Plataforma Estratégica de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa .....	61
Ilustración 13 Manual de Administración del Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa .....	62
Ilustración 14 Modelo Matriz de Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón .....	62
Ilustración 15 Análisis y Valoración del Riesgo .....	69
Ilustración 16 Tabla Estimación de probabilidad del riesgo .....	69
Ilustración 17 Tabla de estimación de impacto del Riesgo .....	70
Ilustración 18 Escala de Impacto de confidencialidad de la información .....	71
Ilustración 19 Escala de impacto Legal .....	71
Ilustración 20 Escala de impacto en la credibilidad-imagen institucional .....	71
Ilustración 21 Escala de impacto en lo operativo .....	71
Ilustración 22 Escala de impacto en la infraestructura .....	72
Ilustración 23 Escala de Impacto en la salud del usuario/funcionario - colaborador .....	72
Ilustración 24 Escala de impacto en el ambiente .....	72
Ilustración 25 Escala de impacto en los recursos financieros .....	73
Ilustración 26 Calificación Riesgo Inherente.....	74
Ilustración 27 Calificación de los Controles .....	75
Ilustración 28 Riesgo Residual.....	76
Ilustración 29 Plan de Administración del Riesgo.....	78

## ANEXOS

ANEXO 1 Socialización del Glosario de Gestión Integral de Riesgos de la ESE Hospital Habacuc Calderón .....	87
ANEXO 2 Participación de la Primera Feria de Servicios de la ESE Hospital Habacuc Calderón .....	88
ANEXO 3 Informe de la Primera Feria de servicios de la ESE Hospital Habacuc Calderón .....	89
ANEXO 4 Socialización de Riesgos y Hospital Verde.....	90
ANEXO 5 Nueva Ruta Sanitaria ESE Hospital Habacuc Calderón .....	92
ANEXO 6 Socialización del Sistema Integral del Riesgo ESE Hospital Habacuc Calderón .....	93

## RESUMEN

Para el desarrollo del siguiente proyecto de pasantías **“SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI) Y CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO EN LA E.S.E HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA.”** cuyo propósito es el de dar cumplimiento a lo establecido y reglamentado por la ley 87 de 1993, norma que nos brindan los elementos técnicos y administrativos para fortalecer el sistema de control interno (MECI) de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa como entidad del Estado, para ello fue necesario estudiar los diferentes procesos establecidos en la plataforma estratégica de la entidad (ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa) y conocer el grado de implementación del Sistema de Control Interno MECI en la institución.

Una vez diagnosticado el grado de avance e implementación del modelo estándar de control interno MECI en la entidad y los productos mínimos que exige el modelo, se analizó los puntos críticos y fortalezas que tiene el modelo. Partiendo de este diagnóstico se priorizaron los componentes faltantes para completar la implementación del modelo Estándar de control interno MECI en la ESE Hospital Habacuc Calderón, diagnóstico que se tomó como base para la elaboración del Plan de Gestión Integral de riesgo de la Institución; Plan que permite identificar, analizar, evaluar, controlar y monitorear los riesgos inherentes en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución.

El Plan de Gestión Integral de Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón reviste gran importancia en continuar con la implementación de estrategias y fortalecimiento del Sistema de Control interno, para el desarrollo transparente, eficiente, eficaz y lucha contra la corrupción.

**PALABRAS CLAVES:** Control Interno, MECI, Administración del Riesgo, Procesos, Plataforma Estratégica, Eficacia.

## **ABSTRACT**

For the development of the following internship project "FOLLOW UP TO THE INTERNAL CONTROL SYSTEM (MECI) AND RISK CATEGORIZATION AT THE HABACUC CALDERÓN HOSPITAL OF CARMEN DE CARUPA" Whose purpose is to comply with the provisions and regulations of Law 87 of 1993, a rule that provides us with the technical and administrative elements to strengthen the internal control system (MECI) of the ESE Hospital Habacuc Calderón of Carmen de Carupa as State entity, for this it was necessary to study the different processes established in the strategic platform of the entity (ESE Hospital Habacuc Calderón of Carmen de Carupa) and to know the degree of implementation of the Internal Control System MECI in the institution.

Once the degree of progress and implementation of the standard MECI internal control model in the entity and the minimum products required by the model were diagnosed, the critical points and strengths of the model were analyzed. Based on this diagnosis, the missing components were prioritized to complete the implementation of the Standard model of internal control MECI in the ESE Hospital Habacuc Calderón, diagnosis that was taken as a basis for the preparation of the Integral Risk Management Plan of the Institution; Plan that allows to identify, analyze, evaluate, control and monitor the risks inherent in the fulfillment of the institution's strategic objectives.

The Comprehensive Risk Management Plan of the ESE Habacuc Calderón Hospital is of great importance in continuing with the implementation of strategies and strengthening of the Internal Control System, for transparent, efficient and effective development and the fight against corruption.

**Keywords: Internal Control, MECI, Risk Management, Processes, Strategic Platform**

## INTRODUCCION

Con el continuo crecimiento y evolución que tiene la sociedad en los diferentes sectores económicos, político, cultural, social y financieros, han llevado a que las administraciones y los diferentes organismos se vean en la necesidad de crear modelos administrativos que les brinden eficacia, efectividad y seguridad en todos sus procesos, para logran las metas y objetivos estratégicos que la entidad se propone. Es por eso que el Estado Colombiano mediante leyes y reformas sustanciales ha visto la necesidad de crear organismos de control fiscal y control interno.

En el marco legal se puede evidenciar que el Modelo Estándar De Control Interno se ha formulado con el propósito de incorporar uniformidad de un Marco estándar del Control Interno para entidades del Estado, la Ley 87 de 1993 une los conceptos básicos a un marco de control que la hace aplicable y a una estructura de control única que garantiza su obligatoriedad, fuerza vinculante y uniformidad en su implantación, y respetando las características específicas de cada entidad pública, esto facilita la gestión administrativa del Estado con plena coordinación entre sus diferentes instancias y niveles, una administración transparente y efectiva en el cumplimiento de su función, para que así las entidades del Estado mejoren su desempeño institucional mediante el fortalecimiento de los procesos de evaluación y de control de calidad que deben llevar a cabo las instituciones a través del Control Interno.

La ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa como entidad del estado, se remite en cumplir con los estándares establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno MECI, el cual le permite establecer una estructura eficaz y moderna en la aplicación de los diferentes procesos establecidos en su plataforma estratégica; La Entidad implementa el modelo que estada definido para las entidades públicas y que tienen un mecanismo que incluye un conjunto de planes,

métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación adoptados por el Hospital; los cuales tienen como finalidad pretender que las actividades, operaciones y procesos se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes.

El desarrollo de la Pasantía en la ESE Hospital Habacuc Calderón se realizó en cuatro capítulos:

En el capítulo uno **“Desarrollo del contexto estratégico de la gestión integral del riesgo de la ESE hospital Habacuc calderón de Carmen de Carupa”** se dio a conocer la estrategia presentada por la ESE Hospital Habacuc Calderón para desarrollar el contexto estratégico en la Gestión Integral del Riesgo, a los responsables del Control Interno, Calidad, Acreditación y colaboradores de la entidad, en el Capítulo 2 **“Creación de la política de la gestión del riesgo de la ESE hospital Habacuc calderón de Carmen de Carupa”** en este capítulo crea la política de gestión del Riesgo de la Institución, siguiendo los pasos y lineamientos presentados por la Guía de administración del riesgo propuesta por el DAFP y lineamientos de la NTC ISO 31000. En el capítulo 3 **“Identificación y Análisis de los riesgos hallados en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carupa”** en este capítulo se identificaron 170 riesgos los cuales se analizaron, para tomar las acciones necesarias para mitigarlos e impedir su materialización. En el cuarto capítulo **“Evaluación, Valorización y Monitorio de los riesgo de la ESE hospital Habacuc calderón de Carmen de Carupa”** mediante la matriz del riesgo la ESE hospital Habacuc Calderón evalúa el nivel de impacto y probabilidad que tienen los riesgos en inferir en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La administración del riesgo para las entidades públicas en todos sus órdenes cobra hoy mayor importancia, dado el dinamismo y los constantes cambios que el mundo Globalizado de hoy exige. Estos cambios hacen que dichas entidades deban enfrentarse a factores internos y externos que pueden crear incertidumbre sobre el logro de sus objetivos. Es importante recordar que el Estado colombiano, mediante el Decreto 1537 de 2001 y posteriormente actualizado por el Decreto 943 de 2014, estableció una serie de elementos técnicos requeridos para el desarrollo adecuado y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las diferentes entidades y organismos de la Administración Pública, uno de ellos es la “*Administración del Riesgo*” (Bogotá, 2001), considerando que la identificación, evaluación y análisis del riesgo entrega información suficiente y objetiva que les permitirá aumentar la probabilidad de alcanzar sus objetivos institucionales.

La ESE Hospital Habacuc Calderón presenta un control constante por los diferentes organismos de control y vigilancia, quienes verifican, examinan y analizan si los recursos otorgados por el Estado están siendo gestionados adecuadamente para su propósito u/o están sometidos a un riesgo para el no cumplimiento de su objetivo, por tal motivo la entidad es muy rigurosa en la implementación del sistema de control interno MECI en sus procesos, por tal razón el Hospital como entidad del Estado toma todas las medidas necesarias para no caer o incurrir en algún riesgo que le pueda ocasionar sanciones o suspensión en la prestación de sus servicios.

Esto ha permitido que el ESE Hospital Habacuc Calderón brinde información útil y oportuna a las entidades de Control, demostrando el buen uso de sus recursos y la buena administración. La identificación oportuna de amenazas, obstáculos y oportunidades, ha permitido que el sistema de control interno implementado por el ESE Hospital Habacuc Calderón sea eficiente, impulsando las posibilidades de alcanzar sus objetivos propuestos, productividad y una mejora continua.

## TITULO

SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI) Y  
CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO EN LA E.S.E HOSPITAL HABACUC  
CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA.

## ÁREA Y LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El proyecto de pasantía está establecido de acuerdo a los lineamientos del Reglamento de Opciones de Grado del Programa de Contaduría Pública; de la siguiente forma:

**ÁREA:** Contable y Gestión Financiera

**LÍNEA:** Organización Contable y Financiera – Control Interno

### ***Programa y Tema de Investigación***

Seguimiento al sistema de control interno (MECI) y categorización del riesgo en la E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa.

## **OBJETIVO GENERAL**

Seguimiento del sistema de control interno (MECI) del E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, y categorización de la administración del riesgo financiero y contable, bajo los estándares de la ley 87 de 1993 y del Decreto 943 del 2014.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los planes de mejora respecto de la autoevaluación e implementación del sistema de control interno (MECI) de la ESE Hospital Habacuc Calderón en sus diferentes procesos.
- Delinear el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo para el E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, bajo lineamientos del Modelo Estándar del Control Interno MECI.
- Implementar la Política integral de Gestión del Riesgo creada por la E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa a todos los procesos establecidos en la plataforma estratégica de la entidad.
- Analizar y evaluar los riesgos identificados en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carupa, estableciendo la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de impacto que pudiese inferir en el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Establecer prioridades para el manejo y fijar controles a los riesgos identificados en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa.

## JUSTIFICACION

La administración del riesgo para las entidades públicas en todos sus órdenes cobra hoy mayor importancia, dado el dinamismo y los constantes cambios que el mundo Globalizado de hoy exige. Estos cambios hacen que dichas entidades deban enfrentarse a factores internos y externos que pueden crear incertidumbre sobre el logro de sus objetivos.

Es importante hacer énfasis que el Estado colombiano, mediante el Decreto 1537 de 2001 y posteriormente actualizado por el Decreto 943 de 2014, donde se estableció una serie de elementos técnicos requeridos para el desarrollo adecuado y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las diferentes entidades y organismos de la Administración Pública, uno de ellos es la “*Administración del Riesgo*” (Bogotá, 2001), considerando que la identificación, evaluación y análisis del riesgo entrega información suficiente y objetiva que les permite aumentar la probabilidad de alcanzar sus objetivos institucionales.

A partir de lo anterior la E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa da continuidad al proceso en la actualización e implementación del Modelo Estándar de control Interno MECI, haciendo énfasis en el Sistema Integrado de la Gestión del Riesgo en todos sus procesos presentados en la plataforma estratégica de la Institución. En la implementación del Sistema Integrado de la Gestión del riesgo la ESE Hospital Habacuc Calderón se da inicio con la identificación y definición del riesgo por proceso, seguido del análisis y evaluación de los mismos, la detección, establecimiento y valoración de los controles existentes, hasta la formulación de los planes de mejora para la gestión el riesgo. Esto nos permite tener un Sistema de Control Interno eficiente que nos brindara las pautas para crear nuevas estrategias para optimizar el desarrollo de los procesos de la entidad y a su vez el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas por la institución.

En el correcto aplicar del Modelo de Control Interno (MECI) por la institución en sus diferentes áreas ya sea financiera, de gestión, calidad y resultado, permitirá estudiar, analizar y examinar la metodología que se implementa para la administración del riesgo, permitiendo encontrar soluciones oportunas para minimizar o mitigar los riesgos inherentes al cumplimiento de los objetivos propuestos por la entidad.

## MARCOS DE REFERENCIA

### MARCO DE ANTECEDENTES

La ley 87 de 1993, establece las normas para el ejercicio del Control Interno en las Entidades y Organismos del Estado, donde determina que el Control Interno es el sistema integrado por el esquema de organización que agrupa el conjunto de planes, métodos, procedimientos, programas y normas para llevar a cabo una correcta evaluación y verificación de los distintos procesos y áreas de una organización, con el fin de encaminarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos. (Colombia C. d., 1993).

La ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa como entidad del Estado y su primordial objetivo es la prestación de servicios en salud para los habitantes de este municipio y sus alrededores, está obligada en implementar un Sistema de Control Interno basado en los lineamientos establecidos por el modelo MECI, modelo que brinda las estrategias y mecanismos de gestión y control en los diferentes procesos administrativos.

El Estado Colombiano implementa el Modelo Estándar de Control Interno MECI mediante el Decreto 1599 de 2005, como el sistema uniforme de control interno para todas las entidades y organismos pertenecientes al Estado.

Es importante recordar que el Estado colombiano, mediante el Decreto 1537 de 2001 y posteriormente actualizado por el Decreto 943 de 2014, estableció una serie de elementos técnicos requeridos para el desarrollo adecuado y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las diferentes entidades y organismos de la Administración Pública, uno de ellos es la “*Administración del Riesgo*”.

En atención a lo dispuesto en el decreto 943 de 2014, por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno –MECI-, tendiente a fortalecer el Sistema de Control Interno en las entidades del sector público, en armonía con lo igualmente dispuesto en la ley 87 de 1993, la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, procedió a la realización de la correspondiente implementación, guiado por el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno, dispuesto para tal efecto por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Siempre ajustando el procedimiento al ciclo: Planear, Hacer, Verificar y Actuar, consciente de la conveniencia de efectuar las revisiones periódicas, dentro del marco del ciclo de mejora continua.

En la última actualización del Modelo de Control Interno MECI y su nueva estructura, la ESE delega la responsabilidad al Subgerente de la entidad, quien será el responsable de la vigilancia y control en la implementación del control interno, permitiendo contribuir al logro de los objetivos y a la mejora continua de la institución.

La ESE Hospital Habacuc Calderón en su compromiso de dar cumplimiento con lo establecido por la normas Colombianas y brindar un servicio de calidad a sus usuarios, da inicio a la implementación de planes de mejoras continuas para la entidad, con el fin de ser acreditada en la buena prestación de sus servicios ante el estado colombiano; Con esta actualización la ESE Hospital Habacuc Calderón, implementa el Código de Ética y de Buen Gobierno (Resolución No 173 de Marzo de 2015), el Plan Institucional de estímulos, capacitación y bienestar social (Resolución No 172 de Marzo de 2015), el Procedimiento de Auditoria Interna (Resolución No. 170 de Marzo de 2015), el Manual de Comunicaciones de la Entidad, el Programa Anticorrupción y se continua con el seguimiento a los Planes de Mejoramiento establecidos por la Contraloría y por la misma Entidad; a partir de lo anterior se determina que el Modelo Estándar de Control Interno – MECI presenta un 85% de implementación en la ESE Hospital Habacuc Calderón, quedando un

15% para implementar, porcentaje que está relacionado con la administración de Riegos de la entidad, aspecto de gran importancia y compromiso por la alta gerencia de la institución para lograr el 100% del modelo de control Interno.

## **MARCO TEORICO**

Para el desarrollo del presente trabajo fue necesario conocer la teoría acerca de los aspectos fundamentales del Modelo de Control Interno de la ESE Hospital Habacuc Calderón, para poder dar continuidad al proceso de complementación y actualización del modelo de control interno de la entidad, haciendo énfasis en la administración de Riesgo y poder disminuir el 15% faltante del modelo de control interno de la institución.

Mediante la ley 87 de 1993, del Congreso de la República decreta:

*Definición de Control Interno “Se entiende por Control Interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos”. (Colombia C. d., 1993)*

A partir de este concepto se busca que las distintas entidades tengan una base para el control y buen manejo de todos sus recursos, con el fin de encaminarse hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales, además de ello los sistemas de control interno, permiten la gestión del riesgo, lo cual implica su correcta identificación, análisis, evaluación y control, para que se adopten las medidas necesarias para mitigar dicho riesgo; el control interno involucra todas las áreas de una entidad por lo cual es responsabilidad de todo el personal, ya sea administrativo u operativo.

La E.S.E. Habacuc Calderón de Carmen de Carupa siendo una entidad del Estado, al igual que las entidades privadas tiene que contar con mecanismos de control interno, que las guíen al cumplimiento de sus objetivos; con este fin el Estado Colombiano adopta un modelo de Sistema de Control Interno establecido por el Decreto 1599 del 2005, modelo llamado MECI 1000:2005, modelo que introduce métodos y elementos de gestión más modernos los cuales se basan en estándares internacionales de Control Interno como: COSO, COCO, CADBURY y COBIT. (D.C. S. J., 2005).

Respecto al MECI, el Departamento Administrativo de la Función Pública, determina que: *“El Modelo Estándar de Control Interno (MECI), proporciona una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación en las entidades del Estado, cuyo propósito es orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado”* (Pública D. A., Función Publica de Colombia, 2006). Para ello el Departamento Administrativo de la Función Publica brinda guías para la correcta implementación del modelo MECI en las entidades del Estado.

El modelo MECI busca que haya un compromiso claro por parte de la dirección de la ESE Hospital Habacuc Calderón con el Control Interno y en la capacidad del nivel directivo de visualizar esta herramienta gerencial como un mecanismo de autoprotección, que le permitirá cumplir con eficiencia, eficacia, efectividad y transparencia la finalidad para la cual fue creada la entidad.

El modelo Estándar de Control Interno MECI se encuentra en una contaste vigilancia por el Estado, modelo que es actualizado por el Decreto 943 del 2014, donde el Departamento Administrativo de la Función Pública facilita la guía de la actualización para llevar a cabo los procesos de Evaluación y Actualización del Modelo Estándar de Control Interno – MECI ( D.C. S. J., 2014), herramienta que muestra el paso a paso para llevar a cabo el buen desarrollo del modelo de control interno en las entidades.

Atendiendo el tema del control interno de las entidades del sector público, podemos entrar a analizar el tema de la Auditoría como parte fundamental para la evaluación del Sistema de Control Interno, en todas las áreas de las entidades con el fin de que el proceso de auditoría genere valor agregado y que aporte al logro del cumplimiento de los objetivos institucionales, mediante la entrega de elementos de juicio frente a la mejora continua de los sistemas.

Los procesos de auditoría interna requieren de profesionales que tengan las siguientes características:

- Independencia
- Entrenamiento técnico y capacitación profesional
- Cuidado y diligencia profesional
- Estudio y evaluación del sistema de control interno
- Supervisión adecuada de las actividades por parte del auditor de mayor experiencia
- Información competente, suficiente en lo que respecta a la observación, investigación y confirmación

Además que se determina que las entidades deben contar con una Oficina de Control Interno, en la cual interviene directamente el auditor; se habla además de auditoría interna, que significa que es realizada por un profesional ligado a la entidad, y de auditoría externa, la cual se lleva a cabo por profesionales externos a la entidad; por tal razón se define en el trabajo de pasantías como, apoyo o auxiliar en auditorías externas.

Mediante La Guía de Auditoría para Entidades Públicas, se da a conocer que:

*“El proceso de Auditoría Interna adelantado por las Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces en la Entidades del Estado debe estar enfocado hacia una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la Entidad”.* (Pública D. A., Guía de Auditoría para entidades Públicas, 2013)

El modelo MECI en su actualización realizada mediante el Decreto 943 del 2014 muestra gran interés e importancia al componente 1.3 Administración del Riesgo establecido el modelo de control MECI, tema que para las entidades públicas en todos sus órdenes y procesos cobra hoy mayor importancia, dado al dinamismo del mundo globalizado.

El Estado Colombiano publica su política en relación con el riesgo atendiendo los lineamientos establecidos por medio de la guía para la administración del riesgo presentada por el DAFP, guía que da a conocer las estrategias para la construcción del planteamiento del plan anticorrupción y de atención al ciudadano, articulada con las normas aplicables a la Entidad y al sistema de gestión de la calidad, como mecanismo para identificar, medir, valorar, monitorear, administrar y tratar los riesgos que pudieran afectar positiva o negativamente el logro de los objetivos institucionales (Pública D. A., Política de Riesgos Función Pública , 2006).

El Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en la estrategia y análisis del dinamismo que tiene la Administración Pública, se ha podido evidenciar que las políticas públicas se encuentran en una constante revisión, por ello el DAFP facilita la guía actualizada de la Administración del Riesgos con el fin de entregar lineamientos y aclaraciones sobre la aplicación de la metodología planteada en la guía emitida en el año 2009, esto considerando la importancia cada vez mayor, que para las entidades representa su aplicación como elemento básico en su planeación estratégica. (Pública D. A., Guía de Administración del Riesgo, 2011).

La implementación de la Guía de Administración del Riesgo en la ESE Hospital Habacuc Calderón ayuda al conocimiento y a la mejora continua de la entidad, contribuye a elevar la productividad y a garantizar la eficiencia y la eficacia en los procesos organizacionales, permitiéndole definir estrategias de mejoramiento continuo y brindándole un manejo sistémico a la entidad. La estrategia en la implementación por la alta gerencia en la Administración del Riesgo a todos los

procesos incorporados en la plataforma estratégica de la institución, le permite establecer mecanismos para identificar, valorar y minimizar los riesgos a los que constantemente está expuesta y poder de esta manera fortalecer el Sistema de Control Interno permitiendo el cumplimiento de los objetivos misionales y los fines esenciales del Estado.

## **MARCO LEGAL**

En el dinamismo que se encuentran las entidades Públicas como privadas, son sometidas a leyes y normas que permiten establecer un control y organización para el buen desarrollo en la ejecución de los diferentes fines propuestos, para ello la ESE Hospital Habacuc Calderón muestra el gran compromiso en la implementación de controles establecidos mediante las leyes colombianas para la prestación de su servicio.

- ❖ Artículo 209 de la Constitución Política de Colombia establece que la Administración Pública, en todos sus órdenes tendrá un Control Interno que se ejercerá en los términos que señale la Ley. (ejecutiva, 2015)
- ❖ Artículo 269 de la Constitución Política de Colombia estipula que en las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno, de conformidad con lo que disponga la Ley. (ejecutiva, 2015)
- ❖ Ley 87 del 29 de noviembre 1993: “Por la cual se establecen las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”. Partiendo de esta Ley podemos formar una idea clara de lo que significa el control interno, definiéndose así como un sistema integrado por el esquema de organización que agrupa un conjunto

de planes, métodos, principios, normas y procedimientos para llevar a cabo una correcta evaluación o verificación de los distintos procesos y áreas de una organización, con el fin de encaminarlos al cumplimiento de los objetivos, al uso correcto de las normas y políticas establecidas, y contribuir así a la toma de las decisiones más acertadas en pro de la organización. (Colombia C. d., 1993)

- ❖ En el artículo 3, de esta ley, podemos ver que el Control Interno se caracteriza por ser parte integral de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad (Colombia C. d., 1993), a lo que podemos complementar que es necesario, por parte de las autoridades encargadas de la dirección de las entidades, establecer, mantener mejorar el Sistema de Control Interno, adecuándolo siempre a la naturaleza y a los objetivos de la institución. Todas las áreas de estas entidades tienen que estar sujetas al buen cumplimiento del Sistema de Control Interno, y además se debe contar con una unidad de Control Interno, área que se encargara de evaluar y realizar las recomendaciones necesarias ante la dirección, para mejoramiento del Sistema de Control Interno.
  
- ❖ En el Artículo 4 de la ley 87 de 1993, podemos encontrar todo lo relacionado con “los elementos y los aspectos que deben orientar la aplicación del sistema de control interno:
  - a. Establecimiento de objetivos y metas tanto generales como específicas, así como la formulación de los planes operativos que sean necesarios;
  - b. Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos;
  - c. Adopción de un sistema de organización adecuado para ejecutar los planes;
  - d. Delimitación precisa de la autoridad y los niveles de responsabilidad;

- e. Adopción de normas para la protección y utilización racional de los recursos;
- f. Dirección y administración del personal conforme a un sistema de méritos y sanciones;
- g. Aplicación de las recomendaciones resultantes de las evaluaciones del control interno;
- h. Establecimiento de mecanismos que faciliten el control ciudadano a la gestión de las entidades;
- i. Establecimiento de sistemas modernos de información que faciliten la gestión y el control;
- j. Organización de métodos confiables para la evaluación de la gestión;
- k. Establecimiento de programas de inducción, capacitación y actualización de directivos y demás personal de la entidad;
- l. Simplificación y actualización de normas y procedimientos.” (Colombia C. d., 1993)

- ❖ Decreto 1537 de 2001: Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado.

*“Que una de las estrategias es el fortalecimiento de los Sistemas de Control Interno de las entidades y organismos del Estado, para que se constituya en un mecanismo eficaz de lucha contra la corrupción” (Pública D. A., Función Pública de Colombia, 2006)*

- ❖ En el artículo 4 del decreto 1537 del 2001, En este artículo se puede evidenciar todo lo relacionado con la administración o gestión del riesgo como *“parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas, las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. (Bogotá, 2001).*

*“Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso*

*permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspectos tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos” (Bogotá, 2001).*

- ❖ Que el Decreto 943 del 2014, *Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)*. Actualización que brinda a las organizaciones del Estado una orientación con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales, posee 3 principios: autocontrol, autorregulación y autogestión y está compuesta por: 2 módulos: Módulo de control de planeación y gestión y el módulo de control de evaluación y seguimiento, 6 componentes: talento humano, direccionamiento estratégico, administración del riesgo, autoevaluación institucional, auditoría interna y planes de mejoramiento, 13 elementos y un eje transversal de información y comunicación. (D.C. S. J., 2014)
- ❖ En el Decreto 1599 de 2005 por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano y se presenta anexo técnico del MECI. Evidenciando en el numeral 1.3 Componentes de administración del Riesgo. (D.C. S. J., 2005). El Gobierno nacional mediante la Decreto 4485 del 18 de noviembre de 2009, actualizó la norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP, en el Numeral 4.1 Presenta los Requisitos Generales. G) “Establece controles sobre riesgos identificados y valorados que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad.

- ❖ Guía de Auditoria para Entidades Públicas, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el año 2013: en la cual podemos encontrar en primer lugar, la conceptualización básica de Control Interno, la descripción básica acerca de las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoria; en segundo lugar esta guía nos presenta las fases para el desarrollo de las Auditorias, las cuales son: programación general de las auditorias, planeación de la auditoria, ejecución de la auditoria, comunicación de resultados de la auditoria y seguimiento y cumplimiento de planes de mejoramiento; en tercer lugar se determina la importancia de la capacitación constante tanto del auditor, como de su equipo de trabajo; y por ultimo esta guía nos da conocer el procedimiento para llevar a cabo el trabajo de auditoria conforme a las normas y el desarrollo de las entidades públicas. (Pública D. A., Guia de Auditoria para entidades Públicas, 2013)
- ❖ NTC-ISO/IEC 31000: Norma Técnica Colombiana que brinda los principios y directrices genéricas sobre la gestión del riesgo. (INTERNACIONAL, 2011)
- ❖ NTCGP 1000:2009 Norma Técnica de calidad en las Entidades Públicas. (Certificación, 2005)
- ❖ Circular 048 de 2006 Superintendencia Financiera: En la cual se establecen las reglas relativas la administración del riesgo operativo para la Superintendencia Financiera de Colombia. (Colombia S. F., 2018)
- ❖ Ley 1474 de 2011. *Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.* (Colombia C. d., 2018)
- ❖ Ley 1121 de 2006. Por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones. (Colombia C. d., 2018)

## **MARCO INSTITUCIONAL**

El Hospital Habacuc Calderón del Municipio de Carmen de Carupa, es una Institución en proceso de modernización que busca ponerse a tono con los lineamientos de la Seguridad Social vigente y utiliza un plan de mejoramiento continuo para lograr alcanzar los estándares de calidad, eficiencia y la satisfacción de nuestros usuarios.

Mediante el Decreto de Ordenanza No. 00247 de 2008 el hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa se transforma en Empresa Social del Estado del orden Departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaria de Salud del Departamento de Cundinamarca, integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sometida al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, artículos 194, 195 y 197 de la ley 100 de 1993.

### **66 años:**

El Hospital Habacuc Calderón, es una Institución fundada el 14 de octubre de 1950, nació gracias al espíritu filantrópico de Don José Habacuc Calderón Arévalo, hijo del Carmen de Carupa.

Logrando acumular en 66 años experiencia en la prestación de servicios de salud con calidad, eficiencia y oportunidad a los habitantes del Municipio y sus áreas vecinas.

### **Misión:**

Garantizar a los vecinos y habitantes de Carmen de Carupa la prestación de los diferentes servicios en el área de la Salud con oportunidad, eficiencia, calidad y sentido humanitario, pretendiendo lograr la total satisfacción de los usuarios dentro del marco de lo establecido en la Constitución Nacional, la Ley 100 de 1.993 y el código de Ética Médica.

**Visión:**

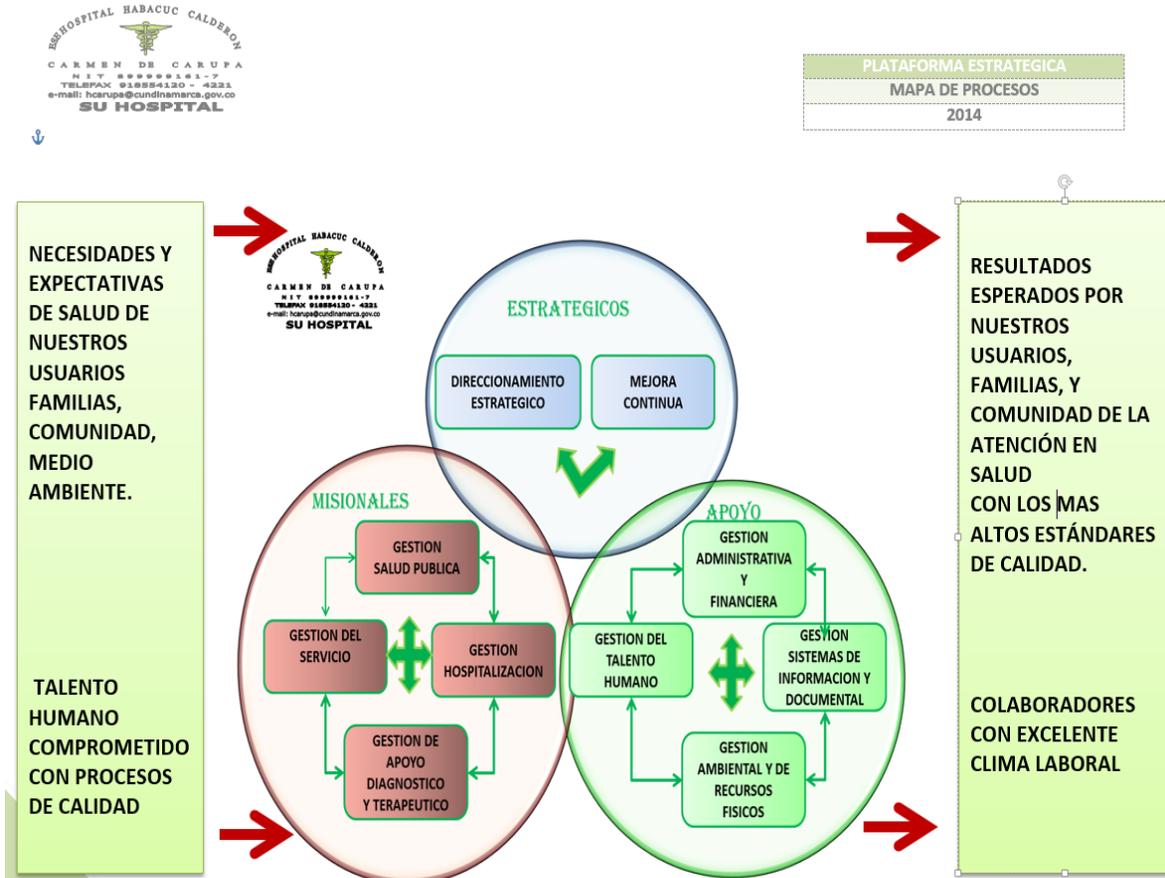
Nos proyectamos al futuro siendo una Empresa Prestadora de Servicios de Salud autónoma y eficiente que alcance los estándares de calidad de una Institución de primer nivel de atención, para lograr resolver la problemática de salud de los habitantes de Carupa y Municipios aledaños.

**Infraestructura:**

En la Infraestructura, la Institución cuenta con una planta física propia, ubicada en la Calle 2a. No. 1E-50, con una moderna Área de Servicios ambulatorios, eficiente estructura para el servicio de urgencias, funcional y actualizado esquema arquitectónico de Hospitalización con capacidad de 12 camas infraestructura necesaria para la distribución de los servicios básicos (Medicina interna, Ginecoobstetría y Pediatría), Departamento de Ginecoobstetría (Sala de trabajo y Sala de partos), y capacidad locativa necesaria para Servicios de apoyo (Alimentación, Lavandería, Esterilización y Almacén). (Carupa, s.f.)

# PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA

Ilustración 1 Plataforma Estratégica ESE Hospital Habacuc Calderón



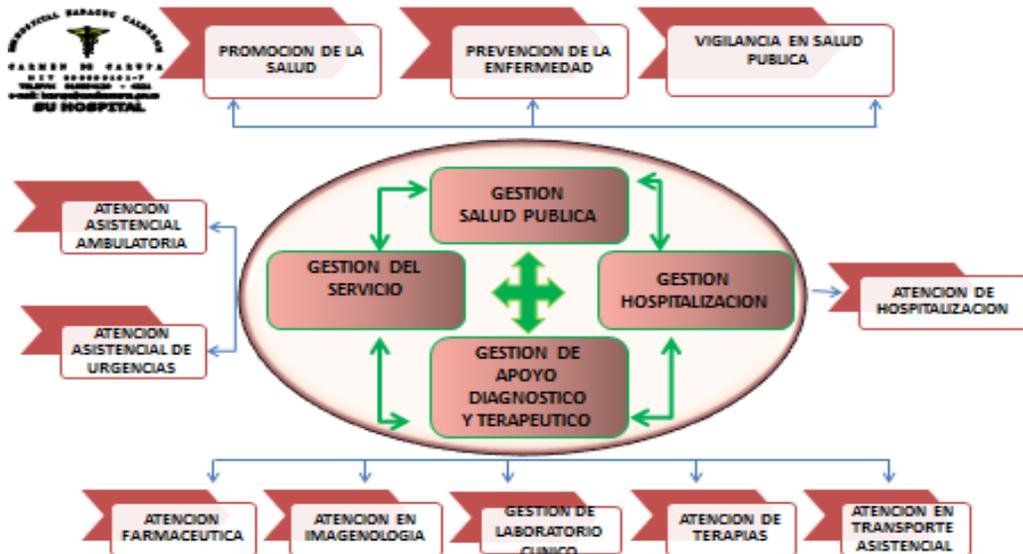
Fuente: Oficina de Calidad y Acreditación de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa

Ilustración 2 Procesos Estratégicos de la ESE Hospital Habacuc Calderón



Fuente: Oficina de Calidad y Acreditación de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa

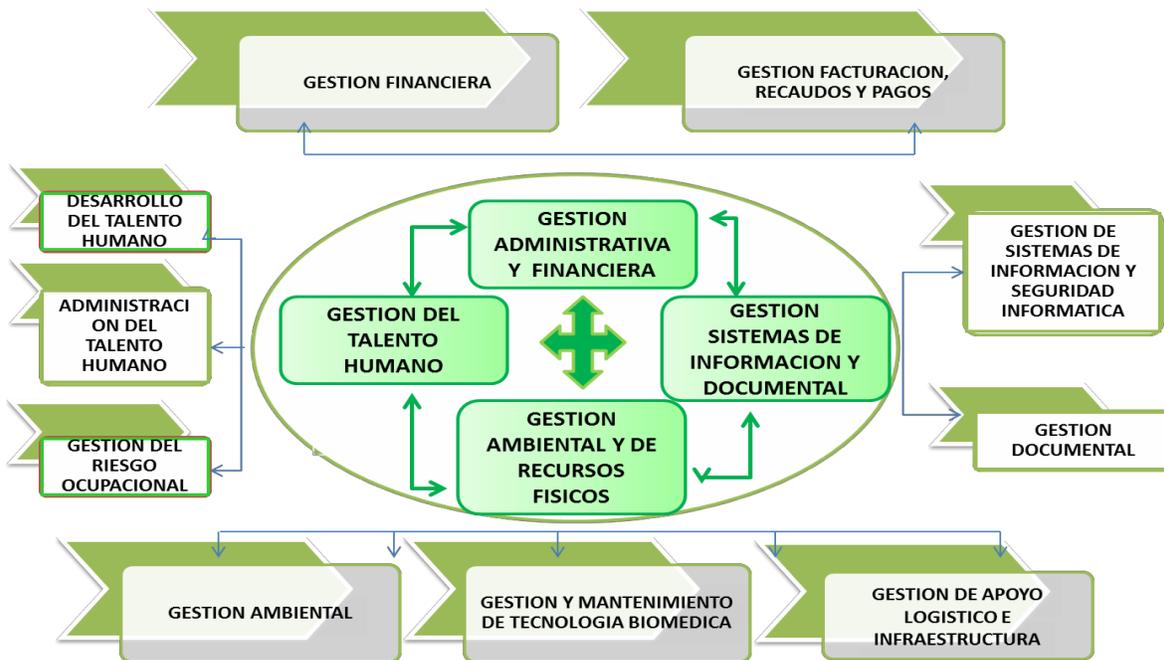
Ilustración 3 Procesos Misionales ESE Hospital Habacuc Calderón



Fuente: Oficina de Calidad y Acreditación de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa

## Ilustración 4 Procesos de Apoyo ESE Hospital Habacuc Calderón

### PROCESOS DE APOYO



Fuente: Oficina de Calidad y Acreditación de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa

### MARCO CONCEPTUAL

#### ➤ ESE (EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO)

Constituyen una categoría especial de la entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por las asambleas o concejos. (Decreto 1876 de 1994)

#### ➤ AREA FINANCIERA

Es una área de la entidad, constituida por un conjunto de actividades tendientes a lograr los objetivos de custodiar e invertir los valores y recursos de la entidad, a mantener los sistemas de información adecuados para el control de activos y operaciones de dicha entidad y a proteger el capital invertido. (Colombia M. d., 2008).

➤ *CONTROL INTERNO*

Puede definirse como el plan mediante el cual una organización establece principios, métodos y procedimientos que coordinados y unidos entre sí, buscan proteger los recursos de la entidad y prevenir y detectar fraudes y errores dentro de los diferentes procesos desarrollados en la empresa. (Colombia, s.f.)

➤ *AUDITORIA*

Puede hacer referencia a tres cosas diferentes pero conectadas entre sí: puede referirse al trabajo que realiza el auditor, a la tarea de estudiar la economía de una empresa, o a la oficina donde se realizan estas tareas (donde trabaja el auditor). (Gardey, 2012)

➤ *AUDITORIA INTERNA*

Es una actividad independiente y objetiva de supervisión y consultoría diseñada para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. Ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno. (Gardey, 2012)

➤ *AUDITORIA EXTERNA*

Es el examen crítico, sistemático y detallado de un sistema de información de una unidad económica realizado por un Contador Público sin vínculos laborales con la misma. (Gardey, 2012)

➤ *MECI (MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO)*

Sistema de Control Interno, que permite unificar los criterios y parámetros básicos del control, para las entidades estatales procurando armonizar adecuadamente los conceptos de control con la eliminación de la dispersión conceptual existente lo que permitirá instrumentar la función administrativa del Estado, eficaz, eficiente, transparente y efectiva en el cumplimiento de sus fines sociales. (Colombia D. A., s.f.)

➤ *POLITICAS ADMINISTRATIVAS*

Son los planes y procedimientos que guían a los miembros de una organización en la conducta de su operación, y al cumplimiento de los objetivos institucionales. (Colombia D. A., s.f.)

➤ *OBJETIVOS INSTITUCIONALES*

Son aquellos propósitos establecidos por el Titular del Pliego para cada año fiscal, en base a los cuales se elaboran los Presupuestos institucionales. Dichos propósitos se traducen en objetivos Institucionales de carácter general, parcial y específico, los cuales expresan los lineamientos de la política sectorial a la que corresponda la entidad. (Colombia D. A., s.f.)

➤ *ADMINISTRACIÓN O GESTION DEL RIESGO DEL RIESGO*

En términos generales la gestión del riesgo se refiere a los principios y metodología para la gestión eficaz del riesgo, mientras que gestionar el riesgo se refiere a la aplicación de estos principios y metodología a riesgos particulares. La administración del Riesgo comprende el conjunto de Elementos de Control y sus interrelaciones, para que la institución evalúe e intervenga aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar de manera positiva o negativa el logro de sus objetivos institucionales. La administración del riesgo contribuye a que la entidad consolide su Sistema de Control Interno y a que se genere una cultura de Autocontrol y autoevaluación al interior de la misma. (Colombia D. A., s.f.)

➤ *MONITOREO Y REVISIÓN*

El monitoreo es esencial para asegurar que las acciones se están llevando a cabo y evaluar la eficiencia en su implementación adelantando revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que pueden estar influyendo en la aplicación de las acciones preventivas. (Colombia D. A., s.f.)

➤ *ANALIZAR EL RIESGO*

El análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia del mismo y sus consecuencias, éste último aspecto puede orientar la clasificación del riesgo, con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar. (Colombia D. A., s.f.)

## DISEÑO METODOLOGICO

En el presente trabajo la metodología que se implementó fue de carácter cualitativa, metodología que permite la recolección de información para el buen desarrollo y ejecución del proyecto presentado; ya que está enfocada en conocer, comprender y analizar los planes de mejoramiento del sistema de control interno MECI de la entidad, bajo los parámetros y lineamientos presentados por la ley 87 de 1993, decreto 943 del 2014 y la Norma Técnica Colombiana ISO 31000, normas que orientan a la entidad trabajar de forma integral en sus diferentes procesos para el cumplimiento de sus objetivos propuestos, a la vez obtener un Sistema de Control Interno eficiente y Eficaz.

- ✓ Para desarrollar el objetivo general “**SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI) Y CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO EN LA E.S.E HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA.**” se utilizó una metodología de carácter cualitativa y aplicada.
  
- ✓ El Objetivo específico No. 1 “**Conocer los planes de mejora respecto de la autoevaluación e implementación del sistema de control interno (MECI) de la ESE Hospital Habacuc Calderón en sus diferentes procesos**”, se empleó una metodología de carácter cualitativa y se desarrolló de la siguiente manera:
  1. Establecer diálogo con el personal administrativo y demás personal de la entidad para conocer el desempeño de los procesos relacionados con la entidad y su control interno.
  2. Revisar las políticas, normas y lineamientos de la entidad utilizados para implementación del sistema de control interno MECI.
  3. Conocer los procesos de evaluación y regulación del sistema de control interno MECI de la entidad.

4. Reconocer y analizar los planes de mejora respecto al sistema
- ✓ El Objetivo específico No. 2 **“Diseñar el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo para el E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, bajo lineamientos del Modelo Estándar del Control Interno MECI”**. Se empleó una metodología de carácter cualitativa y se desarrolló de la siguiente manera:
1. Establecer dialogo con el personal administrativo y demás personal de la entidad para conocer el desempeño de los procesos relacionados con la entidad y su control interno.
  2. Revisar Misión, Visión y política del Sistema de Control Interno, normas y lineamientos de la entidad utilizados para implementación del sistema de control interno MECI.
  3. Conocer los procesos de evaluación y regulación del sistema de control interno MECI de la entidad.
  4. Acompañar a los procesos de auditoría, para mejorar el Sistema de control interno dentro de la entidad, encaminado en el buen manejo de los recursos y mitigar el riesgo.
  5. Analizar los lineamientos presentados por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en el manual del Modelo Estándar de Control Interno MECI, la Guía de Administración del Riesgo y la Norma Técnica Colombiana ISO 31000, para tener la bases idóneas para la creación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa.
- ✓ El Objetivo específico No. 3 **“Implementar la Política integral de Gestión del Riesgo creada por la E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa a todos los procesos establecidos en la plataforma estratégica de la entidad”** Se empleó una metodología de carácter

cualitativa y se desarrolló de la siguiente manera:

1. Definir el método para la identificación de los riesgos por procesos.
  2. Identificar los factores internos y externos en la entidad, sus causas y consecuencias que pueden generar riesgos y que afecten el cumplimiento de los objetivos institucionales.
  3. Analizar los riesgos identificados, clasificarlos y priorizarlos a fin de establecer la matriz de Riesgo.
- ✓ El Objetivo específico No. 4 ***“Analizar y evaluar los riesgos identificados en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carupa, estableciendo la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de impacto que pudiese inferir en el cumplimiento de los objetivos institucionales”*** Se empleó una metodología de carácter cualitativa y se desarrolló de la siguiente manera:

1. Analizar los riesgos hallados y establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus impactos, teniendo en cuenta la matriz de riesgo aprobada por la ESE Hospital Habacuc Calderón.
2. Medir el nivel de impacto de los riesgos analizados según lineamientos establecidos en la política institucional y su manual de Gestión Integral del Riesgo.
3. Evaluar los riesgos analizados y establecer los controles necesarios para mitigarlos según su nivel de ocurrencia e impacto.

- ✓ El Objetivo específico No. 5 ***“Establecer prioridades para el manejo y fijar controles a los riesgos identificados en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa”*** Se empleó una metodología de carácter cualitativa y se desarrolló de la siguiente manera:

1. Analizar la gráfica de valoración y estimación del Riesgos, con el fin de tomar las medidas y controles necesarios para su control. (Mapa de colores)
2. Dar tratamiento a los riesgos hallados según su calificación y nivel de impacto en la entidad.
3. Actualizar el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares (PGIRH) de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa según resolución 2003 del 2014.
4. Actualizar Ruta Sanitaria de la ESE Hospital Habacuc Calderón.

## **CAPÍTULOS “*SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI) Y CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO EN LA E.S.E HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA.*”**

### **CAPÍTULO 1. DESARROLLO DEL CONTEXTO ESTRATEGICO DE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO DE LA ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA**

En el primer Capítulo se dio a conocer la estrategia presentada por la ESE Hospital Habacuc Calderón para desarrollar del contexto estratégico en la Gestión Integral del Riesgo de la Entidad, para ello se tuvo conocimiento de la plataforma estratégica que tiene la institución para el cumplimiento de sus funciones y el logro de sus objetivos, en el desarrollo y conocimiento del contexto estratégico se tomó los lineamientos presentados en el componente 1.3 de Administración del Riesgo del Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014 y la guía para la administración del Riesgo presentada como herramienta por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), también se siguieron los parámetros presentados en la Norma Técnica Colombiana ISO 31000.

### ***INTRODUCCIÓN***

El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – MECI, proporciona a la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo de la Corporación, y aunque promueve una estructura uniforme, puede ser adaptada a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran. Para ello es de gran importancia contar con la política y una metodología donde la E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa adopte formalmente la gestión y control de sus riesgos, es decir el proceso de identificarlos, analizarlos,

evaluarlos, medir su impacto, mitigarlos y monitorearlos, todo ello con el fin de mejorar la toma de decisiones y dar cumplimiento a los objetivos institucionales.

La ESE Hospital Habacuc Calderón con el fin de seguir con el objetivo en la prestación del servicio de Salud de Calidad y acreditado a sus usuarios, muestra la mejor disponibilidad y herramientas para la creación del sistema integrado de Gestión del riesgo, sistema que permitirá el control de los riesgos que impiden el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la institución.

### ***OBJETIVO***

Diseñar e Implementar el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo para el E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, bajo lineamientos del Modelo Estándar del Control Interno MECI (1. Subsistema de Control Estratégico - Componente 1.3 Administración del Riesgo) y estándares de la Norma Técnica Colombiana ISO 31000, con el propósito de tomar las acciones necesarias que conduzcan a disminuir o mitigar la vulnerabilidad frente a situaciones que pueden inferir en los procesos estratégicos, misionales y de apoyo que plantea la plataforma estratégica de la institución para el cumplimiento de sus funciones y en el logro de los objetivos.

### ***OBJETIVOS ESPECIFICOS***

- Establecer dialogo con el personal administrativo y demás personal de la entidad para conocer el desempeño de los procesos relacionados con la entidad y su control interno.
- Revisar Misión, Visión y política del Sistema de Control Interno, normas y lineamientos de la entidad utilizados para implementación del sistema de control interno MECI.

- Conocer los procesos de evaluación y regulación del sistema de control interno MECI de la entidad.
- Acompañar a los procesos de auditoría, para mejorar el Sistema de control interno dentro de la entidad, encaminado en el buen manejo de los recursos y mitigar el riesgo.

## ***GENERALIDADES***

Con la entrada en vigencia de la Ley 87 de 1993, por medio de la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado, y del Decreto 1599 de 2005, por medio del cual se dispone de la implementación o adopción del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano integrando así todas las entidades que hacen parte del ámbito de aplicación de la Ley 87 de 1993; las organizaciones del Estado han venido involucrando en todos sus procesos y procedimientos los aspectos básicos del Control Interno.

De esta manera la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa en cumplimiento de la norma colombiana, sigue los lineamientos, políticas, parámetros y herramientas presentadas por el Estado Colombiano, para mantener actualizado el Sistema de Control interno de los diferentes procesos presentados en la plataforma institucional.

La plataforma estratégica de la ESES Hospital Habacuc Calderón se encuentra dividida de la siguiente manera:

- **Procesos de Direccionamiento estratégico:** Definido como el conjunto de elementos de Control que al interrelacionarse establecen el marco de referencia que orienta la entidad pública hacia el cumplimiento de su misión y objetivos institucionales, en procura de alcanzar su visión. Cuyo proceso

debe mantener los lineamientos de alta dirección, buscando garantizar el cumplimiento de los objetivos, políticas y estrategias que conlleven al desarrollo eficaz de la misión y la visión de la entidad, al mantenimiento continuo y mejoramiento del sistema.

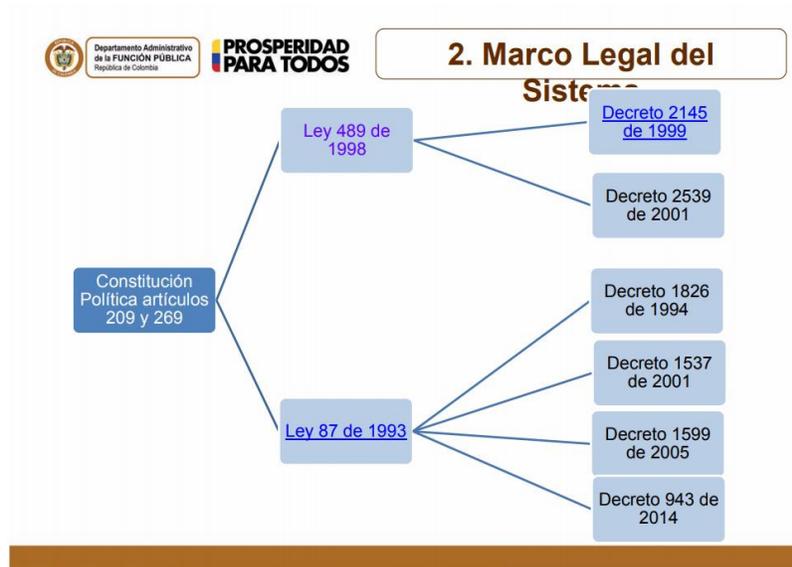
- **Procesos Misionales:** Son aquellos que permiten cumplir la misión y la visión, proporcionando el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social y del logro de sus objetivos institucionales, en este caso de la ESE Hospital Habacuc Calderón, cuya función primordial es la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad.
  
- **Procesos de apoyo:** Los procesos de apoyo gestionan los recursos institucionales (tangibles e intangibles) y soportan el desarrollo de la institución. En la ESE Hospital Habacuc Calderón proporcionan y proveen los recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos en todos los procesos, que incluyen los de Gestión Administrativa, Gestión de las TIC (Tecnologías de la Información y las Comunicaciones), Gestión del Talento Humano, presupuesto, Gestión Jurídica y Contractual y Comunicación Pública.
  
- **Proceso de Evaluación:** A su vez denominados procesos de control y de seguimiento, permiten monitorear periódicamente el desempeño de los procesos y tomas de decisiones objetivas de acuerdo a datos obtenidos.

## MARCO LEGAL

Con el Subsistema de Gestión del Riesgo, la E.S.E Habacuc Calderón busca, como su nombre lo indica, gestionar integralmente los riesgos de la Entidad, ordenada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, mediante los Decretos 943 de 2014 y 1599 de 2005, la cual tiene énfasis en el riesgo operacional. En concordancia con lo anterior el desarrollo de todos los componentes del Subsistema de Gestión del Riesgo y bajo los lineamientos de la norma técnica ISO 31000:2009, desarrolla y fortalece a los demás subsistemas de la siguiente manera:

- a. Sistema de Control Interno. En el Modelo Estándar de Control Interno (MECI 1000:2005), desarrolla el Componente de “Administración de Riesgos” del “Subsistema de Control Estratégico”. Ver gráfica No.1 y grafica No.2

*Ilustración 5 Marco Legal Modelo MECI 1000:2005*



Fuente:

<http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506921/MECI+2016.pdf/d44fdcb5-3629-42f0-8e7c-be9359b027fb>

Ilustración 6 Modelo Estándar de Control Interno (MECI 1000:2005)



Fuente:

<http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506921/MECI+2016.pdf/d44fdcb5-3629-42f0-8e7c-be9359b027fb>

- Sistema de Gestión de Calidad (NTCGP 1000:2009), desarrolla el Literal g) del numeral 4.1. "Requisitos Generales", numeral. 5.6.2 literal h, Información de entrada para la revisión, núm. 7.5.1 literal g, Control de la producción y de la prestación del servicio.
- Sistema de Gestión Ambiental (NTC- ISO 14001:2004), apoya el desarrollo de los numerales 4.3.1 "Aspectos Ambientales" y 4.4.7 "Preparación y Respuesta ante Emergencias".
- Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional (NTC- OHSAS 18001:2007), apoya el desarrollo del numeral 4.3.1. "Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles".
- Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información (NTC- ISO/IEC 27001:2006), apoya el desarrollo del numeral 4.2.1 "Establecimiento del SGSI", en los literales c, e, f, g, h, i, j.
- Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud. Sistema Único de Acreditación. Estándares 22, 78, 82, 91, 99, 125.

## Ilustración 7 Diagnostico Estratégico de la ESE Hospital Habacuc Calderón

### DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO DEL ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA

“Es el proceso fundamental del análisis de la situación actual y del planteamiento porque se determinan las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas que enfrenta la institución en su entorno interno y externo.” Es de gran importancia que la institución realice un Diagnóstico o análisis DOFA para considerar y evaluar los procesos desempeñados en las diferentes áreas del Hospital. Para ello se entiende que la Institución para cumplir sus objetivos desarrolla varios procedimientos, los cuales generan diferentes procesos, las actividades realizadas se agrupan en unidades funcionales que comparten procedimientos con características comunes, a su vez las unidades funcionales se agrupan en áreas funcionales, para ello se utilizarán instrumentos de observación de las fortalezas y debilidades que influyen internamente a la Institución y que pueden impactar favorable o desfavorablemente a la misma. Y en segundo lugar se analizará las oportunidades y amenazas que rodean externamente a la E.S.E. Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, estos son el punto de partida para el análisis DOFA el cual permitirá definir de manera clara y precisa estrategias para aprovechar las fortalezas, prevenir el efecto de las debilidades y utilizar eficientemente sus oportunidades y anticiparse al efecto de sus amenazas.

#### OPCIONES ESTRATÉGICAS

Una vez realizado el análisis DOFA y de vulnerabilidad se procederá a realizar planes de actuación concretos por áreas y con definición de responsabilidades que serán decisivos para el futuro de la institución, ellos permiten definir objetivos específicos y puntuales para lograr el cumplimiento de la misión.

#### ANÁLISIS ESTRATÉGICO

Se realiza el diagnóstico de la institución a través de la matriz DOFA, el cual consiste en evaluar los procesos y procedimientos en forma detallada de cada una de las unidades funcionales, determinando los puntos débiles y fuertes, al igual que los factores externos que afectan o contribuyen al desarrollo de la entidad, obteniendo los siguientes resultados:

#### ÁREA DE DIRECCIÓN

Comprende las siguientes unidades funcionales: Control de gestión, administración y jurídica.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> <li>Existencia de personal calificado disponible para el desempeño de las funciones propias del área.</li> <li>Buena gestión de dirección para la consecución de recursos.</li> <li>Calidad en la gestión de recuperación de cartera. (Controlada)</li> <li>Verificación periódica del cumplimiento de requisitos esenciales.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se tienen opciones de Presentación de proyectos para consecución de recursos con el gobierno Nacional. (Acreditación)</li> <li>Es la única IPS dentro del área de influencia lo cual es de relevada importancia.</li> <li>La Administración cuenta con buenas relaciones con el gobierno departamental.</li> <li>El hospital tiene la opción de Manejo de créditos con proveedores.</li> <li>Es posible aprovechar el área de influencia para la ampliación de la red de servicios.</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad de atención las 24 horas en Urgencias.</li> <li>Se cuenta con la posibilidad de ampliar el horario para consulta ambulatoria.</li> </ol>	
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> <li>El médico de urgencias tiene que atender además de consulta externa, partos y hospitalización.</li> <li>Se congestiona el área de consulta externa por las diferentes actividades a realizar y por la afluencia de los usuarios.</li> <li>Existen dificultades de comunicación y delegación de funciones en la coordinación de consulta externa.</li> <li>La comunidad no participa activamente en los temas de salud.</li> <li>Se tienen dificultades para remitir pacientes.</li> <li>Se carecen de indicadores de gestión para la medición del servicio.</li> <li>Inadecuada diligenciamiento de historia clínica.</li> <li>No se cuentan con los respectivos protocolos de manejo de programas y principales patologías en la institución.</li> <li>No hay un adecuado control de ingreso de pacientes y familiares a Urgencias.</li> <li>Se congestiona Urgencias por usuarios de consulta externa que buscan ser atendidos</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>El Nivel educativo del usuario es mediano.</li> <li>Los usuarios de la Institución acuden varias veces a consulta por costumbre</li> <li>Los cambios permanentes en la legislación de la salud, en ocasiones entorpecen la buena prestación.</li> <li>Incumplimiento de citas por parte de los usuarios quitándole la oportunidad a otros usuarios.</li> </ol>

#### Odontología

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con un talento humano idóneo</li> <li>La Institución tiene equipos técnicos y tecnológicos adecuados</li> <li>Se presta servicio con horario de atención ampliada.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Aumento de la demanda de pacientes.</li> <li>Población aledaña que puede ser atendida en el municipio.</li> <li>Confianza en el personal profesional del área.</li> </ol>
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> <li>Se maneja inadecuadamente las historias clínicas del área.</li> <li>No tiene conexión de redes con el resto de las dependencias.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Incumplimiento de citas.</li> <li>El usuario no tiene la suficiente educación y cultura para acceder al servicio.</li> </ol>

<ol style="list-style-type: none"> <li>Buena imagen de la dirección frente a la comunidad y áreas de control y Vigilancia.</li> <li>Reconocimiento a nivel departamental y regional por prestación en la calidad de servicio.</li> <li>Proceso de acreditación.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>La Institución está abierta permanente a negociar con EPS y ARS.</li> </ol>
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> <li>El personal falla en sus funciones por no tener claro sus procesos y sus procedimientos que deben ejecutar.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>El gobierno Nacional ha venido Disminuyendo paulatinamente el situado fiscal.</li> <li>Los Cambios permanentes de legislación Colombiana afectan la estabilidad de la Institución.</li> <li>Los cambios de gobierno Administrativo tanto a nivel Nacional, Departamental y municipal, afectan la estabilidad de la Institución</li> <li>Las ARS y EPS que se declaran en quiebra, desestabilizan las finanzas del Hospital.</li> </ol>

#### ÁREA DE ATENCIÓN AL USUARIO

Comprende las siguientes unidades funcionales:

Consulta externa, odontología, urgencias, hospitalización, sala de partos, laboratorio clínico, servicio y atención del usuario.

#### Unidad Funcional de Consulta Externa

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> <li>Idoneidad y disposición del personal al servicio de la institución.</li> <li>Se cuenta con una atención oportuna al usuario.</li> <li>Se tiene disponibilidad de insumos para una buena prestación del servicio</li> <li>Se está realizando una sistematización progresiva de la institución.</li> <li>Se cuenta con el equipo humano necesario.</li> <li>El hospital dispone de equipos técnicos y tecnológicos adecuados.</li> <li>La atención por su bajo costo permite la cobertura a todos los estratos.</li> <li>El usuario está satisfecho con la prestación del servicio</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dada a la congestión del hospital del Salvador de Ubaté, existe la posibilidad de ampliación de la atención especializada en atención <b>primaria (Segundaria)</b>.</li> <li>Existe confianza de la comunidad en el personal profesional del área asistencial.</li> <li>Se cuenta con la posibilidad de aumentar la demanda de pacientes aledaños.</li> <li>Confianza de la comunidad en el personal profesional del área.</li> <li>Imagen institucional positiva frente a los demás entes prestadores de salud.</li> </ol>

#### Unidad Funcional de Urgencias

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> <li>Satisfacción del usuario por el servicio prestado.</li> <li>La atención por su bajo costo permite la cobertura de todos los estratos.</li> <li>Se cuenta con adecuados suministros físicos.</li> <li>Equipo humano capacitado y comprometido con la prestación efectiva al usuario.</li> <li>Disponibilidad de atención las 24 horas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Confianza de la comunidad en el personal profesional del área.</li> <li>Ser la única IPS del Municipio.</li> </ol>
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> <li>Atención de consulta externa por el servicio de urgencias.</li> <li>No hay control de ingreso de pacientes y familiares.</li> <li>Inadecuado uso de urgencia por parte del usuario.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Los usuarios no traen los documentos completos a la entidad, lo que hace que demoren el servicio y se presenten conflictos con el personal.</li> </ol>

#### Unidad Funcional de Hospitalización

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ol style="list-style-type: none"> <li>Contar con un recurso humano capacitado y comprometido en la prestación del servicio.</li> <li>Espacio suficiente para ampliación de servicios de hospitalización.</li> <li>Equipos y mobiliarios necesarios para poner en funcionamiento este servicio en su totalidad.</li> <li>Dotación para los servicios de obstetricia y cirugía.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ser la única IPS del municipio.</li> <li>Confianza de la comunidad en el personal profesional del área.</li> <li>Población aledaña que puede ser atendida en el municipio.</li> </ol>
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> <li>No se realiza revista médica conjunta multidisciplinaria a los usuarios.</li> <li>Riesgos biológicos por agrupación de niños y adultos en una sola área.</li> <li>Se presentan desordenes en el manejo de pacientes hospitalizados.</li> <li>Inadecuado hormo de desechos biológicos.</li> <li>No se encuentran establecidas las normas de bioseguridad.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Situación geográfica del municipio.</li> <li>Limitaciones del sistema de seguridad social en salud para la prestación de servicios.</li> </ol>

#### Unidad Funcional de Laboratorio Clínico

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
------------	---------------

1. Recurso humano calificado en el área. 2. Equipos que generan calidad en el servicio 3. Garantía de las muestras, condiciones del paciente, conservación y transporte de las muestras.	1. Ser la única EPS del municipio. 2. Hay interés de la comunidad en solicitar el servicio en forma particular.
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
1. Remisión de pacientes por falta de laboratorio clínico para definición de diagnóstico. 2. No se cuenta con un registro para el mantenimiento, preventivo y/o correctivo de los equipos. 3. Falta indicadores de gestión que midan el servicio.	1. Manejo de desechos sólidos. 2. Atención de pacientes con patologías infectocontagiosas.

#### Unidad Funcional de Sistema de Información y Atención al Usuario

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
1. Colaboración con todas las áreas del hospital.	1. Interés de la comunidad de formar parte del comité.
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
1. No se encuentra conformado técnica y legalmente el comité de asociación de usuarios. 2. No se conoce periódicamente la satisfacción del usuario. 3. Las quejas y reclamos de los pacientes no tiene respuesta inmediata	1. Orden público.

#### ÁREA DE APOYO LOGÍSTICO

Comprende las siguientes unidades funcionales:

· Farmacia, facturación, estadística, servicios generales.

#### Unidad Funcional de Farmacia

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
1. Alta rotación de medicamentos 2. Buena atención al usuario. 3. Aprovechamiento de mejores precios del mercado. 4. Conocimientos del sistema por parte de las personas encargadas del área de facturación.	1. Demanda de medicamentos no POS. 2. Ser la única IPS del municipio
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
1. Vencimiento de medicamentos. 2 La dotación de medicamentos del POS no es la más adecuada en variedad y cantidad. 3 Se tienen deficiencias en medicamentos no POS que son esenciales en la consulta externa. 4 El usuario no recibe en ocasiones todos los medicamentos y cantidad formulada por el médico	1. Orden público. 2. Aho consultismo.

#### Unidad Funcional de Facturación.

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
1. Conocimiento del sistema por parte de las personas encargadas del área. 2. Talento humano comprometido en la buena prestación del servicio.	1. Los nuevos cambios legislativos referentes a pagos oportunos por prestación de servicios. 2. Ser la única IPS del municipio.
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
1. Concentración de los Usuarios. 2. Falta más exigencia por parte del personal en la solicitud de los documentos del usuario.	1. Orden público 2. Retraso en los pagos por parte de las EPS y ARS 3. No tener afiliada a toda la comunidad a un Régimen de Seguridad Social.

#### Unidad Funcional de Estadística

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
1. Sentido de pertenencia por el trabajo y la Institución. 2. Calidad humana en el trato a cliente interno y externo.	1. Cambios permanentes en la tecnología que facilitan el manejo de la información.
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
1. Acceso del personal a las historias clínicas 2. El personal de turno de fines de semana y noches no tiene acceso a las historias clínicas de los pacientes que ingresan los fines de semana y en las noches. 3. No hay auditoría médica de historias clínicas 4. Falta conformación del comité de Historias clínicas 5. No se cuenta con registro de mantenimiento de equipos de cómputo. 6. Falta mejoramiento en la información oportuna.	1. Cambios permanentes en la legislación en Salud, que llevan a cambios radicales en los sistemas de información. 2. Orden Público.

#### Unidad Funcional de Servicios Generales

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
1. Personal capacitado en la realización de las actividades. 2. Actitud positiva de los funcionarios para realizar sus funciones.	1. Ser la única IPS del municipio
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
1. No se tiene orden en el área de ropería y lavandería 2. Falta de inducción al personal que labora.	1. Manejo de pacientes con patologías infectocontagiosas 2. Inseguridad.

#### Unidad Funcional de Celaduría y Transporte

Desarrollado por Yesid Triana Muñoz

## CONCLUSIÓN DE LA CAPÍTULO 1.

Teniendo claro las diferentes definiciones de los parámetros internos y externos que se han de tomar en consideración para la administración del riesgo. (NTC ISO31000, Numeral 2.9 y Guía de Administración del Riesgos), se estableció el contexto interno y externo de la entidad mediante una matriz DOFA, matriz que permito una adecuada elaboración del contexto estratégico, facilitando la identificación de los riesgos, generando los criterios para analizar las capacidades y habilidades internas y aspectos significativos del entorno, susceptibles de generar riesgos al cumplimiento de los propósitos.

Aspectos que se socializaron a los asesores de calidad, acreditación y colaboradores de la entidad, para tener en cuenta en la implementación del Modelo de Gestión Integral del Riesgo de la institución.

## **CAPÍTULO 2 CREACIÓN DE LA POLITICA DE LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LA ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA**

En este Capítulo se da inicio a la metodología propuesta por la ESE Hospital Habacuc Calderón, siguiendo los pasos y lineamientos presentados por la Guía de administración del riesgo propuesta por el DAFP y lineamientos de la NTC ISO 31000.

Con la Política de la Gestión Integral del Riesgo creada y los lineamientos establecidos, se da inicio al desarrollo al contexto estratégico del entorno de la entidad y sus procesos; Y así poder dar continuidad a los requerimientos exigidos por el modelo de Control para la identificación de los riesgos de la entidad.

### ***INTRODUCCIÓN***

El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – MECI, proporciona a la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo de la Corporación, y aunque promueve una estructura uniforme, puede ser adaptada a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran.

La ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, en su política del Sistema Integral de gestión del riesgo tiene como compromiso la implementación de un modelo de Planeación y desarrollo organizacional frente a la administración del riesgo, elemento fundamental a tener en cuenta en el desarrollo de la estrategia planteada por la institución; Política que nos muestra el ámbito de aplicación, alcance de la política, contexto estratégico, metodología y estrategias aplicar.

Con los lineamientos trazados en la Política de la Gestión del Riesgo la E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, considera la seguridad de los pacientes y usuarios como uno de los pilares más importantes para el desarrollo de

su misión institucional, para ello la entidad se compromete a implementar y mejorar continuamente el sistema integrado de gestión del riesgo, cumpliendo con los requisitos normativos a través de procesos y procedimientos armónicos que permitan el crecimiento institucional, la sostenibilidad económica y social y la satisfacción de sus usuarios.

## ***OBJETIVO***

Implementar la Política integral de Gestión del Riesgo creada por la E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, que tiene como propósito tomar las acciones necesarias que conduzcan a disminuir o mitigar la vulnerabilidad frente a situaciones que pueden inferir en los procesos estratégicos, misionales y de apoyo que plantea la institución.

### ***Objetivos Específicos***

- Definir el método para la identificación de los riesgos por procesos.
- Identificar los factores internos y externos en la entidad, sus causas y consecuencias que pueden generar riesgos y que afecten el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Analizar los riesgos identificados, clasificarlos y priorizarlos a fin de establecer la matriz de Riesgo.

## ***GENERALIDADES***

La administración del riesgo para las entidades públicas en todos sus órdenes cobra hoy mayor importancia, dado el dinamismo y los constantes cambios que el mundo globalizado de hoy exige. Estos cambios hacen que dichas entidades deban enfrentarse a factores internos y externos que pueden crear incertidumbre sobre el logro de sus objetivos.

Es importante recordar que el Estado colombiano, mediante el Decreto 943 de 2014, estableció una serie de elementos técnicos requeridos para el desarrollo adecuado y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las diferentes entidades y organismos de la Administración Pública, uno de ellos es la Administración del Riesgo, considerando que la identificación y análisis del riesgo entrega información suficiente y objetiva que les permitirá aumentar la probabilidad de alcanzar sus objetivos institucionales.

A través del Decreto 1599 de 2005 se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) para todas las entidades del Estado, en el que la Administración del Riesgo se define como uno de los componentes del Subsistema de Control Estratégico y en el Anexo Técnico como el conjunto de elementos de control que, al interrelacionarse, permiten a la entidad pública evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función.

Para la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa el proceso de Gestión del Riesgo es de gran prioridad, el cual forma parte integral, está incluido en la cultura y prácticas y se adopta a los diferentes procesos establecidos en la plataforma institucional.

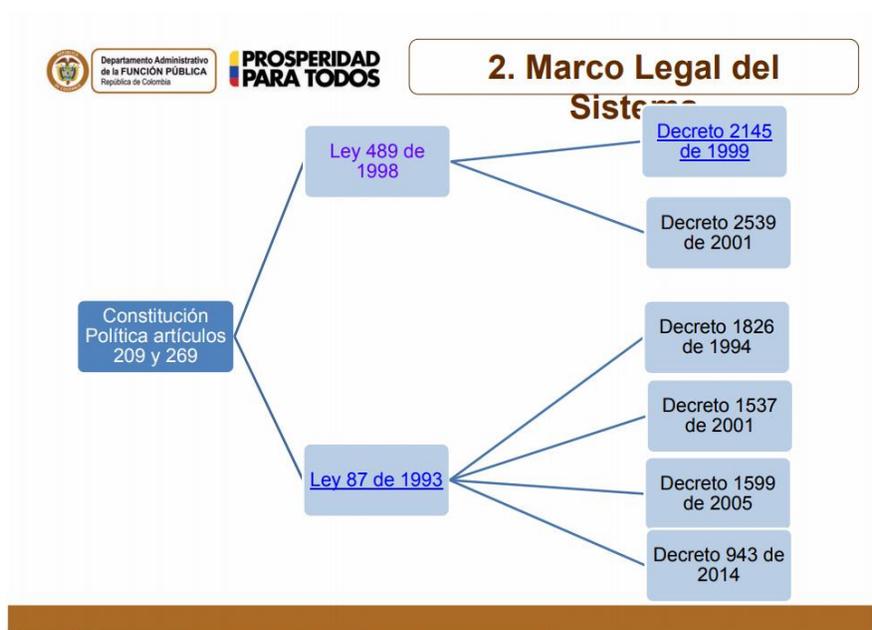
El éxito de la Gestión del Riesgo de la ESE Habacuc Calderón dependerá de la eficacia del marco de Referencia para gestión del Riesgo, el cual brinda las bases y las disposiciones que se introducirán en todos los procesos de la institución; el marco garantiza que la información relacionada con el riesgo y derivada del proceso para la gestión del riesgo se reporte de manera adecuada y se utilice como base para la toma de decisiones.

## MARCO LEGAL

La ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa en su compromiso de aplicar el modelo de control interno en la institución, crea la política de Gestión integral del Riesgo bajos los lineamientos establecidos por el Decreto 1599 de 2005, Decreto 943 de 2014 y NTC ISO 31000:2009, siguiendo los pasos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública mediante la Guía de Administración del Riesgo.

- a. Sistema de Control Interno. En el Modelo Estándar de Control Interno (MECI 1000:2005), desarrolla el Componente de “Administración de Riesgos” del “Subsistema de Control Estratégico”. Ver gráfica No.1 y grafica No.2

Ilustración 7 Marco Legal Modelo MECI 1000:2005



Fuente:

<http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506921/MECI+2016.pdf/d44fdcb5-3629-42f0-8e7c-be9359b027fb>

Ilustración 8 Modelo Estándar de Control Interno (MECI 1000:2005)



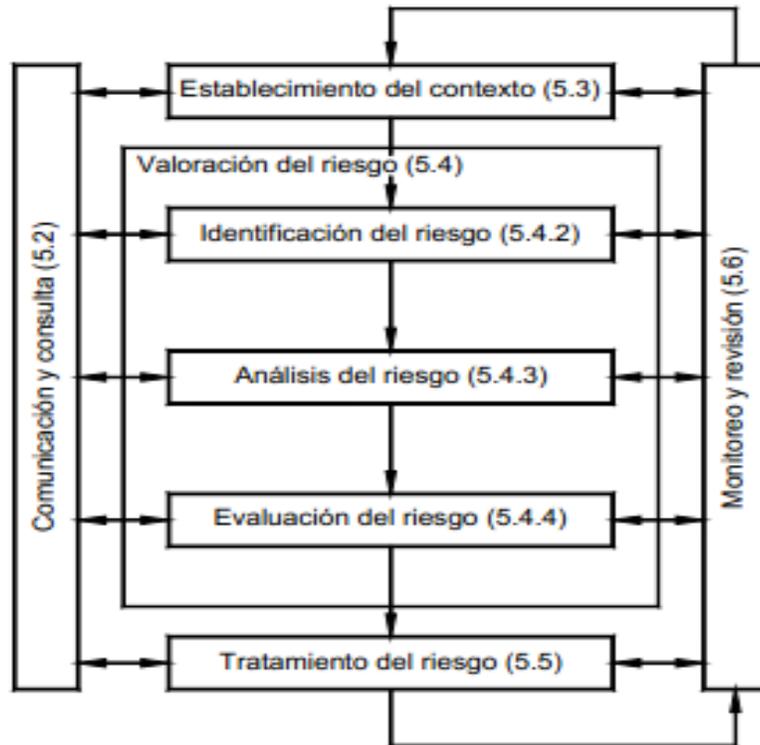
Fuente:

<http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506921/MECI+2016.pdf/d44fdcb5-3629-42f0-8e7c-be9359b027fb>

---

**NORMA TÉCNICA COLOMBIANA    NTC-ISO 31000**

---



**Figura 3. Proceso para la gestión del riesgo**

**FUENTE;**

[https://sitios.ces.edu.co/Documentos/NTC-ISO31000\\_Gestion\\_del\\_riesgo.pdf](https://sitios.ces.edu.co/Documentos/NTC-ISO31000_Gestion_del_riesgo.pdf)

# **POLITICA DE GESTIÓN DEL RIESGO DE LA ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN**

Ilustración 10 Política de Gestión Integral del Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón

 <p>HOSPITAL HABACUC CALDERON CARMEN DE CARUPA POLITICA SISTEMA INTEGRAL DE GESTION DEL RIESGO</p>	Código: FECHA: Paginas:
---	-------------------------------

## **POLITICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO DEL E.S.E HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA**

La política del Sistema Integral de gestión del riesgo del E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa tiene como compromiso la implementación de un modelo de Planeación y desarrollo organizacional frente a la administración del riesgo, elemento fundamental a tener en cuenta en el desarrollo de la estrategia planteada por la institución.

Política que esta expresada de la siguiente forma:

“La E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, considera la seguridad de los pacientes y usuarios como uno de los pilares más importantes para el desarrollo de su misión institucional, para ello la entidad se compromete a implementar y mejorar continuamente el sistema integrado de gestión del riesgo, cumpliendo con los requisitos normativos a través de procesos y procedimientos armónicos que permitan el crecimiento institucional, la sostenibilidad económica y social y la satisfacción de sus usuarios.”

Esta política integral de Administración del Riesgo debe ser entendida como el proceso de identificación, valoración y control de todas aquellas acciones o circunstancias que pueden restringir, afectar o impedir el logro de los objetivos propuestos por la institución, efectos que se verían reflejados en la prestación del servicio, indicadores de eficiencia, eficacia o calidad de los mismos.

Por otra parte, La Entidad estable tres políticas operativas:

**Normatividad:** Mantener actualizado las disposiciones legales que tengan que ver con el objeto social de la Entidad a través de la intranet, utilizando como herramienta el Normograma; implementar estrategias comunicativas que estimulen al recurso humano a revisar periódicamente las novedades normativas tanto externas como internas.

**Capacitación:** Generar un plan de capacitación centrado en el desarrollo de competencias necesarias del personal responsable de la atención de pacientes, para alcanzar altos índices de satisfacción del usuario y generar una gestión institucional con estándares óptimos de calidad.

**Recursos:** Establecer los mecanismos adecuados, procesos, manuales, procedimientos y actividades necesarias para garantizar un servicio con calidad para los usuarios, a su vez velar por el buen estado de infraestructura, como la de las herramientas tecnológicas y técnicas, implementando los programas anticorrupción para salvaguardar los recursos financieros de la institución.

Desarrollada por Yesid Triana Muñoz

Ilustración 11 Guía del Sistema Integral del Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa

	HOSPITAL HABACUC CALDERON CARMEN DE CARUPA POLITICA SISTEMA INTEGRAL DE GESTION DEL RIESGO	Código: FECHA: Paginas:
---	---	-------------------------------

**POLÍTICA DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO**



**HOSPITAL ESE HABACUC CALDERÓN  
CARMEN DE CARUPA**



ELABORACION	REVISION	APROBACION
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	HOSPITAL HABACUC CALDERON CARMEN DE CARUPA POLITICA SISTEMA INTEGRAL DE GESTION DEL RIESGO	Código: FECHA: Paginas:
---	---	-------------------------------

**Contenido**

INTRODUCCIÓN .....	3
POLITICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO DEL E.S.E HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA .....	4
OBJETIVO GENERAL .....	5
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	5
ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	6
ALCANCE DE LA POLÍTICA .....	6
CONTEXTO ESTRETEGICO DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO .....	7
METODOLOGÍA APLICAR .....	7
ESTRATEGIAS .....	7
RIESGOS A CONTROLAR .....	9
RESPONSABLES .....	9
Responsables de las acciones .....	9
Equipo de Gerencia .....	9
Subgerentes, Asesores y Coordinadores .....	10
Empleados .....	11
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN .....	11
TERMINOLOGÍA .....	12

Desarrollada por Yesid Triana Muñoz

**CONCLUSIÓN DE LA CAPÍTULO 2.**

A partir de la creación de la política Integral de Gestión del Riesgo la E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa le da continuidad al proceso socializando a todos los colaboradores y personal de la Entidad, con el compromiso de implementarla al modelo de Planeación y desarrollo organizacional frente a la administración del riesgo, elemento fundamental para tener en cuenta en el desarrollo de la estrategia planteada por la institución.

La implementación de la Política nos muestra el ámbito de aplicación, alcance de la política, contexto estratégico, metodología y estrategias aplicar para la identificación, análisis y evaluación de los Riesgos inherentes en que se encuentra expuesta la entidad.

### **CAPÍTULO 3 Identificación y Análisis de los riesgos identificados en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carupa**

En el desarrollo de Identificación y análisis de los Riesgos de la ESE Hospital Habacuc Calderón, fue de gran ayuda seguir los pasos y lineamientos presentados por la Guía de administración del riesgo propuesta por el DAFP y lineamientos de la NTC ISO 31000, factores que fueron determinantes en la identificación de las causas, con base en los factores internos y/o externos analizados por la entidad, y que pudiesen afectar el logro de los objetivos.

Habiendo identificado los riesgos de la ESE Hospital Habacuc Calderón, se procede a realizar el Análisis y Valoración del Riesgo, lo que implica establecer su probabilidad de ocurrencia y su nivel de impacto, calificándolo y evaluándolo a fin de determinar la zona de riesgo inicial (riesgo inherente) y determinar la capacidad de la institución para su manejo.

Los riesgos a analizar y evaluar serán los priorizados y consolidados en la Matriz del Riesgo “Mapa del Riesgo Institucional por Procesos” de acuerdo a su calificación de probabilidad de ocurrencia y nivel impacto del Riesgo.

### ***INTRODUCCIÓN***

La ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, en su política del Sistema Integral de gestión del riesgo y su compromiso en la implementación de un modelo de Planeación y desarrollo organizacional frente a la administración del riesgo, elemento fundamental a tener en cuenta en el desarrollo de la estrategia

planteada por la institución; y Política que nos muestra el ámbito de aplicación, alcance de la política, contexto estratégico, metodología y estrategias a aplicar para la mitigación de los riesgos que infieran en el cumplimiento de los objetivos propuestos por la institución.

Para la ESE Habacuc Calderón es de gran importancia dar continuidad con el proceso y desarrollo de la matriz del riesgos, para confrontar los riesgos analizados y evaluados en los diferentes procesos presentados en la plataforma estratégica de la entidad e impedir su materialización.

En la metodología planteada por la institución para el análisis y valoración del Riesgo, la entidad cuenta con el soporte guía facilitado por el Departamento de la Función Pública DAFP y la Norma Técnica Colombiana ISO 31000, donde nos facilitan las herramientas y procedimientos necesarios para llevar acabo el mejor análisis y evaluación de los riesgos identificados y relacionados con el desarrollo del objeto institucional.

## ***OBJETIVO***

Analizar y evaluar los riesgos identificados en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carupa, estableciendo la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de impacto que pudiese inferir en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

### ***Objetivos Específicos***

1. Analizar los riesgos hallados y establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus impactos en la matriz de riesgo.

2. Medir el nivel de impacto de los riesgos analizados según lineamientos establecidos en la política institucional.
3. Evaluar los riesgos analizados y establecer los controles necesarios para mitigarlos, según su nivel de ocurrencia e impacto, teniendo en cuenta los conceptos establecidos en el manual de Gestión integral del Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón.

## ***GENERALIDADES***

En el avance del plan de Gestión de Integral del Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa se le da continuidad al paso de valoración del riesgo, proceso en el que se identifica la totalidad el riesgo, análisis de riesgo, evolución del riesgo, monitoreo y revisión del riesgo.

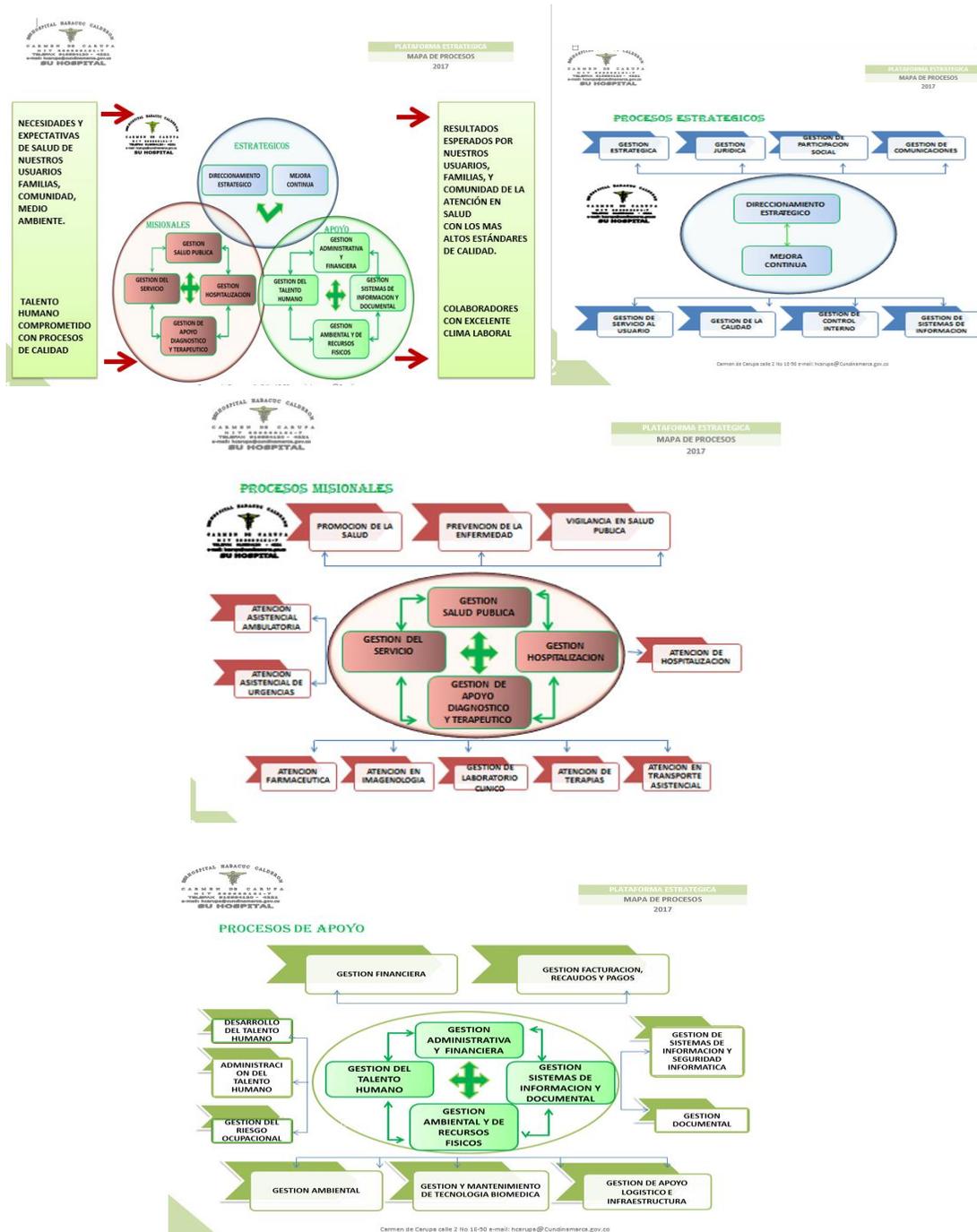
En este proceso seguimos los lineamientos presentados en la guía de Administración del Riesgo (DAFP) y los lineamientos de la NTC ISO 31000, herramientas que nos permite establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de Consecuencias o impacto, esto con el fin de estimar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE).

En el análisis de riesgos la entidad se buscó establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, con el fin de estimarla zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE). El análisis de riesgo implica el desarrollo y la comprensión del riesgo, este análisis brinda una partida inicial para la evaluación del riesgo y para las decisiones sobre si es necesario o no tratar los riesgos, a su vez facilita estrategias para su debido tratamiento.

En el análisis de riesgo involucra las causas y fuentes de riesgo, sus consecuencias positivas y negativas, y la probabilidad de que tales consecuencias puedan ocurrir. En la Valoración del Riesgo se tiene como propósito de facilitar la toma de decisiones, basada en los resultados de dicho análisis, a cerca de cuales riesgos necesitan tratamiento y de mayor prioridad. En la evolución del riesgo implica la comparación del nivel de riesgos observando durante el proceso de análisis y de los criterios del riesgo establecidos al considerar el contexto estratégico, con base a esta comparación se puede dar prioridad al tratamiento.

# PLATAFORMA ESTRATEGICA DE ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA

Ilustración 12 Plataforma Estratégica de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa





**Determinar Consecuencias o Nivel de Impacto:** Estimar las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo. Se tienen en cuenta las consecuencias potenciales establecidas en la Identificación del riesgo. Su clasificación se hace con base en las categorías presentadas en la siguiente tabla.

VALOR	NIVEL DE IMPACTO	DESCRIPCIÓN	IMPACTO EN LA INFORMACIÓN (CONFIDENCIALIDAD-DISPONIBILIDAD-INTEGRIDAD)			IMPACTO LEGAL		
			VALOR	NIVEL DE IMPACTO	DESCRIPCIÓN	VALOR	NIVEL DE IMPACTO	DESCRIPCIÓN
5	CATASTRÓFICO	Riesgo cuya materialización DAÑARÍA GRAVEMENTE el desarrollo del proceso y el cumplimiento de sus objetivos, impidiendo que este se LOGRE.	5	Catastrófico	Estratégica	5	Catastrófico	Intervención-Sanción
4	MAYOR	Riesgo cuya materialización DAÑARÍA SIGNIFICATIVAMENTE el desarrollo del proceso y el cumplimiento de sus objetivos, impidiendo que éste se desarrolle en FORMA NORMAL.	4	Mayor	Institucional	4	Mayor	Investigación Fiscal
3	MODERADO	Riesgo cuya materialización CAUSARÍA UN DETERIORO en el desarrollo del proceso, y DIFICULTANDO O RETRASANDO el cumplimiento de sus objetivos.	3	Moderado	relativa al proceso	3	Moderado	Investigación Disciplinaria
2	MENOR	Riesgo que causa un DAÑO MENOR en el desarrollo del proceso y que no afecta mayormente el cumplimiento de sus objetivos.	2	Menor	Grupo de trabajo	2	Menor	Demandas
1	INSIGNIFICANTE	Riesgo cuya materialización PODRÍA TENER UN PEQUEÑO O NULO EFECTO en el desarrollo del proceso/procedimiento, y NO AFECTA el cumplimiento de sus objetivos.	1	Insignificante	Personal	1	Insignificante	Multas

**Determinar Probabilidad:** Estimar la posibilidad de ocurrencia del riesgo que puede ser medida con criterios de frecuencia (por ejemplo número de veces en un tiempo determinado) o de factibilidad, teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo. Para colocar esta calificación se debe utilizar los criterios dados en la descripción de la siguiente tabla.

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

No.	Riesgo	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	PARÁMETRO	CRITERIOS	EVALUACIÓN		PUNTAJE	RANGO DE CALIFICACIÓN DE CONTROLES	DEPENDIENDO SI EL CONTROL AFECTA PROBABILIDAD O IMPACTO DESPLAZA EN LA MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL RIESGO	
					SI	NO			COORDINANTES A DISMINUIR EN LA PROBABILIDAD (Hacia abajo)	COORDINANTES A DISMINUIR EN EL IMPACTO (Hacia la Izquierda)
1	0	Describe el control determinado para el riesgo identificado	Criterio en el que incide	¿El control previene la materialización del riesgo (afecta probabilidad)?			N/A	Entre 0 - 50	0	0
				¿El control permite enfrentar la situación en caso de materialización (afecta Impacto)?			N/A			
				Posee una herramienta para ejercer el control			15			
				Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta			15			
				En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva			30			
				Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento			15			
Seguimiento al Control	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada			25						
	TOTAL			0	0					
					Cuadrantes a Disminuir					
2	0	Describe el control determinado para el riesgo identificado	Criterio en el que incide	¿El control previene la materialización del riesgo (afecta probabilidad)?			N/A	Entre 0 - 50	0	0
				¿El control permite enfrentar la situación en caso de materialización (afecta Impacto)?			N/A			
				Posee una herramienta para ejercer el control			15			
				Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta			15			
				En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva			30			
				Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento			15			
Seguimiento al Control	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada			25						
	TOTAL			0	0					
					Cuadrantes a Disminuir					
No.	Riesgo	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	PARÁMETRO	CRITERIOS	EVALUACIÓN		PUNTAJE	DEPENDIENDO SI EL CONTROL AFECTA PROBABILIDAD O IMPACTO DESPLAZA EN LA		

Fuente: Oficina de acreditación de la ESE Hospital Habacuc Calderón

### CONCLUSIONES CAPÍTULO 3.

En el desarrollo del Capítulo 3, la ESE Hospital Habacuc Calderón en la implementación de la estrategia planteada por el sistema de control interno, para la identificación, análisis y valoración del Riesgo, contó con herramientas que facilitaban este proceso, herramientas tales como el Manual de Administración del Riesgo de la Entidad, Modelo de la matriz del Riesgo para realizar la identificación, análisis, valoración y monitoreo de los riesgos identificados.

Una manera para que todos los servidores y colaboradores de la entidad conozcan y visualicen los riesgos es a través de la utilización del formato o matriz de identificación de riesgos el cual permite hacer un inventario de los mismos, definiendo en primera instancia las causas con base en los factores de riesgo internos y externos.

El desarrollo y avance realizado en la Administración del riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón es socializado a la alta gerencia, colaboradores y usuarios que

tengan alguna relación con la entidad.

Es de destacar que la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa siendo un entidad pública, no toda su información debe ser publica o revelada en todos los medios, ya que en su plataforma estratégica maneja información sensible y confidencial, información que le permite tener un nivel de eficiencia y eficacia en su crecimiento y mejoramiento continuo. Como entidad del Estado se encuentra vigilada por organismos de control, quienes si poden verificar que la información no suministrada al público, sea implementada y utilizada de forma legal para desarrollo del objeto social de la entidad.

## **CAPÍTULO 4 EVALUACIÓN, VALORIZACIÓN Y MONITORIO DE LOS RIESGO DE LA ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA**

En este Capítulo se da continuidad al proceso de identificación, análisis, evaluación, valoración y monitoreo de los riesgos identificados en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, permitiendo crear un mapa de riesgos (Matriz de Riesgos), siempre teniendo los pasos y lineamientos presentados por la Guía de administración del riesgo propuesta por el DAFP y lineamientos de la NTC ISO 31000. Con la Política de la Gestión Integral del Riesgo y el manual de administración de Riesgos creados por la ESE Hospital Habacuc Calderón, se da continuidad al proceso de análisis y valoración de los riesgos identificados en los diferentes servicios prestados por la institución.

La valoración del riesgo consiste en identificar los controles asociados a cada uno de los riesgos identificados y evaluar si existen herramientas de control, si poseen manuales o procedimientos, si son efectivos, si hay encargados de ejercer estos controles y su efectividad.

Una vez identificados, analizados y evaluados los riesgos, la siguiente etapa es el tratamiento, que se define como el proceso para modificar el riesgo, existen diferentes posibilidades dependiendo si el riesgo es considerado como una amenaza donde se puede: evitar, compartir, transferir, mitigar o aceptar. Y para los riesgos considerados oportunidades se pueden aprovechar, compartir, incrementar o ignorar.

El tratamiento involucra la selección de una o más opciones para modificar los riesgos y su implementación, lo que implica un proceso cíclico:

- Valoración del tratamiento del riesgo
- Decisión sobre si los niveles de riesgo residuales son tolerables
- Si no son tolerables, generación de un nuevo tratamiento para el riesgo
- Valoración de la eficacia de dicho tratamiento.

## ***INTRODUCCIÓN***

La ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, en su política del Sistema Integral de gestión del riesgo y su compromiso en la implementación de un modelo de Planeación y desarrollo organizacional frente a la administración del riesgo, elemento fundamental a tener en cuenta en el desarrollo de la estrategia planteada por la institución; Política que nos muestra el ámbito de aplicación, alcance de la política, contexto estratégico, metodología y estrategias a aplicar para la mitigación de los riesgos que infieran en el cumplimiento de los objetivos propuestos por la institución.

Para la ESE Hospital Habacuc Calderón es de gran importancia dar continuidad con el proceso y desarrollo de la matriz del riesgos, para confrontar los riesgos analizados y evaluados en los diferentes procesos presentados en la plataforma estratégica de la entidad e impedir su materialización.

En la metodología planteada por la institución para el análisis y valoración del Riesgo, la entidad cuenta con el soporte guía facilitado por el Departamento de la Función Pública DAFP y la Norma Técnica Colombiana ISO 31000, donde nos facilitan las herramientas y procedimientos necesarios para llevar a cabo el mejor análisis y evaluación de los riesgos identificados y relacionados con el desarrollo del objeto institucional.

## ***OBJETIVO***

Establecer prioridades para el manejo y fijar controles a los riesgos identificados en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, con el fin de dar la valoración a los riesgos y confrontar los resultados de la evaluación de los riesgos hallados.

### ***Objetivos Específicos***

- Analizar la gráfica de valoración y estimación del Riesgos, con el fin de tomar las medidas y controles necesarios para su control. (Mapa de colores)
- Dar tratamiento a los riesgos hallados según su calificación y nivel de impacto en la entidad.
- Actualizar el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares (PGIRH) de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa según resolución 2003 del 2014.
- Actualizar Ruta Sanitaria de la ESE Hospital Habacuc Calderón.

## ***GENERALIDADES***

La valoración del riesgo es el producto de confrontar los resultados de la evaluación del riesgo con los controles identificados, esto se hace con el objetivo de establecer prioridades para su manejo y para la fijación de políticas. Para adelantar esta etapa se hace necesario tener claridad sobre los puntos de control existentes en los diferentes procesos, los cuales permiten obtener información para efectos de tomar decisiones.

El procedimiento para la valoración del riesgo parte de la evaluación de los controles Existentes, lo cual implica:

- Describirlos (estableciendo si son preventivos o correctivos).
- Revisarlos para determinar si los controles están documentados, si se están aplicando en la actualidad y si han sido efectivos para minimizar el riesgo.

Es importante que la valoración de los controles incluya un análisis de tipo cuantitativo, que permita saber con exactitud cuántas posiciones dentro de la Matriz de Calificación, Evaluación y Respuesta a los Riesgos es posible desplazarse, a fin de bajar el nivel de riesgo al que está expuesto el proceso analizado.

## ***ANALISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO***

Una vez identificado, se procede a realizar el Análisis y Valoración del Riesgo, lo que implica establecer su **probabilidad** de ocurrencia y su nivel de **impacto**, calificándolo y evaluándolo a fin de determinar la zona de riesgo inicial (riesgo inherente) y determinar la capacidad de la institución para su manejo.

Ilustración 15 Análisis y Valoración del Riesgo

ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO							
PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	CONTROLES EXISTENTES			CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO
			NATURALEZA DE LOS CONTROLES				
			PREVENTIVOS	CORRECTIVOS	DETECTIVOS		
<b>TRATAMIENTO DEL RIESGO:</b> - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR O TRANSFERIR - ASUMIR							

Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP. (Pública D. A., Guía de Administración del Riesgo, 2011)

**Determinar Probabilidad:** Estimar la posibilidad de ocurrencia del riesgo que puede ser medida con criterios de frecuencia (por ejemplo número de veces en un tiempo determinado) o de factibilidad, teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo. Para definir esta calificación se deben utilizar los criterios dados en la descripción de la siguiente tabla.

Ilustración 16 Tabla Estimación de probabilidad del riesgo

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: Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP. (Pública D. A., Guía de Administración del Riesgo, 2011)

**Determinar Consecuencias o Nivel de Impacto:** Estimar las consecuencias que puede ocasionar a la entidad la materialización del riesgo. Se tienen en cuenta las consecuencias potenciales establecidas en la Identificación del riesgo. Su clasificación se hace con base en las categorías presentadas en la siguiente tabla.

*Ilustración 17 Tabla de estimación de impacto del Riesgo*

VALOR	NIVEL DE IMPACTO	DESCRIPCIÓN
5	CATASTRÓFICO	Riesgo cuya materialización DAÑARÍA GRAVEMENTE el desarrollo del proceso y el cumplimiento de sus objetivos, impidiendo que este se LOGRE.
4	MAYOR	Riesgo cuya materialización DAÑARIA SIGNIFICATIVAMENTE el desarrollo del proceso y el cumplimiento de sus objetivos, impidiendo que éste se desarrolle en FORMA NORMAL.
3	MODERADO	Riesgo cuya materialización CAUSARÍA UN DETERIORO en el desarrollo del proceso, DIFICULTANDO O RETRASANDO el cumplimiento de sus objetivos.
2	MENOR	Riesgo que causa un DAÑO MENOR en el desarrollo del proceso y que no afecta mayormente el cumplimiento de sus objetivos.
1	INSIGNIFICANTE	Riesgo cuya materialización PODRÍA TENER UN PEQUEÑO O NULO EFECTO en el desarrollo del proceso/procedimiento, y NO AFECTA el cumplimiento de sus objetivos.

Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP. (Pública D. A., Guía de Admnsitración del Riesgo, 2011)

Para ayudar en el ejercicio se pueden utilizar las siguientes tablas que representan los impactos de mayor ocurrencia en las entidades públicas, en este sentido se relacionan las escalas que se deben aplicar según al tipo de consecuencia que pueda generar el riesgo identificado:

1. Impacto en la confidencialidad de la información
2. Impacto legal

3. Impacto en la credibilidad – imagen institucional
4. Impacto en lo operativo
5. Impacto en la infraestructura
6. Impacto en la salud del usuario y/o funcionario – colaborador
7. Impacto en el ambiente
8. Impacto en los recursos financieros

*Ilustración 18 Escala de Impacto de confidencialidad de la información*

<b>IMPACTO EN LA INFORMACIÓN (CONFIDENCIALIDAD-DISPONIBILIDAD-INTEGRIDAD)</b>		
<b>VALOR</b>	<b>NIVEL DE IMPACTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>5</b>	Catastrófico	Estratégica
<b>4</b>	Mayor	Institucional
<b>3</b>	Moderado	relativa al proceso
<b>2</b>	Menor	Grupo de trabajo
<b>1</b>	Insignificante	Personal

*Ilustración 19 Escala de impacto Legal*

<b>IMPACTO LEGAL</b>		
<b>VALOR</b>	<b>NIVEL DE IMPACTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>5</b>	Catastrófico	Intervención-Sanción
<b>4</b>	Mayor	Investigación Fiscal
<b>3</b>	Moderado	Investigación Disciplinaria
<b>2</b>	Menor	Demandas
<b>1</b>	Insignificante	Multas

*Ilustración 20 Escala de impacto en la credibilidad-imagen institucional*

<b>IMPACTO EN LA CREDIBILIDAD DE LA ENTIDAD-IMAGEN</b>		
<b>VALOR</b>	<b>NIVEL DE IMPACTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>5</b>	Catastrófico	Usuarios del País
<b>4</b>	Mayor	Usuario de la Región
<b>3</b>	Moderado	Usuarios de la Ciudad
<b>2</b>	Menor	Todos los colaboradores
<b>1</b>	Insignificante	Grupos de colaboradores

*Ilustración 21 Escala de impacto en lo operativo*

<b>IMPACTO EN LO OPERATIVO</b>		
<b>VALOR</b>	<b>NIVEL DE IMPACTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
5	Catastrófico	Parada total del proceso
4	Mayor	Intermitencia en el servicio
3	Moderado	Cambios en la interacción de procesos
2	Menor	Cambios en los procedimientos
1	Insignificante	Ajustes a una actividad concreta

*Ilustración 22 Escala de impacto en la infraestructura*

<b>IMPACTO EN INFRAESTRUCTURA</b>		
<b>VALOR</b>	<b>NIVEL DE IMPACTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
5	Catastrófico	Pérdida Total
4	Mayor	Daños grandes y/o permanentes sin daño funcional
3	Moderado	Requiere Intervención externa
2	Menor	Requiere Intervención interna
1	Insignificante	Ningún daño.

*Ilustración 23 Escala de Impacto en la salud del usuario/funcionario - colaborador*

<b>IMPACTO EN LA SALUD DEL USUARIO Y/O FUNCIONARIO - COLABORADOR</b>		
<b>VALOR</b>	<b>NIVEL DE IMPACTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
5	Catastrófico	Muerte
4	Mayor	Lesiones graves y/o permanentes.
3	Moderado	Requiere tratamiento médico.
2	Menor	Tratamiento de primeros auxilios.
1	Insignificante	Ningún daño.

*Ilustración 24 Escala de impacto en el ambiente*

<b>IMPACTO EN EL AMBIENTE</b>		
<b>VALOR</b>	<b>NIVEL DE IMPACTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
5	Catastrófico	Muerte, liberación de tóxicos en lugares alejados con efecto nocivo, enormes costos financieros
4	Mayor	Lesiones extensas, pérdida de la capacidad productiva, liberación en lugares alejados contenida con asistencia externa y poco impacto nocivo, pérdida financiera importante
3	Moderado	Exige tratamiento médico, liberación en el lugar contenida con asistencia externa, pérdida financiera alta

2	Menor	Tratamiento de primeros auxilios, liberación en el sitio contenida inmediatamente, pérdida financiera media
1	Insignificante	Sin lesiones, pérdida financiera baja, impacto ambiental insignificante

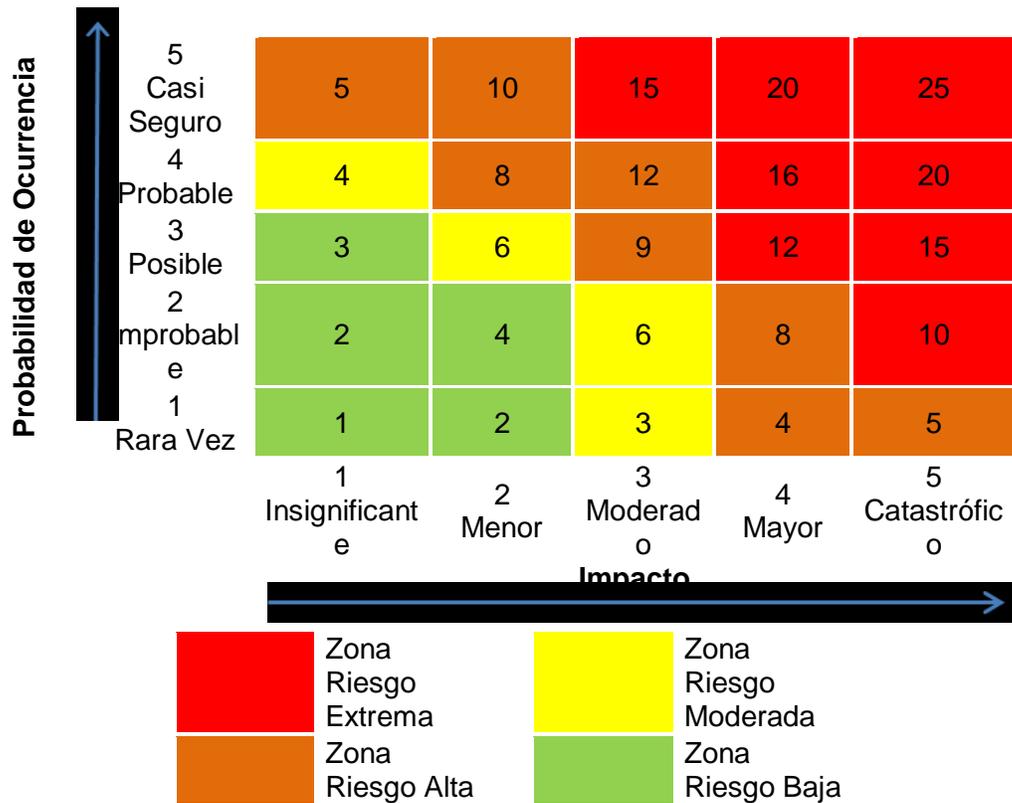
*Ilustración 25 Escala de impacto en los recursos financieros*

IMPACTO EN LOS RECURSOS FINANCIEROS		
VALOR	NIVEL DE IMPACTO	DESCRIPCIÓN
5	Catastrófico	Pérdida total de los recursos financieros afectando el flujo de caja y presupuesto de la entidad
4	Mayor	Pérdida parcial de los recursos financieros afectando el flujo de caja y presupuesto de la entidad
3	Moderado	Perdida de menor cuantía de los recursos financieros que afecta el flujo de caja y presupuesto de la entidad
2	Menor	Perdida baja de cuantía de los recursos financiero que NO afecta el presupuesto en la entidad pero afecta flujo de caja.
1	Insignificante	Perdida que No afecta el flujo de caja y presupuesto de la entidad

Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP. (Pública D. A., Guía de Admnsitración del Riesgo, 2011)

**Calificación de Riesgo Inherente.** Para estimar el nivel de riesgo inicial, los valores determinados para la **probabilidad y el impacto** se cruzan en la siguiente matriz de riesgo, con el fin de determinar la zona de riesgo en la cual se ubica el riesgo identificado. Este primer análisis del riesgo se denomina **Riesgo Inherente** y se define como aquél al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones para modificar su probabilidad o impacto.

Ilustración 26 Calificación Riesgo Inherente



Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP. (Pública D. A., Guía de Administración del Riesgo, 2011)

**Determinar la naturaleza de los controles existentes.** Definir si se trata de un control preventivo, detectivo o correctivo.

- **Controles Preventivos:** Evitan que un evento suceda. Por ejemplo el requerimiento de un login y password en un sistema de información es un control preventivo. Éste previene (teóricamente) que personas no autorizadas puedan ingresar al sistema.
- **Controles Correctivos:** Éstos no prevén que un evento suceda, pero permiten enfrentar la situación una vez se ha presentado. Por ejemplo en caso de un desastre natural u otra emergencia mediante las pólizas de

seguro y otros mecanismos de recuperación de negocio o respaldo, es posible volver a recuperar las operaciones.

- **Controles Detectivos:** Permiten registrar un evento después de que ha sucedido, por ejemplo, registro de las entradas de todas las actividades llevadas a cabo en el sistema de información, trazabilidad de los registros realizados, de las personas que ingresaron, entre otros.

**Calificación de los controles** El dueño del proceso identifica los controles que tiene implementados actualmente para minimizar o prevenir el riesgo, estos se valoran para determinar su efectividad, eficacia y eficiencia, de acuerdo con la siguiente tabla:

*Ilustración 27 Calificación de los Controles*

DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	PARÁMETROS	CRITERIOS	EVALUACIÓN		PUNTAJE
			SÍ	NO	
Describe el control determinado para el riesgo identificado	Criterio en el que incide	¿El control previene la materialización del riesgo (afecta <b>probabilidad</b> )			N/A
		¿El control permite enfrentar la situación en caso de materialización (afecta <b>impacto</b> )?			N/A
	Herramientas para ejercer el Control	Posee una herramienta para ejercer el control.			15
		Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta			15
		En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva			30
	Seguimiento al Control	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento			15
		La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada			25
	TOTAL				

RANGO DE CALIFICACIÓN DE CONTROLES	DEPENDIENDO SI EL CONTROL AFECTA PROBABILIDAD O IMPACTO DESPLAZA EN LA MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL RIESGO	
	CUADRANTES A DISMINUIR EN LA PROBABILIDAD (Hacia abajo)	CUADRANTES A DISMINUIR EN EL IMPACTO (Hacia la Izquierda)
Entre 0 – 50	0	0
Entre 51 – 75	1	1
Entre 76 – 100	2	2

Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP. (Pública D. A., Guía de

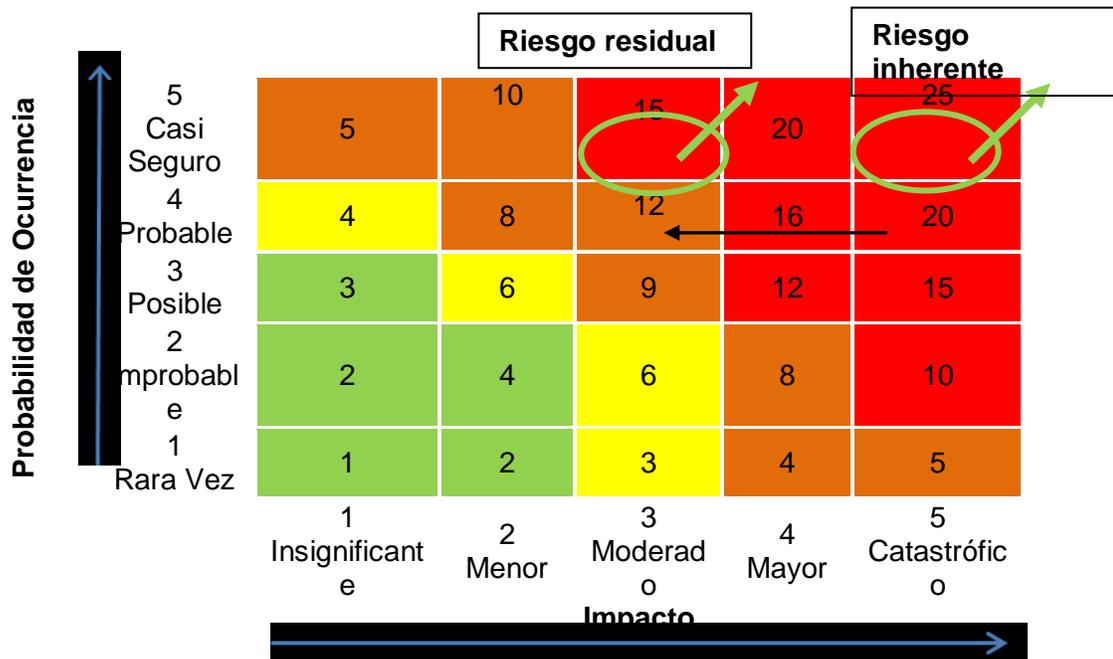
Administración del Riesgo, 2011)

**Riesgo Residual.** Una vez valorados los controles existentes para los riesgos identificados, la valoración resultante se denomina **RIESGO RESIDUAL**, éste se define como aquel que permanece después de que se adopten las respuestas o controles a los riesgos<sup>1</sup>.

Por ejemplo: para un riesgo cuya probabilidad es “Probable” 4 y el impacto “Catastrófico” 5, arroja una valoración de riesgo inherente de 20 (Extremo):  $4 \times 5 = 20$ .

Suponiendo que al valorar los controles, estos obtienen una calificación de 85 y afectan el impacto, de esta forma se debe hacer un desplazamiento de 2 cuadrantes hacia la izquierda en el eje del impacto, quedando el riesgo residual en la zona 12 (Alto).

Ilustración 28 Riesgo Residual



Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP. (Pública D. A., Guía de

**Tratamiento del Riesgo.** Una vez se ubica en el nivel correspondiente, según resultados de valoración de controles, se involucra la selección de una o más opciones para modificar los riesgos. El desplazamiento en la matriz de calificación determina la implementación de tales acciones. Las posibilidades de Tratamiento del riesgo incluyen:

- **Evitar el riesgo:** Tomar las medidas encaminadas a prevenir la materialización del riesgo. Siempre es la primera alternativa a considerar y es resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas.
- **Reducir:** aquí se encaminan las medidas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección). Se consigue mediante la optimización de los procedimientos y la implementación de controles.
- **Compartir o transferir:** se considera reducir el efecto de su materialización a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, mediante seguros o contratos a riesgo compartido.
- **Asumir:** ante la posibilidad de que se mantenga un riesgo residual y habiéndolo reducido o transferido, el dueño del proceso acepta la pérdida residual y elabora planes de contingencia para su manejo.

## ***PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO***

<b>PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO</b>					
<b>ACCIONES A IMPLEMENTAR</b>	<b>CRONOGRAMA DE LAS ACCIONES</b>	<b>INDICADOR DEL RIESGO</b>	<b>META DEL INDICADOR</b>	<b>RESPONSABLE (ÁREA / CARGO)</b>	<b>ESCALA DE MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO</b>

*Ilustración 29 Plan de Administración del Riesgo*

Para esta etapa los integrantes del equipo formularán las propuestas de acciones o controles a implementar, las cuales deberán estar enfocadas a la CAUSA del Riesgo. Bajo este contexto, el líder del proceso y su equipo de trabajo formulan las acciones de mitigación del riesgo, determinando fecha, mecanismos de medición o seguimiento del desarrollo de la misma y responsable, teniendo en cuenta el ciclo PHVA para su formulación. Las posibilidades de intervención del riesgo incluyen:

<b>NIVEL DE RIESGO</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>	<b>CONDUCTA</b>
<b>RIESGO BAJO</b>	Aceptable	Necesita las medidas existentes, para evitar que se eleve el nivel del riesgo
<b>RIESGO MODERADO</b>	Moderado	Tomar medidas para llevar el riesgo de moderado a riesgo bajo.
<b>RIESGO ALTO</b>	Importante	Implementar acciones preventivas y diseñar planes de contingencia para protegerse en caso de que se presente.

<b>RIESGO EXTREMO</b>	Inaceptable	Eliminar la actividad o implementar controles de prevención, de protección, compartir o transferir el riesgo
-----------------------	-------------	--

Las estrategias o acciones definidas deben articularse con las barreras de seguridad o acciones ya existentes en la organización, como son los Programas de Promoción y Prevención, el Programa de Seguridad de Paciente, Planes de contingencia y en general con los procesos y procedimientos institucionales.

**Escala de Materialización:** Se incluye esta casilla para que el dueño del proceso señale cuantitativa o cualitativamente, de forma clara y específica, la magnitud en la que se ha materializado el riesgo.

#### ***CONCLUSIÓN CAPÍTULO 4***

Finalizando esta Capítulo se pudo evidenciar un alto grado de avance en el desarrollo del Plan de Gestión integral del Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón, habiendo concluido la evaluación y valoración de los riesgos identificados.

A su vez se pudo determinar que la Evaluación de los riesgos es el proceso general de identificación de riesgos, análisis de riesgos y evaluación de riesgos, según lineamientos establecidos por la Guía de administración del Riesgo (DAFP).

El resultado obtenido a través de la valoración del riesgo se denominó también tratamiento del riesgo, ya que se “involucra la selección de una o más opciones para modificar los riesgos y la implementación de tales acciones, así el desplazamiento dentro de la Matriz de Evaluación y Calificación determinará finalmente la selección de la opciones de tratamiento del riesgo.

Es de resaltar que el desarrollo idóneo del Plan de Gestión Integral del Riesgo de la ESE Hospital de Carmen de Carupa, puede aportar su contribución en la toma de decisiones adecuadas para el cumplimiento de los objetivos propuestos por la entidad.

Los avances realizados en este proceso, son presentados a la alta Gerencia, asesores de calidad y acreditación, personal encargado del control interno y a todos los colaboradores que se relacionan de una o de otra forma con la institución.

A su vez es de gran importancia que la alta gerencia continúen en la actualización y ejecución del plan de gestión del riesgo de la entidad, por medio de los planes de mejora y de calidad planteados por la institución, a su es de destacar en la continuidad de la implementación de las auditorías internas, ya que estas permiten brindar un valor agregado para la continua mejora y el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos por la institución.

#### Cierre

Finalmente se llevó a cabo la consolidación de los resultados obtenidos a través del desarrollo del trabajo de pasantías, estos resultados fueron entregados medio físico y magnético a la Alta Gerencia, Responsable de Control Interno y Responsable de Calidad y acreditación.

## RECURSOS

<b>PRESUPUESTO DESARROLLO DE PASANTIAS</b>				
<b><i>SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI) Y CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO EN LA E.S.E HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA</i></b>				
<b>RUBROS</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO UNITARIO</b>	
Pasante	Persona	1	\$ -	\$
Alimentación	Almuerzo	80	\$ 5.000	\$ 400.000
Alimentación	Onces	83	\$ 3.500	\$ 290.500
Transporte	Día	86	\$ 6.500	\$ 559.000
Impresiones	Hoja	80	\$ 250	\$ 20.000
Papelería	Cuaderno	1	\$ -	
Implementos	Esfero	1	\$ 2.000	\$ 2.000
Mano de obra	Horas	688	\$ 4.074	\$ 2.802.912
<b>TOTAL</b>				<b>\$ 4.074.412</b>

## CONCLUSIONES

- Se llevó a cabo la actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI de la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa.
- Se realizó del contexto estratégico en la Gestión Integral del Riesgo de la Entidad, bajo los estándares del Modelo MECI y NTC ISO 31000, evidenciando las causas y efectos que existe entre el Hospital y su entorno.
- Se creó la Política de Gestión Integral de la Gestión del Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón, como base para el tratamiento idóneo de los riesgos a que se encuentra expuesta la institución.
- Se crearon herramientas acordes a la prestación del servicio de la ESE Hospital Habacuc Calderón, y para el desarrollo adecuado de la Administración del Riesgo de la entidad, teniendo en cuenta los estándares y lineamientos establecidos en el modelo Estándar de Control Interno MECI y NTC ISO 31000. Productos como:
  - Manual de la Política de Gestión del Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón.
  - Guía para la implementación de la matriz de Riesgo de la Entidad.
  - Contesto estratégico de la institución, elementos de gran importancia para la continuidad de la Administración del Riesgo de la Institución.
- Con los elementos bases para la de la Administración del Riesgo de la ESE Hospital Habacuc Calderón, se logró identificar 170 riesgos en los diferentes procesos que están planteados en la plataforma estratégica de la institución y que son inherentes a la prestación del servicio de la entidad; riesgos que se analizaron y se evaluaron tomando las acciones necesarias, para mitigarlos, controlarlos o eliminarlos para que no se materialicen he impidan el logro de los objetivos institucionales.

- Como estrategia de la Alta Gerencia de la ESE Hospital Habacuc Calderón para socializar los planes de mejora y actualización del Sistema de Control Interno, en coordinación del personal de calidad, Control Interno y acreditación, se establecieron rutinas para la verificación del compromiso del personal frente al cumplimiento de los planes y disminución o mitigación de los riesgos inherentes a la institución.
- En el gran reto que tiene la Institución de la mejora continua y ser acreditada en prestar servicio de salud de calidad, se enfoca en dar a conocer a la comunidad y a las diferentes autoridades de control de este gran propósito, por tal motivo se toma la iniciativa en coordinación del personal de Administración del Riesgo, Calidad, Seguridad del Paciente, Talento Humano, GS-SST y Tecnovigilancia, para crea la primera feria de servicios de la ESE Hospital Habacuc Calderón, actividad que fue desarrolla y acogida con gran éxito por parte de la alta gerencia, autoridades y por la comunidad misma.
- De acuerdo a los riesgos identificados, se actuó en minimizar costos en el manejo de los residuos hospitalarios, en consecuencia se determinó hacer una auditoria interna a los contratos de las entidades encargadas del tratamiento de estos recursos, llegando a la conclusión de aplicar el propósito de Hospital Verde, para reducir costos y cuidados del medio ambiente; Estas acciones tomadas y con la nueva estructura de la ESE Hospital Habacuc Calderón obligaron la actualización el PGRIH; permitiendo la actualización de Plan y a su vez el mapa de las rutas sanitarias.
- Es de tener en cuenta que la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa siendo un entidad pública, no toda su información debe ser publica o revelada a todos los medios, ya que en su plataforma estratégica maneja información sensible y confidencial, información que le permite tener un nivel

de eficiencia y eficacia en su crecimiento y mejoramiento continuo; Como entidad del Estado se encuentra vigilada por organismos de control, quienes si poden verificar dicha información, evidenciando su utilización en relación al desarrollo del objeto social de la entidad y no sea utilizada para aspectos ilícitos; Aunque la alta Gerencia la ESE tiene libre albedrío en hacer pública la información o mantenerla confidencial como plan estratégico de la institución para su mejoramiento continuo y logro de sus objetivos.

- Para concluir se establece un plan de acción para el primer semestre del 2018, con tareas claras y precisas para el cumplimiento con relación a la administración del riesgo de la Institución.

## RECOMENDACIONES

- ❖ Se sugiere a la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa continuar con el proceso de valorización, control y monitoreo de los riesgos hallados, para tomar las acciones necesarias para mitigarlos o eliminarlos.
- ❖ Se le recomienda a los responsables del Control Interno, Calidad y Acreditación en continuar el trabajo integral de la gestión del Riesgo de la institución, para contrarrestar la materialización de los riesgos que pudiesen inferir en el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- ❖ Se recomienda la continuidad en la ejecución del Plan de Auditoria Interna, para evidenciar una mejora continua en la prestación del servicio de la institución.

- ❖ Se sugiere a los responsables de Control Interno de la ESE Hospital Habacuc Calderón, la actualización del plan para la identificación de los riesgos de anticorrupción, teniendo en cuenta los lineamientos y estrategias planteadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, con los 5 pasos presentados en la Guía.
  
- ❖ El Modelo Estándar de Control Interno MECI, brinda los mecanismos y herramientas para la evaluación de la gestión y los procesos administrativos, por consiguiente es de gran importancia que la entidad este en una constante en la actualización del Modelo MECI.

## Bibliografía

- Bogotá, S. J. (2001). *Decreto 1537 de 2001*. Bogotá D.C.: DAFP.
- Carupa, E. H. (s.f.). *Plataforma ESE Hospital Habacuc Calderón*. Obtenido de <http://esehabacucalderon.gov.co>
- Certificación, I. C. (2005). *Norma Técnica de la Gestión Pública NTCGP 1000:2009*. Obtenido de <http://apolo.uniatlantico.edu.co/SIG/NTC%20GP1000-2009.pdf>
- Colomabia, C. G. (s.f.). Obtenido de [https://apps.contraloria.gob.pe/packanticorruccion/control\\_interno.html](https://apps.contraloria.gob.pe/packanticorruccion/control_interno.html)
- Colombia, C. d. (1993). *Decreto 87 de 1993, art. 4*. Bogotá D.C.: Secretaria Juridica Distrital.
- Colombia, C. d. (febrero de 2018). *Secretaria del Senado*. Obtenido de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1474\\_2011.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1474_2011.html)
- Colombia, D. A. (s.f.). *Departamento Administrativo de la Función Pública*. Obtenido de <http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/Manual+T%C3%A9cnico+del+Modelo+Est%C3%A1ndar+de+Control+Interno+para+el+Estado+Colombiano+MECI+2014/065a3838-cc9f-4eeb-a308-21b2a7a040bd>
- Colombia, M. d. (5 de agosto de 2008). *Ministerio de Educación de Colombia*. Obtenido de <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-167707.html>
- Colombia, S. F. (marzo de 2018). *Superintendencia Financiera de Colombia*. Obtenido de <https://www.superfinanciera.gov.co/jsp/index.jsf>
- D.C., S. J. (mayo de 2005). *Decreto 1599 de 2005*. Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16547>
- D.C., S. J. (21 de Mayo de 2014). *Decreto 943 de 2014*. Obtenido de Régimen Legal de Bogotá D.C.: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=59048>
- ejecutiva, R. (2015). *Constitución Política de Colombia, Artículo 269*. Obtenido de <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-7/capitulo-5/articulo-209>
- Gardey, J. P. (2012). *Definiciones*. Obtenido de <https://definicion.de/auditoria/>
- INTERNACIONAL, I. (16 de Febrero de 2011). *Norma Técnica Colombiana NTC ISO 31000*. Obtenido de [https://sitios.ces.edu.co/Documentos/NTC-ISO31000\\_Gestion\\_del\\_riesgo.pdf](https://sitios.ces.edu.co/Documentos/NTC-ISO31000_Gestion_del_riesgo.pdf)
- Pública, D. A. (2006). *Función Pública de Colombia*. Obtenido de [http://www.funcionpublica.gov.co/busqueda?q=meci+2017&search.x=0&search.y=0&site=FuncionPublica\\_Portal&client=FuncionPublica&output=xml\\_no\\_dtd&proxystylesheet=FuncionPublica&sort=date%3AD%3AL%3Ad1&entqrm=0&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&exclude\\_apps=1&filter=0&ge](http://www.funcionpublica.gov.co/busqueda?q=meci+2017&search.x=0&search.y=0&site=FuncionPublica_Portal&client=FuncionPublica&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=FuncionPublica&sort=date%3AD%3AL%3Ad1&entqrm=0&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&exclude_apps=1&filter=0&ge)
- Pública, D. A. (marzo de 2006). *Política de Riesgos Función Pública*. Obtenido de [http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506987/2016-03-23\\_Politica\\_riesgos\\_V6.pdf/771b8dff-c0fb-4f21-8e46-32db31d2e231](http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506987/2016-03-23_Politica_riesgos_V6.pdf/771b8dff-c0fb-4f21-8e46-32db31d2e231)
- Pública, D. A. (Septiembre de 2011). *Guía de Administración del Riesgo*. Obtenido de <http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/1592.pdf/73e5a159-2d8f-41aa-8182-eb99e8c4f3ba>
- Pública, D. A. (septiembre de 2013). *Guía de Auditoría para entidades Públicas*. Obtenido de <http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/1894.pdf/1260db54-4c15-4a64-bc65-de6aad7d4d8a>

# ANEXOS

## ANEXO 1 Socialización del Glosario de Gestión Integral de Riesgos de la ESE Hospital Habacuc Calderón



C <sup>3</sup> Gobernación de CUNDINAMARCA		PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL				Control de Asistencia	
TEMA:		FECHA: Diciembre 06, 2017				HORA INICIO:	
LUGAR:		HORA FIN:					
DEPENDENCIA QUE COORDINA:							
NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	MUNICIPIO	TEL. O CELULAR	E-MAIL	FIRMA	
Milena Páez Piñella	IT Responsal	Hospital Habacuc Calderón	Caqueza	320242816	mikepaez@hospitalhabacuc.com	<i>[Signature]</i>	
Daisy Rosal Castro López	Ejecutivo	Hospital Habacuc Calderón	Caqueza	874744105	rosal@hospitalhabacuc.com	<i>[Signature]</i>	
Marcos Eduardo Páez	Asesor Programación y Evaluación	ESE Hospital Habacuc Calderón	Caqueza	3164456634	marcos.paez@hospitalhabacuc.com	<i>[Signature]</i>	
Yisel Triana Muñoz	Asesor	ESE Hospital Habacuc Calderón	Caqueza	318316849	trianayisel@hospitalhabacuc.com	<i>[Signature]</i>	
Arqdo Milena Alonso G	Coordinadora	ESE Hospital Habacuc Calderón	Caqueza	3214825956	alonsoarq@hospitalhabacuc.com	<i>[Signature]</i>	
Carimen Julia Cruz	Punto de Contacto	ESE Hospital Habacuc Calderón	Caqueza	3132056224	carimen.julia@hospitalhabacuc.com	<i>[Signature]</i>	
Archea Juvenéz Díaz	Médico	ESE Hospital Habacuc Calderón	Caqueza	300689773	archeajuvenez@hospitalhabacuc.com	<i>[Signature]</i>	
Luz Estephan Roldán	Asesor	ESE Hospital Habacuc Calderón	Caqueza	3143223011	luzestephan@hospitalhabacuc.com	<i>[Signature]</i>	

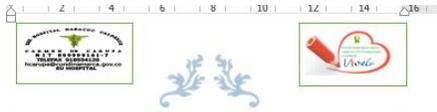


*ANEXO 2 Participación de la Primera Feria de Servicios de la ESE Hospital Habacuc Calderón*





*ANEXO 3 Informe de la Primera Feria de servicios de la ESE Hospital Habacuc Calderón*



## INFORME

### COMPARTIENDO EXPERIENCIAS DE ACREDITACIÓN EN LA ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN



Por:  
Yesid Triana Muñoz

13 DE DICIEMBRE DE 2017  
ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN  
CARMEN DE CARUPA CUND.



<b>Contenido</b>	
INTRODUCCION	4
OBJETIVO GENERAL	5
Objetivos específicos	5
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	6
TEMAS SOCIALIZADOS EN LOS STAND	7
SEGURIDAD DEL PACIENTE	7
Que es el Programa de Seguridad del Paciente	7
Política de Seguridad del Paciente	7
Principios de Seguridad del paciente	7
Conceptos:	8
EJE HUMANIZACION	11
Política Humanización	11
Glosario	11
ATRIBUTOS (HERRAMIENTAS)	1
PLATAFORMA ESTRATEGICA	1
LA ESE CUENTA CON LA DECLARACION DE DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE COMO MARCO DE LA ATENCION CENTRADA EN LA PERSONA	1
Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo	2
POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	2
CONCEPTOS	3
¿DONDE SE GENERAN LOS RIESGOS?	3
PRINCIPIOS DE LA BIOSEGURIDAD	3
RESIDUOS HOSPITALARIO	4
ORDEN Y ASEO EN EL LUGAR DE TRABAJO	4
EN QUE NOS BENEFICIA LAS 5S	5
UN ÁMBITO DE TRABAJO SEGURO SE LOGRA	5
GESTION INTEGRAL DEL RIESGO	5
Política Gestión Integral del Riesgo	6
Contexto Estratégico – Gestión Integral del Riesgo:	6

Glosario	7
TECNOVIGILANCIA	9
Plantilla de Reportes de eventos o incidentes	9
Formato Solitud de Mantenimiento de Equipos Biomédicos	11
Fletable y Glosario	11
ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DEL PRIMER COMPARTIR DE EXPERIENCIAS DE ACREDITACIÓN	13
RUTA COMPARTIR EXPERIENCIAS DE ACREDITACION	19
REGISTRO FOTOGRAFICO	20
HUMANIZACION-ACREDITACION	20
ASEO, ORDEN EN EL TRABAJO - SG-SST	21
SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PRÁCTICAS SEGURAS	22
GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGO	23
TECNOVIGILANCIA	24
PLANILLAS CONTROL DE ASISTENCIA	25
HUMANIZACION Y ACREDITACION	25
GESTION INTEGRAL DEL RIESGO	26
PRACTICAS SEGURAS	27
SEGURIDAD DEL PACIENTE	29
TECNOVIGILANCIA	31
SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	33
Conclusión	34

Desarrollado por Yesid Triana Muñoz

ANEXO 4 Socialización de Riesgos y Hospital Verde

**Instructivo para el buen uso de residuos hospitalarios y recursos naturales**

**CLASIFICACIÓN RESIDUOS**

**COMO CLASIFICAR**

**RECICLABLES**

•Plástico, Vidrio, Cartón, Papel.

**BIODEGRADABLES**

•Residuos ordinarios, inertes

**BIOSANITARIOS**

•Ele mentos o instrumentos utilizados durante la ejecución de los procedimientos asistenciales que tienen contacto con materia orgánica, sangre o fluidos corporales del paciente.

**Tratamiento y transformación de residuos**

**Tipos de ahorro de PAPEL Y AGUA**

**Practicas inseguras acreedoras del comparendo ambiental**

A la persona que se encuentre realizando procedimientos inadecuados con los recursos naturales o mal uso de ellos en la Institución ESE Hospital Habacuc Calderón, se le hará un comparendo pedagógico, en el que consistirá socializar el manual del PGIRS a todo el personal de la Institución.

**PLANTILLA COMPARENDO**

**Ahorrito paso por aquí**

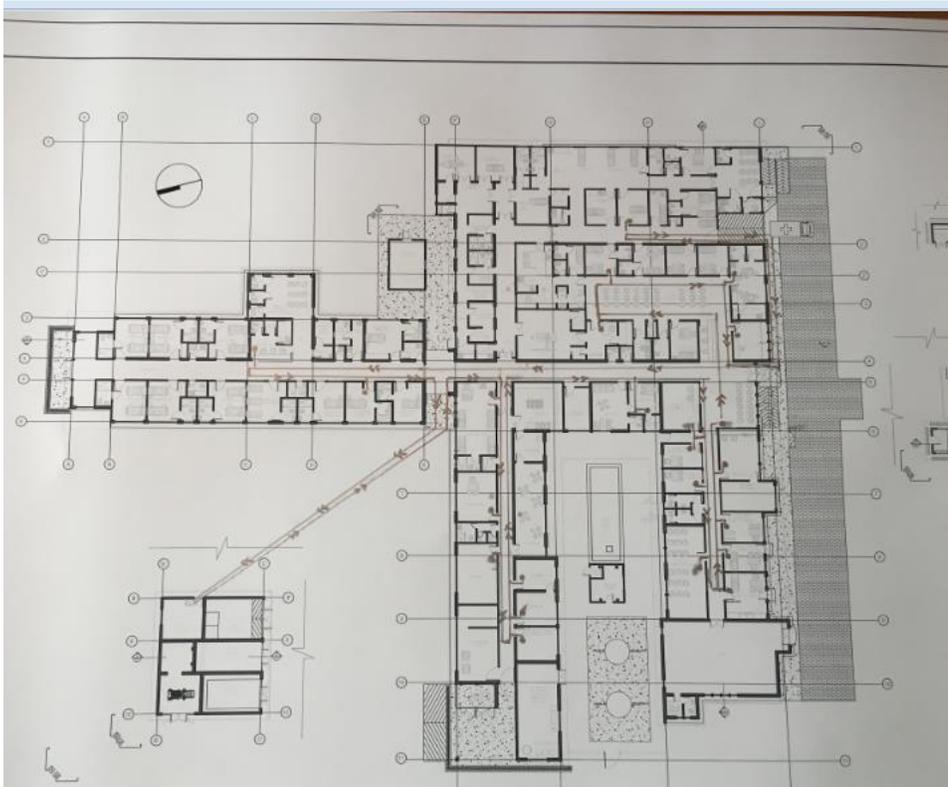
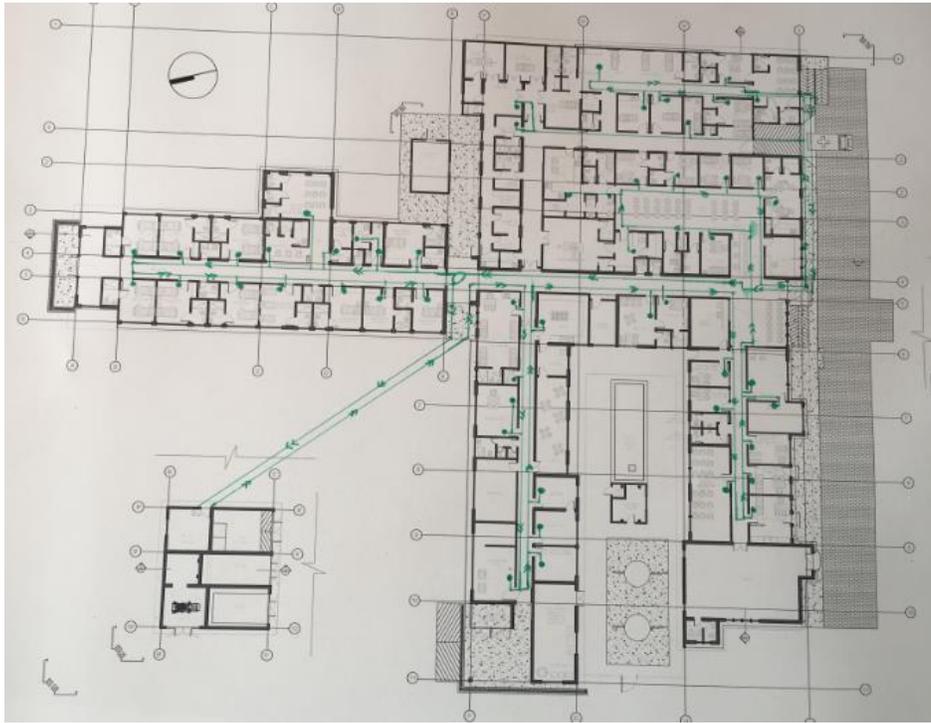
Fecha:  Día  Mes  Año

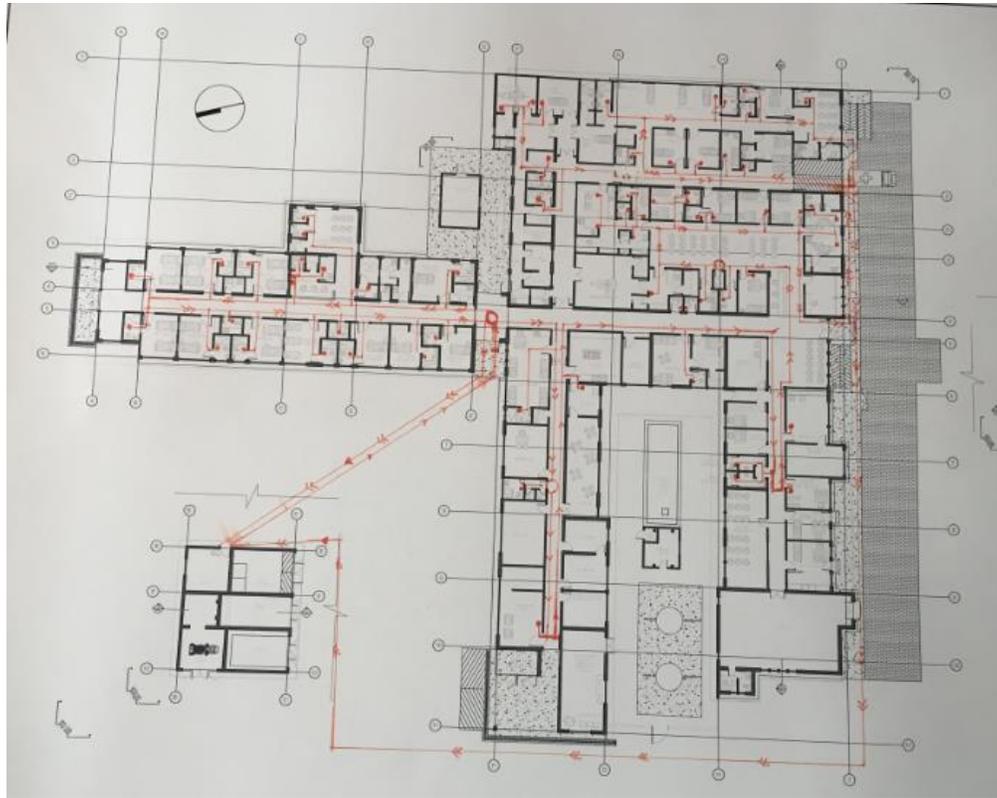
Servicio: \_\_\_\_\_

Ahorrito te dice: Puedes ahorrar recursos si: \_\_\_\_\_

**Ahorra recursos cuida el planeta... haz la diferencia.**

ANEXO 5 Nueva Ruta Sanitaria ESE Hospital Habacuc Calderón





ANEXO 6 Socialización del Sistema Integral del Riesgo ESE Hospital Habacuc Calderón



**GESTION INTEGRAL DEL RIESGO  
ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON  
CARMEN DE CARUPA**



Proyectado por: **YESID TRIANA MUÑOZ**





**Que es la gestión integral del riesgo?**

“Son actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización o institución en relación al riesgo.”





fppt.com



## GESTION INTEGRAL DE RIESGO

**Política**

"La E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, considera la seguridad de los usuarios como uno de los pilares más importantes para el desarrollo de su misión institucional, para ello la entidad desde la alta gerencia se compromete a implementar y mejorar continuamente el sistema integrado de gestión del riesgo, cumpliendo con los requisitos normativos a través de procesos y procedimientos armónicos que permitan el crecimiento institucional, la sostenibilidad económica y social y la satisfacción de sus usuarios."

Esta política integral de Administración del Riesgo debe ser entendida como el proceso de identificación, valoración y control de todas aquellas acciones o circunstancias que pueden restringir, afectar o impedir el logro de los objetivos propuestos por la institución, efectos que se verían reflejados en la prestación del servicio, indicadores de eficiencia, eficacia o calidad de los mismos.

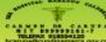



fppt.com



Metodología





fppt.com



## Contexto – GIR



**Externo:**  
La cultural, social, político, jurídico, reglamentario, financiero, tecnológico, económico

**Interno:**  
Gobernanza, Las políticas, los objetivos y las estrategias que están en marcha para alcanzarlos; La capacidad, entendida en términos de recursos y conocimientos (capital, por ejemplo, tiempo, Personas, procesos, sistemas y tecnologías);




fppt.com

**GLOSARIO**

Control de riesgos y situaciones de riesgo

**Riesgo**  
Riesgo: Evento o situación que ocurre en un lugar determinado durante un periodo de tiempo determinado.

El riesgo es el efecto de la incertidumbre sobre los objetivos, posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o del proceso.

Las consecuencias que puede ocasionar a la entidad la materialización del riesgo.

Estimar la posibilidad de ocurrencia del riesgo que puede ser medida con criterios de frecuencia, o de factibilidad, teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo.

**GLOSARIO**

Control Riesgos	Identificación de Riesgos	Monitorear	Factor de Riesgo
La parte de administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos y cambios físicos para eliminar o minimizar los riesgos adversos.	El proceso mediante el cual se reconoce que existe un riesgo y se definen explícitamente sus causas características.	Comprobar, supervisar, observar, o registrar la forma en que se lleva a cabo una actividad con el fin de identificar sus posibles cambios.	Es una característica o circunstancia detectable que se sabe que está asociada con un aumento en la probabilidad de padecer o desarrollar un proceso morbido.

fppt.com

**GLOSARIO**

define la relación entre el Hospital y su entorno, identificando las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas

Probabilidad que tiene un indebido de presentar un evento que sea una patología, la asociación de un factor de riesgo y la aparición de enfermedades o sus desenlaces.

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

¿Por qué ocurren los errores en la atención médica?

Por no tener buenos procedimientos

Por fallarnos políticas y procedimientos

Errores en la identificación del paciente

Evento Adverso

HOSPITAL KARAGO GUISMA  
CARRER DE CARUPA  
RIT 89990161-7  
TELÉFONO 918504120  
hcarupa@curdinsamanta.gov.co  
SU HOSPITAL