Cruz Roja Colombiana
Seccional Santander

MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS DE RIESGOS - SIAR

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción
01	28/09/ 2024	Liberación
02	28/03/ 2026	Modificación de políticas y procedimientos del manual

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN *2*

1.1 OBJETIVO GENERAL *2*

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS **3**

1.3 ALCANCE **3**

2. DEFINICIONES **3**

3. NORMATIVIDAD **7**

4. CONTEXTO DE LA ENTIDAD **7**

4.1 MISIÓN **7**

4.2 VISIÓN **7**

5 CLASIFICACIÓN DE RIESGOS *7*

5.1 RIESGO EN SALUD **8**

5.2 RIESGO ACTUARIAL **8**

5.3 RIESGO DE CRÉDITO **9**

5.4 RIESGO DE LIQUIDEZ **9**

5.5 RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES **9**

5.6 RIESGO OPERACIONAL **9**

6 POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS *10*

6.1 OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS **10**

6.2 LINEAMIENTOS GENERALES **10**

6.3 POLÍTICAS DE LOS SUBSISTEMAS DE RIESGOS **12**

6.3.1 Política de los Subsistemas de Riesgo de Salud 12

6.3.2 Política del Subsistema de Riesgos Actuarial 13

6.3.3 Política del Subsistema de Riesgos de Crédito 13

6.3.4 Política del Subsistema de Riesgos de Liquidez 13

6.3.5 Política del Subsistema de Riesgos de Mercado de Capitales 14

6.3.6 Política del Subsistema de Riesgos Operacional 14

7 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN *15*

7.1.1 Política del plan de conservación y custodia de la información 15

7.1.2 Política de calidad de los datos 15

8 POLÍTICA DE CONTROL INTERNO 16

9 POLÍTICA DE CAPACITACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS 16

10 ESTRUCTURA, ROLES Y RESPONSABILIDADES 17

10.1 COMITÉ DE RIESGOS 18

11 SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 20

11.1 ALCANCE DEL SISTEMA 20

11.2 CONTEXTO INTERNO 20

11.3 Ciclo General de Administración de Riesgos 21

11.4 Procedimiento de identificación de los riesgos 21

11.5 Procedimiento de Evaluación y Medición de los Riesgos 24

11.6 Metodología de evaluación de riesgos 25

11.7 Procedimiento de Selección de Estrategias para el Tratamiento y Control de los Riesgos 30

11.8 Criterios de evaluación del tratamiento 30

11.9 Procedimiento de seguimiento y monitoreo de los riesgos. 32

11.10 Revisión de resultados y priorización de los riesgos 34

11.11 Procedimiento para determinar el nivel de tolerancia. 34

11.12 Procedimiento en caso de exceder los límites de tolerancia 36

11.12.1 Planes de intervención 37

11.13 Procedimiento de auditoría y resultados 37

12 DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CAPACITACIONES 38

13 DOCUMENTACIÓN 38

14 SANCIONES. 39

15 VIGENCIA 39

1. INTRODUCCIÓN

1.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer las políticas y procedimientos para diseñar, mantener e implantar un Sistema de Administración de Riesgos eficaz para **LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER** quien pertenece al Régimen de Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPS) entidad privada vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, lo anterior, en el marco de la Circular Externa 20211700000004-5 DE 2021 en lo relacionado al Sistema Integrado de Gestión de Riesgo y sus Subsistemas de Administración de Riesgos, con el fin de identificar y gestionar los riesgos de la atención en salud en la Seccional.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y entender los riesgos actuales y emergentes de la actividad de prestación de servicios de salud y sus posibles consecuencias en **LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER.**
- Optar por medidas adecuadas para mitigar y gestionar los riesgos identificados.
- Hacer uso de la información del sistema para la toma de decisiones basada en la gestión del riesgo en todos los niveles de la organización.
- Adoptar una cultura en la gestión del riesgo en todos los niveles de la organización.
- Establecer los lineamientos y directrices que rigen el Sistema de Administración de Riesgos para **LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER**

1.3 ALCANCE

Aplica a todo el ciclo del Sistema de Administración de Riesgos para **LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER**, según los requerimientos establecidos en la Circular Externa 20211700000004-5 DE 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud.

2. DEFINICIONES

Para efectos de la correcta aplicación de lo previsto aquí, se recurrirá a la formulación de las definiciones que se presentan a continuación para el entendimiento e interpretación de los lineamientos generales del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas objeto de esta Circular. Adicionalmente, las definiciones relacionadas con el Gobierno Organizacional y mejores prácticas como son los conflictos de interés, la Junta Directiva, el Máximo Órgano Social, entre otras, ya fueron definidas en la Circular Externa 003 de 2018, por lo que se recomienda remitirse a esta norma para su consulta:

- **Administrador**: De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 222 de 1995, “son

administradores el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones". El administrador debe obrar de buena fe, con lealtad y con diligencia. Sus actuaciones se cumplirán en interés de la sociedad, teniendo en cuenta los intereses de sus asociados, y en el cumplimiento de su función, deben realizar como mínimo las expresadas en el artículo 23 de la mencionada Ley[1].

- **Administración/gestión de riesgos:** actividades coordinadas para dirigir y controlar la organización con relación a los riesgos[2].

- **Atención en Salud**: Servicios o tecnologías en salud suministrados a los individuos y a la comunidad para promover, mantener, monitorizar o restaurar el estado de salud[3].

- **Apetito de Riesgo:** Es el nivel de riesgo que la empresa quiere aceptar y lo define la dirección.

- **Auditoría:** Es un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.

- **Categorías de riesgos prioritarios**: Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la SNS. Cabe resaltar que las IPS deben gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad y organización que cada entidad les quiera dar para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes riesgos: Riesgo en Salud, Riesgo Actuarial; Riesgo de Crédito, Riesgo de Liquidez, Riesgo de Mercado de Capitales, Riesgo Operacional, Riesgo de Grupo y Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo[4].

- **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[5].

- **Consecuencia:** Resultado de un evento que afecta a los objetivos[6].

- **Conflicto de interés**: Se considera que existe un conflicto de interés cuando por una situación de control, influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas, se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos,

[1] Literal D Circular Externa 20211700000004-5 de 2021
[2] Numeral 3.1 NTC ISO 31000 Segunda Edición V. 2018-02
[3] Literal D Circular Externa 20211700000004-5 de 2021
[4] Literal D Circular Externa 20211700000004-5 de 2021
[5] Literal D Circular Externa 20211700000004-5 de 2021
[6] Numeral 3.1 NTC ISO 31000 Segunda Edición V. 2018-02

situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal, desviaciones de recursos de seguridad social, o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector. Estos desequilibrios tienen su fundamento en un "interés privado" que motiva a actuar en contravía de sus obligaciones y puede generar un beneficio personal, comercial o económico para la parte que incurre en estas conductas[7].

- **Controles**: Medidas prudenciales, preventivas y correctivas que ayudan a contrarrestar la exposición a los diferentes riesgos. Entre estas se encuentra la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras estrategias de gestión[8].

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

- **Evento:** Ocurrencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias[9].

- **Factores de riesgo**: Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros[10].

- **Fuente de riesgos:** Elemento que, por sí solo o en combinación con otros, tiene el potencial de generar riesgo[11].

- **Gobierno Organizacional**: Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables a cualquier tipo de entidad, mediante los cuales se dirige y controla la gestión de estas de conformidad con las disposiciones contenidas en la presente Circular y demás disposiciones sobre la materia. Tiene como objeto la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión de las entidades se realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión[12].

---

[7] Literal D Circular Externa 20211700000004-5 de 2021
[8] Literal D Circular Externa 20211700000004-5 de 2021
[9] Numeral 3.1 NTC ISO 31000 Segunda Edición V. 2018-02
[10] Literal D Circular Externa 20211700000004-5 de 2021
[11] Numeral 3.1 NTC ISO 31000 Segunda Edición V. 2018-02
[12] Literal D Circular Externa 20211700000004-5 de 2021

- **Grupos de Riesgo**: Conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios[13].

- **Líder de Proceso:** Persona que tiene la responsabilidad y autonomía para gestionar los riesgos identificados.

- **Mapa de Riesgo:** Representación gráfica donde se sitúan cada uno de los riesgos más representativos de la Seccional.

- **Partes Interesadas:** Persona u organización que puede afectar, verse afectada, o percibirse como afectada por una decisión o actividad[14].

- **Perfil de riesgo**: Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad[15].

- **Probabilidad:** posibilidad de que algo suceda.

Nota 1: En la terminología de administración/gestión de riesgos, la palabra “probabilidad” se utiliza para indicar la posibilidad de que algo suceda, esté definida, medida o determinada objetiva o subjetivamente, cualitativa o cuantitativamente, y descrita utilizando términos generales o matemáticos (como una probabilidad matemática o una frecuencia en un periodo de tiempo determinado).

- **Riesgo:** Efecto de incertidumbre sobre los objetivos[16].

Nota 1: Un efecto es una desviación respecto a lo previsto. Puede ser positivo, negativo o ambos, y puede abordar, crear o resultar en oportunidades y amenazas.

Nota 2: Los objetivos pueden tener diferentes aspectos y categorías, y se pueden aplicar a diferentes niveles.

Nota 3: Con frecuencia, el riesgo se expresa en términos de fuentes de riesgo, eventos potenciales, sus consecuencias y sus probabilidades.

- **Riesgo inherente**: Nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control.

---

[13] Literal D Circular Externa 20211700000004-5 de 2021
[14] Numeral 3.1 NTC ISO 31000 Segunda Edición V. 2018-02
[15] Literal D Circular Externa 20211700000004-5 de 2021
[16] Numeral 3.1 NTC ISO 31000 Segunda Edición V. 2018-02

- **Riesgo neto o residual**: Nivel de riesgo que resulta luego de la aplicación de las medidas de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.

- **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 significativo: Riesgo identificado y valorado de incorrección material que, a juicio del auditor, requiere una consideración especial en la auditoría.

- **Seguridad del Paciente**: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias[17].

3. NORMATIVIDAD

Circular Externa 20211700000004-5 DE 2021: INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) DE LOS GRUPOS B, C1, C2 Y D1 Públicos, Privados y Mixtos Vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud de manera obligatoria, y para los demás grupos de forma voluntaria como buenas prácticas, referente a las instrucciones generales relativas al sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de riesgo.

4. CONTEXTO DE LA ENTIDAD

4.1 MISIÓN

La Misión de la Cruz Roja Colombiana Seccional Santander es prevenir y aliviar, en cualquier circunstancia en la cual sea su deber intervenir, el sufrimiento y la desprotección de las personas afectadas por contingencias ocasionales, con absoluta imparcialidad, sin discriminación por motivos de nacionalidad, raza, sexo, religión, idioma, condición social u opinión política; proteger la vida y la salud de las personas, y su dignidad como seres humanos, en particular, en tiempo de conflicto armado y en otras situaciones de emergencia; contribuir, de acuerdo con su misión y objetivos, a la promoción de la salud, el bienestar social y la prevención de las enfermedades; fomentar el trabajo voluntario y la disponibilidad de servicio por parte de los miembros del Movimiento, así como un sentido universal de solidaridad para con quienes tengan necesidad de su protección y de su asistencia; promover y defender los Derechos Humanos, el Derecho Internacional Humanitario y los Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

4.2 VISIÓN

En 2030, la Cruz Roja Colombiana Seccional Santander será una organización reconocida por

[17] Literal D Circular Externa 20211700000004-5 de 2021

influir en el fortalecimiento de la capacidad de las comunidades, para afrontar los desafíos humanitarios en cuanto a: salud, desastres, migración, cambio climático, educación y cultura de la paz, en un marco de contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Para esto, los proyectos, productos y servicios de la Seccional, estarán soportados por procesos innovadores, altos estándares de calidad, transformación tecnológica y digital, trabajo en red, transparencia, trabajo voluntario y colaborativo, que garantizarán el cumplimiento y sostenibilidad del mandato humanitario.

5 CLASIFICACIÓN DE RIESGOS

Para las siguientes definiciones se toma como referencia la Circular externa de la Superintendencia Nacional de Salud **20211700000004-5 DE 2021.**

5.1 RIESGO EN SALUD

El Riesgos en Salud se refiere a 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[18].

Las causas, son los diferentes factores asociados a eventos. Al evaluar el riesgo en salud, es fundamental tener en cuenta elementos como: probabilidad de ocurrencia y gravedad de las posibles consecuencias o impacto. Debe estar armonizado con el riesgo operativo, de ello depende que no se materialice ninguno de los dos.

La metodología de medición y evaluación de los riesgos en salud debe contemplar la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados, la severidad e impacto sobre la salud de los usuarios, así como una matriz de priorización de riesgos, la definición de límites de tolerancia para cada riesgo y la priorización de los más importantes. De igual manera, esta metodología debe permitir establecer acciones coordinadas, integrales y costo efectivas dirigidas al tratamiento de los riesgos en salud identificados para la población de usuarios de la entidad.

5.2 RIESGO ACTUARIAL

El Riesgo Actuarial se entiende como 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[19]:

---

[18] Capitulo II-II Numeral 1 de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

[19] Capitulo II-II Numeral 3 de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

- 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.

5.3 RIESGO DE CRÉDITO

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[20].

5.4 RIESGO DE LIQUIDEZ

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)[21].

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.

5.5 RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES

El Riesgo de Mercado de Capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de un incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en los parámetros del

[20] Capitulo II-II Numeral 4 de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.
[21] Capitulo II-II Numeral 5 de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

mercado tales como la tasa de interés, la tasa de cambio o cualquier otra variable de referencia que afecte los precios del mercado financiero y asimismo los estados financieros de la entidad[22].

5.6 RIESGO OPERACIONAL

Riesgo Operacional corresponde a la probabilidad que una entidad presente 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[23].

6 POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS

Para la Seccional la importancia de una gestión efectiva de los riesgos, es fundamental para garantizar la continuidad de sus operaciones, proteger sus activos, minimizar y promover un entorno seguro para sus usuarios y partes interesadas.

Esta política establece los principios y lineamientos para la identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos basados en las directrices de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.

En ese sentido, La Cruz Roja Colombiana Seccional Santander establece un Sistema Integral de Administración/Gestión de Riesgo (SIAR) dirigido por la Presidencia, Dirección ejecutiva, el comité de Riesgos y todos los actores involucrados que ejecuten acciones para la gestión de riesgos de la Seccional.

6.1 OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

A continuación, se presentan los objetivos aplicables a la Política de Gestión de Riesgos para la Seccional Santander.

- Identificar y evaluar los riesgos inherentes asociados a los Subsistemas de Gestión de Riesgos en **LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER.**
- Establecer medidas preventivas y de mitigación para reducir la probabilidad de ocurrencia y el impacto de los riesgos identificados.
- Fomentar una cultura de Administración y Gestión de Riesgos en **LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER,** involucrando a todos los colaboradores y partes interesadas.
- Divulgar la información asociada al Sistema de Administración y Gestión de Riesgos entre los colaboradores, proveedores, contratistas, clientes y otras partes interesadas.
- Establecer un proceso sistemático de monitoreo y revisión de los riesgos para asegurar su efectividad y actualizar las estrategias de mitigación conforme se requiera.

[22] Capitulo II-II Numeral 6 de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.
[23] Capitulo II-II Numeral 2 de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

6.2 LINEAMIENTOS GENERALES

Con el objetivo de garantizar el cumplimiento de ciclo de Administración y Gestión de Riesgos y basado en las normas y lineamientos que rigen la implementación del SIAR, Las políticas que se adopten para la administración de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos deben contemplar como mínimo, los siguientes aspectos en su diseño y operación:[24]

- Establecer los elementos necesarios para garantizar la alineación de la planeación estratégica institucional (objetivos y compromisos de la entidad) frente al contexto normativo en materia de la gestión de los diversos riesgos.
- Instaurar una cultura de autocontrol, autorregulación, autogestión y mejoramiento continuo en todos los niveles de la entidad, inspirada y liderada por el máximo órgano de gobierno, que oriente el desarrollo de competencias en la gestión de riesgos.
- Comunicar a todos los niveles de la organización sobre la política de gestión de riesgos establecida.
- Fijar lineamientos de ética y conducta que orienten el actuar de los funcionarios de la entidad para el oportuno y efectivo funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Se debe dejar constancia por escrito de estas políticas incorporarse en el Código de Conducta y Buen Gobierno que debe incluir disposiciones sobre la confidencialidad de la información, manejo de información privilegiada y conflictos de interés.
- Generar la documentación interna y externa necesaria para la adecuada gestión de los riesgos. Entre ellos se encuentran los manuales, instructivos, volantes, intranet, páginas web, entre otros.
- Identificar los factores y actores (usuarios, clientes y/o contrapartes, socios, trabajadores, empleados, proveedores, entre otros) tanto externos como internos, que puedan afectar los objetivos de una adecuada implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos en la entidad, y de esta manera poderlos trabajar de forma independiente.
- Especificar de manera clara y precisa los criterios para cada una de las etapas del ciclo de gestión de riesgo en cada riesgo identificado.
- Determinar la directriz institucional en materia de la exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios, reflejando su nivel máximo de tolerancia, acorde con las metodologías para definir las escalas de calificación establecidas por la entidad
- Disponer los criterios para la definición de límites frente a posibles pérdidas y a niveles máximos de exposición frente a los distintos tipos de riesgos.
- Instaurar los mecanismos y las herramientas de seguimiento y monitoreo necesarios en caso de que se presenten comportamientos aislados, desviaciones, se sobrepasen los límites o se presente el incumplimiento a alguna de las políticas previamente establecidas por cada entidad bajo un análisis autónomo, al enfrentar cambios fuertes e inesperados en las condiciones de la entidad, por ejemplo.
- Iniciar las acciones necesarias y oportunas en respuesta a los cambios en el perfil de riesgo de la entidad.

[24] Capitulo II-I Numeral 2 de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

- Establecer la periodicidad de revisión de la Política, que se ajuste en todo momento a las condiciones particulares de la entidad y a las del sector en general.
- Efectuar un monitoreo periódico al cumplimiento de los lineamientos de los Subsistemas de Administración de Riesgos y como mínimo al comportamiento de cada uno de los riesgos prioritarios.
- Fijar políticas de Sistemas de Información y manejo de bases de datos. Las entidades deberán incluir en sus políticas, los criterios de seguridad y calidad de la información de todas y cada una de sus operaciones, así como de la información remitida y respuestas a los requerimientos exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades que soliciten información.
- Instaurar políticas para garantizar que se cuente con información adecuada para la cuantificación de los diferentes riesgos.
- Garantizar que cuando se presenten cambios en las metodologías de cuantificación de los diferentes riesgos, se evalúe el impacto y se documenten dichos cambios de una manera adecuada.
- Establecer los lineamientos del sistema de control interno y el monitoreo frente a los diferentes riesgos.
- Definir los criterios y los tipos de reportes gerenciales y de monitoreo tanto internos como externos, así como la forma y frecuencia de la presentación de los resultados de la administración de los diferentes riesgos.
- Precisar los parámetros generales de la infraestructura tecnológica y el equipo técnico necesario para el adecuado funcionamiento de la gestión de riesgos.
- La política debe precisar las características básicas de los usuarios y proveedores de insumos y medicamentos, de igual forma establecer los mercados en los cuales puede actuar la entidad.
- Conformar de manera voluntaria un Comité de Gestión de Riesgos en los términos del numeral 5 del presente literal y las medidas del Código de Conducta y de Buen Gobierno en su numeral 3.3.2.1.6.3.
- Designar voluntariamente, y de acuerdo con su estructura, un área especializada en la gestión de riesgos de la entidad. Sin perjuicio de la conformación de esta instancia, las entidades deben velar por una adecuada estructura organizacional que permita un desarrollo apropiado del Código de Conducta y Buenas Prácticas de Gobierno en pro de la mejora continua en la implementación y administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de sus Subsistemas.

6.3 POLÍTICAS DE LOS SUBSISTEMAS DE RIESGOS

LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER es consciente de la importante de los Subsistemas de Administración de Riesgos contemplados en la Circular Externa 20211700000004-5 DE 2021, por lo cual, establece políticas enfocadas en cada uno de estos.

6.3.1 Política de los Subsistemas de Riesgo de Salud

Mejorar continuamente la Gestión de los Riesgos en Salud de la población usuaria, por medio del enfoque basado en riesgos, el cual, es un instrumento que se basa en la normatividad vigente y

aplicable a la seccional, y la cual garantiza la disponibilidad de información de calidad sobre los riesgos en salud. Esto implica desarrollar procedimientos y acciones para identificar, evaluar y tratar los riesgos de mayor prioridad que afectan o complican el estado de salud de la población usuaria de la seccional.

Cruz Roja Seccional Santander gestionará el riesgo en Salud mediante la identificación de eventos adversos, fallas en la atención y desviaciones frente a estándares de salud, evaluando su probabilidad e impacto sobre los usuarios. El tratamiento del riesgo se realizará a través de la implementación de protocolos, guías clínicas, acciones preventivas y planes de mejora continua. El seguimiento se efectuará mediante indicadores, alertas tempranas y análisis periódico de resultados, con el fin de apoyar la toma de decisiones y mejorar de forma permanente la atención en salud.

6.3.2 Política del Subsistema de Riesgos Actuarial

Administrar la incertidumbre relacionada con el costo de los eventos en salud que afectan la sostenibilidad financiera de la entidad. La gestión de este riesgo se basará en el análisis de la frecuencia de uso de los servicios y los costos asociados, identificando desviaciones frente a los resultados esperados. La medición del riesgo se realizará mediante el análisis de escenarios, permitiendo definir niveles de tolerancia. El tratamiento del riesgo incluirá acciones orientadas al control de costos, la adecuada constitución de provisiones y la adopción de medidas correctivas cuando se presenten desviaciones significativas.

6.3.3 Política del Subsistema de Riesgos de Crédito

LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER, se compromete a reducir las pérdidas derivadas del incumplimiento de las obligaciones por parte de las contrapartes de la entidad, garantizando una adecuada gestión de cartera, cuidando la calidad de la facturación y la oportunidad en la revisión periódica de la morosidad de los deudores que existan dentro de los cortes establecidos y teniendo en cuenta el Manual de Políticas Contables NIIF de la Seccional, el seguimiento oportuno de carteras vencidas y cuentas por cobrar, la revisión de los criterios y metodologías utilizadas para la asignación de créditos o deudas, la verificación de la calidad de los deudores, entre otras prácticas.

El tratamiento del riesgo se orientará a la aplicación de controles, provisiones, gestión de cobranza y seguimiento a las cuentas por cobrar. El monitoreo se realizará de manera periódica mediante indicadores de cartera y alertas tempranas que permitan detectar oportunamente deterioros y adoptar acciones correctivas.

6.3.4 Política del Subsistema de Riesgos de Liquidez

La gestión del riesgo de liquidez busca asegurar que la entidad cuente con los recursos necesarios para cumplir oportunamente sus obligaciones financieras y operativas.

El desarrollo de la política de riesgo de liquidez en **LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER** se establece de acuerdo a las siguientes actividades:

- **Identificación de activos de liquidez:**
  Identificación de las fuentes de ingresos, los flujos de efectivo, y cualquier otro activo financiero que genere liquidez, lo anterior, mediante el análisis de los flujos de caja y las obligaciones a corto y mediano plazo, el objetivo es determinar la capacidad **LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER** de cubrir las obligaciones a corto plazo y mediano plazo.

- **Escenarios de liquidez:**
  La medición se realizará a través de proyecciones financieras y escenarios de estrés que permitan anticipar posibles faltantes de liquidez.

- **Establecimiento de Límites de liquidez:**
  Determinación de colchón de liquidez que permita evitar déficits o superávit de liquidez, de esta forma poder solventar la operación de la seccional y contar con los recursos suficientes para cubrir situaciones imprevistas.

- **Planes de Contingencia:**
  Desarrollo de planes de contingencia para enfrentar situaciones de crisis o escenarios de estrés financiero.

- **Supervisión Constante:**
  Monitoreo y supervisión continuos de los indicadores de liquidez, incluyendo la revisión periódica de los flujos de efectivo y los activos líquidos disponibles.

- **Revisión metodológica:**
  Evaluación y revisión periódica de los criterios y metodologías utilizados para la proyección de liquidez de **LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER.**

6.3.5 Política del Subsistema de Riesgos de Mercado de Capitales

LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER, se compromete a decidir de manera responsable el uso y disposición de los excesos de liquidez según los lineamientos propios en conformidad con las regulaciones y normativa vigente y aplicable.

El Departamento financiero identifica las exposiciones a el riesgo de marcado de capitales y evalua su impacto mediante metodologías técnicas y escenarios adversos, sin embargo, es la presidencia y la dirección ejecutiva quien autoriza cualquier tipo de operación o transacción relativa a los fondos de inversión.

LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER realizará revisiones y actualizaciones periódicas de los fondos disponibles de acuerdo con el requerimiento de liquidez que demanda la seccional, lo anterior, con base en las proyecciones de flujo de liquidez y las

obligaciones financieras.

6.3.6 Política del Subsistema de Riesgos Operacional

LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER trabaja incansablemente para desarrollar acciones para minimizar las pérdidas derivadas de fallas en los procesos, el recurso humano, la tecnología o eventos externos. Esto se logra mediante el análisis de procesos y eventos operacionales, evaluando su frecuencia e impacto, dando cumplimiento a la normatividad vigente y regulaciones aplicables; y alineando además la gestión de administración de riesgos con la cultura de autocontrol y gestión del riesgo.

La gestión del riesgo operacional es esencial para lograr un desempeño excepcional en la Seccional y para garantizar la continuidad del negocio en caso de la presentación de eventos adversos.

7 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER, conforme lo indica la Política **G-HSEQ-02** en cumplimiento del Artículo 13 del Decreto 1377 de 2013, establece la política para el tratamiento de datos personales, de igual forma, conforme lo indica la política **F-GG-29** establece los parámetros para la seguridad de la información.

7.1.1 Política del plan de conservación y custodia de la información

LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER conservará, almacenará y custodiará los soportes por en los siguientes términos:

- Los soportes alusivos al SARLAFT y el SICOF, un periodo de conservación mínima de cinco (5) años y un máximo de Diez (10) años de acuerdo a los artículos 28 de la Ley 962 de 2005 y 60 del Código de Comercio señalan que las entidades o personas naturales deberán conservar sus libros y papeles por un período de diez (10) años contados a partir de la fecha del último asiento, documento o comprobante, lo anterior, de acuerdo al numeral 5.2.2.2.2.1 de la circular 009 de 2016 de la SNS.

- Para el riesgo de crédito, las bases de datos deben contar con una historia mínima de tres (3) años, es decir, su conservación, se dará por un periodo igual al mencionado.

- las políticas de riesgos, manuales, procedimientos, metodologías, actas de junta directiva y comités, informes de seguimiento, reportes de órganos de control, evidencias de capacitación, registros de eventos de riesgo, cálculos, parámetros y fuentes de información utilizadas se conservaran por un periodo de cinco (5) años mínimo y un máximo de diez (10) años de acuerdo a los artículos 28 de la Ley 962 de 2005 y 60 del Código de Comercio.

La conservación se dará mediante los libros y papeles en papel o cualquier otro medio técnico, magnético o electrónico que garantice su reproducción exacta. Al respecto, es necesario puntualizar que el medio elegido debe permitir el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 12 de la Ley 527 de 1999.

7.1.2 Política de calidad de los datos

La Política de Calidad de los Datos tiene como finalidad asegurar que la información utilizada en el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y en sus subsistemas sea confiable, íntegra, oportuna, consistente y trazable. La entidad reconoce que la calidad de los datos es fundamental para una adecuada identificación, medición, control y seguimiento de los riesgos, así como para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección.

Esta política aplica para todos los registros, bases de datos, reportes, formatos, indicadores y soportes utilizados en la gestión de los riesgos. La entidad establecerá controles y responsabilidades para garantizar que los datos sean recolectados, procesados y utilizados de manera adecuada, evitando errores, inconsistencias o usos indebidos.

La entidad garantizará que la información esté disponible de forma oportuna y segura, implementando mecanismos de protección, respaldo y conservación que aseguren su integridad, confidencialidad y trazabilidad, así como su disponibilidad para los procesos internos y los requerimientos de los organismos de inspección, vigilancia y control.

8 POLÍTICA DE CONTROL INTERNO

La Política tiene como objetivo asegurar la adecuada implementación, funcionamiento, seguimiento y sostenimiento del sistema, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud. Esta política se fundamenta en los principios de autocontrol, autorregulación y autogestión, y se integra al Gobierno Organizacional y a la planeación estratégica de la entidad.

El control interno del SIAR se concibe como un proceso continúo orientado a verificar que las políticas, metodologías, procedimientos, niveles de tolerancia y controles definidos para la gestión de los riesgos sean efectivamente aplicados, que la información utilizada sea confiable y oportuna, y que los riesgos sean gestionados dentro de los límites aceptados por la entidad.

De conformidad con el numeral 5.2 del Capítulo II-I de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021, el Comité de Riesgos actúa como área de gestión de riesgos y es responsable del seguimiento y monitoreo del Sistema Integrado de Administración de Riesgos. En atención a la ausencia de un proceso formal de control interno o del rol de auditor interno en la seccional, el Comité de Riesgos se ve en la necesidad de asumir las funciones de auditoría interna en lo relacionado con el seguimiento y monitoreo del adecuado funcionamiento del SIAR.

En desarrollo de estas funciones, el Comité de Riesgos verificará periódicamente el cumplimiento de las políticas del SIAR, la correcta aplicación de las metodologías de gestión del riesgo, la

efectividad de los controles implementados y el avance de los planes de tratamiento, así como la coherencia de la información utilizada para la toma de decisiones. Cuando se identifiquen desviaciones, debilidades o incumplimientos, el Comité formulará recomendaciones y solicitará la adopción de acciones correctivas y de mejora por parte de la Alta Dirección.

9 POLÍTICA DE CAPACITACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS

9.1 Capacitación a los empleados de la Seccional.

Es indispensable garantizar que todos los funcionarios, independientemente de su nivel jerárquico, conozcan, comprendan y apliquen las políticas, procedimientos, herramientas y controles del SIAR y sus subsistemas, fomentando una cultura de autocontrol y gestión preventiva. Por lo cual, el plan de capacitación del SIAR, se realizará como mínimo una vez al año para todas las áreas de la organización.

De igual forma, el plan de capacitación estará presente en los siguientes momentos:

- Inducción: La capacitación sobre el SIAR y sus subsistemas es un requisito obligatorio dentro de los procesos de inducción para nuevos empleados.
- Re-inducción: En la frecuencia que determine el proceso de Talento Humano, los temas asociados al SIAR, es un requisito obligatorio para todos los empleados.

Se debe tener en cuenta que toda capacitación realizada a los empleados de la seccional debe contar con un soporte de asistencia y evaluación de adherencia, lo cual corresponde a una prueba de los temas expuestos en cada una de las capacitaciones realizadas a los participantes.

9.2 Lineamientos de Divulgación

La Seccional utilizará mecanismos electrónicos para socializar los hechos que impacten la gestión de riesgos, tales como: intranet, página web instituciona y correos electrónicos. Estos serán dirigidos principalmente a las partes interesadas.

- Información Interna: La información interna se da por medio de informe anual de gestión que detalle el cumplimiento de políticas y límites de exposición. Lo anterior, dirigido a la Alta Gerencia y anualmente a la Junta Directiva. Se debe tener en cuenta aspectos como:

    - El cumplimiento de las políticas.
    - Los límites establecidos y su grado de cumplimiento.
    - El nivel de exposición a diferentes riesgos.
    - Cumplimiento de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos identificados.

- Información Externa: La entidad mantendrá a disposición del público general, a través de medios que garanticen su acceso, es decir, la página web de la seccional, en donde se da cuenta de los resultados del enfoque basado en riesgos y los resultados de los perfiles de

riesgos, o cualquier otra información para el entendimiento de la estructura del sistema de riesgos de la institución.

10 ESTRUCTURA, ROLES Y RESPONSABILIDADES

El Comité de Riesgos, es el encargado de orientar y apoyar a la Dirección y Presidencia sobre la Administración y Gestión de los Riesgos, siendo este órgano competente para diseñar estrategias de control para la mitigación de los riesgos presentes en la Seccional.

10.1 COMITÉ DE RIESGOS

Respecto a las responsabilidades presentes en Sistema de Administración del Riesgo, es importante la conformación de un Comité de Riesgos de la seccional, como un órgano de apoyo de la Dirección ejecutiva y Presidencia, este grupo debe ser interdisciplinario en sus conocimientos relativos a cada subsistema. Toda decisión tomada debe constar en actas.

En la siguiente tabla se relacionan los cargos a participar en las sesiones del Comité de Riesgos.

Tabla 1: Conformación del Comité de Riesgos en La Cruz Roja Colombiana Seccional Santander:

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE RIESGOS	
1.	Presidente Seccional o su delegado
2.	Director Ejecutivo
3.	Director de innovación y alianzas estratégicas
4.	Coordinador de IPS Sede Principal
5.	Dirección administrativa y Financiera
6.	Contador Seccional Santander
7.	Administrador Unidad Municipal de Barrancabermeja
8.	Jefe de la Oficina de Riesgos Corporativos

Nota. El comité deberá aprobar su propio reglamento y podrá invitar a todos los miembros de la organización que considere relevante para los temas a tratar.

Fuente: Elaboración propia.

10.2 RESPONSABILIDADES DEL GRUPO DE TRABAJO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Teniendo de presente lo descrito en el numeral 5.2 Circular Externa 20211700000004-5 de 2021, **LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER,** decide crear un comité de riesgos responsable de la Administración y Gestionar los Riesgos del SIAR; este comité será el responsable de velar por el cumplimiento de las políticas y procedimientos relacionados con el Sistema Integral de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas de Administración, las siguientes son funciones que recaen en dicho comité:

a. Apoyar en el diseño de las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto.
b. Sugerir a la Presidencia y Dirección, en los casos que aplique, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
c. Proponer a la Presidencia y Dirección, en los casos que aplique, el manual de procesos y procedimientos, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos. Asimismo, velar por su actualización, divulgación y apropiación en todos los niveles de la organización y su operatividad.
d. Velar por el adecuado diseño e implementación de los controles a los diferentes riesgos para mitigar su impacto, en todos los niveles de la organización y su operatividad.
e. Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
f. Apoyar a las áreas en la identificación y evaluación de los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Presidencia y Dirección, en los casos que aplique, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes.
g. Monitorear las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la entidad, de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 o las normas que la sustituyan o modifiquen.
h. Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
i. Participar en el diseño y desarrollo como mínimo de los programas de capacitación sobre los riesgos identificados y velar por su cumplimiento. Incluir por lo menos los riesgos de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
j. Analizar los informes presentados por la Auditoría Interna o quien haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
k. Monitorear e informar a la Presidencia y Dirección, en los casos que aplique, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

El objetivo de la presencia de este grupo en el interior de la Seccional es gestionar los riesgos asociados a cada subsistema de administración del riesgo. Específicamente para La Cruz Roja Colombiana Seccional Santander, el cargo responsable para cada subsistema es:

Tabla 2: Responsables de cada subsistema de administración de riesgos

SUBSISTEMA DE RIESGO	RESPONSABLE	PRESIDENTE COMITÉ
RIESGO EN SALUD	Coordinador IPS sede principal Director de Innovación y alianzas	Jefe Oficina de Riesgos

	estratégicas	Corporativos
RIESGO ACTUARIAL	Dirección Administrativa y Financiera Dirección Ejecutiva Contadora	Jefe Oficina de Riesgos Corporativos
RIESGO DE CRÉDITO	Dirección Ejecutiva Dirección Administrativa y Financiera Contadora	Jefe Oficina de Riesgos Corporativos
RIESGO DE LIQUIDEZ	Dirección Administrativa y Financiera Dirección Ejecutiva Contadora	Jefe Oficina de Riesgos Corporativos
RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES	Dirección Administrativa y Financiera Dirección Ejecutiva Contadora	Jefe Oficina de Riesgos Corporativos
RIESGO OPERACIONAL	Dirección Administrativa y Financiera Director de Innovación y alianzas estratégicas	Jefe Oficina de Riesgos Corporativos

Fuente: Elaboración propia.

11 SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

El Sistema de Administración de Riesgos que se describe en el presente capítulo se basa en las exigencias de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y alusiva al Sistema Integral de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas de Administración asociados.

La circular describe la gestión de riesgo como un enfoque estructurado y estratégico liderado por la Dirección ejecutiva y acorde con las políticas de la Cruz Roja Colombiana Seccional Santander, 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 que pueda afectar los resultados y el logro de los objetivos.

11.1 ALCANCE DEL SISTEMA

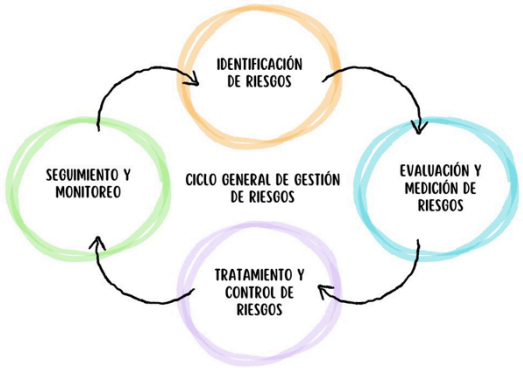
El Sistema de Administración de Riesgos aplicará a los niveles estratégico, operacional, apoyo, asistencial u otras actividades que puedan surgir al interior de La Cruz Roja Colombiana Seccional Santander, así como a todos sus funcionarios y contratistas considerando los objetivos, las decisiones a tomar y los resultados esperados en todas las etapas del proceso de atención en salud.

11.2 CONTEXTO INTERNO

El contexto interno de una organización es el entorno donde esta se define y logra sus objetivos. Para el caso de La Cruz Roja Colombiana Seccional Santander como institución presta servicios

para la promoción de la salud, el bienestar social, la prevención de enfermedades y accidentes a través de la Gestión de Servicios y la Gestión del Desarrollo Social Humanitario.

En cuanto al contexto interno, aplica todo aquello al interior de la seccional que pueda afectar o influir en la administración de los riesgos, como lo puede ser: la dirección, la estructura de riesgos, las funciones y responsabilidades; políticas, objetivos y estrategias; recursos y



conocimientos; la cultura organizacional y los sistemas de información.

De igual manera, parte del contexto externo es el entorno social, cultural, político, reglamentario, financiero, tecnológico, económico, natural y competitivo; así como factores y tendencias que puedan tener impacto en los objetivos de La Cruz Roja Colombiana Seccional Santander, así como, las relaciones con los stakeholders externos, sus percepciones y valores.

11.3 Ciclo General de Administración de Riesgos

La circular de la Superintendencia Nacional de Salud define cuatro etapas en el ciclo general de Administración de Riesgos. (Ver Figura 1).

Figura 1: Etapas del ciclo general de Administración de Riesgos. Fuente: Elaboración propia según información contenida en la Circular externa 20211700000004-5 de 2021

La Seccional cuenta con un líder asociado a cada subsistema de administración de riesgo, conforme lo mencionado en la Tabla N°2 del presente manual, el cual realiza el seguimiento durante todo el ciclo general del riesgo, esto con el fin de aportar mayor fluidez y eficacia al sistema. Una de sus responsabilidades será garantizar el flujo de información en todas las etapas del ciclo general de Administración de Riesgos.

11.4 Procedimiento de identificación de los riesgos

Según lo menciona la circular, la identificación de riesgos consiste en reconocer, explorar exhaustivamente y documentar todos los riesgos internos y externos que podrían afectar tanto los objetivos de la entidad como la salud de los usuarios a su cargo, en los casos que aplica,

identificando sus causas, efectos potenciales y la posible interrelación entre los diferentes tipos, por lo que se recomienda el uso de normas técnicas nacionales e internacionales.[25]

El propósito de la identificación de riesgos es encontrar, reconocer y describir los riesgos que pueden impedir el logro de los objetivos, considerando los factores de riesgo y los mecanismos de identificación. A continuación, se presentan las situaciones y consideraciones a tener en cuenta en el procedimiento de identificación de los riesgos:

- Fuentes de riesgo tangibles e intangibles.
- Las causas y los eventos.
- Las amenazas y las oportunidades.
- Las vulnerabilidades y las capacidades.
- Los cambios en los contextos externo e interno.
- Los indicadores de riesgo emergentes
- Las consecuencias y sus impactos en los objetivos.
- Las limitaciones de conocimiento y la confiabilidad de la información.
- Los sesgos, supuestos y creencias de las personas involucradas.

- **Criterios de Identificación de Riesgos**

Cómo se mencionó anteriormente, el área responsable para el subsistema de riesgos en salud, y específicamente la definición de los criterios de identificación de estos es la Coordinación de IPS.

La identificación de los riesgos de cada uno de los subsistemas de riesgos asociados a la normatividad vigente y aplicable se desarrollará teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Tabla 3: Desarrollo de la identificación de riesgos

CÓDIGO DEL RIESGO	SUBSISTEMA DE RIESGO ASOCIADO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DEPARTAMENTO	TIPO DE RIESGO ASOCIADO	CATEGORÍA DE RIESGO	SUB CATEGORÍA DEL RIESGO	CAUSAS	SEÑALES DE ALERTA

Fuente: Elaboración propia.

- **CÓDIGO:** Hace referencia al consecutivo numérico con el cual se relacionan los riesgos identificados.

- **SUBSISTEMA DE RIESGO ASOCIADO:** Hace referencia al Subsistema de Riesgo al que pertenece el riesgo identificado, Ejemplo: SARLAFT, SICOF/PTEE, Salud, Operacional, Actuarial, Crédito, Liquidez y Mercado de Capitales.

[25] Definición extraída de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

- **DESCRIPCIÓN DEL RIESGOS PRIORIZADOS:** Un evento es una situación que se presenta en un lugar específico y durante un intervalo de tiempo determinado. Específicamente, se refiere a los eventos o enfermedades asociadas a cada grupo de riesgo.

- **DEPARTAMENTO:** Hace referencia al proceso que se asocia al riesgo identificado.

- **TIPO DE RIESGO:** El tipo de riesgo hace referencia a los factores de riesgo, fuentes generadoras de riesgos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas.

- **CATEGORÍA DE RIESGO:** Hace referencia al origen en donde se puede presentar el riesgo, es decir de forma interna o externa.

- **SUBCATEGORÍA DE RIESGO:** Hace referencia a una marcación de posibles fallas categorizadas en una lista de escenarios.

- **CAUSAS:** 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

- **SEÑALES DE ALERTA:** Son situaciones, comportamientos o características de ciertas operaciones que se salen de los parámetros normales dando así un aviso para que se extremen las precauciones o se incremente la vigilancia, por ejemplo, incrementos en las tasas de incidencia y mortalidad.

- **Fuentes de información**

Algunas de las fuentes de información que pueden ser utilizadas para la identificación del riesgo, y conforme la información contenida en la normatividad vigente y aplicable de referencia, se puede utilizar la siguiente información:

Tabla 4: Fuentes de información

TIPO DE RIESGO	FUENTE DE INFORMACIÓN
RIESGO EN SALUD	• Caracterización de los servicios ofertados. • Caracterización de la red de prestadores de servicios contratada. • Reporte institucional de incidentes y eventos adversos

TIPO DE RIESGO	FUENTE DE INFORMACIÓN
RIESGO ACTUARIAL	● Caracterización y conocimiento de la población usuaria que incluirá en los contratos de servicios prestados. ● Particularidades en las diferentes modalidades de contratos ● Identificación de posibles incrementos en los costos de insumos y medicamentos. ● Evaluación del comportamiento de la variabilidad del ingreso y el costo.
RIESGO DE CRÉDITO	● Identificación de cuentas bancarias y FIC ● Identificación de cuentas por cobrar y los instrumentos financieros. ● Identificación de instrumentos inscritos en el Mercado de Valores de Colombia. ● Identificación de las inversiones en títulos o valores.
RIESGO DE LIQUIDEZ	● Identificación de activos considerados líquidos. ● Identificación de los recursos y plazos y plazos de recuperación de cartera. ● Identificación de los ingresos operacionales. ● Proyección de cualquier movimiento de entrada futura de efectivo. ● Proyección de cualquier movimiento de salidas futuras.
RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES	● Identificación de factores de riesgo que generen exposición al riesgo de mercado de capitales. ● Identificación de los activos expuestos a la volatilidad. ● Identificación de terrenos, así como las construcciones y edificaciones de la entidad. ● Identificación de activos y pasivos denominados en moneda extranjera que puedan ser afectados por la volatilidad de la tasa de cambio.
RIESGO OPERACIONAL	● Documentación de los procesos. ● Identificación de riesgos operacionales potenciales y ocurridos. ● Identificación de pérdidas en los resultados de saludo de la población usuaria. ● Identificación de pérdidas financieras potenciales.

Fuente: Elaboración propia.

11.5 Procedimiento de Evaluación y Medición de los Riesgos

Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. También se deberá considerar el análisis de los riesgos
inherentes y residuales, y su participación en el riesgo neto global. Se entenderá por valoración del riesgo, la medida cualitativa o cuantitativa de su probabilidad de ocurrencia y su posible

impacto.[26]I.

De igual manera La Cruz Roja Colombiana Seccional Santander, por medio de los líderes responsables de cada subsistema de administración del riesgo se evalúan los riesgos, para esto se debe cumplir con lo siguiente:

- Contar con evaluaciones cuantitativas y cualitativas relacionadas con la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados y su impacto.
- Las evaluaciones deben estar sustentadas técnicamente y documentadas.
- Disponer de una medición del riesgo inherente.

El propósito de la evaluación y medición es comprender la naturaleza del riesgo y sus características.

11.6 Metodología de evaluación de riesgos

Los subsistemas de riesgo (riesgo actuarial, de liquidez, crédito, mercado de capitales, operacional y fallas de mercado), la escala de probabilidad a manejar se dará según la frecuencia de ocurrencia de un evento (Ver Tabla 5) considerando los siguientes criterios:

- **IMPROBABLE:** La probabilidad de que ocurra o se materialice un riesgo es demasiado baja o casi nula.
- **POSIBLE:** La probabilidad de que ocurra o se materialice un riesgo es bajo, aunque puede presentarse.
- **PROBABLE:** La probabilidad de que ocurra o se materialice un riesgo es algo que suele presentarse.
- **CASI CON CERTEZA:** La probabilidad de que ocurra o se materialice un riesgo es demasiado alta.

Tabla 5: Probabilidad en el Modelo-Matriz de Riesgos de La Cruz Roja Colombiana Seccional Santander

CRITERIO	VALOR	DESCRIPCIÓN OTROS RIESGOS
IMPROBABLE	1	Un EVENTO >= 5 años, <= 10 años
POSIBLE	2	Un EVENTO >=1 año, <5 años
PROBABLE	3	Varios EVENTOS >= 1 mes, < 1 año
CASI CON CERTEZA	4	Varios EVENTOS >= una semana, < 1 mes

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al impacto, todos los riesgos se analizan desde el ámbito financiero, de salud, reputacional y operacional según corresponda y teniendo en cuenta los criterios de identificación del riesgo según tipo de riesgo.

[26] Capitulo II-I Literal b numeral 1 de la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

Tabla 6: Impacto en el Modelo-Matriz de riesgos La Cruz Roja Colombiana Seccional Santander

CRITERIO	VALOR	SALUD	FINANCIERA	REPUTACIONAL	OPERACIONAL
MENOR	1	Afectaciones leves o lesiones simples en el estado de salud de la población usuaria	Pérdidas económicas menores a 10 SMMLV	Un evento que genera inquietud en grupos de interés que no trascienden a medios y/o que no tienen el potencial de volverse tendencia.	Sin retraso en cumplimiento de objetivos
MODERADO	2	Afectaciones moderadas o lesiones moderadas en el estado de salud de la población usuaria	Pérdidas económicas iguales o mayores a 10 SMMLV y menores a 50 SMMLV	Un evento que genere inquietudes de varios de los grupos de interés, de igual manera un evento que sea divulgado en medio de mayor circulación o de mayor audiencia como una noticia puntual, con una difusión menor y adicionalmente comentarios puntuales en redes sociales, sin tendencia.	Fallas sustanciales en la operación de los procesos. Levemente por debajo del cumplimiento de los objetivos
MAYOR	3	Afectaciones complejas en el estado de salud de la población usuaria	Pérdidas económicas iguales o mayores a 50 SMMLV y menores a 100 SMMLV	Un evento que pueda representar una pérdida sensible del apoyo o credibilidad de algunos de los grupos de interés, de igual manera, un evento que sea divulgado en medios de mayor circulación o de mayor audiencia a nivel local o regional y adicionalmente en redes sociales y es tendencia durante el día.	Fallas en las operaciones del proceso que producen retrasos o reprocesos. Desempeño significativamente inferior al esperado
CATASTRÓFICO	4	Traumatismo severo o incapacidad permanente o muerte en la población usuaria	Pérdidas económicas iguales o mayores a 100 SMMLV	Un evento público desfavorable que afecta la credibilidad y confianza en la compañía. Esta es cuestionada por los grupos de interés de quienes se puede tener una pérdida grave de su apoyo, de igual forma el evento es divulgado en medios de mayor circulación o de mayor audiencia durante varios días seguidos a nivel nacional o tiene un	Falla total del proceso que produce suspensión temporal o prolongada en el funcionamiento. No cumplimiento de los objetivos.

				impacto internacional, adicionalmente el asunto ha tenido una difusión masiva en redes sociales, es tendencia	

Fuente: Elaboración propia.

- **Riesgo Inherente**

Según la Circular, el riesgo inherente es el nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control[27].

En la metodología el riesgo inherente se tratará de la siguiente manera:

Tabla 7: Desarrollo del riesgo inherente

RIESGO INHERENTE					
CÓDIGO DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DE RIESGO INHERENTE		TOLERANCIA AL RIESGO
			VALOR	CRITERIO	

Fuente: Elaboración propia.

- **CÓDIGO DEL RIESGO:** Hace referencia al consecutivo numérico con el cual se relacionan los riesgos identificados.
- **PROBABILIDAD:** Indica la posibilidad de ocurrencia de un riesgo según la escala definida en la identificación de riesgos.
- **IMPACTO:** Se refiere al conjunto de consecuencias o afectación que puede causar la materialización del riesgo, este valor es definido en la identificación de riesgos.
- **ZONA DE RIESGO:** Traduce el nivel de riesgo inherente.
- **TOLERANCIA AL RIESGO:** Alude al nivel aceptable del riesgo en cuestión. Valor automático que da el modelo.

- **Valoración del riesgo**

La valoración del riesgo es el proceso global que incluye la identificación del riesgo, el análisis del riesgo y la evaluación de este, su propósito es apoyar la toma de las decisiones para LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER. Se definieron los siguientes criterios y valores para su valoración.

[27] Literal W numeral D Circular externa20211700000004-5 de 2021

Tabla 8: Valoración del riesgo

VALOR	CRITERIO	NIVEL DE TOLERANCIA
1 - 3	BAJA	Riesgo Aceptable
4 - 6	MODERADA	Riesgo aceptable con controles
7 - 9	ALTA	Riesgo poco aceptable, se recomiendan controles preventivos y seguimiento continuo
10 - 16	EXTREMA	Riesgo poco aceptable, se recomiendan controles preventivos, seguimiento continuo, alertas tempranas e intervenciones

Fuente: Elaboración propia.

- **Límites de tolerancia**

Los límites de tolerancia hacen referencia a los umbrales de cuánto riesgo se está dispuesto a aceptar y asumir por la seccional durante el desarrollo de un proceso.

Tabla 9: Nivel de tolerancia del riesgo

Nivel de Tolerancia			
Medición	**Exposición**	**Descripción**	**Valoración**
No existen desviación en los indices de referencia	**Apetito del Riesgo**	La organización puede asumir el riesgo para optimizar su rendimiento	<= 10 SMMLV
Desviación leve de los índices de referencia	**Tolerancia del Riesgo**	El riesgo excede los límites deseables	>= 10 SMMLV y <=50 SMMLV y frecuencia entre probable y posible
Desviación de proporciones relevantes de los indices de referencia	**Capacidad de Riesgo**	El riesgo excede significativamente los límites de riesgo deseables	>= SMMLV 50 y frecuencia casi con certeza

Fuente: Elaboración propia.

- **Mapa de riesgo**

Un mapa de riesgo es una representación gráfica dónde se encuentran los riesgos más representativos o de mayor importación para la seccional. A continuación, se ilustra el mapa de riesgo inherente para el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

PROBAB					
	Con certeza	4	8	12	16
	Probable	3	6	9	12

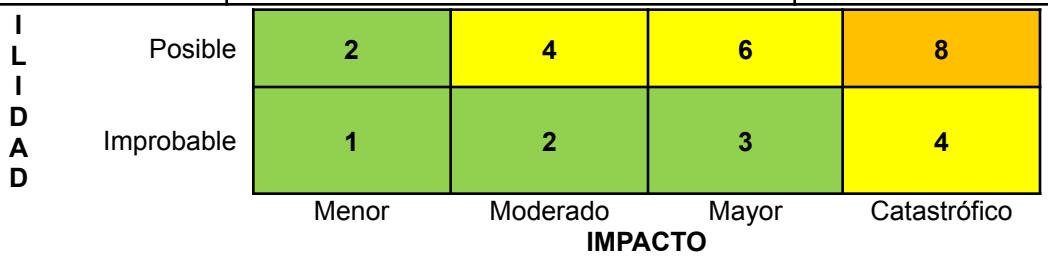


Figura 2: Mapa de riesgo inherente. Fuente: Elaboración propia.

11.7 Procedimiento de Selección de Estrategias para el Tratamiento y Control de los Riesgos

Cuando todos los riesgos han sido identificados y evaluados se comparan con los límites de tolerancia definidos por la Seccional o en su defecto dentro del marco normativo como referencia.

Si algún riesgo excede los límites debe mitigarse y controlarse para volver al nivel de riesgo tolerado. En caso de no exceder dichos umbrales, estos riesgos deben ser vigilados. De igual manera, las cifras muy inferiores o poco relevantes deben ser investigadas con el fin de comprobar que no existe un subregistro o ausencia de notificación por parte del personal responsable.

El propósito del tratamiento del riesgo es seleccionar e implementar opciones para abordar el riesgo, siendo a la vez responsabilidad de los líderes de cada subsistema de administración del riesgo la selección de estrategias potenciales para el tratamiento y control, así como la definición de los criterios de evaluación.

11.8 Criterios de evaluación del tratamiento

La mitigación de los riesgos se basa en la estipulación de controles, los cuales deben ser eficientes y oportunos. A continuación, se relacionan los criterios de evaluación definidos para determinar la eficiencia del tratamiento y control de riesgos de LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER.

Tabla 10: Criterios de Evaluación del tratamiento. Fuente: Elaboración propia.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL CONTROL

Existencia del control	
Valor	**Criterio**
5	SÍ
0	NO

Frecuencia del control	
Valor	**Criterio**
5	PERMANENTE / POR DEMANDA
4	SEMANAL

Indicencia en:	
Mitiga	**Criterio**
Probabilidad	PREVENTIVO
Probabilidad	DETECTIVO
Impacto	CORRECTIVO
Impacto	PROTECCIÓN

Ejecución del control	
Valor	**Criterio**
5	AUTOMATICO
3	SEMIAUTOMATICO
1	MANUAL

¿El control esta documentado?	
Valor	**Criterio**
5	DOCUMENTADO
1	SIN DOCUMENTAR

Cobertura	
Valor	**Criterio**
90%	ALTA
50%	MEDIA
20%	BAJA

¿El control cuenta con un responsable para su ejecución?	
Valor	**Criterio**
5	ASIGNADA
1	SIN ASIGNAR

¿El control es efectivo?

3	MENSUAL
2	SEMESTRAL
1	ANUAL

¿El contro deja evidencia de la ejecución y el seguimiento?	
Valor	**Criterio**
5	EXISTE EVIDENCIA
1	NO EXISTE EVIDENCIA

¿El control es muy complejo?	
Valor	**Criterio**
5	MUY COMPLEJO
1	SENCILLO

¿Cuál es la cobertura del control?	
Valor	**Criterio**
5	TOTAL
1	MUESTRA

¿Cuenta con Eventos Historicos?	
Valor	**Criterio**
5	SIN MATERIALIZAR
1	MATERIALIZADO

Valor	Criterio
81% - 90%	EXCELENTE
61% - 80%	BUENO
41% - 60%	MODERADO
21% - 40%	INSATISFACTORIO
0 - 20%	POBRE

- **Mapa de riesgo residual**

El riesgo neto o residual es el nivel de riesgo que resulta luego de la aplicación de las medidas de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.

Vale la pena dejar claro que todo tratamiento al riesgo debe mitigar, reducir, evitar, transferir o aceptar la aparición o evolución de un riesgo.

- **EVITAR:** Consiste en no realizar la actividad que genera el riesgo, supone salir de las actividades que generan los riesgos.
- **REDUCIR:** Implica desarrollar acciones para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo de forma individual o simultánea.
- **TRANSFERIR:** La probabilidad o el impacto del riesgo se reduce trasladando o compartiendo el riesgo con una o varias de las partes. Por ejemplo, adquirir seguros contra pérdidas inesperadas y significativas, establecer acuerdos con otras organizaciones o tercerizar proceso de negocio entre otros.
- **ACEPTAR:** Consiste en retener el riesgo para perseguir una oportunidad y establecer un plan apropiado de financiación del riesgo como provisionar las posibles pérdidas.

A continuación, se relacionan los mapas de calor del riesgo residual y los criterios y valores del nivel de tolerancia del riesgo residual.

PROBABILIDAD				
Con certeza	4	8	12	16
Probable	3	6	9	12
Posible	2	4	6	8
Improbable	1	2	3	4
	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico

Figura 3: Mapa de riesgo residual. Fuente: Elaboración propia.

11.9 Procedimiento de seguimiento y monitoreo de los riesgos.

Una vez establecidos los posibles mecanismos para la mitigación y control de los riesgos identificados, se realiza un análisis para determinar los puntos críticos de seguimiento y monitoreo. Es por ello, que se desarrollar un sistema de alertas tempranas para facilitar, la rápida detección, corrección y ajuste de las deficiencias en cada riesgo, asociado a cada subsistema. Estas alertas deben incluir la definición de los límites máximos de exposición o niveles aceptables de riesgo (límites de tolerancia), considerando los parámetros definidos en las políticas de LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER.

Además, es preciso realizar evaluaciones periódicas de los resultados y contar con un plan de seguimiento que incluya los indicadores de gestión que ayuden a identificar los riesgos residuales con los niveles de aceptación permitidos.

El propósito del seguimiento y monitoreo es asegurar y mejorar la calidad y la eficacia del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, así como la implementación de acciones de mejora continua; por lo cual, dicho seguimiento y monitoreo debe ser permanente y continuo.

El seguimiento y monitoreo engloba los aspectos de la Administración y Gestión de Riesgos con la finalidad de:

- Asegurar la eficacia y eficiencia en los controles tanto en su diseño como en su utilización.
- Obtener información adicional para mejorar la valoración del riesgo.
- Analizar y sacar conclusiones de los sucesos, cambios, tendencias, éxitos y fallos.
- Detectar los cambios en el contexto interno y externo (incluso cambios en los criterios de riesgo y el riesgo) que puedan requerir revisar los tratamientos de control del riesgo.
- Identificar los riesgos emergentes.
- Medir la eficiencia del control en la mitigación de los riesgos.
- Identificar falencias en los controles mapeados.

En la siguiente tabla se relaciona el registro para los planes de tratamiento dentro del modelo.

Tabla 11: Plan de tratamiento

Control	SEGUIMIENTO								
	Indicador								Plan de mejora
	Indicador	Formula del indicador	Frecuencia (seguimiento)	Sentido (Max, Min, Mant)	Resultado	Tolerancia	Desviación	Observaciones	ID

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12: Descripción de los datos a registrar en la matriz

ASPECTO QUE CONSIDERAR	DESCRIPCIÓN
CONTROL	Son los controles realizados para gestionar cada riesgo identificado.
INDICADOR	Indicador asociado a cada control con el fin de realizar una medición.
FÓRMULA	Definición de la fórmula o forma de calcular el indicador.
FRECUENCIA (SEGUIMIENTO)	Cada cuánto tiempo se realiza el seguimiento o análisis del indicador definido.
SENTIDO (MAX, MIN, MANT)	Sentido del indicador, puede ser por encima del nivel de tolerancia, en ese caso sería maximizar, en un sentido contrario, el cual sería minimizar, y en un entido neutro, el cual sería mantener
RESULTADO	Resultado del indicador en análisis
NIVEL DE TOLERANCIA	Nivel de aceptación del resultado obtenido.
DESVIACIÓN	Desviación del resultado según nivel de tolerancia
OBSERVACIONES	Espacio para comentarios y observaciones.
PLAN DE ACCIÓN DE MEJORA/CORRECTIVO ID	Espacio para registrar el ID de la acción correctiva o de mejora que surja por la desviación de los límites de tolerancia asociados a cada riesgo identificado.

Fuente: Elaboración propia.

11.10 Revisión de resultados y priorización de los riesgos

La revisión de los resultados se da por medio una comparación de los mapas de calor del riesgo inherente y del riesgo residual, el modelo se genera de forma automática la acción resultante, es decir, si el tratamiento fue efectivo o no, concluyendo si el riesgo se mantiene, aumenta o disminuye.

Tabla 13: Revisión de resultados

CÓDIGO DEL RIESGO	RIESGO INHERENTE	ACCIÓN	RIESGO RESIDUAL

Fuente: Elaboración propia.

El propósito de la revisión de resultados es dar evidencia de la gestión integral del riesgo y los perfiles de riesgo y es responsabilidad de cada líder del subsistema de administración del riesgo su desarrollo.

11.11 Procedimiento para determinar el nivel de tolerancia.

11.11.1 Identificación de riesgos prioritarios

La Seccional identifica los riesgos prioritarios definidos en la metodología expuesta en el numeral anterior del presente manual, los cuales deben encontrarse previamente caracterizados y documentados dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

11.11.2 Aplicación de niveles de tolerancia

Los riesgos priorizados, basados en los niveles de riesgo residual obtenidos, se comparan con el cuadro de niveles de tolerancia institucional, el cual establece:

- Rangos de aceptación del riesgo (aceptable, tolerable, no tolerable).
- Umbrales máximos de exposición permitidos para cada nivel de calificación del riesgo.

Con base en dicha comparación, se determina si el riesgo se encuentra:

- Dentro del nivel de tolerancia aprobado.
- En un nivel de tolerancia condicionada que requiere acciones de control adicionales.
- Por fuera del nivel de tolerancia, lo que exige medidas inmediatas de mitigación o tratamiento.

11.11.3 Definición del nivel máximo de tolerancia

La Seccional define su nivel máximo de tolerancia al riesgo como el valor límite establecido en el cuadro de tolerancia (tabla N°14) para cada categoría de riesgo, acorde con:

- La metodología de escalas de clasificación adoptada.
- La capacidad institucional, financiera y operativa.
- El marco normativo vigente y los objetivos estratégicos.

Este nivel debe ser aprobado por la instancia definida en el Gobierno Organizacional (Junta Directiva o quien haga sus veces).

Tabla 14: Nivel de tolerancia del riesgo

Nivel de Tolerancia			
Medición	**Exposición**	**Descripción**	**Valoración**

No existen desviación en los indices de referencia	**Apetito del Riesgo**	La organización puede asumir el riesgo para optimizar su rendimiento	<= 10 SMMLV
Desviación leve de los índices de referencia	**Tolerancia del Riesgo**	El riesgo excede los límites deseables	>= 10 SMMLV y <=50 SMMLV y frecuencia entre probable y posible
Desviación de proporciones relevantes de los indices de referencia	**Capacidad de Riesgo**	El riesgo excede significativamente los límites de riesgo deseables	>= SMMLV 50 y frecuencia casi con certeza

Fuente: Elaboración propia.

11.12 Procedimiento en caso de exceder los límites de tolerancia

Los límites de tolerancia es el nivel de riesgo que se está dispuesto a aceptar o tolerar por parte de la organización. En otras palabras, es la capacidad de soportar pérdidas de tipo financieras, reputacional, y de otros recursos, sin que afecte en gran medida la operación o los objetivos.

Para la seccional, los límites de tolerancia aceptados para los riesgos identificados en todos los subsistemas de riesgo se definen en la matriz de riesgos diseñada, y están asociados a los mapas de calor y zonas de riesgo tanto para el riesgo inherente como para el riesgo residual. En especial, este último mencionado, teniendo en cuenta que el resultado de los riesgos se define posterior a la implementación de controles de mitigación.

En ese orden de ideas, los límites de tolerancia sujetos a los resultados de los riesgos residuales están definidos en 3 escalas, las cuales pueden visualizarse en la Tabla 14.

No obstante, cada riesgo identificado es particular y requiere un tratamiento independiente, es por ello, que conforme el plan de tratamiento descrito en la Tabla 11, los riesgos a los cuales apliquen indicadores de monitoreo y seguimiento cuentan con límites de tolerancia independientes, es decir, los límites de tolerancia están sujetos a los resultados de los indicadores y en especial a la información contenida en la ficha técnica del mismo.

En el escenario en que un riesgo sobrepase los límites de tolerancia definidos, se presenta un evento adverso o no conformidad, LA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL SANTANDER realiza acciones correctivas las cuales se realizan teniendo en cuenta y se registran en el formato de código F-HSEQ-25.

En algunos casos, las acciones correctivas, de mejora y planes de acción, surgen o se desarrollen debido a los hallazgos de una auditoría, esto debido a la inexistencia de un indicador, deben proceder de la misma manera, realizando el registro en el formato F-HSEQ-25 ACCIONES CORRECTIVAS, o en caso de no ser algo de gran transcendencia, se registrará en el formato F-HSEQ-25 ACCIONES DE MEJORA, y la debida implementación de acciones, y desarrollo de

actividades para la gestión de la no conformidad o acción de mejora, teniendo en cuenta los procedimientos de la Seccional.

La definición de acciones correctivas y de mejora a desarrollar e implementar debe ser realizada por el líder del proceso o subproceso donde se presenta la no conformidad, el cual debe garantizar la gestión de estas. Para esto, es importante considerar los siguientes aspectos una vez un riesgo excede los límites de tolerancia definidos:

- Se debe comprender plenamente el riesgo manifestado
- Es conveniente comunicar a todas las partes interesadas como participantes del proceso y la alta dirección sobre la situación.
- Es necesario identificar las razones por las cuales se excedió el límite y desarrollar el análisis de causas.
- Se debe revisar y ajustar la Administración y Gestión de Riesgos, lo cual puede implicar un cambió en los límites de tolerancia o adoptar otras medidas para mitigar el riesgo o implementar controles adicionales.
- Desarrollar un plan de acción con acciones específicas a realizar para el abordaje del riesgo excedido, en este plan deben estar definidos los responsables y los plazos para su implementación.
- Es necesario desarrollar e implementar acciones correctivas definidas, que mantengan el riesgo dentro de la zona aceptable.
- Se debe mantener y continuar el monitoreo constante con el fin de garantizar el progreso en la gestión del riesgo.
- Aprender de la experiencia y realizar una revisión y análisis de lo ocurrido en pro de la mejora continua.
- En caso de ser necesario actualizar las políticas y procedimientos en la gestión del riesgo para evitar situaciones similares en el futuro.
- Comunicar los resultados y lecciones aprendidas a las partes interesadas.

11.12.1 Planes de intervención

De acuerdo los resultados del seguimiento y monitoreo de los riesgos, al igual que la desviación de los límites de tolerancia definidos por cada uno de los riesgos, la implicación de un plan de intervención dependerá del nivel de gravedad, asociado al límite de tolerancia; El Grupo de Riesgos, tendrá la opción de realizar un plan de intervención que se documentará mediante los formatos de ACCIONES CORRECTIVAS dispuestos por la entidad, para lo anterior, se deberá tener en cuenta:

- Las razones que justifican la selección del tratamiento, incluyendo los beneficios previstos.
- Las personas responsables de la aprobación del plan y de la implementación del plan.
- Las acciones propuestas.
- Las necesidades de recursos y contingencias.
- Las medidas del desempeño y las restricciones.
- Los requisitos en materia de información y de seguimiento
- El calendario y la programación.

11.13 Procedimiento de auditoría y resultados

La auditoría es de vital importancia en un Sistema Integral de Gestión de Riesgos – SIAR, ya que proporciona una evaluación independiente y objetiva de la eficacia y el cumplimiento del mismo, también evidencia potenciales deficiencias y vulnerabilidades, facilita el seguimiento de acciones correctivas, promociona la cultura de riesgo y apoya la toma de decisiones. En resumen, la auditoría desempeña un papel esencial en la supervisión y mejora continua del SIAR, ayudando en la gestión efectiva de los riesgos, en el cumplimiento de requisitos regulatorios y en el abordaje de deficiencias identificadas.

Para la seccionar, la matriz de riesgos contempla una etapa de seguimiento y monitoreo que es alusivo a las acciones de auditoría realizadas por el área de calidad, comité de riesgos, control interno o quien haga sus veces. En otras palabras, este espacio hace referencia a un proceso de seguimiento de los controles asociados a los riesgos identificados, y ayuda a definir qué se va a revisar y el tratamiento de los controles planteados para la gestión de cada riesgo.

En este espacio se registra el tipo de auditoría a realizar, la fecha de ejecución, la evidencia (soportes o documentos), el nivel de cumplimiento, los hallazgos o resultados, las observaciones del proceso y el plan de mejora o acción correctiva a desarrollar.

Adicionalmente, la sección cuenta con el documento P-HSEQ-02 alusivo al proceso de auditorías internas. Este instrumento es utilizado por las líneas de defensa para velar por el seguimiento y monitoreo de la eficiencia de los controles asociados a los riesgos identificados.

El Grupo de Riesgos y las líneas de defensa son autónomas para determinar cuáles instrumentos o mecanismos utilizarán para realizar seguimiento y monitoreo.

12 DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CAPACITACIONES

La seccional proporcionará comunicaciones específicas y orientadas al personal y sus partes interesadas, con relación a sus políticas de administración de riesgos y los resultados de los mismos; para lo anterior se cuenta con los siguientes lineamientos:

13 DOCUMENTACIÓN

Las actividades que surjan del enfoque basado en riesgos deben quedar plasmados en documentos y registros, garantizando la integridad, oportunidad, trazabilidad, confiabilidad, partes colaboradores o funcionarios de los diferentes órganos de control y vigilancia. Estos documentos de registro son:

- Las políticas para la administración de cada uno de los riesgos.
- Los procesos, procedimientos y metodologías para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a gestionar. A su vez, el establecimiento de los niveles de aceptación y límites de exposición.

- Los roles y responsabilidades de quienes participan en la gestión de los diversos riesgos identificados, especialmente los que surgen de las actividades en salud.
- Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas y objetivos de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- Las estrategias de capacitación y divulgación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- Análisis sobre el cumplimiento de los límites y del nivel de exposición de los diferentes riesgos, particularmente los prioritarios

Los documentos mencionados anteriormente, en su mayoría están contenidos en el presente Manual.

14 SANCIONES.

El incumplimiento de las directrices enmarcadas en el presente manual, serán sancionadas conforme los parámetros establecidos en el Reglamento Interno de Trabajo, toda vez que sea comprobadas faltas a las funciones de los responsables del funcionamiento del Sistema de Administración de Riesgos.

15 VIGENCIA

La vigencia del manual inicia o entra en vigor a partir del momento de su aprobación.