		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
CODIGO:		DIR-MAN-002			
FECHA ELABORACIÓN:	DE	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS: Página 1 de 39

MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO

2025

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------



	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 2 de 39

Tabla de contenido


1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo general	5
2.2. Objetivos específicos	5
3. ALCANCE	5
4. DEFINICIONES	6
5. GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS	10
5.1. Metodología de la administración del riesgo.	10
5.2. Mapa de riesgos	10
6. REPRESENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO	11
6.1. Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - SARLAFT/PADM.	11
6.2. Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad Fraude y Soborno- SICOFS	12
6.3. Programa de Transparencia y Ética Empresarial -PTEP	14
6.4. Subsistemas	15
6.4.1. Riesgo en Salud	15
6.4.2. Riesgo Operacional	15
6.4.3. Riesgo Actuarial	16
6.4.4. Riesgo de Crédito	17
6.4.5. Riesgo de Liquidez	17
7. FASES Y ETAPAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	18
7.1. FASE I - DEFINICIÓN DEL CONTEXTO, IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS.	18
7.1.1. Establecimiento del contexto	18
7.1.2. Identificación del riesgo	19
7.1.3. Valoración de riesgos	19

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 3 de 39

7.1.4.	Estrategias para combatir el riesgo	27
7.1.5.	Monitoreo y revisión	28
8.	CAPACITACIÓN.....	29
9.	ROLES Y RESPONSABILIDADES	29
	Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.....	30
	Programa de Transparencia y Ética Empresarial.....	33
	Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - SARLAFT/PADM	33
	Subsistemas de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno –SICOFS	36

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 4 de 39

1. INTRODUCCIÓN

La empresa **SALUD TOLIMA**, como IPS de carácter privado dentro del marco de sus funciones y actividad misional y las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud en la **CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021**, implementa el sistema integrado de gestión de riesgo articulándolo con los demás sistemas que operan en la entidad, por lo cual, con este manual se unifican las metodologías, procesos y procedimientos de gestión integral del riesgo.


La metodología utilizada por el Sistema Integrado de Gestión de riesgos **SALUD TOLIMA IPS**, se desarrolla de acuerdo con lo establecido en la CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DE 2021 “POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO ORGANIZACIONAL, EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y A SUS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO”.

Los riesgos son la probabilidad de ocurrencia de un daño o de una pérdida como consecuencia de la materialización de una amenaza, los cuales, en el caso de la clínica, pueden afectar al usuario y otros clientes externos, al cliente interno, a la institución o al medio ambiente.

La gestión de riesgos, por su parte, es un proceso que permite a las instituciones establecer una estrategia diseñada para identificar eventos potenciales que puedan afectar a la entidad, y proporcionar seguridad sobre la consecución de los objetivos de esta.

Teniendo en cuenta lo anterior, y conscientes de la importancia del tema, la IPS, ha establecido los lineamientos generales para la identificación, evaluación, medición, control, seguimiento y monitoreo de los riesgos a los cuales se encuentra expuesta, a fin de prevenir posibles impactos negativos y mejorar los resultados en salud, la satisfacción de los clientes internos y externos, la estabilidad financiera y reducir los impactos negativos sobre el medio ambiente.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 5 de 39

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Unificar la metodología y establecer los lineamientos y criterios para identificar, analizar y valorar los riesgos de cada uno de los sistemas y procesos que puedan afectar los productos o servicios, y aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos institucionales a través de un modelo sistémico de gestión del riesgo.


2.2. Objetivos específicos

- Actualizar la metodología para facilitar a los funcionarios la identificación, el análisis y la valoración de riesgos en forma continuada.
- Proveer la información suficiente para la construcción o actualización del mapa de riesgo por procesos y sus correspondientes acciones de mitigación (evitarlos, reducirlos, compartirlos, transferirlos o asumirlos).
- Proporcionar un instrumento que facilite la administración de riesgo para delimitar un rango de tolerancia aceptable.
- Establecer las actividades de control necesarias para asegurar que las respuestas a los riesgos institucionales se lleven a cabo adecuada y oportunamente.
- Definir las directrices y responsables en la identificación, valoración y gestión de los riesgos
- Determinar responsables y tiempos para el monitoreo y seguimiento de los riesgos
- Promover la cultura de autocontrol hacia una supervisión y administración basada en riesgos

3. ALCANCE

El presente manual aplica para los todos los procesos asistenciales y administrativos de SALUD TOLIMA IPS. aplicable a la alta dirección conformado por la Junta Directiva y la Gerencia, a la revisoría fiscal y a todo el personal al servicio de la entidad.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------


	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 6 de 39

4. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones son terminología asociada a la normatividad legal vigente que toma como referencia entidades de vigilancia y control, y por otra parte normas técnicas relacionadas a la gestión del riesgo y sistemas de gestión:

- **ACTO INSEGURO:** Acciones u omisiones por parte del equipo tratante mediante la cual bien sea por error o por falla de adherencia a normas, el paciente sufre un daño.
- **ANÁLISIS DE RIESGO:** El uso sistemático de la información disponible para determinar cuan frecuentemente puede ocurrir eventos especificados y la magnitud de las consecuencias.
- **APETITO DE RIESGO:** Es el nivel de riesgo que la IPS puede aceptar, relacionado con sus Objetivos, el marco legal y las disposiciones de la Alta Dirección y del Órgano de Gobierno. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que debe o desea gestionar.
- **BARRERA DE SEGURIDAD:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **CAUSAS** (interna o externa): Medios, circunstancias y agentes generadores de riesgo.
- **CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGO:** Son las etapas que incorpora un Subsistema de Administración de Riesgos para cada uno de los tipos o categorías de riesgo identificadas.
- **CONSECUENCIAS:** Efecto de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad.
- **CONTROL:** Medida que permite reducir o mitigar un riesgo.
- **CULTURA DE GESTIÓN DEL RIESGO:** Componente de la “cultura organizacional”, se considera como los valores (lo que se considera importante) y las creencias que se comparte en la organización, y que interaccionan con las estructuras y sistemas de control, para dar lugar a las normas de comportamiento (la forma en que se hacen las cosas)
- **CULTURA DE AUTOCONTROL:** Concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a la IPS contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda la Institución (desde Junta Directiva y la Alta Gerencia, hasta los funcionarios), los

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 7 de 39

cuales pueden proveer una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la entidad.

- **EVALUACIÓN DEL RIESGO:** Proceso usado para determinar las prioridades de gestión del riesgo mediante la comparación de los Resultados de la calificación y el Grado de exposición al Riesgo.
- **EVENTO ADVERSO:** Daño demostrable, Muerte, lesión temporal o permanente o secuelas ocasionadas a un paciente durante cualquier fase de su atención, derivadas de actos inseguros por parte del equipo de salud, y generalmente acompañados de otras fallas organizacionales que contribuyen al mismo y por lo tanto son prevenibles.
- **EVENTO REPUTACIONAL:** Ocurrencia o acción que tiene el potencial de afectar la reputación de la IPS.
- **FACTORES DE RIESGO:** Fuentes generadoras de riesgos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado se encuentra originado por diferentes factores de riesgo que pueden estar entrelazados unos con otros.
- **FALLA ACTIVA:** Acto inseguro final, sin el cual el evento no hubiese ocurrido. Se refiere a que dicha acción u omisión final, permitió que se diera el evento por lo tanto ésta se considera la última barrera de seguridad para el paciente. Ejemplo: Administración del medicamento que ya estaba preparado con la dosis incorrecta.
- **FALLAS LATENTES:** Debilidades o fallas en el sistema, las cuales ya se encontraban presentes antes que sucediera el evento. Son las que están allí y no se intervienen y al final causa el evento adverso. Ej. Falta permanente de recurso humano en un servicio.
- **FALLA DE MERCADO:** Una situación en la que un mercado no asigna eficientemente los recursos por sí solo.
- **FRECUENCIA:** Número de ocasiones en el que se ha materializado el evento o puede generarse en un tiempo determinado)
- **GESTIÓN DEL RIESGO:** Es un enfoque estructurado y estratégico liderado por la Alta Gerencia acorde con las políticas de gobierno organizacional de cada entidad, en donde se busca implementar un conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia o mitigar el impacto de un evento de riesgo potencial (incertidumbre) que pueda afectar los resultados y, por ende, el logro de los objetivos de cada entidad, así como el cumplimiento de los objetivos en el SGSSS o sus obligaciones.


Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
CODIGO:		DIR-MAN-002			
FECHA DE ELABORACIÓN:		29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS: Página 8 de 39

Dentro de este conjunto de acciones se incluye, entre otros, el ciclo general de gestión de riesgo.

- **GOBIERNO ORGANIZACIONAL:** Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables a cualquier tipo de entidad, mediante los cuales se dirige y controla la gestión de estas de conformidad con las disposiciones contenidas en el Artículo 2.5.2.3.4.1. del Decreto 682 de 2018.
Tiene como objeto la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión de las entidades se realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión.
- **INCIDENTE:** Situación similar a un evento adverso, con la diferencia que el paciente no alcanzó a sufrir ningún tipo de daño o lesión.
- **INCERTIDUMBRE:** Corresponde a aquella situación sobre la cual no se conoce con seguridad si ocurrirá y, de ocurrir, cómo se comportará en el futuro.
- **IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO:** Proceso para determinar lo que puede suceder, por qué y cómo.
- **IMPACTO:** Grado en que las Consecuencias pueden generar daño al paciente, colaborador o pérdidas a la Entidad si se llega a materializar el riesgo.
- **MAPA DE RIESGO:** Es un instrumento que permite visualizar el estado de los riesgos en cada uno de los procesos con el fin de tomar decisiones sobre los aspectos críticos identificados en él.
- **NIVEL DE RIESGO:** Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos. En general la fórmula del Nivel del Riesgo poder ser Probabilidad * Impacto, sin embargo, pueden relacionarse las variables a través de otras maneras diferentes a la multiplicación, por ejemplo, mediante una matriz de Probabilidad – Impacto.
- **PROBABILIDAD:** Grado de exposición en la que se podría presentar un evento o se ha presentado y /o factibilidad (posibilidad) de que suceda el evento.
- **REDUCCIÓN DEL RIESGO:** Aplicación selectiva de técnicas apropiadas y principios de gestión a fin de reducir la posibilidad de una ocurrencia o sus consecuencias, o ambas
- **REPUTACIÓN:** Percepción agregada que sobre una organización tienen los agentes relacionados con ella, sean estos clientes, accionistas, grupos de


Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 9 de 39

interés, partes vinculadas o público en general, la cual tiene el potencial de afectar la confianza en la entidad, influenciando su volumen de negocios, y su situación general. Esta puede variar por factores tal como el desempeño, escándalos, menciones en prensa, entre otros.

- **RIESGO:** Efecto de la incertidumbre, está relacionado con la probabilidad de que se sufran ciertos daños que dependen no sólo de la amenaza, sino también de la susceptibilidad y capacidad de reacción de lo expuesto (vulnerabilidad) y es directamente proporcional a ambas. Posibilidad de ocurrencia de una situación o evento que pueda afectar el normal desarrollo de funciones y el logro de los objetivos.
- **RIESGO INHERENTE:** Nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.
- **RIESGO RESIDUAL:** El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.
- **RIESGO NETO GLOBAL:** Resultado de la combinación de cada uno de los riesgos residuales de la entidad, teniendo en cuenta la importancia relativa que a cada categoría de riesgo le haya asignado la entidad
- **RIESGO ESTRATÉGICO:** Se asocia con la forma en que se administra la entidad. El manejo del riesgo estratégico se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia.
- **RIESGOS DE IMAGEN:** Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la institución.
- **RIESGOS OPERATIVOS:** Comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, de la definición de los procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias.
- **RIESGOS FINANCIEROS:** Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluyen: la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.
- **RIESGOS DE CUMPLIMIENTO:** Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 10 de 39

- **RIESGOS DE CORRUPCIÓN:** Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
- **RIESGOS DE TECNOLOGÍA:** Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión.
- **RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO:** Es la posibilidad que, en la realización de las operaciones de una entidad, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas.
- **SUPERVISIÓN:** Factores propios de la organización o de las personas encargadas de auditar o supervisar, quienes, al cometer errores o falta de adherencia a normas, permiten o contribuyen a la aparición del evento.

5. GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS


5.1. Metodología de la administración del riesgo.

METODOLOGÍA DE LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO, LA IPS SALUD TOLIMA, adopta y adapta para este análisis la metodología de Administración de Riesgo la norma técnica ISO 31000 que incluye los principios y directrices correspondientes a la gestión del riesgo y que, en adelante servirá de orientación para los demás subsistemas de administración de riesgos, de tal manera que no se manejen de forma independiente, sino que se articulen en todas y cada una de las actividades, procesos y dependencias de la institución, de igual manera tendremos en cuenta las directrices que el Departamento Administrativo de la Función Pública ha emitido para los riesgos de corrupción, gestión y seguridad de la información.

5.2. Mapa de riesgos

La herramienta conceptual y metodológica para la valoración de los riesgos es el Mapa de Riesgos. La responsabilidad de la elaboración del Mapa de Riesgos estará a cargo de los responsables de cada uno de los procesos liderada por cada Líder, según la naturaleza de su cargo. Ellos serán los encargados de implementar los controles, verificar su efectividad, proponer cambios, velar por su adecuada documentación y por su socialización y aplicarlos al interior de su proceso aplicando la cultura del

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

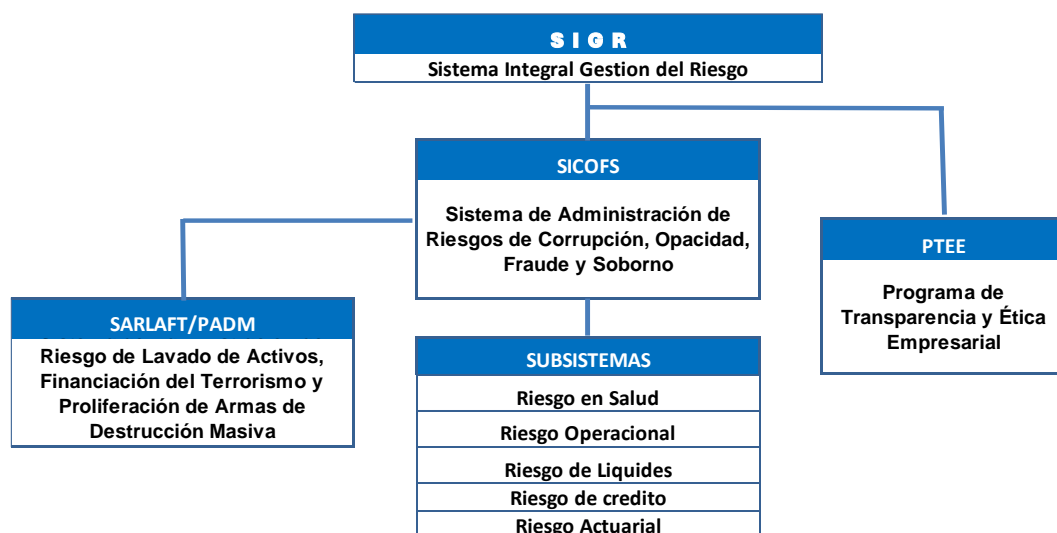
		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:		DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:		29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 11 de 39

autocontrol, se contará una herramienta, sistematizada, para tener actualizado el mapa.

En todo caso el Comité del Sistema Integrado de Gestión es el encargado de aprobar y adoptar las modificaciones al Mapa de Riesgos.

6. REPRESENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE GESTIÓN DEL RIESGO


La siguiente figura representa el modelo integral de gestión del riesgo, para La IPS SALUD TOLIMA.



6.1. Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva -SARLAFT/PADM.

El Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo –LAFT– constituye uno de los riesgos más difíciles que el país enfrenta y que afecta la economía, la reputación y a la sociedad en general. La IPS, en sus estatutos y el Código de Ética, y Buen Gobierno, tiene enmarcado el compromiso frente a la legalidad, la transparencia y la adopción de buenas prácticas de gestión de riesgos para evitar que delitos como el Lavado de Activos, Financiación de Terrorismo –LAFT– la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva -FPADM

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 12 de 39

Para ello, la institución comprometida con la prevención y el control de los riesgos, diseño políticas y procedimientos que buscan mejorar la efectividad del SARLAFT/PADM. La política SARLAFT/PADM, contribuye al control de factores de riesgos que puedan llevar, bajo la apariencia de legalidad, a la realización de operaciones con recursos provenientes de actividades ilícitas, lo que en consecuencia afectaría la reputación y prestigio de la institución.

La adopción de políticas, procedimiento y controles, permiten un conocimiento razonable de los clientes/usuarios, empleados y proveedores, y facilitan el actuar preventivamente antes de realizar cualquier tipo de relacionamiento laboral, contractual y comercial con personas naturales o jurídicas que se encuentren vinculadas con este tipo de conductas delictivas.


La Superintendencia Nacional de Salud –SNS–, emitió nuevos lineamientos para fortalecer el sistema de administración de riesgos LAFT. En la Circular Externa 202117000000055 de septiembre de 2021, en el que actualiza la Circular Externa 000009 del 21 de abril 2016, pretende que se ejecute una adecuada gestión de riesgos en virtud de desarrollar actividades y mecanismos que contemplen un sistema oportuno, eficiente y eficaz de acuerdo con las características particulares de la entidad de acuerdo con su objeto social.

6.2. Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad Fraude y Soborno- SICOFS

Con la reciente expedición de la norma de la Superintendencia Nacional de Salud –SNS– Circular Externa 202117000000055 de septiembre de 2021, ya se suma al sistema de Gestión integral del riesgo, el SICOF – Subsistema de administración de riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y el Soborno. Consiente de la importancia que tiene la gestión del riesgo, el máximo órganos de institución da los lineamientos para que las políticas y procedimientos se cumpla en todos y cada uno de los procesos administrativos y operativos, se convoca a que se construya y se fortalezca la cultura en la prevención de riesgos y de tener cero tolerancias frente delitos como la corrupción, opacidad, fraude y soborno.

La institución se encuentra altamente comprometida a que todas sus actividades misionales estén enmarcadas bajo el principio de la prevención y precaución, así como trabajar en las buenas prácticas de conducta, de ética y transparencia.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 13 de 39

Uno de los principios institucionales es que todos los empleados y contratistas de la IPS deberán cumplir con el Código de ética, y buen gobierno, así como las políticas y lineamientos internos, lo que representará para nuestros usuarios y partes interesadas tranquilidad y seguridad en los relacionamientos con la institución.

Este subsistema de administración de riesgos es transversal a todos los procesos de las dependencias. Todos sin excepción deberán trabajar de manera articulada para que se cumpla el proceso de debida diligencia y se tomen las acciones frente a situaciones que le generen alertas, así como prestar mayor atención en las actividades o áreas más vulnerables a materializarse estos riesgos.

El manual para el sistema de gestión integral del riesgo es el documento integrador que garantiza el cumplimiento a las instrucciones relativas al Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno- SICOFS-. Donde se detallan cada uno de requisitos mínimos requeridos por la normatividad vigente.


Cumplimiento del SICOFS

Para el cumplimiento de los principios y objetivos indicados por la normatividad vigente, se debe consolidar una estructura para implementar el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOFS. Se debe contar con una política y procedimientos claramente definidos, una estructura organizacional que apoye y soporte la implementación del sistema y contar un programa de capacitación, sensibilización y entramiento que fomente la cultura en la mitigación, prevención y control de la gestión de los riesgos.

En cumplimiento de la política general de gestión de riesgos, se debe tener en cuenta los siguientes elementos:

- Cero tolerancias frente a la corrupción opacidad, fraude y soborno.
- Cumplimiento del código de ética y buen gobierno
- Procesos sancionatorios por incumplimiento a la norma y política institucional. - Manejo de conflictos de interés, inhabilidades e incompatibilidades.
- Las decisiones y acciones estén orientadas al beneficio de la IPS y no a intereses personales.
- No se realizarán relacionamientos que tengan un comportamiento social y empresarial contrario a las normas y la ética

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
CODIGO:		DIR-MAN-002			
FECHA ELABORACIÓN:	DE	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS: Página 14 de 39

6.3. Programa de Transparencia y Ética Empresarial -PTEP

En cumplimiento de la normatividad vigente Circular Externa 2022151000000053-5 de 05- agosto de 2022 por la Superintendencia Nacional de Salud.

Que la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, en desarrollo de las funciones asignadas en la Ley 2195 de 2022, elaboró un Anexo Técnico, el cual desarrolla la metodología y estructura de los Programas de Transparencia y Ética Pública, así como herramientas de planeación que contribuirán a asegurar la confianza ciudadana en las instituciones, afianzar el relacionamiento con sus grupos de interés, minimizar la materialización de riesgos de corrupción y atender de manera idónea y oportuna las necesidades y derechos de los ciudadanos a través del fortalecimiento de sus procesos y procedimientos.


Además, mediante el Decreto 1122 de 2024, comunica a las entidades obligadas del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberán implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con las características, estándares, elementos, requisitos, procedimientos y controles mínimos que para tales efectos establezca la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República articulándose con el Sistema Integral de Administración de Riesgos.

La IPS busca a través del Sistema de Gestión Integral de Riesgos, trabajara en la prevención, control y mitigación de los riesgos, teniendo como documento de referencia el código de ética y buen gobierno; y las buenas prácticas de gestionar riesgos y evitar cualquier acto de corrupción, opacidad, fraude y soborno en adelante -COFS-. Trabajando en una cultura de cumplimiento velando por principios, valores, la reputación de la IPS,

En cumplimiento de la política y procedimiento de actuación de los empleados para prevenir que, en función de las operaciones, la institución se vea enmarcado en situaciones de riesgo. El PTEP se articula a todos los procesos y actividades misionales de la Entidad ya que cada actuación inherente a sus operaciones debe ser enmarcado en lo ético, en el trabajo transparente y honesto.

El código de ética, buen gobierno y transparencia será el documento base para el cumplimiento del PTEP, allí se establece unos lineamientos esenciales que benefician la interacción dentro y fuera de la institución, es el marco de referencia para un comportamiento ético en la Entidad, delimita las responsabilidades, deberes

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 15 de 39

y derechos de todos los colaboradores, no es un documento impositivo, sino una guía y modelo de actuación.

Asimismo, da los lineamientos de actuación como, por ejemplo, el manejo con los grupos de interés, las buenas relaciones entre las partes, que favorezca el bienestar integral y promueva un ambiente ético y transparente. Asimismo, se tiene claramente definidas conductas sobre regalos, atenciones y otras cortesías, prevención de actividades ilícitas, conflictos de interés, resolución de controversias, manejo de la información y otros temas que favorecen el buen gobierno organizacional. Todo empleado o contratista vinculado a la Entidad, se compromete desde la formalización de su vinculación a cumplir con lo dispuesto en el presente manual y al código de ética y buen gobierno.

6.4. Subsistemas

6.4.1. Riesgo en Salud


Se entiende por Riesgo en Salud la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.¹ De esta manera, se incluyen el marco institucional y el ciclo de gestión de riesgo en salud. Asimismo, lo dispuesto en el presente numeral se entiende sin perjuicio de los requisitos establecidos que deben acreditar las entidades por normas superiores de las autoridades competentes que regulen la materia.

6.4.2. Riesgo Operacional

Desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

Es importante resaltar que, la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos de las entidades, y que pueden materializarse como resultado de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad,

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 16 de 39

prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las características propias de cada entidad.

Es así como los Riesgos Operacionales en la entidad pueden generar pérdidas de tres tipos:


- ✓ Pérdidas en los resultados en salud de los pacientes, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.
- ✓ Pérdidas en los resultados operativos esperados, incluyendo la satisfacción de la población en su área de influencia, que deben ser tratados en el resultado de la gestión de los riesgos operacionales.
- ✓ Pérdidas financieras en la entidad, que corresponden a la contabilización de los eventos de riesgo y los riesgos que se materializaron, tratados en la evaluación de los riesgos financieros.

6.4.3. Riesgo Actuarial

Se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron. Estas estimaciones deben realizarse teniendo en cuenta algunos eventos futuros e inciertos que podrían ocurrir como:

- ✓ Desconocimiento de la demanda efectiva de servicios que van a atender, de la situación en salud de la población y de las frecuencias de uso.
- ✓ Concentración poblacional, con un enfoque diferencial de género, étnico, grupos etarios, regiones, grupo de riesgo, curso de vida, entre otros.
- ✓ Atención en zonas de difícil acceso y alta dispersión de la población.
- ✓ Hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de la población incluida en los contratos.
- ✓ Variaciones en las condiciones de morbi-mortalidad de la población incluida en los contratos.
- ✓ Incrementos inesperados en los costos de proveedores.
- ✓ Incorporación de tecnología nueva que requiera recursos de inversión considerables.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 17 de 39

6.4.4. Riesgo de Crédito

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones.

Teniendo en cuenta la anterior definición, se debe evaluar permanentemente el riesgo inherente que sus activos pierdan valor, como consecuencia de que un deudor o contraparte incumpla sus obligaciones.

Es así como dentro de esta evaluación debe incorporar oportunamente los cambios significativos de las condiciones de cumplimiento de sus deudores. Para esto, la entidad deberá desarrollar políticas, procedimientos y mecanismos idóneos que le permitan llevar a cabo en forma oportuna el ciclo general de gestión de este riesgo particular.

6.4.5. Riesgo de Liquidez


El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).

Como consecuencia de las actividades y operaciones diarias, las entidades se ven expuestas a este riesgo de liquidez. La gestión de liquidez de la entidad está relacionada con:

- ✓ Una adecuada recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito).
- ✓ Una adecuada modelación y monitoreo a las volatilidades del mercado financiero (gestión de riesgo de mercado de capitales).
- ✓ Una adecuada modelación y gestión de la razón combinada entre costos e ingresos por venta de servicios de salud contratados bajo modalidades diferentes al pago por evento (gestión de riesgo actuarial), dado que los flujos esperados de ingresos se ajustarían a las proyecciones de la entidad para cubrir con sus obligaciones.

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez nos debe permitir tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo de liquidez al que nos podemos ver expuestos en las actividades propias de la entidad.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
CODIGO:		DIR-MAN-002			
FECHA DE ELABORACIÓN:		29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS: Página 18 de 39

7. FASES Y ETAPAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS



Fuente.: Modelo de gestión de riesgos -Directrices – ISO 31000- 2018


7.1. FASE I - DEFINICIÓN DEL CONTEXTO, IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS.

7.1.1. Establecimiento del contexto

Resulta importante conocer el contexto en el cual está enmarcada la labor que desempeña el La IPS SALUD TOLIMA, a la hora de conocer cuál es su entorno inmediato, cuáles son sus grupos de interés y no menos importante, sus contrapartes. Lo anterior, permite focalizar a la institución en cómo puede verse afectada o percibirse afectada por aquellos factores que inciden en el cumplimiento de los objetivos, y que pueden ser de tipo interno y externo.

El establecimiento del contexto debe comprender aquellos factores que pueden afectar a la institución. Para ello, es necesario identificar las debilidades y fortalezas (internas) que tienen cada uno de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación, a modo de autoevaluación para poder dar cumplimiento al propósito misional de la institución.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 19 de 39

Para los aspectos externos es importante poder reconocer las amenazas del medio y las oportunidades que se pueden presentar en cada uno de los procesos de la institución y sobre todo saberlo maniobrar en función del riesgo. Es importante resaltar que un buen análisis de contexto facilita una buena gestión del riesgo.

7.1.2. Identificación del riesgo

En esta fase se establece las etapas de identificación, análisis y valoración de los riesgos, para ello, cada líder de proceso con su equipo de trabajo debe plasmar a través de la herramienta definida, toda la información del sistema de gestión de riesgos, el cual se basa en la aplicación de metodologías subjetivas y cualitativas de estimación del riesgo:

Se utilizará el método denominado “juicio basado en expertos”, el cual se desarrolló a través de reuniones puntuales con los empleados responsables de cada proceso interno, donde se tendrán en cuenta las fuentes generadoras de riesgos, los factores de riesgos, y los riesgos asociados.

Se tendrán líderes de procesos que apoyarán la gestión de los riesgos identificados.

Se tendrá una herramienta para el análisis de los riesgos (identificación, evaluación, tratamiento y monitoreo de los riesgos).

Cada líder deberá calificar los riesgos de acuerdo con las escalas de medición definidas y aprobadas por alta dirección, en donde se logrará establecer la priorización de los riesgos y el adecuado manejo del tratamiento, siempre en función de la mitigación, prevención y protección de la institución en términos legales, económicos y reputacional


7.1.3. Valoración de riesgos

Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. En otras palabras, la valoración de riesgos consiste en establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de consecuencia o impacto con el fin de estimar la zona de riesgo inicial, es decir el riesgo inherente.

Análisis del riesgo:

En este punto se busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, determinar la probabilidad, es decir la posibilidad de

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
CODIGO:		DIR-MAN-002			
FECHA DE ELABORACIÓN:		29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS: Página 20 de 39

ocurrencia del riesgo., y está asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando.

Se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Para efectos de este análisis, la probabilidad de ocurrencia estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. De este modo, la probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.

Bajo este esquema, la subjetividad que usualmente afecta este tipo de análisis se elimina, ya que se puede determinar con claridad la frecuencia con la que se lleva a cabo una actividad, en vez de considerar los posibles eventos que pudiesen haberse dado en el pasado, ya que, bajo esta óptica, si nunca se han presentado eventos, todos los riesgos tendrán la tendencia a quedar ubicados en niveles bajos, situación que no es real frente a la gestión de las entidades públicas colombianas.


Determinar la probabilidad: Criterios para definir el nivel de probabilidad:

CRITERIO	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD	PROBABILIDAD
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 A 500 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

Determinar el impacto:

Para determinar el impacto se pueden utilizar las siguientes tablas que representan los temas en que suelen impactar la ocurrencia de los riesgos y se asocian con la clasificación del riesgo previamente realizada y se relaciona con las consecuencias potenciales del riesgo identificado.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------


		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:		DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:		29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 21 de 39

CRITERIO	AFECTACIÓN ECONÓMICA	REPUTACIONAL
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor- 40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y/o de proveedores.
Moderado 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

Cuando se presenten ambos impactos para un riesgo, tanto económico como reputacional, con diferentes niveles se debe tomar el nivel más alto, así, por ejemplo: para un riesgo identificado se define un impacto económico en nivel insignificante e impacto reputacional en nivel moderado, se tomará el más alto, en este caso sería el nivel moderado.

Nota: Para la valoración de los impactos de riesgo en SARLAFT/PADM se tendrán en cuenta, los riesgos asociados conforme a lo que establece la normatividad aplicable. Este se enfocará en impactos como el legal, operativo, reputacional, de contagio y económico.


Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:		DIR-MAN-002				
FECHA ELABORACIÓN:	DE	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 22 de 39

Escala de impacto proceso SARLAFT/PADM

Valor	Clasificación	Riesgo Legal	Riesgo Operativo	Riesgo Reputacional	Riesgo Contagio	Riesgo Financiero
20	SEVERO	Incumplimientos legales que generen cierre total de los servicios que presta la IPS	Interrupción de la atención por más de 5 horas.	-Concepto masivo desfavorable que trasciende a nivel internacional, nacional o local. -Comentarios adversos sobre los servicios que presta la IPS	Afectación a la institución por sanción de un ente de control a un empleado o contratista de la entidad que pueda afectar la imagen institucional	Pérdidas económicas mayores a COP 300 millones
10	MAYOR	Sanciones que impliquen cierre temporal de los servicios que se prestan por incumplimientos legales.	Interrupción de la operación entre 1 a 3 horas en los servicios que presta la entidad	-Señalamiento puntual negativo de un líder de opinión local o regional acerca de la Atención y servicios que presta la IPS. -Comentarios adversos sobre los procesos que desarrolla la IPS por parte de la Gobernación o miembros de la Junta Directiva	Afectación a la institución por acción generada por miembro de la Institución que involucra de manera directa o indirectamente con otra empresa u organización sancionada por cometes actos delictivos	Pérdidas económicas entre COP 100 millones y 300 millones
5	MODERADA	Sanciones económicas importantes impuestas por órganos de control u otras entidades por incumplimientos legales.	Interrupción de la operación entre 0.5 a 1 hora en el en los servicios que presta la entidad	-Solicitud formal de aclaraciones o explicaciones por parte de los grupos de interés. -Comentarios adversos sobre la prestación de servicios de los usuarios o empleados de la Entidad	Afectación a la institución por acción generada por miembro de la Institución que involucra de manera directa o indirectamente con otra empresa u organización sancionada por cometes actos delictivos	Pérdidas económicas entre COP 50 millones y 100 millones.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:		DIR-MAN-002				
FECHA ELABORACIÓN:	DE	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 23 de 39

2	MENOR	Sanciones económicas menores o solicitud de aclaraciones por parte de órganos de control u otras entidades por incumplimientos legales.	Es de conocimiento en la organización, no hay pérdida de usuarios, continua la buena imagen de la institución	-Solicitudes de información de algunos grupos de interés. -Comentarios adversos (Inquietudes) por parte de Usuarios o empleados de la Entidad	Afectación mínima a la institución por acción generada por un usuario que involucra la IPS de manera directa o indirectamente con otra entidad que está en listas de control LAFT	Pérdidas económicas entre COP 1 millón y 50 millones
1	INSIGNIFICANTE	Observaciones, alertas internas sobre incumplimiento legal	No hay interrupciones en las operaciones, pero se presenta fallas leves en la caída del sistema	-Difusión del evento a nivel interno la IPS. - Generación de rumores, voz a voz/rápida recuperación de la confianza. -Comentarios adversos (Inquietudes) por parte de empleados la IPS	Afectación leve a la institución por acción de desconocimiento de algún colaborador de la institución que involucra a personas o instituciones	Pérdidas económicas menores COP 1 millón


Evaluación del Riesgo.

A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE).

Para estimar el nivel de riesgo inicial los valores determinados para la probabilidad y el impacto o consecuencias 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 por parte de la Dirección para modificar su probabilidad o impacto.

IMPACTO						Zona de Riesgo
PROBABILIDAD	Muy Alta 100 %					Extremo
	Alta 80%					Alto

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
CODIGO:		DIR-MAN-002			
FECHA ELABORACIÓN:	DE	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS: Página 24 de 39

	Media6 0%						Moderado
	Baja 40%						Bajo
	Muy Baja 20%						
		Leve 20%	Menor- 40%	Modera do 60%	Mayor 80%	Catastrófi co 100%	

Se trata de determinar los niveles de severidad a través de la combinación entre la probabilidad y el impacto. Se definen 4 zonas de severidad en la matriz de calor.

Valoración del Riesgo


En primer lugar, conceptualmente un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Para la valoración de controles se debe tener en cuenta:

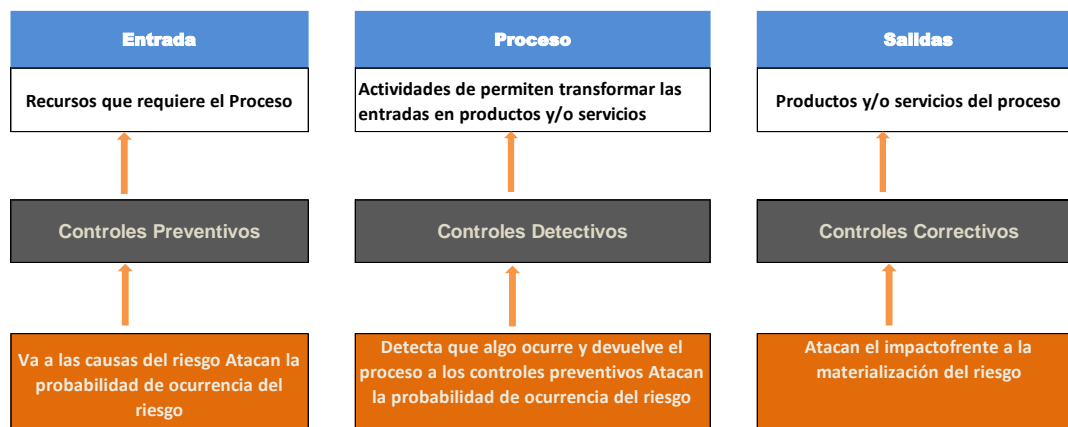
- La identificación de controles se debe realizar a cada riesgo a través de las entrevistas con los líderes de procesos o servidores expertos en su quehacer. En este caso sí aplica el criterio experto.
- Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.

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.

Tipología de controles y los procesos: a través del ciclo de los procesos es posible establecer cuándo se activa un control y, por lo tanto, establecer su tipología con mayor precisión. Para comprender esta estructura conceptual, se consideran 3 fases globales del ciclo de un proceso así:

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
CODIGO:		DIR-MAN-002			
FECHA DE ELABORACIÓN:		29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS: Página 25 de 39



Acorde con lo anterior, tenemos las siguientes tipologías de controles:

- **Control preventivo:** control accionado en la entrada del proceso y antes de que se realice la actividad originadora del riesgo, se busca establecer las condiciones que aseguren el resultado final esperado.
- **Control detectivo:** control accionado durante la ejecución del proceso. Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos.
- **Control correctivo:** control accionado en la salida del proceso y después de que se materializa el riesgo. Estos controles tienen costos implícitos.


Así mismo, de acuerdo con la forma como se ejecutan tenemos:

- **Control manual:** controles que son ejecutados por personas.
- **Control automático:** son ejecutados por un sistema.

Análisis y evaluación de los controles – Atributos:


A continuación, se analizan los atributos para el diseño del control, teniendo en cuenta características relacionadas con la eficiencia y la formalización. En siguiente tabla, se puede observar la descripción y peso asociados a cada uno así:

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:		DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:		29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 26 de 39

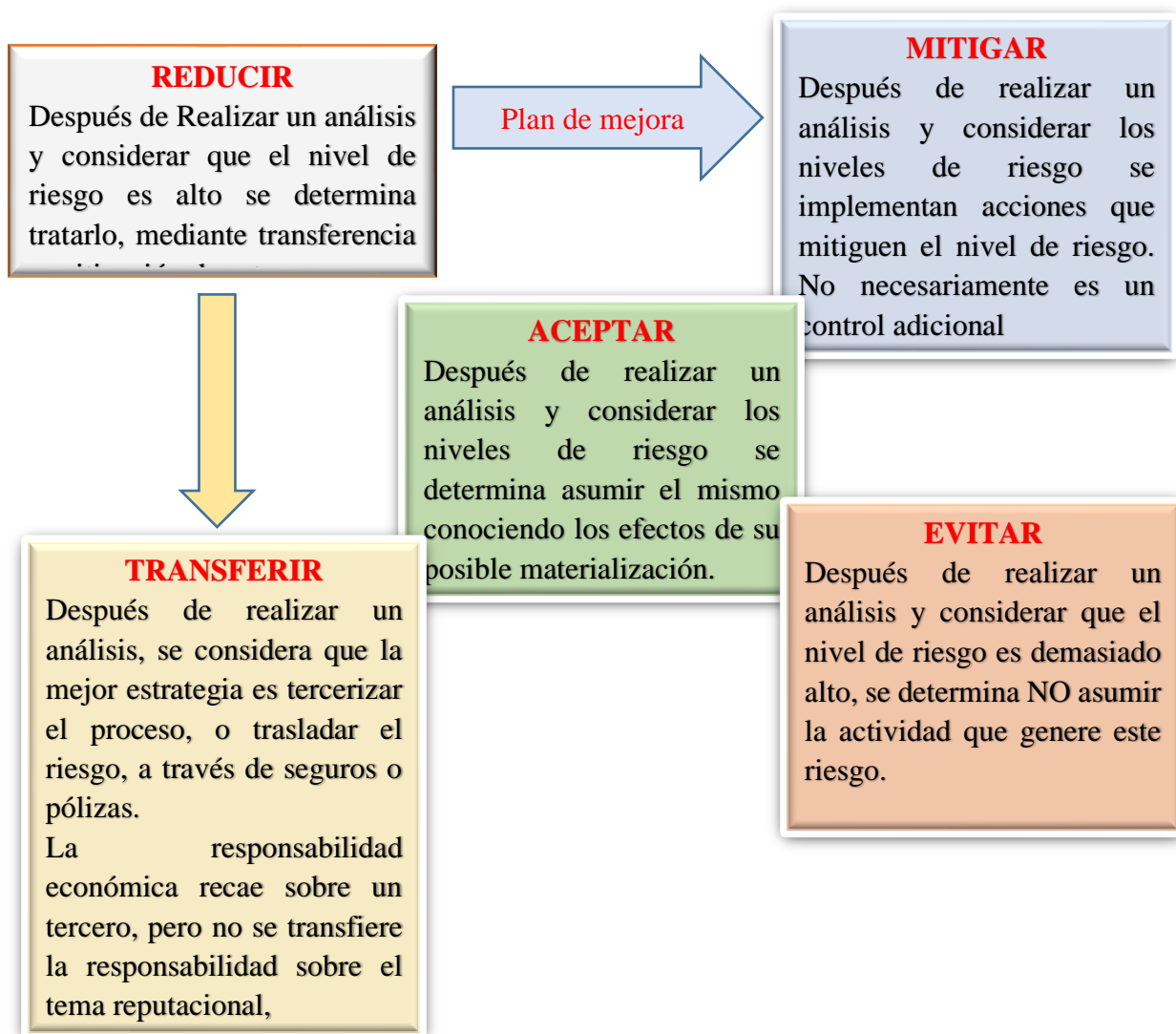
Características			Descripción	Peso
Atributos de eficiencia	Tipo	Preventivo	Va hacia las causas del riesgo, aseguran el resultado final esperado.	25%
		Detectivo	Detecta que algo ocurre y devuelve el proceso a los controles preventivos. Se pueden generar reprocesos.	15%
		Correctivo	Dado que permiten reducir el impacto de la materialización del riesgo, tienen un costo en su implementación.	10%
	Implementación	Automático	Son actividades de procesamiento o validación de información que se ejecutan por un sistema y/o aplicativo de manera automática sin la intervención de personas para su realización.	25%
		Manual	Controles que son ejecutados por una persona, tiene implícito el error humano.	15%
Atributos informativos	Documentación	Documentado	Controles que están documentados en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso.	--
		Sin documentar	Identifica a los controles que pese a que se ejecutan en el proceso no se encuentran documentados en ningún documento propio del proceso.	--
	Frecuencia	Continua	El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo.	--
		Aleatoria	El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo	--
	Evidencia	Con registro	El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control.	--
		Sin registro	El control no deja registro de la ejecución del control.	--

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------


		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
CODIGO:		DIR-MAN-002			
FECHA DE ELABORACIÓN:		29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS: Página 27 de 39

7.1.4. Estrategias para combatir el riesgo

Frente a un determinado nivel de riesgo, se toma una decisión y esta puede ser aceptar, reducir o evitar. Se analiza frente al riesgo residual, esto para procesos en funcionamiento, cuando se trate de procesos nuevos, se procede a partir del riesgo inherente. En la figura 19 se observan las tres opciones mencionadas y su relación con la necesidad de definir planes de acción dentro del respectivo mapa de riesgos.



Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:		DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:		29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 28 de 39

7.1.5. Monitoreo y revisión

Elaboración o actualización del Mapa de riesgos:

El mapa de riesgos contiene a nivel estratégico los mayores riesgos a los cuales está expuesta la entidad, permitiendo conocer las políticas como respuesta ante los riesgos identificados, tendientes a evitarlos, reducirlos, dispersarlos o transferirlos; o asumir el riesgo residual y la aplicación de acciones, así como los responsables, el respectivo cronograma y los indicadores, se elabora en el formato asignado para cada proceso que lleva el código la sigla inicial MR, seguido la sigla asignada a cada proceso y/o subproceso. Ejemplo: El código MR-SIE es para el subproceso de Sistemas de Información y Estadísticas.:

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO								
No. Riesgo	Nivel de aplicación del riesgo	Objetivo Institucional / Proceso / Producto / Activo / Actividad operativa	Objetivo específico / Activo específico / Aspecto ambiental / Tipo de peligro	Descripción del riesgo	Tipo de riesgo	Causas	Efectos/Impacto Ambiental	Dependencias en las que puede aplicar el riesgo

ANÁLISIS DEL RIESGO		
Probabilidad	Impacto	RIESGO INHERENTE


TRATAMIENTO DEL RIESGO			
Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo)	Tratamiento del Riesgo (Riesgo residual)

Monitoreo:

Una vez elaborado, aprobado y socializado el mapa de riesgo se requiere un seguimiento permanente para evaluar su pertinencia, su efectividad y determinar las acciones preventivas.

El monitoreo debe estar a cargo de los responsables de los procesos y de la Oficina de Control Interno, su finalidad principal será la de aplicar y sugerir los correctivos y ajustes necesarios para asegurar un efectivo manejo del riesgo.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA ELABORACIÓN:	DE 29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 29 de 39

La Oficina de Control Interno dentro de su función asesora comunicará y presentará luego del seguimiento y evaluación sus resultados y propuestas de mejoramiento y tratamiento a las situaciones detectadas.

8. CAPACITACIÓN

Corresponde a Talento Humano coordinar los procesos de capacitación en relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, en donde se incluyan acciones para fortalecer el conocimiento de los líderes de proceso y de sus equipos de trabajo.

De igual manera en el Plan Institucional de Capacitación PIC y en los programas de Inducción y Reinducción, se hace necesario incluir acciones para que el personal de planta y contratistas conozcan el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y su responsabilidad y Compromiso ante el mismo.


9. ROLES Y RESPONSABILIDADES

Los roles y responsabilidades están Orientados en las siguientes circulares de la Superintendencia Nacional de Salud:

- Circular Externa No. 20211700000005-5 DE 2021, donde se impartió instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018, adicionando funciones al Comité de Riesgos.
- Circular Externa No. 20211700000004-5 de 2021 impartió instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno, del sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas de administración de riesgos.
- Circular Externa No. 2022151000000053-5 de 2022 donde se dan lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno

A continuación, se definen los roles y funciones para cada uno de los sistemas:

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 30 de 39


Sistema Integrado de Gestión de Riesgos

Junta Directiva:

Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, la Junta Directiva tendrá las siguientes funciones:

- Aprobar las políticas de la entidad en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad y que son presentadas por el Comité de Riesgos, a partir del trabajo con las diferentes áreas de la entidad.
- Aprobar los reglamentos, manuales de procesos, procedimientos y funciones de las áreas pertenecientes a la entidad, así como sus respectivas actualizaciones.
- Aprobar el Código de Conducta y de Buen Gobierno. el sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- Aprobar el diseño y definir la periodicidad de los informes internos para los reportes de la gestión de los riesgos, especialmente los prioritarios que se van a presentar a las diferentes áreas de la entidad.
- Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo a los riesgos prioritarios.
- Aprobar las actuaciones en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios o cualquier excepción de las políticas, así como los planes de contingencia a adoptar en caso de presentarse escenarios extremos.
- Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, teniendo en cuenta las características de cada riesgo y el tamaño y complejidad de la entidad
- Realizar el nombramiento del Comité de Riesgos en caso de que la entidad decida establecerlo, definir sus funciones y aprobar su reglamento, de acuerdo con las normas legales que le apliquen.
- Pronunciarse y hacer seguimiento sobre los informes periódicos que elabore el Comité de Riesgos y la Revisoría Fiscal, respecto a los niveles de riesgo asumidos por la entidad, las medidas correctivas aplicadas para que se cumplan los límites de riesgo previamente establecidos y las observaciones o recomendaciones adoptadas para el adecuado desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
CODIGO:		DIR-MAN-002			
FECHA ELABORACIÓN:	DE	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS: Página 31 de 39


- Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de la exposición como mínimo a los riesgos prioritarios en los casos que aplique.
- Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas por la instancia responsable.
- Monitorear el cumplimiento de los lineamientos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos promoviendo su continuo fortalecimiento y que la toma de decisiones este en función de la selección e implementación de las estrategias para el tratamiento y control de los diversos riesgos y de su comportamiento.

Comité de Riesgos

Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a cargo del Comité de Riesgos:


- Asesorar a la Gerencia en la adecuada y correcta implementación y ejecución del sistema integrado de gestión del riesgo de la IPS.
- Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud y los demás a los que está expuestos la IPS.
- Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (salud, económicos, operativos, de grupo, lavado de activos, reputacionales, entre otros) asumidos por LA IPS, propios de su función en el SGSSS.
- Hacer seguimiento y evaluar periódicamente el funcionamiento de los comités internos de la institución relacionados con asuntos de salud, incluidos los de vigilancia epidemiológica, historias clínicas, infecciones, y farmacia.
- Velar por el cumplimiento y mejoramiento progresivo de los procesos y estándares relacionados con la seguridad del paciente.
- Supervisar los procesos de atención al paciente, velar por una atención humanizada, y medir y evaluar indicadores de atención (seguimiento y análisis de quejas y reclamos, orientación al usuario, tiempos de espera, etc.).

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 32 de 39

- Evaluar y formular a la Junta Directiva, las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone IPS SALUD TOLIMA, para mitigar su impacto. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.
- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el punto anterior, para cada uno de los riesgos identificados.
- Evaluar y formular a la Junta Directiva, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos,
- Evaluar y proponer a la Junta Directiva, el manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza LA IPS SALUD TOLIMA
- Evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva y al Representante Legal, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes.
- Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas LA IPS.
- Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva.
- Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos:
 - El comportamiento y los niveles de exposición de IPS SALUD TOLIMA a cada uno de los riesgos (como mínimo los riesgos prioritarios), así como las operaciones objetadas.
 - Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados.
 - Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.”

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 33 de 39

Programa de Transparencia y Ética Empresarial

Se delega al Oficial de Cumplimiento la administración del PTEE, con las siguientes funciones:

- Presentar con el representante legal, para aprobación de la junta directiva, la propuesta del PTEE.
- Presentar, por lo menos una vez al año, informes de la gestión del PTEE a la junta directiva. Como mínimo los informes deberán contener una evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del PTEE y, de ser el caso, proponer las mejoras respectivas. Así mismo, deberán demostrar los resultados de esta gestión.
- Velar porque el PTEE se articule con las Políticas de Riesgo adoptada por la junta directiva.
- Velará por el cumplimiento efectivo, eficiente y oportuno del PTEE.
- Garantizar la implementación de canales apropiados para permitir que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, acerca de presuntos incumplimientos del PTEE y posibles actividades sospechosas relacionadas con COF y soborno.
- Verificar la debida aplicación de la política de protección a denunciantes que la entidad haya establecido.
- Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación del PTEE.
- Realizar la evaluación del cumplimiento del PTEE como mínimo una vez al año.


Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - SARLAFT/PADM

Junta Directiva

Para la implementación del SARLAFT se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a la Junta Directiva:

- Aprobar las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que harán parte del SARLAFT
- Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.
- Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT, teniendo en cuenta las características del riesgo de LA/FT/FPADM y el tamaño de la entidad.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
--------------	--------------------	-----------	-------------------	-----------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
CODIGO:		DIR-MAN-002			
FECHA DE ELABORACIÓN:		29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS: Página 34 de 39

Este equipo de trabajo humano y técnico debe ser de permanente apoyo para que el Oficial de Cumplimiento lleve a cabalidad sus funciones


- Asignar un presupuesto anual para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de personal, capacitación, asesorías, consultorías, y lo necesario para mantener la operación del SARLAFT en la compañía y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento y su equipo.
- Designar al Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente. Para efectos de dar cumplimiento a esta Circular, la Junta Directiva dará a conocer el nombramiento del Oficial de Cumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud, indicando nombre, profesión, cargo adjunto o de desempeño alterno, teléfonos de contacto y correo electrónico. Esta información y su respectiva actualización o modificación, deberá realizarse a través del módulo de datos generales o aplicativos de reporte de información que la Superintendencia Nacional de Salud disponga para ellos. En el caso de las entidades públicas la designación se realizará de acuerdo con los términos de Ley que les aplique.
- Incluir en el orden del día de sus reuniones, la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento, por lo menos una vez al año o cuando éste lo determine necesario.
- Pronunciarse sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal y realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas.
- Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y Reporte de las Operaciones Sospechosas (ROS).
- Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo del SARLAFT.
- Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de las operaciones inusuales.

Oficial de Transparencia

Para la implementación del SARLAFT el oficial de cumplimiento de IPS, SALUD TOLIMA tendrá las siguientes funciones:


- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el SARLAFT;

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
CODIGO:		DIR-MAN-002			
FECHA DE ELABORACIÓN:		29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS: Página 35 de 39

- Elaborar y desarrollar los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación del SARLAFT;
- Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones que realiza la entidad;
- Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad;
- Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos;
- Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT de la entidad;
- Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de LA/ FT y velar por su cumplimiento;
- Proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, al empresario en el caso de las empresas unipersonales o al accionista único en la sociedad por acciones simplificada, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas del SARLAFT;
- Proponer a la administración la actualización del manual de procedimientos y velar por su divulgación a los funcionarios
- Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte de estas dos últimas a la UIAF;
- Realizar todos los reportes a la SNS, incluidas las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos;
- Mantener actualizados los datos de la entidad y el oficial de cumplimiento con la UIAF, utilizando los canales de comunicación correspondientes;
- Informar a la UIAF cualquier cambio de usuario del Sistema de Reporte en Línea (SIREL);
- Gestionar adecuadamente los usuarios del Sistema de Reporte en Línea (SIREL);
- Revisar los documentos publicados por la UIAF en la página web como anexos técnicos, manuales y utilidades que servirán de apoyo para la elaboración de los reportes;
- Diseñar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT;
- Analizar los informes presentados por la auditoría interna o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
CODIGO:		DIR-MAN-002			
FECHA DE ELABORACIÓN:		29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS: Página 36 de 39

para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas de SARLAFT;


- Elaborar y someter a la aprobación de la Junta Directiva o el órgano que haga sus veces, los criterios objetivos para la determinación de las operaciones sospechosas, así como aquellos para determinar cuáles de las operaciones efectuadas por usuarios serán objeto de consolidación, monitoreo y análisis de operaciones inusuales;
- Presentar cuando menos, de forma semestral a los administradores y anualmente a la Junta Directiva o quien haga sus veces, al empresario en el caso de las empresas unipersonales o al accionista único en la sociedad por acciones simplificada unipersonal, un informe por escrito donde exponga el resultado de su gestión.

Subsistemas de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno –SICOFS

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOFS, debe contemplar como mínimo las siguientes funciones a cargo de la Junta Directiva:

- Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOFS, con fundamento en las recomendaciones del Oficial de Cumplimiento.
- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de cumplimiento y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude de la entidad.
- Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICOFS, que realicen los órganos de control.
- Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOFS.
- Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento.
- Conocer los informes relevantes respecto del SICOFS, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
CODIGO:		DIR-MAN-002			
FECHA ELABORACIÓN:	DE	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS: Página 37 de 39


- Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias a través de informes periódicos que presente el oficial de cumplimiento para la ejecución del SICOF, sobre la gestión del mismo en la entidad y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.
- Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formulen el oficial de cumplimiento y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Analizar los informes que presente el oficial de cumplimiento para la ejecución del SICOF respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos de Corrupción, Opacidad o Fraude y evaluar la efectividad de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.

Gerente o Representante Legal

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

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.
- Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
- Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de este Riesgo implica para la entidad.
- Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
- Recibir y evaluar los informes presentados por el oficial de cumplimiento por la entidad para la ejecución del SICOF, de acuerdo con los términos establecidos en la presente Circular.
- Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la presente Circular.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

		MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO			
INSTITUCIÓN:		SALUD TOLIMA S.A.S			
PROCESO:		IMÁGENES DIAGNOSTICAS			
CODIGO:		DIR-MAN-002			
FECHA ELABORACIÓN:	DE	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS: Página 38 de 39


- Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada Administración del Corrupción, Opacidad y Fraude a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

Oficial de Cumplimiento

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

- Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones
- Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva o quien haga sus veces, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en esta Circular.
- Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la entidad.
- Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.
- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la presente Circular.
- Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF.
- Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.
- Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DEL RIESGO				
INSTITUCIÓN:	SALUD TOLIMA S.A.S				
PROCESO:	IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
CODIGO:	DIR-MAN-002				
FECHA DE ELABORACIÓN:	29-10-2024	VERSIÓN:	01	PAGINAS:	Página 39 de 39

- Informar al máximo órgano social u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.
- Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración del máximo órgano social.
- Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin
- Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
- Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOE, en desarrollo de las directrices impartidas por el máximo órgano social, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
- Elaborar el plan anual de acción del SICOE y darle estricto cumplimiento.
- Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOE.

10.CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	MOTIVO DEL CAMBIO O ELABORACION	RESPONSABLE	FECHA
1.0	Creación del Documento	Henry Prada Gaitan	29/10/2024

Responsable:	Asesora de Calidad	Revisado:	Comité de Calidad	Aprobado:	Gerente de la institución
---------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------	---------------------------