

| | | |
|---|--|------------------------------|
|  | POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO MACROPROCESO DE GESTIÓN DEL RIESGO PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO | CÓDIGO: PL01-GRI |
| | | VERSIÓN: V5.0-2023 |

| | | | |
|---|--------------------|--------------------|-------------------------------|
| MACROPROCESO Y/O PROCESO AL CUAL PERTENECE LA POLÍTICA | Gestión del Riesgo | RESPONSABLE | Oficina de Gestión del Riesgo |
|---|--------------------|--------------------|-------------------------------|

CONTEXTO

Dados los parámetros del Decreto 682 de 2018 del Ministerio de Salud, la Circular externa 004 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud y el Decreto 1499 de 2017 del Departamento Administrativo de la Función Pública sobre el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, el Sistema de Gestión del Riesgo de Capital Salud EPS-S se fundamenta en el marco de un contexto institucional que define la GESTIÓN DEL RIESGO como un macroproceso estratégico que brinda los elementos para que la planeación, gestión, ejecución, seguimiento, control y evaluación institucional tenga un enfoque de riesgos conforme lo establecido en el Plan Estratégico Institucional. Dicho contexto está definido por:

| No. | Ítem | Elementos que lo componen |
|-----|----------------------------------|--|
| 1 | Conocimiento de la Entidad | Misión, Visión, Valores, Objetivos Estratégicos, Planeación Institucional. |
| 2 | Modelo de operación por procesos | Mapa de procesos, caracterización y objetivos de los procesos, planes y programas asociados. |
| 3 | Macroproceso estratégico | Gestión del Riesgo. |
| 4 | Sistema de Gestión Riesgo | Conjunto de políticas, formatos, procedimientos y manuales que permiten la identificación, evaluación, control y seguimiento de la Gestión Integral del Riesgo. |
| 5 | Política de Gestión del Riesgo | Lineamientos y orientaciones de la Junta Directiva y la Gerencia para las prácticas de gestión a las actividades de comunicación, consulta, establecimiento del contexto, y de identificación, análisis, evaluación, tratamiento, monitoreo y revisión del riesgo. |

DEFINICIONES

| No | TÉRMINO | DEFINICIÓN |
|----|-------------------------------------|---|
| 1 | Administración o Gestión del Riesgo | La gestión o administración está relacionada con las acciones para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos; el planear y ejecutar acciones encaminadas a mitigar, reducir, eliminar, trasladar y/o transferir el riesgo y sus efectos para luego establecer un plan de seguimiento y monitoreo continuo. |
| 2 | Análisis del riesgo | Determina el impacto y la probabilidad del riesgo, dependiendo de la información disponible pueden emplearse desde modelos de simulación, hasta técnicas colaborativas. El análisis y la evaluación del riesgo deben convertirse en una parte natural del proceso de planeación. |
| 3 | Control del riesgo | Son las políticas, acciones, procesos, prácticas que actúan para eliminar o minimizar los riesgos o mejorar oportunidades positivas. Proveen una seguridad razonable relativa al logro de los objetivos. |

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
|  | <p align="center">POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO MACROPROCESO DE GESTIÓN DEL RIESGO PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO</p> | <p>CÓDIGO: PL01-GRI</p> |
| | | <p>VERSIÓN: V5.0-2023</p> |

| DEFINICIONES | | |
|--------------|---|--|
| No | TÉRMINO | DEFINICIÓN |
| 4 | Evaluación del Riesgo | La evaluación de los controles existentes permite valorar los riesgos e identificar como se evitan, minimizan o mitigan. |
| 5 | Identificación del riesgo (Mapa de Riesgos) | Proceso que determina QUÉ puede suceder, PORQUÉ Y CÓMO. |
| 6 | Riesgo | Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos, se expresa en términos de probabilidad e impacto. |

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.
Departamento Administrativo de la Función Pública. Versión 5 – Diciembre 2020.

| MARCO NORMATIVO | | |
|-----------------|--|---|
| No | ENTIDAD | Decreto/Resolución/Circular |
| 1 | Presidencia de la República | Estatuto Anticorrupción Ley 1474 de 2011. |
| 2 | Superintendencia Nacional de Salud | Supervisión Basada en Riesgos Supersalud 2015 Circular Externa 009 de 2016 Circular Externa 007 de 2017 Circular externa 004 de 2018 Circular Externa 008 de 2018 Circular Externa 5-5 de 2021 |
| 3 | Ministerio de Salud | Ley 1751 de 2015, el artículo 65 de la Ley 1753 del 2015, Plan Decenal de Salud Pública vigente y la Política de Atención Integral en Salud. Decreto 682 de 2018 Decreto 780 de 2016 Resolución 2515 de 2018 Resolución 429 de 2016 (GIRS). |
| 4 | Alcaldía Mayor de Bogotá | Decreto 118 de 2018 Código de Integridad del Servicio Público Decreto 591 de 2018 - Adopción del MIPG Directiva 001 de 2021. |
| 5 | Secretaría Distrital de Salud | Gestión del Riesgo Secretaria de Salud 2018. |
| 6 | Departamento Administrativo de la Función Pública. | Decreto 1499 de septiembre 2017, Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG. Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 5 – Diciembre 2020. |
| 7 | ICONTEC | NTC -ISO 31000 - 2018 Gestión de riesgos - principios y directrices. |
| 8 | Otro | https://www.ealde.es/gestion-de-riesgos-financieros/#:~:text=Dentro%20del%20%C3%A1mbito%20de%20la,de%20ocasionar%20un%20perjuicio%20econ%C3%B3mico. |

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
|  | <p align="center">POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO MACROPROCESO DE GESTIÓN DEL RIESGO PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO</p> | <p>CÓDIGO: PL01-GRI</p> |
| | | <p>VERSIÓN: V5.0-2023</p> |

**POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO
CAPITAL SALUD EPS-S**

I. PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA: La política de Gestión del Riesgo se enmarca en los principios corporativos del Código de Conducta y Buen Gobierno de Capital Salud EPS-S: 1. Integridad, 2. Honestidad, 3. Respeto, 4. Ética Corporativa.

II. OBJETIVO GENERAL: Promover desde el enfoque de la gestión de riesgos una relación efectiva, con sentido de pertenencia y corresponsabilidad, entre los procesos de planeación, ejecución, seguimiento, control y evaluación para la adopción de decisiones oportunas dirigidas a mejorar los resultados en salud, la satisfacción de los afiliados y la gestión financiera y administrativa de la EPS.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Son objetivos específicos de la Política de Gestión del Riesgo en Capital Salud EPS-S:

- a) Orientar el que hacer de la institución, a partir de los procesos, buscando garantizar, de manera corresponsable, la identificación, control, seguimiento y evaluación de los riesgos relacionados con el cumplimiento de las funciones del aseguramiento en salud.
- b) Promover, mediante un continuo de acciones, una cultura organizacional de autocontrol, autorregulación, autogestión y mejora continua con enfoque en la gestión del riesgo desde la articulación del direccionamiento estratégico hasta la gestión operacional del día a día para la prevención y/o gestión de riesgos.
- c) Asegurar la implementación de herramientas para la gestión de riesgos que posibiliten o evidencien la creación de valor, la transparencia en la información y el uso eficiente de los recursos.
- d) Promover la cultura de autocontrol hacia la gestión del riesgo que desarrolle habilidades evaluativas sobre la calidad de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la institución.
- e) Fortalecer los criterios de idoneidad y reputación institucional, información pública oportuna y de calidad en pro de lograr una mayor eficiencia, transparencia y optimización del uso de los recursos del sistema, un mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de riesgos que se vea reflejado en mejores resultados en la atención del paciente y la protección de los afiliados.
- f) Impulsar las mejores prácticas de gobierno corporativo de acuerdo con Código de Conducta y Buen Gobierno de Capital Salud EPS-S.

IV. ALCANCE: Esta política es extensible y aplicable a todos los trabajadores, contratistas, proveedores en cualquiera de sus sucursales y niveles jerárquicos responsables de los macroprocesos estratégicos, misionales y de apoyo y de la ejecución del Plan Estratégico Institucional vigente.

Parágrafo. Capital Salud EPS-S actúa en el mercado de salud para la prestación de servicios de acuerdo con los documentos para la operación y administración de recursos

| | | |
|---|--|------------------------------|
|  | POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO MACROPROCESO DE GESTIÓN DEL RIESGO PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO | CÓDIGO: PL01-GRI |
| | | VERSIÓN: V5.0-2023 |

del régimen subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS en la ciudad de Bogotá, el departamento del Meta y el Departamento de Cundinamarca (Municipio de Soacha) mercado en los cuales puede operar (nichos de mercado).

V. ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA. Se definen las siguientes estrategias que permiten avanzar en la implementación de la Política de Gestión del Riesgo:

- a) **Conexión y articulación entre el plan estratégico institucional, los procesos y la gestión del riesgo.** Fomentar acciones de interacción, articulación, alineación y complementación entre el Plan Estratégico Institucional, la planeación operativa y los procesos que permitan el diseño de procedimientos estructurados con el enfoque de la gestión de riesgos y el fortalecimiento de los controles en las diferentes etapas del ciclo de gestión de riesgos y la planeación, ejecución, seguimiento, control y evaluación de la gestión institucional.
- b) **Equipos de trabajo comprometidos:** Responsables de la definición, identificación y caracterización de los riesgos, su valoración y definición de controles por procesos y estructuración de planes de acción que permitan la adecuada y oportuna administración del riesgo. De manera transversal y de especial relevancia es el actuar de los trabajadores, y contratistas de la institución frente a su compromiso con las buenas prácticas y la gestión bajo los principios de transparencia y ética.
- c) **Monitoreo y seguimiento de la gestión del riesgo.** El seguimiento, control y evaluación de los riesgos por proceso y de manera integral con la participación de todos los niveles de la institución como responsables del sistema de gestión del riesgo de Capital Salud EPS-S.
- d) **Formación y actualización permanente.** Compromiso institucional de ofrecer a sus Gerentes, Directores, líderes de proceso, trabajadores, capacitación y actualización en la administración del riesgo, así como alcanzar el aprendizaje y apropiaciones de herramientas y procedimientos requeridas para la gestión del riesgo como una línea de aprendizaje y actualización permanente, a través de inducción, entrenamiento, acompañamiento, actividades lúdicas, entre otros.

VI. CLASES DE RIESGOS: De acuerdo con los lineamientos de la Circular Externa 004 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS-, la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, la circular externa 009/2016 y la circular externa 5-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS-, la clasificación de los riesgos en Capital Salud EPS-S, que componen los subsistemas de administración del riesgo, se definen de la siguiente manera:

- a) **Riesgo en Salud:** Es la situación de pérdida o daño que puede tener la institución por el incumplimiento de los estándares y resultados sanitarios, dada una baja calidad y oportunidad en la prestación del servicio de salud a los afiliados. Se entiende por Riesgo en Salud como 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.
- b) **Riesgo Actuarial:** Es la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a la ocurrencia de diferentes sucesos futuros e inciertos, como:



POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO
MACROPROCESO DE GESTIÓN DEL RIESGO
PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO

CÓDIGO:
PL01-GRI

VERSIÓN:
V5.0-2023

Actuarial- Riesgos de concentración y hechos catastróficos: Corresponde a la posibilidad de pérdida en que puede incurrir una entidad como consecuencia de una concentración de riesgos, bien sea por genera, grupos etarios, regiones, patologías, por la ocurrencia de hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de afiliados.

Actuarial- Riesgos de incremento inesperado en los índices de morbi-mortalidad y en los costos de atención: Corresponde a la posibilidad de pérdida que se genera como consecuencia de variaciones considerables en las condiciones de morbi-mortalidad de la población afiliada, así como pérdidas derivadas de incrementos inesperados en los costos de atención.

Actuarial- Riesgos de cambios tecnológicos: Corresponde a la posibilidad de pérdida debido a la incorporación de nuevas tecnologías, que requieran incrementos en la financiación del plan de beneficios.

Actuarial- Riesgos de insuficiencia de reservas técnicas: Posibilidad de pérdida como consecuencia de una subestimación en el cálculo de las reservas técnicas y otras obligaciones contractuales (servicios autorizados y servicios facturados).

- a) **Riesgo de Crédito:** Es 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.
- b) **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).
- c) **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 las tasas de interés, en la tasa de cambio o cualquier otro parámetro de referencia que afecte cualquier elemento de los estados financieros de la Entidad.
- d) **Riesgo Operacional:** Corresponde a la posibilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales de sus procesos como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos y biomédicos, en la infraestructura, por fraude y corrupción, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.
- e) **Riesgo de Fallas en el Mercado de Salud:** Corresponde a la posibilidad que la estructura del mercado de salud genere pérdidas en el bienestar y beneficios de la entidad.
- f) **Riesgo Reputacional:** Corresponde a la posibilidad de toda acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de una entidad, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad. Tal publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede mermar la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, o dar lugar a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o los ingresos.
- g) **LA/FT/FPADM / Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva:** Es la posibilidad que, en la realización de las operaciones de una entidad, estas puedan ser utilizadas por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas a destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas. Los lineamientos específicos para el Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva se encuentran publicados en la Circular Externa 009 de 2016 y la Circular Externa 5-5 de 2021 expedidas por la Superintendencia

| | | |
|---|--|------------------------------|
|  | POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO MACROPROCESO DE GESTIÓN DEL RIESGO PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO | CÓDIGO: PL01-GRI |
| | | VERSIÓN: V5.0-2023 |

Nacional de Salud, se clasifican en cuatro (4) riesgos asociados así: Riesgo de Contagio, Riesgo Legal, Riesgo Operativo y Riesgo Reputacional.

- h) **Riesgo Estratégico:** Es la situación de pérdida o daño que puede tener la institución por el no cumplimiento de su misión y los objetivos estratégicos.
- i) **Riesgo Financiero:** Es la posibilidad que ocurran sucesos futuros, inciertos e independientes de la voluntad de quien lo sufre, susceptibles de ocasionar un perjuicio económico. Los riesgos financieros se derivan de las transacciones que realiza una empresa y que implican la utilización de derechos de cobro y obligaciones de pago. También pueden surgir de las operaciones en los mercados financieros.
- j) **Riesgo Tecnológico:** Es la posibilidad de pérdida o daño que puede tener la institución por la baja capacidad de la infraestructura tecnológica que soporte la planeación, gestión, ejecución, seguimiento y evaluación de la operación.
- k) **Riesgo Jurídico Normativo:** Es la posibilidad de pérdida o daño que puede tener la institución al ser sancionada, multada u obligada a indemnizar por incumplimiento de normas, contratos o negligencia jurídica.
- l) **Riesgo de Corrupción:** Es la posibilidad de pérdida o daño que puede tener la institución por acciones u omisiones en la gestión de los recursos, el uso de poder, el manejo de la información, la obtención de un beneficio particular o para un tercero.
- m) **Riesgo de Contagio:** En el marco de SARLA/FT/FPADM, es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad directa o indirectamente, por acción de una persona natural o jurídica que posee vínculos con la entidad.
- n) **Riesgo de Opacidad:** Es la posibilidad de pérdida o daño que puede tener una organización, por falta de claridad o transparencia en su gestión, en especial en los procesos contractuales.
- o) **Riesgo de Fraude:** Es la posibilidad de pérdida o daño que puede tener una organización por Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.
- p) **Riesgo de Soborno:** Es la posibilidad de pérdida o daño que puede tener una organización por el ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control.

Se presenta a continuación la clasificación de los riesgos en Capital Salud EPS-S, para un total de dieciocho (18), en cumplimiento a la Circular Externa 004 de 2018 y la Circular Externa 5-5 de septiembre 2021, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud:

| No. | Riesgo |
|-----|-------------------------------|
| 1 | Salud |
| 2 | Actuarial |
| 3 | Crédito |
| 4 | Liquidez |
| 5 | Mercado de Capitales |
| 6 | Operacional |
| 7 | Fallas en el Mercado de Salud |
| 8 | Reputacional |
| 9 | LA/FT/FPADM |
| 10 | Estratégico |
| 11 | Financiero |
| 12 | Tecnológico |

| | | |
|---|--|------------------------------|
|  | POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO MACROPROCESO DE GESTIÓN DEL RIESGO PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO | CÓDIGO: PL01-GRI |
| | | VERSIÓN: V5.0-2023 |

| | |
|----|--------------------|
| 13 | Jurídico Normativo |
| 14 | Corrupción |
| 15 | Contagio |
| 16 | Opacidad |
| 17 | Fraude |
| 18 | Soborno |

Para el desarrollo de la matriz de riesgo por proceso, se presentan los siguientes dieciocho (18) subsistemas

| No. | Riesgo |
|-----|---|
| 1 | Salud |
| 2 | Fallas en el mercado de salud |
| 3 | Financiero |
| 4 | Crédito |
| 5 | Liquidez |
| 6 | Mercado de Capitales |
| 7 | Actuarial (Concentración y hechos Catastróficos, incremento inesperado en Índices de morbi-mortalidad, tecnológicos en salud, reserva técnica). |
| 8 | Operacional |
| 9 | Tecnológico |
| 10 | LA/FT/FPADM (Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva) |
| 11 | Reputacional |
| 12 | Jurídico Normativo |
| 13 | Contagio |
| 14 | Estratégico |
| 15 | Corrupción |
| 16 | Opacidad |
| 17 | Fraude |
| 18 | Soborno |

VII. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS: Se entiende por el ciclo general de riesgos a las etapas que deben abordarse en las distintas clases de riesgos:

- a) **Identificación de los riesgos:** Reconocer y documentar las causas o factores internos y externos, así como los actores que generan los riesgos y afectan el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- b) **Evaluación y medición de los riesgos:** Valorar los efectos asociados a los riesgos identificados considerando la probabilidad e impacto. (Riesgo inherente y Riesgo Residual).
- c) **Identificación de acciones de manejo y control de riesgos:** Definir acciones y controles que permitan gestionar el riesgo de acuerdo con la tolerancia definida por la Junta Directiva, identificando responsables plazos, ejecución y reportes.
- d) **Seguimiento y monitoreo:** Para Realizar el seguimiento y monitoreo a las acciones definidas y controles identificados en cada riesgo Capital Salud EPS-S cuenta con los tres (3) líneas

| | | |
|---|--|------------------------------|
|  | POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO MACROPROCESO DE GESTIÓN DEL RIESGO PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO | CÓDIGO: PL01-GRI |
| | | VERSIÓN: V5.0-2023 |

de defensa 1) Seguimiento del líder de proceso (autocontrol [cuatrimestral](#) – [Primera línea de defensa](#)), 2) seguimiento de la Oficina de Gestión del Riesgo ([Segunda línea de Defensa](#) - análisis de riesgos y [controles cuatrimestral](#)), 3) seguimiento Oficina de Control Interno ([Tercera línea de defensa](#) verificación de controles y efectividad, [anual](#)).

e) **Actualización y ajustes:** la actualización y ajustes de la matriz de riesgos [se realiza](#) de acuerdo con los resultados del análisis, seguimiento y evaluación [cuatrimestral de tal forma que permita la identificación y control de nuevos riesgos y efectividad en los controles para mitigar el riesgo](#).

VII. MAPA DE RIESGOS Y MATRIZ DE RIESGOS: La consolidación de los riesgos por proceso y a nivel institucional es lo que se conoce como mapa de riesgos. El mapa de riesgos será consolidado y actualizado cuatrimestralmente por la Oficina de Gestión del Riesgo mediante un instrumento que permita la caracterización, análisis, valoración de controles, valoración del riesgo, seguimiento y monitoreo (matriz de riesgos).

Parágrafo 1: El corte para el tratamiento de los riesgos de acuerdo con la gráfica de semaforización establece la prioridad del tratamiento de los riesgos residuales ubicados en la zona de color rojo, como resultado del cálculo de probabilidad de ocurrencia y la magnitud del impacto.

Parágrafo 2: Las formas de tratamiento de los riesgos se desarrollarán bajo las siguientes acciones: aceptar, evitar, reducir (mitigar), o reducir (transferir) el riesgo.

NIVELES DE TOLERANCIA AL RIESGO. La EPS-S Capital Salud define [cero tolerancias a los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno, así como a los riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo, y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.](#)

En relación con el valor máximo admisible del nivel del riesgo que no corresponden a SARLAFT (LA/FT/FPADM) Y COFS que permite la entidad está limitado a determinar el tipo de acciones para abordar los riesgos, dado que las acciones que se desprendan a partir del análisis de riesgos deben ser proporcionadas y razonables, este nivel máximo admisible se determina como [alto](#) para Capital Salud EPS-S.

XII. EVENTOS DE RIESGO MATERIALIZADO. Corresponde a un evento, hecho, situación o acción que presenta una falla o problema real, generando afectación económica y reputacional como aspectos principales, impactando los objetivos estratégicos de la entidad.

Capital Salud establece el procedimiento de eventos de riesgo materializado bajo el código (P08-GRI) con el objetivo de definir las actividades requeridas para la gestión de los reportes de Eventos de Riesgo Materializado, a través del formato (F06-GRI) identificando el proceso, acción del plan de mejora para la materialización del riesgo en cumplimiento a la política de administración del riesgo.

Es de responsabilidad del Líder del proceso o primera línea de defensa [informar a la oficina de Gestión del Riesgo el posible evento del riesgo materializado, así mismo establecer el plan de mejora y reportar con las evidencias a la oficina de Gestión de Riesgos para realizar el seguimiento respectivo y definir el estado del evento \(Activo o inactivo\).](#)

| | | |
|---|--|------------------------------|
|  | POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO MACROPROCESO DE GESTIÓN DEL RIESGO PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO | CÓDIGO: PL01-GRI |
| | | VERSIÓN: V5.0-2023 |

XIII. ACCIONES CORRECTIVAS. Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable. Tal y como se establece en el procedimiento de medición, análisis y mejora (P01-GC).

XIV. MARCO INSTITUCIONAL FRENTE A LA POLÍTICA

Comité de Riesgos: Este Comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión de riesgos de la entidad.

El Comité de Riesgos de Capital Salud EPS -S **está** conformado por:

- Miembro designado por la Junta Directiva
- Dirección Médica – DME
- Dirección Administrativa y Financiera – DAF
- Coordinación Nacional de Modelo y Gestión del Riesgo
- Dirección de Estrategia y Planeación – DEP
- Oficina de Control Interno – OCI (con voz, pero sin voto)
- Oficina Gestión del Riesgo – OGR (con voz, pero sin voto)
- Profesional en Actuaría o Economía, Matemáticas o Estadística.

Secretario (a) del Comité de Riesgos: el cual será elegido, por mayoría simple, por los miembros del Comité **con una duración de un año**, período en el cual se debe cambiar el secretario con el mismo procedimiento. Sus funciones principales serán elaborar las actas del Comité, llevar la memoria documental del mismo.

En la actualidad el secretario del comité es el - Jefe de la Oficina de Gestión del Riesgo de la EPS-S.

Rol del Comité de Riesgos. En cumplimiento a la Circular Externa 007 de 2017 de la Superintendencia Nacional de Salud, Las funciones del Comité de Riesgos son:

- Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud.
- Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos.
- Establecer medidas prudenciales como la correcta constitución de reservas técnicas, y velar por la suficiencia patrimonial. Debe velar por el cumplimiento del Capítulo 2 “Condiciones de habilitación financiera de las EPS” del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, Decreto 780 de 2016 o normas que lo sustituyan, adicionen o modifiquen.
- Supervisar los procesos de atención al usuario y medir y evaluar el funcionamiento del sistema de atención al usuario.

En cumplimiento a la Circular Externa 004 de 2018 de Superintendencia Nacional de Salud, las funciones al comité de Riesgos:

- Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.

| | | |
|---|--|--|
|  | POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO MACROPROCESO DE GESTIÓN DEL RIESGO PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO | CÓDIGO: PL01-GRI <hr/> VERSIÓN: V5.0-2023 |
|---|--|--|

- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el punto anterior, para cada uno de los riesgos identificados.
- Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
- Evaluar y proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, el manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la entidad.
- Evaluar los Límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva y al Representante Legal, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
- Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por la entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido al cual esta pertenezca. Cabe resaltar que de acuerdo con las políticas que establezca la entidad, cada instancia podrá tener diferentes atribuciones para aprobar operaciones que incumplan las políticas establecidas inicialmente por la entidad y que violen los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados.
- Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva, Consejo de Administración u órgano que haga sus veces.
- Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos:
- El comportamiento y los niveles de exposición de la entidad a cada uno de los riesgos (como mínimo los riesgos prioritarios), así como las operaciones objetadas.
- Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing).
- Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegase a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados.
- Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

Recomendaciones de actualización de la política. Las recomendaciones de actualización de la Política de Gestión de Riesgo a la Junta directiva, será responsabilidad de la Oficina de Gestión del Riesgo de acuerdo con las recomendaciones del comité de riesgos, producto de los ajustes que surjan de la evaluación de riesgo por proceso o cuando se actualice el plan estratégico institucional. La Política de Gestión de Riesgo debe ser revisada y aprobada por la Junta Directiva.

Comunicación. La política de Gestión del Riesgo debe ser divulgada por la Oficina de Comunicaciones a todos los colaboradores y contratistas de la EPS, publicada en la intranet

| | | |
|---|--|------------------------------|
|  | POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO MACROPROCESO DE GESTIÓN DEL RIESGO PROCESO SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO | CÓDIGO: PL01-GRI |
| | | VERSIÓN: V5.0-2023 |

y debe ser parte del programa de inducción y reinducción que coordina la Dirección de Talento Humano.

XV. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: Corresponde a los colaboradores y contratistas de CAPITAL SALUD EPS-S guardar total reserva de la información que conozca en el desarrollo de sus funciones y actividades que desempeñen. Esta información es de propiedad de CAPITAL SALUD EPS-S y sólo podrá ser divulgada por expreso requerimiento de la autoridad competente. La debida confidencialidad y seguridad de toda información que sea entregada y que se encuentre bajo custodia por razón de sus funciones o actividades para la institución no podrá divulgarse o utilizarse por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que, por sí, o por un tercero, cause riesgos a la administración o a un tercero.

XVI. ELABORACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN DE LA POLÍTICA.

| | | | |
|---|-------------------|-------------------|---------------------------------|
| ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO DE POLÍTICA | Luz Marina Duran | CARGO | Jefe Oficina Gestión del Riesgo |
| FECHA DE ELABORACIÓN | Mayo de 2023 | | |
| REVISIÓN DEL DOCUMENTO | Comité de Riesgos | CARGO | Acta número 22 |
| FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL DOCUMENTO | 29/05/2023 | | |
| APROBACIÓN DEL DOCUMENTO DE POLÍTICA | Junta Directiva | FECHA ACTA | Acta número 149 |
| FECHA DE APROBACIÓN | 1/08/2023 | | |