

Código:	PE01 PO 46	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	
Versión:	04		
Vigente a partir de:	12/06/2026		
Página:	1 de 7		

Descripción de la política

(Describe el compromiso que la institución está dispuesta a cumplir, cuál es la posición de la administración o qué es lo que se desea regular. Debe responder al Qué, Cómo, Para qué)

La ESE Metrosalud asume el compromiso de gestionar los riesgos operativos o de gestión, riesgos a la integridad pública, riesgos fiscales, riesgos de seguridad de la información y riesgos de continuidad del negocio, desarrollando y ejecutando mecanismos efectivos que contemplen la identificación, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo de los riesgos, orientando la toma de decisiones oportuna, con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos y funciones institucionales, mitigar el impacto negativo de la materialización de los riesgos para usuarios, familia, servidores, proveedores, comunidad y grupos de interés y aprovechar el impacto positivo de los mismos.

Para todo lo anterior, el Gerente de la ESE Metrosalud, dispondrá los recursos humanos, financieros, técnicos, tecnológicos y logísticos que sean necesarios para la gestión de los riesgos institucionales.

Responsable Institucional

(La Unidad Administrativa responsable de liderar la política, el cargo del responsable institucional y el cargo del Gestor institucional de política)

Unidad Administrativa: Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional
 Líder de política: Jefe Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional
 Gestor de política: Profesional Especializado - Auditoría y Gestión de Riesgos

Marco normativo

(Directriz gerencial o normatividad que soporta la política)

- Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)
- Constitución Política Colombiana 1991, artículos 2, 123 y 209
- Decreto 1499/2017. Establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG
- Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas V7 2025 DAFP
- Circular Externa de la Supersalud 20211700000004-5 de 2021
- Circular Externa de la Supersalud 20211700000005-5 de 2021
- Circular Externa de la Supersalud 202215000000053-5 de 2022
- Norma técnica ISO 31000 de 2018

Lineamientos para implementación

(Define cuáles son las estrategias y/o lineamientos de la ESE Metrosalud para el desarrollo e implementación de la política y lograr su propósito y los mecanismos que usará para dar a conocerla)

Alcance:

Esta política abarca:

- Riesgos operativos o de gestión, riesgos a la integridad pública, riesgos fiscales, riesgos de seguridad de la información y riesgos de continuidad del negocio.

Código:	PE01 PO 46	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	
Versión:	04		
Vigente a partir de:	12/06/2026		
Página:	2 de 7		

- Toda la organización, sus objetivos estratégicos, sistemas, modelos, planes, programas, proyectos y procesos y además en todas sus sedes.
- Todas las acciones ejecutadas por los servidores en cumplimiento de sus funciones y por terceros vinculados a través de un proceso contractual.

Hace parte del trabajo del día a día a través de la ejecución de los procesos y procedimientos, en todas las dependencias, tanto asistenciales como administrativas.

Difusión:

La difusión se realizará través de los medios institucionales definidos y en la estrategia de Despliegue Institucional para todas las Unidades Administrativas.

Adicionalmente podrán programarse otro tipo de actividades para mejorar la apropiación de la gestión de riesgos en los servidores, acorde con las actividades institucionales, como boletines electrónicos, capacitación y talleres con equipos de trabajo específicos, entre otros.

Implementación:

En la ESE Metrosalud, esta política se implementa a través de:

- Procesos:
 - o Direccionamiento y Planeación
 - o Desarrollo del Sistema de Gestión
- Subsistemas:
 - o Operacional
 - o En salud
 - o Actuarial
 - o Crédito
 - o Liquidez
 - o Fiscal
 - o Seguridad de la información
 - o Integridad pública (SARLAFT, Corrupción, opacidad, fraude y Soborno)
- Programa:
 - o Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE
- Mapa de riesgos que permita determinar los niveles de riesgos inherente y residual, además la efectividad de los controles. Matriz de riesgos de la Función Pública
- Reportes:
 - o Sucesos administrativos a Mesa de Ayuda de Riesgos:
mesadeayudareisgos@metrosalud.gov.co
 - o Posibles actos contra la ética mediante la Línea Ética en el Portal Web.

Código:	PE01 PO 46	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	
Versión:	04		
Vigente a partir de:	12/06/2026		
Página:	3 de 7		

o Reportes normativos a la UIAF.

- Actividades de cumplimiento como la debida diligencia de las contrapartes, definidas en el Manual SARLAFT y el PTEE.

Resumen del desarrollo de la política:

La política de gestión de riesgos se implementa a través del Sistema de Gestión de Riesgos, el cual se desarrolla con base en las metodologías definidas por la Función Pública (Guía de Administración de Riesgos vigente), la norma técnica ISO 31000 y los lineamientos de la Supersalud para la supervisión basada en riesgos.

Se utilizan como instrumentos principales la **matriz de riesgos de la función pública** en la versión vigente donde se consigna el **Mapa de Riesgos** y el **Aplicativo del SGI Almera** donde se cargan para cada mapa de riesgos actualizado, las actividades relacionadas con el **Plan de tratamiento de Riesgos**, en el **Grupo de Trabajo Riesgos** de Mecanismos de Integración.

Comprende las etapas de identificación, análisis, valoración, tratamiento y seguimiento a los riesgos y controles a cargo de los responsables de los elementos organizacionales descritos en el alcance. También se incluye lo relacionado con los reportes internos de los eventos que se presenten a través de los canales institucionales definidos para ello y externos a los entes de vigilancia y control que correspondan.

Se lleva a cabo además la elaboración de mapa de riesgo frente a los objetivos estratégicos institucionales, de acuerdo con los diagnósticos estratégicos elaborados para la formulación de planes de desarrollo, mapa de riesgos de integridad pública (SARLAFT, SICOF cuando aplique y PTEE).

El seguimiento a la gestión de riesgos de la organización en cumplimiento de la Política, se describe en el ítem de seguimiento y evaluación.

Contribución de la política al cumplimiento de los objetivos de la Empresa:

De acuerdo con la Función Pública, “la gestión de riesgos se consolida como una herramienta fundamental para fortalecer la toma de decisiones públicas, la transparencia, la eficacia institucional y la confianza ciudadana. Más allá de su función preventiva, la gestión de riesgos permite anticipar escenarios adversos, gestionar oportunidades y alinear la operación institucional con los objetivos estratégicos del Estado”

En la ESE Metrosalud, el Sistema de Gestión de Riesgos hace parte del Sistema Integrado de Gestión de la empresa y comprende como todos los sistemas que lo componen, tres ejes en los cuales se desarrolla: procesos, cultura y

Código:	PE01 PO 46	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	
Versión:	04		
Vigente a partir de:	12/06/2026		
Página:	4 de 7		

autorregulación/aprendizaje organizacional. Como principales contribuciones de la Política se encuentran:

- Establecer una base confiable para la toma de decisiones y la planeación
- Incrementar la capacidad de la entidad para alcanzar sus objetivos
- Fomentar la continuidad del servicio y/o la operación normal de la organización
- Proteger los recursos de la institución y del Estado y minimizar las pérdidas
- Fortalecimiento de la cultura de riesgos y control de la organización

Articulación con los planes institucionales:

Para el desarrollo de la Política de Gestión de Riesgos la ESE Metrosalud define los planes operativos necesarios que le permitan lograr los objetivos en cada vigencia, como el plan de trabajo anual del Programa de Transparencia y Ética Empresarial de las respectivas vigencias, los cuales se articulan con los objetivos estratégicos.

La Política de Gestión de Riesgos se articula con los planes institucionales y procesos, de manera que los riesgos identificados en los diferentes análisis en los mapas de riesgos y los planes de tratamiento resultantes, son tenidos en cuenta en su actualización; de la misma forma los riesgos y controles ya definidos en los procesos y planes institucionales, son tenidos en cuenta en la actualización de los mapas de riesgos, buscando que no se hagan como ejercicios aislados, si no como parte de toda la planeación institucional.

Indicadores

(Defina los indicadores que va a utilizar para medir el cumplimiento de la política)

- Nivel de madurez del sistema de gestión de riesgos aplicando el instrumento definido por la Función Pública.
- Proporción de cumplimiento en la ejecución del Plan de Tratamiento de riesgos
- Cobertura en la capacitación de riesgos.
- Variación en el reporte de sucesos administrativos: Valor período actual / Valor período anterior / Valor Período anterior
- Índice de variación Nivel de madurez SGR - DAFP: Valor cumplimiento Nivel de madurez SGR- DAFP (Vigencia Actual) - Valor cumplimiento Nivel de madurez SGR- DAFP (vigencia anterior) / Valor cumplimiento - Nivel de madurez SGR- DAFP (vigencia anterior)
- Cumplimiento en la aplicación de puntos de control por proceso. Este indicador inicia medición en el mediano plazo, (un año aproximadamente a partir de la publicación de la presente política), acorde con la revisión de los puntos de control en los procedimientos y capacidad operativa institucional.

Adicionalmente se contemplan los indicadores clave de riesgo por proceso o KRI, en el Anexo 1 del Documento del Sistema de Gestión de Riesgos 2026 - 2027

Código:	PE01 PO 46	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	
Versión:	04		
Vigente a partir de:	12/06/2026		
Página:	5 de 7		

Seguimiento y evaluación

(Describe cómo se realizará el seguimiento y evaluación de la política. Detalla la frecuencia de seguimiento y evaluación, responsables, informes o reportes y comités o grupos de trabajo donde se analizará el desempeño de la política)

Seguimiento a la política:

La implementación de la política estará determinada por el seguimiento sistemático al cumplimiento de las acciones generales programadas para la vigencia y al resultado de los indicadores definidos para medir la Política de Gestión de Riesgos, mencionados en el punto anterior.

Como resultado del seguimiento se elaborarán informes trimestrales por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, que den cuenta del avance de la implementación de la política y de los aspectos relevantes que la hayan afectado. Éstos serán presentados al Comité de Gestión y Desempeño y adicionalmente se presentarán informes semestrales a la Junta Directiva, dando cumplimiento a la normatividad aplicable.

Como parte del seguimiento se hace una autoevaluación anual frente a los estándares de la norma técnica ISO 31000 de 2018, y de este se genera un informe y un plan de mejora para las oportunidades de mejora que se identifican.

Evaluación de la política:

La política se evaluará cada año mediante los mecanismos de evaluación definidos por la Función Pública y/o el ente regulador de la política estatal, como el FURAG y la autoevaluación del sistema y subsistemas de gestión de riesgos, establecido por la Supersalud. De estas aplicaciones, surge un plan de mejora que se ejecuta hasta la siguiente evaluación buscando mejorar progresivamente el desempeño institucional en la gestión de riesgos.

Responsable: Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional.

Frecuencia: Anual.

Mecanismo de evaluación: Instrumentos de Autoevaluación de la política de gestión de riesgos.

Resultado: Informe de Autoevaluación de la Política de Gestión de Riesgos.

Comité o equipo de trabajo donde se analiza: Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

En el marco de la Institucionalidad se tienen los siguientes niveles de responsabilidad:

Línea Estratégica:

El Gerente, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité Institucional de

Código:	PE01 PO 46	POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS	
Versión:	04		
Vigente a partir de:	12/06/2026		
Página:	6 de 7		

Coordinación de Control Interno, son instancias de alto nivel al interior de la institución, que orientan la toma de decisiones estratégicas para la operación del Sistema de Gestión de Riesgos SGR, la gestión efectiva de los riesgos que puedan afectar la consecución de los objetivos institucionales y fomentan la adhesión a los valores, las políticas, las disposiciones normativas aplicables, los procesos y controles establecidos por la entidad y que componen en su conjunto todos los instrumentos y mecanismos de gestión del SGR.

El Comité Institucional de Gestión y Desempeño se encarga de orientar la implementación, operación y mejora del SGR y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno analiza eventos y riesgos críticos. El Gerente y/o Junta Directiva, deciden e implementan estrategias para la gestión del riesgo.

Primera línea de defensa:

Servidores en todos los niveles, equipos de trabajo de las Unidades Administrativas que hacen parte de la ejecución de los procesos, procedimientos, planes y programas, responsables de ejecutar los controles operativos en el día a día.

Líderes de Procesos. Gestionan los riesgos de los procesos a cargo y hace seguimiento a los Servidores en todos los niveles en la aplicación de controles y cumplimiento de indicadores la gestión de riesgos.

Segunda línea de defensa:

Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, Comités Institucionales, Supervisores de contratos Líderes de Programas Institucionales y Líderes de Sistemas de Gestión, que definen las metodologías para la gestión de riesgos, asesoran y acompañan su implementación y hacen seguimiento y monitoreo con enfoque preventivo.

Tercera Línea:

Oficina de Control Interno y Evaluación como responsable de la evaluación independiente de la política mediante auditoría independiente, adicionalmente con roles de asesoría y recomendaciones para su mejora.

ELABORADO POR:	
Javier Antonio Gutiérrez Rodas	Cargo: Jefe Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional
Natalia Peláez Miyar	Cargo: Profesional Especializada Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional

Código:	PE01 PO 46
Versión:	04
Vigente a partir de:	12/06/2026
Página:	7 de 7

POLÍTICA GESTIÓN DE RIESGOS



CONTROL DE ACTUALIZACIÓN				
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO O AJUSTE	RAZÓN DEL CAMBIO O AJUSTE	RESPONSABLE DEL CAMBIO O AJUSTE
01	01/11/2019	Se actualiza la política para la gestión de riesgos	Con el propósito de formalizar las políticas institucionales y responder a requerimientos normativos.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
02	22/06/2021	Se actualiza la política de gestión de riesgos	Se hace necesario su actualización a la luz de los nuevos lineamientos vigentes del DAFP y acorde con resultados de auditorías, seguimientos al sistema de gestión de riesgos.	Jefe y Profesional Especializada Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional
03	21/09/2022	Se actualiza la política de gestión de riesgos	Se hace necesario su actualización por la inclusión de Riesgos de corrupción, Opacidad, fraude, proliferación de armas de destrucción masiva, dando cumplimiento a La Circular Externa de la Supersalud 20211700000005-5 DE 2021 del 17-09-2021	Jefe y Profesional Especializada Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional
04	12/06/2026	Se actualiza la política de gestión de riesgos	Se hace necesaria su actualización por la inclusión del Programa de Transparencia y Ética Empresarial según lineamientos de Supersalud y Función Pública, adicionalmente la inclusión del capítulo de riesgo fiscal, y última actualización de la Guía de Administración de Riesgos de la Función Pública en 2025	Jefe y Profesional Especializada Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional