


 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN LA SDS
3. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN LA SDS
4. MARCO LEGAL
5. GLOSARIO DE TÉRMINOS
6. IDENTIFICACIÓN DEL CONTEXTO ESTRATÉGICO
7. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS:
 - 7.1 Riesgo
 - 7.2 Causas
 - 7.3 Efectos o consecuencias
 - 7.4 Análisis del Riesgo
 - 7.5 Probabilidad
 - 7.6 Impacto
 - 7.7 Calificación del riesgo
8. VALORACIÓN DEL RIESGO INHERENTE
9. IDENTIFICACIÓN DE CONTROLES
 - 9.1 Controles de seguimiento a la gestión
 - 9.2 Controles operativos
 - 9.3 Controles Legales
 - 9.4 Controles en los sistemas de información
 - 9.5 Controles físicos
 - 9.7 Periodicidad del Control
 - 9.8 Indicadores
10. AUTOEVALUACIÓN DEL RIESGO Y CONTROL
 - 10.1 Objetivos de la autoevaluación del control
 - 10.2 Responsabilidad en la aplicación de la autoevaluación del control
 - 10.3 Aplicación del lineamiento AERC(autoevaluación del riesgo y control I
 - 10.3.1 Tipo de control
 - 10.3.2 Herramientas para ejercer el control
 - 10.3.3 Seguimiento al control
11. OPCIONES DE MANEJO DEL RIESGO RESIDUAL
 - 11.1 Evitar el Riesgo
 - 11.2 Reducir el riesgo

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

11.3. Compartir o transferir el riesgo

11.4 Asumir o aceptar el riesgo

12. ACCIONES DE TRATAMIENTO DEL RIESGO RESIDUAL

12.1 Acciones de mejoramiento

12.2 Indicador y fórmula

13. INFORMES DE GESTIÓN DE RIESGOS

13.1 Acciones de mejora

13.2 Control de seguimiento a las acciones y responsables

14. MONITOREO Y REVISIÓN EXTERNA:

15. CICLOS DE CONTROL Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MAPAS DE RIESGOS

16. MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

16.1 Marco Normativo



16.2 Identificación de riesgos de corrupción y sus causas

16.5 Análisis del riesgo

16.6 Valoración del riesgo

16.7 Seguimiento a los riesgos de corrupción

17. BIBLIOGRAFIA



 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

1. INTRODUCCIÓN

La SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD , en desarrollo de sus objetivos estratégicos, realiza una serie de acciones para implementar buenas prácticas de gobierno corporativo referidas a la operación de sus procesos, la gestión de los riesgos y el control de su gestión, bajo los lineamientos establecidos a este respecto en la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública - NTCGP 1000:2009, en la Guía Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública.

En este contexto, la gestión de riesgos es para SDS una actividad intrínseca al desempeño de su misión, que implica el establecimiento de infraestructura y cultura adecuadas, así como la aplicación de un método sistemático y lógico para identificar y administrar los riesgos asociados al quehacer de los procesos misionales, estratégicos, de apoyo, evaluativos, corrupción e institucionales, bajo un enfoque preventivo que permita proponer y establecer acciones de tratamiento de riesgo que brinden a la alta dirección, a todos los colaboradores y en general, a todas las partes interesadas en su gestión, seguridad razonable con respecto al logro de lo planificado y esperado. Para la formulación de la Política de Administración de Riesgos y los lineamientos que soporta su implementación en la entidad, se estudiaron estándares internacionales tales como la Norma Australiana de Administración de Riesgos AS/NZ 4360, la Norma Técnica ISO 31000, entre otros, que responden y complementan los lineamientos que al respecto ha establecido la Función Pública, en el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2014 y en la Guía de Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública en su última versión.

Esta política y lineamiento es aplicable en todos los procesos, procedimientos y proyectos de la entidad y compromete a la alta dirección y los colaboradores de la

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

SDS en su aplicación en la dirección, gestión, operación y control de los procesos, proyectos, planes y programas que se adelantan en la gestión cotidiana de la entidad.

2. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN LA SDS

*Generar una visión sistémica acerca de la administración y evaluación de riesgos, consolidando un ambiente de control adecuado a la entidad y un direccionamiento estratégico, que fije orientación clara y planeada de la gestión suministrando las bases para el adecuado desarrollo de la Actividad de Control.

*Reducir la vulnerabilidad y fortalecer la prevención y mitigación de los efectos de los riesgos.

*Proteger los recursos de la entidad, resguardándolos de la materialización de los riesgos.



*Generar mecanismos de prevención ante posibles situaciones de crisis en la Secretaría Distrital de Salud, que puedan afectar su gestión habitual.

* Incluir dentro de los procesos, las acciones de mitigación de riesgos.

*Analizar dentro de los procesos, los riesgos de sus activos de información relacionados con acceso no autorizado o pérdida de confidencialidad, pérdida de integridad y pérdida de la disponibilidad del activo de información.

*Identificar para cada proceso, además de los otros tipos de riesgos, los relacionados con la corrupción, con sus respectivas medidas para mitigar la ocurrencia de los factores internos y externos que los puedan generar.

*Involucrar y comprometer a todos los servidores de la Secretaría Distrital de Salud y a los particulares que cumplan funciones al interior de ella, en la búsqueda de acciones encaminadas a prevenir y administrar los riesgos.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

*Brindar una orientación metodológica clara en el tema de gestión de riesgos que permita a los procesos institucionales gestionarlos y establecer acciones de mejora con base en la gestión de ellos.

3. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN LA SDS



La Política de Administración de Riesgos en la Secretaría Distrital de Salud, se fundamenta a través del tratamiento de los riesgos de gestión institucional por procesos y proyectos de inversión, que incluya los asociados a: activos de información; seguridad y salud ocupacional; gestión ambiental; procesos de selección y/o contratación; y los posibles riesgos relacionados con eventos de corrupción, para garantizar el cumplimiento de la misión, visión y objetivos institucionales.

4. MARCO LEGAL

*Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones, artículo 2 literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Artículo 2 literal f). Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.

* Ley 489 de 1998. Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública.

*Ley 1474 de 2011: Estatuto anticorrupción Artículo 73: “Plan anticorrupción y de atención al ciudadano, que “deben elaborar anualmente todas las entidades

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

incluyendo el mapa de riesgos de corrupción las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.



*Ley 1712 de 2014 Por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones".

*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. Cuarto párrafo. Son objetivos del sistema de control interno (...) definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones... Artículo 3. El rol que deben desempeñar las oficinas de control interno (...) se enmarca en cinco tópicos (...) valoración de riesgos. Artículo 4. Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas (...).

*Decreto 4485 de 2009 Por el cual se adopta la actualización de la NTCGP a su versión 2009. Numeral 4.1 Requisitos Generales Literal g) establecer controles sobre los riesgos identificados y valorados.....”

*Directiva presidencial 09 de 1999, lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.

*Resolución interna 2173 de 2014 “Por la cual se modifican los roles y responsabilidades de la Política de Administración de Riesgos en la Secretaría Distrital de Salud “

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS:

*Aceptar el riesgo: Decisión informada de aceptar las consecuencias y probabilidad de un riesgo en particular.



*Autoevaluación de riesgos y Controles: son los mecanismos de evaluación y verificación que determinan la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos, permitiendo acciones de mejoramiento del control requeridas. En la entidad la periodicidad de la auto evaluación del control se encuentra establecida de acuerdo a la Resolución 2173 de 2014.

*Causas: Son los medios, las circunstancias y agentes generadores de riesgo. Sujetos u objetos que tienen la capacidad de originar un riesgo.

*Contexto Estratégico: Son condiciones internas y del entorno que pueden generar oportunidades o afectar negativamente el cumplimiento de la misión visión u objetivos del proceso.

*Control Preventivo: Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable. Para nuestra entidad esta definición se homologará a la definición de Acción preventiva contenida en la norma NTCGP 1000:2009; como el enfoque de nuestra entidad para la gestión de riesgos es de tipo preventivo este control o acción será el de mayor elección para gestionar los riesgos institucionales.

*Control correctivo: Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

*Compartir el Riesgo: Es la forma de protección en que la entidad disminuye las pérdidas luego de que ocurra la materialización de un riesgo, se puede realizar mediante contratos, seguros, cláusulas contractuales.

*Efectos: Son las consecuencias de la ocurrencia del riesgo, se dan sobre las personas o los bienes materiales o inmateriales.



*Gestión del riesgo: Son los principios y lineamientos para la gestión “EFECTIVA” de los riesgos. Contribuye a la consolidación del Sistema de Control Interno. Genera “Cultura de Autocontrol y Autoevaluación”

*Impacto: Se entiende como las consecuencias que puede ocasionar al proceso o a la organización la materialización del riesgo

*Riesgo: Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o del proceso. Se expresa en términos de probabilidad y ocurrencia.

*Riesgo de Corrupción: Se entiende por riesgo de corrupción la posibilidad de que por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de la entidad y en consecuencia del estado, para la obtención de un beneficio particular.

*Mapa de Riesgos: Herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos ordenada y sistemáticamente, definiéndolos, haciendo una descripción de cada uno de ellos.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

*Mapa de Riesgos de Corrupción: Para la SDS es la herramienta metodológica que permite visualizar el inventario de los "posibles eventos" (riesgos) de corrupción que puedan entorpecer el cumplimiento de los objetivos institucionales o de los procesos y se encuentra en coherencia con el cumplimiento de la Ley 1474 de 2011.

*Mapa de Riesgos por procesos: Es un esquema que permite visualizar el inventario de los "riesgos" en los procesos y que puedan entorpecer el cumplimiento de los objetivos y de la misión institucional que le ha sido asignada.

*Mapa de Riesgos Institucional: Para la SDS el mapa de riesgos institucional es el esquema que consolida los principales riesgos del orden estratégico que son transversales en la institución.



*Monitorear: es comprobar, supervisar, observar o registrar la forma en que se lleva a cabo una actividad con el fin de identificar posibles cambios.

*Probabilidad: se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo, puede ser medida en criterios de tiempo.

*Riesgo Inherente: Es aquel que enfrenta la SDS en ausencia de acciones por parte de los procesos para modificar su probabilidad e impacto.

*Riesgo Residual: Nivel de riesgo que permanece luego de tomar medidas de tratamiento del riesgo

*Reducción del Riesgo: aplicación de controles para reducir las probabilidades de ocurrencia de un evento y/o su ocurrencia.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

6. IDENTIFICACIÓN DEL CONTEXTO ESTRATÉGICO:



El contexto estratégico permite identificar las condiciones internas y externas que pueden originar oportunidades o afectar negativamente, el cumplimiento de la misión, los objetivos institucionales o los objetivos de los procesos.

Las situaciones externas, están relacionadas con el entorno social cultural, tecnológico económico, político o legal. Las situaciones internas se relacionan con la estructura, la cultura organizacional, el cumplimiento de los planes y programas, sistemas de información, procesos, procedimientos, recursos humanos con los que cuenta la entidad.

La identificación del contexto estratégico permite a los procesos y a la entidad tener un panorama general, para así entrar a identificar cuáles son los posibles riesgos de los procesos, institucionales o de corrupción que puedan entorpecer el normal cumplimiento de la misión y los objetivos del proceso.

Para la identificación del contexto estratégico es importante tener en cuenta aspectos como inventarios de eventos, análisis de los procesos, registros históricos experiencias significativas, informes de años anteriores, cambios normativos e institucionales importantes.

La identificación del contexto estratégico, deberá realizarse mediante mesas de trabajo confirmadas por personas que participan en el proceso y que tienen un conocimiento claro y puedan aportar en la identificación de factores claves que ayuden al mejoramiento institucional.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

7. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS:

Para la identificación de los riesgos en nuestra entidad utilizaremos la herramienta de uso para la documentación del Sistema Integrado de Gestión.



7.1 Riesgo: Es importante que el proceso o la entidad se centre en los riesgos más significativos relacionados con los objetivos del proceso o con los objetivos institucionales. Se pueden utilizar algunas preguntas claves para la identificación del riesgo éstas son: Qué puede suceder? Como puede suceder?.

Es importante resaltar que en el proceso de identificación de riesgos, es posible que estos tengan múltiples causas y múltiples efectos o consecuencias.

Los riesgos nunca desaparecen siempre están latentes en los procesos, la opción de tratamiento será monitorearlos o controlarlos permanentemente.

En el caso de la implementación de nuevos servicios en los procesos deberán identificarse y gestionarse los eventos potenciales (riesgos) que puedan entorpecer la gestión y establecer los controles para mitigarlos.

7.2 Causas: Las causas son los medios o agentes generadores de riesgos, estos se entienden como los sujetos u objetos que tienen la capacidad de originar un riesgo. Para identificar las causas podremos utilizar la frase "Debido a". Recordemos que los riesgos son multicausales es decir un solo riesgo puede tener muchas causas que lo materialicen.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

7.3 Efectos o consecuencias: constituyen las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad o del proceso. Estos se pueden dar sobre los bienes materiales o inmateriales con incidencias importantes como: daños físicos, fallecimiento, sanciones, pérdidas económicas, de información, bienes, imagen, credibilidad, confianza, interrupción del servicio, daño ambiental o de las personas. Para nuestra entidad un solo riesgo puede generar múltiples efectos o consecuencias.



7.4 Análisis del Riesgo: busca establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el impacto que puede generar sobre la entidad o sobre el proceso. Esta calificación se logra sobre la estimación de la probabilidad y el impacto.

7.5 Probabilidad: es la posibilidad de ocurrencia de riesgo y para la SDS se mide con criterios de frecuencia (tiempo) tal como lo observaremos más adelante en la escala de calificación (Ejm: Número de veces en un tiempo determinado)

7.6 Impacto: son las consecuencias que puede ocasionar a la organización o al proceso la materialización del riesgo.

7.7 Calificación del riesgo: para nuestra entidad adoptaremos la escala de calificación propuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública que se muestra a continuación:

PROBABILIDAD

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
1	Raro	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales.	No se ha presentado en los últimos 5 años.
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos de 1 vez en los últimos 5 años.
3	Posible	El evento podría ocurrir en algún momento	Al menos de 1 vez en los últimos 2 años.
4	Probable	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	Al menos de 1 vez en el último año.
5	Casi Seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de 1 vez al año.

IMPACTO

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN
1	Insignificante	Si el hecho llegara a presentarse, tendría consecuencias o efectos mínimos sobre la entidad.
2	Menor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría bajo impacto o efecto sobre la entidad.
3	Moderado	Si el hecho llegara a presentarse, tendría medianas consecuencias o efectos sobre la entidad.
4	Mayor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre la entidad.
5	Catastrófico	Si el hecho llegara a presentarse, tendría desastrosas consecuencias o efectos sobre la entidad.

8. VALORACIÓN DEL RIESGO INHERENTE: Esta valoración del riesgo es el producto de confrontar el impacto y la probabilidad del riesgo para tomar acciones de tratamiento del mismo. De acuerdo a los resultados, el riesgo se ubicará en una zona de tratamiento para luego establecer los controles y recalificar el riesgo residual. Nuestra herramienta de uso, calificará de manera automática el riesgo identificado según la gráfica que se muestra a continuación:

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	Insignificante (1)	Menor (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	Catastrófico (5)
Raro (1)	B	B	M	A	A
Improbable (2)	B	B	M	A	E
Posible (3)	B	M	A	E	E
Probable (4)	M	A	A	E	E
Casi Seguro (5)	A	A	E	E	E



B: Zona de riesgo Baja: Asumir el riesgo
M: Zona de riesgo Moderada: Asumir el riesgo, Reducir el riesgo
A: Zona de riesgo Alta: Reducir el riesgo, Evitar, Compartir o Transferir
E: Zona de riesgo Extrema: Reducir el riesgo, Evitar, Compartir o Transferir

9. IDENTIFICACIÓN DE CONTROLES: Luego de identificar los riesgos inherentes de nuestro proceso procederemos a identificar los controles preventivos o correctivos que ayudan a mitigar la ocurrencia de los riesgos. Recordemos que en nuestro glosario de términos hemos homologado los términos de control preventivo y acción preventiva y que el enfoque de nuestra política de riesgo es de tipo preventivo, por lo tanto estos serán los controles que en mayor parte se elegirán para gestionar los riesgos de la entidad.

A continuación se citan algunos ejemplos de controles que pueden servir de guía.

9.1 Controles de alto nivel:

***Comités directivos:** La alta dirección analiza los planes, los aprueba y asegura que se designen responsables y recursos para la ejecución de los planes y programas. Se deja evidencia de las decisiones tomadas por la dirección.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---



***Comités de dirección o ampliados:** el responsable del proceso se reúne en forma periódica con sus colaboradores para establecer planes, asignar responsabilidades, identificar recursos y retroalimentar a su equipo sobre las acciones adelantadas en los comités de dirección. Se deja evidencia de las acciones y decisiones tomadas.

***Directrices:** son todas las acciones de rectoría generadas internamente o desde el nivel externo (normatividad interna o externa). Estas directrices se encuentran documentadas, mediante políticas internas, resoluciones internas o externas, circulares.

***Presupuestos:** son los planes con que cuenta la entidad para el desempeño de su gestión, tales como planes y presupuestos.

***Seguimiento:** Son todas aquellas acciones adelantadas por los líderes de los procesos para hacer seguimiento, verificar el cumplimiento y tomar las acciones correctivas o preventivas requeridas sobre la gestión de los planes y programas, los procedimientos, políticas de operación claras y aplicadas, informes de gestión, monitoreo de riesgos y cumplimiento de las metas. Se evidencian a través de Rendición de cuentas, BSC (Tablero de mando integrado), actas de reunión de Comités directivos, acciones y planes de mejoramiento en los que se evidencia las decisiones y actuaciones realizadas.

***Prácticas de buen Gobierno:** Son los principios y valores que desde la alta dirección trazan el comportamiento ético de la entidad y se materializan a través de: Carta de valores, código de Buen Gobierno, políticas de riesgo, talento humano, medio ambiente, responsabilidad social entre otras.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

9.3 Controles de función directa

***Análisis:** acciones adelantadas en forma directa por los profesionales con personal a cargo responsables de los procesos con el propósito de evaluar el cumplimiento el desempeño, la gestión y los resultados, mediante la revisión de informes, reuniones con equipo de trabajos, identificación de hechos, causas y oportunidades de mejora.



***Revisión:** Funciones directas de los profesionales con personal a cargo responsables de las actividades o procesos para verificar el cumplimiento, desempeño, la gestión y los resultados del proceso y de las responsabilidades delegadas.

***Aprobación:** Funciones directas de los profesionales con personal a cargo responsables de las actividades o procesos mediante las cuales se aprueba y convalida con una firma los resultados del proceso, el suministro de información para la toma de decisiones o se autorizan actuaciones y/o las responsabilidades delegadas. Acto por parte del líder de proceso o responsable de la actividad.

9.3 Controles de Políticas y Procedimientos

***Políticas de Operación:** son los lineamientos formulados por las personas que operan el proceso y permiten evidenciar las directrices para la adecuada gestión u operación del mismo.

***Procedimientos:** deben estar establecidos, documentados, implementados y actualizados. (ISO 9001, NTCGP 1000, ISO 27001, ISO 14001 entre otras)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

***Instructivos** lineamientos son documentos que soportan a los procedimientos con tareas más específicas

***Normograma:** recopilación de normas de carácter legal, jurídico o reglamentario tanto internas como externas permite conocer el marco normativo aplicable a los procesos institucionales y hace parte del principio de Autoregulación que la entidad pública debe ejercer.

9.4 Segregación de funciones



***Estructura del Proceso:** corresponde a la estructura organizacional que participa en la gestión del proceso, en la que se pueden establecer claramente las responsabilidades sobre aprobaciones, revisiones y ejecución operativa de las actividades del proceso.

***Documento de delegación de responsabilidades:** Asignación de responsabilidades por límites, atribuciones, entre otros, formalizadas a través de un documento (memorando,circular) que evidencie dicha delegación por quien está autorizado para hacerlo.

9.5 Controles de sistemas de información:

***Compleitud (Completeness):** controles en sistemas de información que validan que todos los datos requeridos o que todas las operaciones son ingresadas al sistema de información.

***Precisión (Accuracy):** validaciones realizadas por los sistemas para verificar que un dato corresponde al requisito establecido.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

***Validación (Validity):** aprobación de que los datos están completos y precisos en los sistemas de información.

***Segregación de funciones o roles para la operación de los sistemas de información :** cada persona con acceso al sistema tiene asignado un rol que tiene la funcionalidad requerida y autorizada para el desempeño de su función.



***Controles generales del sistema de información:** incluyen la gestión de cambios al sistema de información desde el momento en que se formulan los requerimientos, hasta que se realizan las pruebas y se implementa; seguridad de la información que asegura que se salvaguarda la confidencialidad integridad y disponibilidad de los sistemas de información que apoyan al proceso; y procesos operativos en el área de sistemas que deben ser controlados.

9.6 Controles Físicos:

***Inventarios:** de elementos físicos, documentos para verificar que las existencias corresponden con los saldos son reales y adecuados para su gestión.

***Protección Física:** lo que incluye control de acceso a las instalaciones del proceso, áreas seguras para la custodia, extintores, detectores de humo, elementos de protección personal, entre otros.

***Cobertura:** son pólizas de cumplimiento, responsabilidad civil, protección de activos, financiera, de calidad y de cobertura legal entre otras. Acuerdos interinstitucionales para la custodia almacenamiento o salvaguarda de activos entre otros.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

9.7 Periodicidad del Control: la periodicidad del control se establece en tiempo y se debe determinar de acuerdo al concimiento y experticia de quien desarrolla el control, puede determinarse en minutos, horas, días, meses, años.

9.8 Indicadores:

***Eficacia:** cumple con lo que se comprometió y es un indicador de resultado



***Eficiencia:** es un indicador de productividad de resultado VS recursos.

***Efectividad:** son indicadores de impacto

***Balanced Scorecard o cuadro de mando integrado :** Es un método para medir las actividades de una entidad en términos de su visión y estrategia. Proporciona a los directivos una mirada global del desempeño de la entidad en términos de cumplimiento de objetivos y metas.

Es importante recordar que los controles se relacionan con el verificar del ciclo PHVA y que para la identificación de un control contamos con un patrón o un estándar sobre el cual podemos comparar. *Ejm: listas de chequeo para verificar requisitos de hoja de vida de una contratista, este es un control que evita o minimiza la falta de documentos legales y obligatorios para el ingreso de un contratista a la entidad.*



10. AUTOEVALUACIÓN DEL RIESGO Y CONTROL: La autoevaluación del riesgo y control AERC tiene como objetivo evaluar y comunicar el riesgo y la efectividad general de los controles establecidos en los procesos de la Secretaría Distrital de Salud - SDS. Para nuestra entidad la autoevaluación del control es

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

una evaluación interna que cada proceso debe realizar para verificar si los controles internos de su proceso se encuentran operando satisfactoriamente y es un elemento de control que hace parte del Sistema de Control Interno Institucional. Luego de la identificación, análisis, valoración e identificación de controles de nuestros riesgos por proceso procederemos a evaluar las características de los controles para determinar si cuentan con unos atributos mínimos de operación.

10.1 Objetivos de la autoevaluación del control

- Facilitar la adhesión de la SDS a los requerimientos legales, incluyendo los establecidos en el Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento Componente Autoevaluación Institucional del Modelo Estándar de Control Interno.
- Apoyar las iniciativas institucionales, incluyendo la política y lineamientos para la Gestión de Riesgos, implementada en la SDS mediante la normatividad interna vigentes .
- Establecer los lineamientos para “Revisar y Monitorear Continuamente” la gestión de riesgos en la SDS, conforme a lo establecido en el “Procedimiento para la Gestión de Riesgos”
- Facilitar el reporte apropiado de los riesgos y la evaluación de la eficacia de los controles en los procesos institucionales, para comunicar los resultados a los líderes de los procesos y al Comité de Calidad y Control Interno.
- Promover el uso de indicadores de riesgo.
- Establecer un estándar consistente para la medición y reporte sobre el avance en la gestión de riesgos de la SDS.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

10.2 Responsabilidad en la aplicación de la autoevaluación del riesgo y control

*La Alta Dirección:

El Secretario de Salud del Distrito y los Directivos de la SDS, en el Comité del Sistema Integrado de Gestión, tienen la responsabilidad de realizar revisiones a los informes de autoevaluación de riesgo y control por lo menos una vez al año, con el fin de verificar la eficacia en la operación de los controles y la gestión de los procesos a su cargo.



*Líder de Proceso:

Será compromiso del líder del proceso:

- *Brindar los espacios y proporcionar el recurso humano para el desarrollo de la autoevaluación.
- *Asegurar la veracidad de la información contenida en la Autoevaluación del Riesgo y Control de los procesos a cargo.
- *Garantizar la formulación, implementación y cierre de los planes de mejoramiento necesarios, producto de los resultados de la Autoevaluación del Riesgo y Control.

*Representante de la Alta Dirección con relación a la Autoevaluación del Riesgo y Control (Director de Planeación Institucional y Calidad)

- *Generar directrices para la formulación de lineamientos, la orientación y coordinación de las actividades de implementación relacionadas con el Componente Autoevaluación del Modelo Estándar de Control Interno.
- *Someter a consideración de la Alta Dirección los resultados de las autoevaluaciones.
- *Garantizar la existencia de herramientas informáticas que consoliden la Gestión de riesgos Institucionales.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

*Actualizar los lineamientos para la gestión de riesgo institucional

***Profesionales Especializados o universitarios:**

Los profesionales especializados o universitarios de planta o contrato, responsables de los procesos y procedimientos de las distintas oficinas asesoras, subsecretarías, direcciones o subdirecciones de la entidad, son quienes deben liderar las acciones necesarias para garantizar la adecuada identificación, implementación, evaluación y respuesta ante el riesgo en relación con el logro de los objetivos. Ellos deben asegurar que los procesos empleados cumplen la Lineamientos de Autoevaluación de Riesgo y Control de la SDS y que se han implantado y se evalúa la eficacia de los controles existentes.

***Roles y responsabilidades del Equipo SIG de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad:**

El Equipo cumplirá los siguientes roles y responsabilidades:

*Adelantar el proceso de diseño e implementación del Componente Autoevaluación bajo las orientaciones del representante de la dirección.



*Capacitar a los gestores y responsables de los procesos en la aplicación de los lineamientos AERC en los procesos.

*Asesorar a las áreas de la entidad en el diseño e implementación del Componente Autoevaluación.

*Trabajar en coordinación con los gestores SIG designados por las subsecretarías, direcciones, subdirecciones y oficinas en aquellas actividades requeridas para la implementación del Componente Autoevaluación.

***Gestores SIG de las subsecretarías, direcciones, subdirecciones y oficinas**

Será responsabilidad de los Gestores SIG:

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

*Coordinar con el líder del proceso las actividades necesarias para el desarrollo de la Autoevaluación del control.

*Coordinar las actividades de emisión y resultado del informe de autoevaluación en conjunto con el referente de planeación.

*Socializar los resultados a la dirección en conjunto con el referente de la dirección de Planeación.

***La Oficina de Control Interno**

La Oficina de Control Interno juega un papel fundamental en el funcionamiento de la Autoevaluación de Riesgo y Control, proporcionando un seguimiento objetivo de su aplicación y eficacia, el cual puede realizarse conjuntamente con las auditorías a la Administración del Riesgo. Dentro de este papel, la Oficina de Control Interno debe informar a la dirección los resultados de las evaluaciones sobre:

*El cumplimiento y aplicación de la Autoevaluación de Riesgo y Control al interior de los procesos.

*La eficacia y eficiencia de los controles en los procesos.



*Hacer seguimiento a la evaluación de los riesgos y al cumplimiento de las acciones de mejora propuestas, por cada uno de los procesos.

***Todos los colaboradores de la SDS**

Cada servidor de la entidad, independiente de su tipo de vinculación o nivel jerárquico, es responsable de la identificación, implementación, autoevaluación y respuesta ante el riesgo en relación con el logro de los objetivos institucionales.

10.3 Aplicación de la autoevaluación del riesgo y control:

La autoevaluación del control se realizará en la herramienta para la gestión de riesgos institucional formalmente establecida, módulo de autoevaluación se

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

encontrará la transcripción de los riesgos y controles identificados para cada proceso institucional. Es importante recalcar que la autoevaluación del control es una evaluación interna que el proceso realiza para detectar oportunidades de mejoramiento y detectar desviaciones que no permitan el cumplimiento del objetivo del proceso y por ende los objetivos institucionales.

A continuación se describe de manera detallada el desarrollo de la autoevaluación del control.



10.3.1 Tipo de Control: para nuestra entidad se tienen establecidos dos tipos de control preventivo o correctivo (ver definición glosario de términos) de acuerdo a la clasificación del control de manera automática la herramienta determinará si el control disminuye la probabilidad o el impacto.

10.3.2 Herramientas para ejercer el control:

***Herramienta para ejercer el control:** La herramienta para ejercer el control se define como el instrumento implementado para la operación del control de acuerdo al lineamientos, se deberá registrar si o no el proceso cuenta con algún tipo de herramienta (sistema de información, base de datos registro u otro que permita dejar la trazabilidad del control)

***Control Documentado:** Se define control documentado cuando existen documentos o registros que evidencien la operación del mismo. Para efectos de la autoevaluación registre si o no se encuentra documentado.

***Efectividad del control:** se deberá registrar si o no si el control ha ayudado a la mitigación del riesgo, esta respuesta dependerá de un análisis juicioso que debe

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

realizar el proceso con respecto a la correlación que exista entre el riesgo y el control y la materialización del riesgo en el periodo evalaudo.



10.3.3 Seguimiento al control

***Responsables del control :** Se registrará si o no, si de manera formal se tiene establecido un responsable para ejecutar el control, es importante reclacar que el control debe tener asignado de manera *permanente* un responsable, es decir independientemente del tipo de vinculación u otras eventualidades que se presenten en el proceso el control debe operar de acuerdo al periodo que tenga establecido.

***Frecuencia del control adecuada:** Se registrará si o no, si la periodicidad establecida para la operación de este coadyuva a la gestión del riesgo y al control del mismo .

De acuerdo a la calificación obtenida en la evalaución de los controles disminuirá 0,1,ó 2 casillas así:

RANGOS DE CLAIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	DEPENDIENDO SI EL CONTROL AFECTA LA PROBABILIDAD O IMPACTO DESPLAZA EN LA MATRIZ DE CALIFICACIÓN,EVALUACIÓN Y RESPUESTA A LOS RIESGO	
	CUADRANTES A DISMINUIR EN LA PROBABILIDAD	CUADRANTES A DISMINUIR EN EL IMPACTO
Entre 0 y 1	0	0
Entre 1 y 1.7	1	1

	<p style="text-align: center;">DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
---	--	--	---

Entre 1.8 y 2	2	2
---------------	---	---

EJEMPLO:

Código	Riesgo	Evaluación del Riesgo Inherente	Control	Tipo de Control	HERRAMIENTAS PARA EJERCER EL CONTROL			SEGUIMIENTO AL CONTROL		Disminuye Probabilidad o Impacto	Número de casillas	Nueva Evaluación del Riesgo	OBSERVACIONES FRENTE A LA AUTOEVALUACION DEL CONTROL
					Posee una herramienta para ejercer el control	El control esta documentado	El control ha sido efectivo	El control tiene definidos responsables	La frecuencia de ejecución es adecuada				
GBYS	FI	ALTA	Verificar que los bienes a almacenar sepa diseñar coincidan con la capacidad del control y que sepa a quién le corresponde el control y que el responsable del tema de la dependencia conozca el estado de los bienes que se almacenan.	PREVENTIVO	SI	SI	NO	SI	SI	PROBABILIDAD	2	2	Herramienta: Lista de chequeo recepción de bienes en almacén Código: 114-BYS-FT 036 V2. El control está documentado en el procedimiento de Administración de Bienes Muebles Código: 114-BYS-PR-001. El control no ha sido efectivo porque algunos bienes no ingresan al almacén. Responsables: Profesional universitario responsable del almacén. Frecuencia: diaria.
			Revisar periódicamente las existencias físicas con los reportes de sistemas contra los reportes de identificación de inventario que se repasan en los hechos verificando que coincidan la cantidad.	PREVENTIVO	SI	SI	SI	SI	PROBABILIDAD	2	Herramienta: Inventario de bienes en almacén. El control está documentado como Sistema de Control en el sistema SARFL. El control ha sido efectivo porque permite verificar las salidas con las existencias en el almacén. Responsables: Profesional universitario y auxiliar Administrativo de almacén. Frecuencia: mensual.		
			Verificar las pólizas de propiedad de los bienes.	PREVENTIVO	SI	SI	SI	SI	PROBABILIDAD	2	Herramienta: Comprobante de egreso del sistema SARFL. Está documentado en el Procedimiento de Gestión de Bienes y Servicios. El control ha sido efectivo porque es una condición para la salida de documentos. Responsables: Profesional universitario/Personal de Vigilancia. Frecuencia: Diaria.		

controles nos dio un puntaje de 2, lo cual evidencia que la calificación para el riesgo residual baja dos casillas en su resultado, esto quiere decir: la calificación del riesgo inherente(sin controles) es **ALTA** y para el riesgo residual (con controles) es **BAJA**

11. OPCIONES DE MANEJO DEL RIESGO RESIDUAL:

Del resultado de la valoración del riesgo se tomará una opción para modificar el riesgo inherente y disminuir el riesgo residual. Así que el desplazamiento dentro de la matriz de evaluación y calificación se determinará las opciones de tratamiento según la gráfica presentada en la evaluación inicial de probabilidad e impacto.

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	Insignificante (1)	Menor (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	Catastrófico (5)
Raro (1)	B	B	M	A	A
Improbable (2)	B	B	M	A	E
Posible (3)	B	M	A	E	E
Probable (4)	M	A	A	E	E
Casi Seguro (5)	A	A	E	E	E



B: Zona de riesgo Baja: Asumir el riesgo
M: Zona de riesgo Moderada: Asumir el riesgo, Reducir el riesgo
A: Zona de riesgo Alta: Reducir el riesgo, Evitar, Compartir o Transferir
E: Zona de riesgo Extrema: Reducir el riesgo, Evitar, Compartir o Transferir

11.1 Evitar el Riesgo: Es la primera alternativa a considerar, se logra cuando al interior de los procesos se generan cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación resultado de unos controles adecuados y acciones de mejoramiento.

11.2 Reducir el riesgo: Son acciones encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección). Las medidas de reducción son probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas costosas y difíciles.

11.3. Compartir o transferir el riesgo: reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones como en el caso de contratos de seguros u otros medios que permiten distribuir una porción de riesgo.

11.4 Asumir o aceptar el riesgo: Luego de que un riesgo ha sido analizado pueden ocurrir dos alternativas: que se reduzca mediante la aplicación de

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

controles o acciones preventivas ó puede quedar un riesgo residual que se mantenga; en este caso el líder de proceso o la entidad decide "ACEPTAR" este riesgo residual y podrá elaborar planes de contingencia para su manejo.

12. ACCIONES DE TRATAMIENTO DEL RIESGO RESIDUAL:

12.1 Acciones de mejoramiento: en esta casilla deberá registrar todas las acciones de mejoramiento producto de la autoevaluación de riesgos y controles y cualquier oportunidad de mejora que sea posible para evidenciar la gestión de los riesgos en el proceso, recuerde siempre que todas estas acciones son susceptibles de auditoría y seguimiento respectivo de los mapas.



12.2 Indicador y fórmula: Registre uno o más indicadores de cumplimiento, que den cuenta de la medición de la gestión o avance de las acciones de mejora registradas para el riesgo residual, de preferencia seleccione un indicador que ya se encuentre en los planes operativos anuales y que le permita dar cuenta de la gestión realizada.

13. INFORMES DE GESTIÓN DE RIESGOS:

Los informes de gestión de riesgo son una herramienta que sirve como entrada para la revisión por la dirección y como información básica para el mejoramiento continuo del proceso.

Estos informes deben emitirse de manera anual y *la responsabilidad de ellos es del líder del proceso y deben comunicarse tanto a la alta dirección como a todos los colaboradores del proceso.*

Estos informes dan cuenta del comportamiento de los riesgos del proceso que se tiene a cargo, deberán formularse en términos de porcentajes y como mínimo contará con los siguientes elementos:

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

***Riesgos Materializados:** Realice un recuento de los riesgos que se encuentran materializados en el proceso dando una breve descripción y las acciones de tratamiento que se han desarrollado o que requieran implementar para evitar efectos mayores.

***Nuevos riesgos:** Identifique en el informe aquellos nuevos eventos que podrían entorpecer la gestión del proceso, estos nuevos riesgos obedecen a nuevos servicios o nuevos eventos que se han identificado en el periodo establecido para el informe.



***Riesgos Controlados:** realice también un recuento de estos riesgos y que acciones han permitido su mitigación para que se encuentren en este estado.

***Estado de los controles:** realice un breve recuento de los controles que se encuentran operando satisfactoriamente así como de los que no.

*** Riesgos de corrupción materializados:** Registre en el informe los actos de corrupción identificados y las acciones emprendidas por la entidad para su tratamiento oó prevención

***Acciones de socialización capacitación sobre los riesgos** realice un recuento cuantitativo y cualitativo sobre las actividades de socialización, sensibilización ,capacitación y evalaución sobre los riesgos en el periodo evalaudo.



13.1 ACCIONES DE MEJORA: Producto de la autoevaluación del control registre las acciones de mejora y documéntelas aen la herramienta de uso de acuerdo a los resultados de la autoevaluación con responsable y fecha de ejecución de las acciones.

	<p style="text-align: center;">DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
---	--	--	---

13.2 CONTROL DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES Y RESPONSABLES:

Dada la importancia del cumplimiento a las acciones de mejora desplegadas de la gestión de riesgos, el líder del proceso deberá delegar en alguien de su total confianza para el seguimiento de estas acciones ya que están sujetas a posibles auditorías. SIEMPRE estos informes deberán ser avalados por el líder del proceso y se enviará mediante flujo de aprobación que el líder del proceso y sus colaboradores conocen y avalan dicho informe.

EJEMPLO:

	<p style="text-align: center;">DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN INFORME DE RIESGOS Y CONTROLES</p>	
INFORME DE AUTOEVALUACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES		
FECHA DE REALIZACIÓN DEL	Julio 2 de 2013	
PERIODO EVALUADO:	Enero a Junio de 2013	
PROCESO:	Evaluación	
RIESGOS:	<p>R1: No realizar la entrega oportuna de informes a roles relacionados bajo los parámetros establecidos. R2: No tener una adecuada planificación del Programa de Auditoría de la Calidad para cada vigencia. R3: Que el Comité Coordinador de Control Interno no cumple con el propósito de promover la confiabilidad, el materialidad y la mejora continua en la calidad, de los sistemas de calidad y control interno de conformidad con la normatividad vigente. R4: Bajo calidad de Atención al Ciudadano en todos los niveles de la organización. R5: Falta al proteger los registros de las auditorías realizadas por la OCI. R6: No contar en la OCI con personal idóneo, competente, hábil y capacitado en auditoría, normalidad aplicable a la</p> <p>El proceso Evaluación tiene un total de tres (3) prioridades, seis (6) riesgos y acciones (2) medidas de los cuales se resaltan por el cumplimiento general que se ve en SDS, dado que algunos de los controles relacionados no han sido implementados. Si materialmente se genera la información general de cada uno de los controles, se implementación y resultados:</p> <p>R1: Los controles implementados en este riesgo tienen un alcance del 80%, dado que algunos de los elementos no han sido reflejados al momento de su ejecución, en adelante, se están planteando alternativas que permitan cumplirlos. R2: Para estos controles la efectividad ha sido de un 100%, lo que ha permitido la no materialización del riesgo, sin embargo se está en proceso de mejorar su implementación. R3: Frente a este riesgo, se tiene un porcentaje de efectividad en el control del 50%, en razón a que algunos de los controles descritos no se han implementado. R4: Riesgo materializado, no se ha aplicado ninguno de los controles relacionados. R5: Riesgo materializado, de los tres controles planteados solo se ha implementado uno, se debe reemplazar uno de los mismos, teniendo en cuenta que posterior al diagnóstico, se evidenció que la causa es asociada a la falta de espacio físico para el archivo, así que debe realizarse la conformación documental predicha desde la vigencia (2013), de esta manera, el control que debe implementarse es este. R6: Los controles implementados en este riesgo tienen un alcance del 50%, dado que algunos de los elementos no han sido reflejados al momento de su ejecución, en adelante, se están planteando alternativas para generar un cumplimiento.</p> <p>En resumen, total de riesgos materializados (3), riesgos controlados (3), riesgos no materializados (0), por lo anterior, se requiere realizar plan de trabajo para su implementación y cumplimiento, siendo la mayoría la documentación del mismo. Por otra lado, se hace énfasis que varios controles que se plantearon para regular en el segundo semestre del presente año, como la medición de la percepción del cliente interno, implementación de acciones y su posterior medición. De igual manera, se tiene relación el diseño, implementación y medición de una Estrategia o campaña de comunicación sobre Cultura de Salud Integral, la cual debe ser el trabajo de manera institucional, en donde, con la participación de otros procesos, debe ser este trabajo de la Dirección del Servicio, SIC, Neurodiversidad, y otros aspectos que se deriven directamente de este Oficina. Finalmente, que se diseñe el trabajo conjunto que se finalice de junio se valorará el plan de trabajo con los interesados.</p> <p>De mismo y teniéndolo en cuenta el rol que cumple la Oficina de Control Interno, se hace necesario trabajar de la mano algunos aspectos con la Alcaldía Mayor, lo cual releva la implementación efectiva de los controles.</p>	
RESUMEN:	<p>R1: Los controles implementados en este riesgo tienen un alcance del 80%, dado que algunos de los elementos no han sido reflejados al momento de su ejecución, en adelante, se están planteando alternativas para generar un cumplimiento. R2: Para estos controles la efectividad ha sido de un 100%, lo que ha permitido la no materialización del riesgo, sin embargo se está en proceso de mejorar su implementación. R3: Frente a este riesgo, se tiene un porcentaje de efectividad en el control del 50%, en razón a que algunos de los controles descritos no se han implementado. R4: Riesgo materializado, no se ha aplicado ninguno de los controles relacionados. R5: Riesgo materializado, de los tres controles planteados solo se ha implementado uno, se debe reemplazar uno de los mismos, teniendo en cuenta que posterior al diagnóstico, se evidenció que la causa es asociada a la falta de espacio físico para el archivo, así que debe realizarse la conformación documental predicha desde la vigencia (2013), de esta manera, el control que debe implementarse es este. R6: Los controles implementados en este riesgo tienen un alcance del 50%, dado que algunos de los elementos no han sido reflejados al momento de su ejecución, en adelante, se están planteando alternativas para generar un cumplimiento.</p> <p>En resumen, total de riesgos materializados (3), riesgos controlados (3), riesgos no materializados (0), por lo anterior, se requiere realizar plan de trabajo para su implementación y cumplimiento, siendo la mayoría la documentación del mismo. Por otra lado, se hace énfasis que varios controles que se plantearon para regular en el segundo semestre del presente año, como la medición de la percepción del cliente interno, implementación de acciones y su posterior medición. De igual manera, se tiene relación el diseño, implementación y medición de una Estrategia o campaña de comunicación sobre Cultura de Salud Integral, la cual debe ser el trabajo de manera institucional, en donde, con la participación de otros procesos, debe ser este trabajo de la Dirección del Servicio, SIC, Neurodiversidad, y otros aspectos que se deriven directamente de este Oficina. Finalmente, que se diseñe el trabajo conjunto que se finalice de junio se valorará el plan de trabajo con los interesados.</p> <p>De mismo y teniéndolo en cuenta el rol que cumple la Oficina de Control Interno, se hace necesario trabajar de la mano algunos aspectos con la Alcaldía Mayor, lo cual releva la implementación efectiva de los controles.</p>	

ACCIONES PROPUESTAS:			
ACCIONES PROPUESTAS	RESPONSABLE DE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	TIEMPO DE EJECUCIÓN	
Revisar y ajustar la Resolución 1384 de 2016 por la cual se establece el Comité Coordinador de Calidad y Control Interno, a fin de incluir aspectos relacionados con el diseño de la Oficina y la Dirección de Planeación y Sistemas, establecer fechas de revisión acorde con la dinámica de la calidad y otros aspectos, en el fin de hacerla viable.	Oficina Control Interno, Dirección Planeación y Sistemas y Dirección del Secretario	una de julio 2015	
Realizar conjuntamente con el Director del Secretario planes para implementar hitos de revisión de los informes generados a los efectos de control, de tal manera que se prioricen la priorización de los mismos en los hechos relacionados.	Oficina Control Interno y Dirección del Secretario	una de julio 2015	
Elaborar plan de trabajo para iniciar el diseño e implementación de la estrategia Metodológica compuesta de comunicación con el Comité de Seguimiento.	Oficina Control Interno, Oficina de Comunicación y Atención a la Ciudadanía	Final de junio de 2015	
Realizar seguimiento a los planes preparados por el CCCI.	Oficina Control Interno y Dirección del Secretario	Continua	
Elaborar un plan de actualización conceptual con todos los procesos, desde la auditoría realizada, hasta la información por los otros de control.	Oficina Control Interno.	Continua	
Ejecutar la revisión de la preparación del informe interno y su correspondiente archivo.	Oficina Control Interno - Dirección Planeación y Sistemas.	una de julio 2015	
Consultar con la Alcaldía Mayor la viabilidad de comparecer la funcionalidad del software de auditoría con el modelo de calidad y verificar su implementación en la SDS.	Oficina Control Interno.	una de julio 2015	
Generar un plan de chequeo para realizar la transformación documental del archivo predictivo y dejarlo al día hasta la semana 2015.	Oficina Control Interno	Julio, agosto y septiembre de 2015	
Revisar a la DDTM la necesidad de apoyar y colaborar en el proceso de trabajo a los servidores asignados a la OCI, de igual manera, realizar a la Alcaldía Mayor acciones que permitan mejorar las competencias de los servidores de la OCI, asignados a las Oficinas de Control Interno.	Oficina Control Interno.	Agosto y septiembre de 2015.	
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES			
Jefe de la Oficina de Control Interno, Profesional de los riesgos por la Jefe de la OCI.			
ELABORÓ: Mónica Ulloa - T. - T. - T.	APROBÓ: Orlando Rodríguez Carvajal - Jefe Oficina Control Interno.		



Como se visualiza en la imagen los informes de autoevaluación del control deben reflejar en el resumen el recuento de los riesgos y controles y su estado, en la segunda parte las acciones de mejoramiento.

14. MONITOREO Y REVISIÓN EXTERNA:

Una vez validado el mapa de riesgos es necesario monitorearlo teniendo en cuenta que estos nunca dejan de representar una amenaza para la organización.

El monitoreo es esencial para garantizar que las acciones de mejoramiento propuestas 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 acciones o controles preventivos.

El monitoreo estará a cargo de los responsables de los procesos y de la oficina de control interno quien deberá auditar la gestión de riesgos por cada proceso.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

15. CICLOS DE CONTROL Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MAPAS DE RIESGOS



ACTIVIDAD	PERIODO DEL AÑO
Actualización, revisión e identificación de nuevos riesgos y controles	Primer trimestre del año
Actualización de calificaciones de probabilidad e impacto de los riesgos	Primer trimestre del año
Monitoreo a la efectividad de los controles y establecimiento de acciones de mejora	Tercer trimestre del año
Informes de gestión de riesgos de los procesos	Anual previo a la revisión por la dirección

***Nota** estos ciclos de control serán los mínimos que deberá cumplir cada proceso, sin embargo es responsabilidad de cada líder monitorear de manera permanente y establecer revisiones ó nuevas identificaciones cada vez que existan eventos importantes que puedan influir en la gestión interna de los procesos

16. MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN:

Entendemos como Mapa de riesgos de corrupción el esquema que nos permite visualizar de manera ordenada y sistemática los “Posibles eventos de Corrupción” que pueden entorpecer la gestión institucional o el cumplimiento de su razón de ser .

16.1 Marco Normativo : Mediante la ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) 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 y el decreto 2641 de 2012, que reglamenta los artículos 73 y 76 del mencionado estatuto, se crea la necesidad de que las entidades implementen las “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano”, dentro de las estrategias se encuentra la construcción de una Mapa de Riesgos de Corrupción, con algunos criterios

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

tomados de la metodología del Departamento Administrativo de la función Pública y con adaptaciones propias que se presentan a continuación.

16.2 Identificación de riesgos de corrupción y sus causas:

Nuestros lineamientos cuentan con la descripción del concepto de riesgo de corrupción (ver glosario de términos), el cual es tomado textualmente de la Guía de Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano de la Presidencia de la República.

En los procesos institucionales podremos identificar los posibles eventos de corrupción que no permitan el cumplimiento de nuestra razón de ser institucional. Para la identificación de causas y efectos nos acogeremos a la misma metodología utilizada para los riesgos de gestión.

En la guía presentada por la Presidencia de la República (pág 10) se encuentran documentados los posibles actos que son susceptibles de prácticas corruptas; es importante precisar que los riesgos deberán formularse de forma clara sin que su redacción se preste para confusiones o ambigüedades.

16.3 Análisis del Riesgo:



Para la metodología de los riesgos de corrupción se tendrán en cuenta solo dos criterios para la medición de la probabilidad:

***Casi Seguro:** Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias

***Posible:** el evento puede ocurrir en algún momento

16.4 Valoración del riesgo de corrupción :



Una vez identificados los riesgo de corrupción cada proceso debe establecer los controles teniendo en cuenta los lineamientos dados en este lineamientos. Los controles pueden ser: Controles Preventivos disminuyen la probabilidad de

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

ocurrencia o materialización del riesgo, controles correctivos buscan combatir o eliminar las causas que lo generaron en caso de materializarse.

16.5 Tipificación de los Riesgos de Corrupción De acuerdo a la “Cartila Estrategias para la construcción del Plan anticorrupción y de servicio al ciudadano”

Tipo de Riesgo por tema	Ejemplo de posibles riesgos de Corrupción
<p>Direccionamiento Estratégico (Alta Dirección).</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Concentración de autoridad o exceso de poder. * Extralimitación de funciones. * Ausencia de canales de comunicación. * Amiguismo y clientelismo.
<p>• Financiero (Está relacionado con áreas de Planeación y Presupuesto).</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Inclusión de gastos no autorizados. *Inversiones de dineros públicos en entidades de dudosa solidez financiera, a cambio de beneficios indebidos para servidores públicos encargados de su administración. *Inexistencia de registros auxiliares que permitan identificar y controlar los rubros de inversión. *Archivos contables con vacíos de información. *Afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto en beneficio propio o a cambio de una retribución económica.
<p>• De contratación (Como proceso o los procedimientos ligados a éste).</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Estudios previos o de factibilidad superficiales. *Estudios previos o de factibilidad manipulados por personal interesado en el futuro proceso de contratación. (Estableciendo necesidades inexistentes o aspectos que benefician a una firma en particular). *Pliegos de condiciones hechos a la medida de una firma en particular. *Disposiciones establecidas en los pliegos de condiciones que permiten a los participantes direccionar los procesos hacia un grupo en particular, como la media geométrica. *Restricción de la participación a través de visitas obligatorias innecesarias, establecidas en el pliego de condiciones. *Adendas que cambian condiciones generales del proceso para favorecer a grupos determinados. *Urgencia manifiesta inexistente. *Designar supervisores que no cuentan con conocimientos suficientes para desempeñar la función. *Concentrar las labores de supervisión de múltiples contratos en poco personal. *Contratar con compañías de papel, las cuales son especialmente creadas para participar procesos específicos, que no cuentan con experiencia, pero si con

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

<p>• De información y documentación.</p>	<p>*Concentración de información de determinadas actividades o procesos en una persona. *Sistemas de información susceptibles de manipulación o adulteración. *Ocultar a la ciudadanía la información considerada pública. *Deficiencias en el manejo documental y de archivo.</p>
<p>• De investigación y sanción.</p>	<p>*Fallos amañados. *Dilatación de los procesos con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo. *Desconocimiento de la ley, mediante interpretaciones subjetivas de las normas vigentes para evitar o postergar su aplicación. *Exceder las facultades legales en los fallos. *Soborno (Cohecho).</p>
<p>• De actividades regulatorias.</p>	<p>*Decisiones ajustadas a intereses particulares. *Tráfico de influencias, (amiguismo, persona influyente). *Soborno (Cohecho).</p>
<p>• De trámites y/o servicios internos y externos.</p>	<p>*Cobro por realización del trámite, (Concusión). *Tráfico de influencias, (amiguismo, persona influyente). *Falta de información sobre el estado del proceso del trámite al interior de la entidad.</p>
<p>• De reconocimiento de un derecho, como la expedición de licencias y/o permisos.</p>	<p>*Cobrar por el trámite, (Concusión). *Imposibilitar el otorgamiento de una licencia o permiso. *Ofrecer beneficios económicos para acelerar la expedición de una licencia o para su obtención sin el cumplimiento de todos los requisitos legales. *Tráfico de influencias, (amiguismo, persona influyente).</p>



16.6 Seguimiento a los riesgos de corrupción:

El seguimiento de los riesgos de corrupción estará a cargo de la Oficina de Control Interno quien se acogerá a las fechas establecidas en la cartilla.

17. BIBLIOGRAFIA

*Guía para la Administración del Riesgo Departamento Administrativo de la Función Pública. Septiembre de 2011

*Guía para la Administración del Riesgo Departamento Administrativo de la Función Pública. Noviembre de 2009.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN LINEAMIENTO Y POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN LA SDS Código: SDS-PYC-MT-001 V.03</p>	<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Revisado y Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	
--	--	--	---

*Instituto Colombiano de normas técnicas .norma técnica Colombiana NTC ISO 31.000

* Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000 2014

*Instituto Colombiano de normas técnicas .norma técnica Colombiana NTC 5254

*Administración de riesgos Estándar australiano AS/NZS 4360:1999 .

*Cartilla Estrategias par la Construcción del Plan Anticorrupción y de Servicio al Ciudadano de la Presidencia de la República.