



POLÍTICA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS CLÍNICA LAS CONDES Y FILIALES

ELABORACIÓN	REVISIÓN	AUTORIZACIÓN
Nombre: Alba Díaz Cargo: Auditora Interna Fecha: noviembre 2025	Nombre: Gerardo Schudeck Cargo: Contralor Fecha: noviembre 2025	Nombre: Pablo Yarmuch Cargo: Gerente General Fecha: noviembre 2025



1. MARCO

La Política de Gestión Integral de Riesgos define los principios que se aplican en la gestión de riesgos de Clínica Las Condes, en adelante CLC, y sus Filiales. Integra las distintas políticas y procedimientos de la organización, con el objeto de incorporar las distintas temáticas y buenas prácticas de gestión de riesgos al Gobierno Corporativo de CLC.

A través de la gestión integral de riesgos se busca resguardar la continuidad operacional, proteger la reputación institucional, asegurar el cumplimiento normativo y fortalecer la toma de decisiones informada, junto con la promoción de una cultura de gestión de riesgos transversal a toda la organización.

2. OBJETIVO

Establecer una estrategia corporativa de gestión de riesgos que permita identificar, evaluar, monitorear, mitigar y comunicar de manera oportuna los distintos riesgos a los que está expuesta Clínica Las Condes S.A. (CLC) y sus Filiales, fortaleciendo el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, operacionales, normativos, reputacionales y financieros. Como objetivos específicos, podemos mencionar:

- Identificar eventos de riesgos, en los distintos procesos.
- Establecer las metodologías de registro (incidentes), valoración de los riesgos (impacto y probabilidad).
- Divulgar el sistema y capacitar a los colaboradores en el modelo.
- Velar porque el riesgo identificado sea administrado (gestionado, informado) por los responsables de los procesos.
- Asegurar la actualización y verificación de las políticas de riesgo de acuerdo con el entorno cambiante de la industria.
- Promover la creación de una estructura organizacional y un ambiente de control que favorezca una gestión de riesgos efectiva, proactiva y sostenible.
- Contribuir a la preservación de la continuidad operacional, la solvencia financiera y la imagen institucional de CLC.
- Prevenir eventos adversos y riesgos clínicos, promoviendo una atención segura, oportuna y de calidad para los pacientes, conforme a los estándares definidos por la normativa sanitaria vigente y los lineamientos internos de CLC.

3. ALCANCE

Esta Política aplica a Clínica Las Condes S.A. y a todas sus Filiales, y es de cumplimiento obligatorio para todos los niveles de la organización, incluyendo al Directorio, Alta Administración, ejecutivos equipos clínicos, colaboradores, asesores y contratistas que participen en procesos críticos para la institución.

ELABORACIÓN	REVISIÓN	AUTORIZACIÓN
Nombre: Alba Díaz Cargo: Auditora Interna Fecha: noviembre 2025	Nombre: Gerardo Schudeck Cargo: Contralor Fecha: noviembre 2025	Nombre: Pablo Yarmuch Cargo: Gerente General Fecha: noviembre 2025



El dueño de cada proceso es el primer responsable de identificar, evaluar, mitigar y monitorear los riesgos asociados a su gestión. Esta responsabilidad debe ser ejercida en coordinación con los órganos de control y gobierno corporativo, conforme a los lineamientos definidos en esta Política y sus documentos complementarios.

4. MARCO NORMATIVO Y REFERENCIAS

Norma de Carácter General N° 461 CMF: Regula la gestión de riesgos y el sistema de control interno de las sociedades abiertas, estableciendo lineamientos para su diseño, implementación y supervisión.

5. METODOLOGIA

Para una adecuada implementación de la metodología integral de gestión de riesgos se deben considerar los siguientes componentes:

5.1. Ambiente Interno

Es la base de la institución, de los procesos y de la administración de los riesgos, incluyendo la estructura organizacional, los recursos humanos y físicos, la cultura y los valores de CLC, las competencias y las habilidades. La administración superior también forma parte del ambiente interno, pues además de influenciar los demás elementos, establece la filosofía de administración de riesgos, definiendo los niveles de riesgo aceptables (apetito y tolerancia al riesgo), fomentando la cultura de control, y asegurando que existan recursos, herramientas y estructuras necesarias para implementar esta Política de forma efectiva.

5.2. Establecimiento de Objetivos

Los objetivos estratégicos nacen de la definición de la misión y valores de CLC, luego se definen los objetivos relacionados a temas operacionales, reportes, controles internos y cumplimiento legal y normativo.

Por lo anterior, los objetivos son establecidos antes de la identificación de los eventos con potencial de riesgo que pudieran afectar las metas, buscando asegurar el alineamiento entre la misión y la aspiración (visión) con el nivel de tolerancia al riesgo aceptable para la institución.

5.3. Identificación de Riesgos

La identificación de riesgos tiene como objetivo mapear los eventos de riesgo de naturaleza interna y externa que puedan afectar las estrategias de las unidades de negocio y de soporte y el cumplimiento de sus objetivos, con posibilidad de impacto en el capital destinado, en los resultados y en la imagen.

Este proceso debe realizarse considerando todos los procesos críticos de la organización, tanto asistenciales como de soporte, así como el entorno externo (cambios regulatorios, tecnológicos, económicos, sociales, sanitarios, entre otros).

La identificación debe:

ELABORACIÓN	REVISIÓN	AUTORIZACIÓN
Nombre: Alba Díaz Cargo: Auditora Interna Fecha: noviembre 2025	Nombre: Gerardo Schudeck Cargo: Contralor Fecha: noviembre 2025	Nombre: Pablo Yarmuch Cargo: Gerente General Fecha: noviembre 2025

- Basarse en el levantamiento de procesos y en la interacción con los dueños de procesos y equipos claves.
- Incluir tanto riesgos inherentes como nuevas amenazas externas.
- Estar alineada con la estructura organizacional y las líneas de defensa definidas.
- Ser revisada y actualizada de forma periódica o cuando existan cambios relevantes.

5.4. Evaluación de los Riesgos

Las evaluaciones de los eventos de riesgos son realizadas bajo el enfoque cualitativo, los riesgos son evaluados sobre las pruebas de controles manuales y automáticos, siendo las respuestas dimensionadas con base en el impacto (severidad) y en la probabilidad de ocurrencia (frecuencia), lo que nos permitirá indicar el grado de exposición al riesgo.

A continuación, se presenta la secuencia que nos permite entender de mejor manera este proceso:

1. Estimar amenazas o peligros y cuantificar su probabilidad e impacto (para mayor detalle ver anexo 1).
2. Evaluar la vulnerabilidad; determinar la calidad de los controles establecidos, y
3. Estimar el riesgo realmente asumido como resultado de relacionar los dos parámetros anteriores (Nivel de Riesgo).

La evaluación de riesgos en CLC tiene como función presentar un panorama amplio de la administración de los riesgos claves para los objetivos de los procesos de negocios y de soporte, y la mantención de los respectivos controles internos. Una herramienta clave para visualizar los resultados de las evaluaciones son los “Mapas de Riesgos”.

A continuación, se presenta el Mapa de Riesgos que es utilizado por CLC y Filiales.

IMPACTO	Catastrófico (5)	Moderado	Alto	Crítico	Crítico	Crítico
	Mayor (4)	Bajo	Moderado	Alto	Crítico	Crítico
	Moderado (3)	Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Crítico
	Menor (2)	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado	Alto
	Insignificante (1)	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado
		Muy baja (1)	Baja (2)	Moderada (3)	Alta (4)	Muy alta (5)
		<u>PROBABILIDAD</u>				

ELABORACIÓN	REVISIÓN	AUTORIZACIÓN
Nombre: Alba Díaz Cargo: Auditora Interna Fecha: noviembre 2025	Nombre: Gerardo Schudeck Cargo: Contralor Fecha: noviembre 2025	Nombre: Pablo Yarmuch Cargo: Gerente General Fecha: noviembre 2025

5.5. Respuesta al Riesgo

En los procesos de gestión de riesgos, son identificadas y evaluadas las opciones de respuestas a los riesgos y considerados sus efectos en la probabilidad y en el impacto del evento, considerando la tolerancia al riesgo.

Las posibles respuestas al riesgo incluyen:

- Evitar: Eliminar la actividad que genera el riesgo.
- Mitigar: Reducir su probabilidad de ocurrencia y/o impacto mediante controles u otras acciones.
- Transferir o compartir: Delegar total o parcialmente el riesgo a terceros.
- Aceptar: Reconocer el riesgo y no tomar medidas adicionales, dentro del nivel de tolerancia definido.

Al considerar la opción de mitigar el riesgo (o tratarlo) se deben generar los planes de mitigación para cada uno de los riesgos definidos. Estos planes deben considerar:

- Un responsable de la implementación, con poder de ejecutar acciones dentro de la organización.
- Descripción de las acciones correctivas o preventivas.
- Un plazo de implementación, según lo establecido en la siguiente tabla:

Nivel de Riesgo Residual	Descripción	Plazo Máximo para Implementar Planes de Mitigación
Crítico	Riesgos con muy alta probabilidad y/o consecuencias catastróficas, como daño severo a pacientes, multas relevantes, pérdida de servicios o imagen institucional y/o con una pérdida financiera superior a \$1.000 millones, requieren acciones inmediatas y planes de mitigación urgentes.	0 a 3 meses
Alto	Riesgos con alta probabilidad de ocurrencia y/o impacto grave sobre procesos críticos, seguridad del paciente o cumplimiento normativo. Pérdida financiera entre \$500 y \$1.000 millones. Requieren tratamiento prioritario.	0 a 6 meses
Moderado	Riesgos con probabilidad moderada y/o consecuencias significativas pero controlables. Pérdida financiera estimada entre \$100 y \$499 millones. Requieren acciones planificadas y monitoreo regular.	0 a 8 meses
Bajo	Riesgos con probabilidad baja o muy baja y consecuencias menores o insignificantes, tanto clínicas como financieras (menores a \$100 millones). No requieren acciones inmediatas, solo monitoreo periódico.	No aplica – solo monitoreo periódico

ELABORACIÓN	REVISIÓN	AUTORIZACIÓN
Nombre: Alba Díaz Cargo: Auditora Interna Fecha: noviembre 2025	Nombre: Gerardo Schudeck Cargo: Contralor Fecha: noviembre 2025	Nombre: Pablo Yarmuch Cargo: Gerente General Fecha: noviembre 2025

5.6. Actividades de Control

Se refieren al conjunto de actividades que aseguren un correcto funcionamiento del proceso y que contribuyan a mitigar el riesgo, dentro de estas actividades podemos encontrar verificaciones de aprobaciones y autorizaciones; reconciliaciones y revisiones de: desempeño, seguridad de los recursos y segregación de funciones.

5.7. Información y Comunicación

La información sobre la gestión de riesgos debe ser comunicada de forma sistemática a los distintos niveles jerárquicos de CLC. Cada nivel de responsabilidad requiere información específica, adaptada al alcance de sus funciones y su rol en la toma de decisiones.

5.7.1 Al Directorio y a los Comités de Directores

El reporte al Directorio y sus Comités debe proporcionar una visión estratégica y consolidada de los riesgos. Se les debe entregar la siguiente información:

- **Panel de Control:** Un resumen ejecutivo de los riesgos más relevantes para la organización.
- **Análisis de Desvíos:** Los efectos potenciales de las desviaciones en los niveles de riesgo y su impacto en el desempeño corporativo.
- **Nivel de Confianza:** Un análisis sobre la efectividad de los controles internos de la organización.
- **Actualizaciones:** Propuestas de innovaciones o modificaciones a la política de gestión de riesgos.

5.7.2 A los dueños de los procesos de la Institución

La información para los dueños de los procesos debe ser operativa y permitirles tomar decisiones tácticas. Se les debe proporcionar:

- **Riesgos Residuales:** Información sobre los riesgos residuales y su nivel de impacto en sus áreas y en otras unidades de negocio.
- **Monitoreo del Desempeño:** Reportes sobre las variaciones de los indicadores de desempeño para el monitoreo de actividades críticas.

5.7.3 A los Colaboradores

La comunicación a los colaboradores debe enfocarse en fomentar una cultura de gestión de riesgos que contribuya a:

- Comprender su nivel de responsabilidad en relación con riesgos individuales de sus funciones.
- Comprender que la gestión de riesgos es un elemento clave de la cultura de la organización y de qué forma pueden contribuir a su mejoría continua.

5.7.4 A las Entidades/Órganos Reguladores y Fiscalizadores

La comunicación a las entidades reguladoras debe ser transparente, oportuna y ajustada a los requerimientos normativos. Se les debe entregar:

- Toda la información solicitada de manera permanente o específica.

ELABORACIÓN	REVISIÓN	AUTORIZACIÓN
Nombre: Alba Díaz Cargo: Auditora Interna Fecha: noviembre 2025	Nombre: Gerardo Schudeck Cargo: Contralor Fecha: noviembre 2025	Nombre: Pablo Yarmuch Cargo: Gerente General Fecha: noviembre 2025

5.8. Monitoreo del Proceso de Gestión

El proceso de monitoreo tiene como objetivo asegurar que los controles internos están implementados de forma efectiva y que son adecuados para las actividades de la institución. El monitoreo también evalúa los niveles de exposición al riesgo definidos por la administración.

Se identifican las alteraciones en las unidades operacionales, de soporte y en el entorno en el cual se desarrollan, para que posteriormente se efectúen las modificaciones necesarias y se verifique si las medidas adoptadas alcanzaron los resultados esperados.

Gráficamente, los componentes de la Gestión Integral de Riesgos pueden resumirse en el siguiente ciclo:



ELABORACIÓN	REVISIÓN	AUTORIZACIÓN
Nombre: Alba Díaz Cargo: Auditora Interna Fecha: noviembre 2025	Nombre: Gerardo Schudeck Cargo: Contralor Fecha: noviembre 2025	Nombre: Pablo Yarmuch Cargo: Gerente General Fecha: noviembre 2025



6. PROCEDIMIENTOS/DOCUMENTOS RELACIONADOS

Esta política se complementa y se relaciona con los siguientes documentos corporativos:

- Código de Gobierno Corporativo
- Política General de Seguridad de la Información
- Política de Ciberseguridad
- Política de Continuidad Operacional
- Política de Control Interno
- Política de Auditoría Interna

7. SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO

El cumplimiento de la Política de Gestión Integral de Riesgos será supervisado por el Directorio y sus respectivos Comités, junto con la Gerencia General. Esto asegura la ejecución efectiva de las medidas de control.

El Gerente General será el responsable de la implementación y ejecución de la política en toda la organización y deberá:

- Comunicar los roles y responsabilidades de gestión de riesgos a todo el personal.
- Informar oportunamente al Directorio y a la Gerencia sobre los incidentes de riesgo que superen los límites de tolerancia establecidos.
- Mantener protocolos de comunicación interna y externa para asegurar la transparencia y la respuesta adecuada ante eventos de riesgo.
- Resguardar el acceso seguro y controlado a toda la documentación relacionada con la gestión de riesgos.

Cualquier incumplimiento de esta política estará sujeto a la aplicación de medidas correctivas, administrativas o disciplinarias, de acuerdo con la gravedad del caso y el marco normativo y ético de la organización.

8. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

La presente política debe ser revisada y actualizada cada dos años por el Directorio o por quien este designe para tal función.

Además, la política será difundida a todas las áreas relevantes de la organización y estará disponible como documento de referencia en los sistemas corporativos establecidos para la gestión de políticas. Esto asegura que la política sea un documento vigente y accesible, y que se adapte de forma continua a los cambios del entorno y de la organización.

ELABORACIÓN	REVISIÓN	AUTORIZACIÓN
Nombre: Alba Díaz Cargo: Auditora Interna Fecha: noviembre 2025	Nombre: Gerardo Schudeck Cargo: Contralor Fecha: noviembre 2025	Nombre: Pablo Yarmuch Cargo: Gerente General Fecha: noviembre 2025



POLITICA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS

Versión: 1.0
Fecha de emisión: noviembre 2025

9. APROBACIÓN

La presente Política de Gestión Integral de Riesgos ha sido revisada y aprobada por el Directorio de Clínica Las Condes S.A. en sesión celebrada con fecha 27 de noviembre de 2025, quedando vigente a contar de dicha fecha.

Toda modificación posterior requerirá igualmente su aprobación formal por parte del Directorio.

ELABORACIÓN	REVISIÓN	AUTORIZACIÓN
Nombre: Alba Díaz Cargo: Auditora Interna Fecha: noviembre 2025	Nombre: Gerardo Schudeck Cargo: Contralor Fecha: noviembre 2025	Nombre: Pablo Yarmuch Cargo: Gerente General Fecha: noviembre 2025

	POLITICA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS	Versión: 1.0 Fecha de emisión: noviembre 2025
---	--	--

Anexo 1. Determinación de Nivel de Riesgo

A continuación, se presenta un detalle de las categorías de impacto y probabilidad que se usan en CLC, las cuales nos permitirán determinar el nivel de riesgo.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO

Grado	Escala	Descripción
Catastrófico	5	Provocaría un daño severo e irreversible a la salud de pacientes, pérdida de vidas, cierre de servicios clínicos, multas significativas, pérdida de acreditaciones, grave daño reputacional o afectación crítica a la continuidad del negocio. Implicaría una pérdida financiera superior a \$1.000 millones.
Mayor	4	Podría generar eventos adversos graves para pacientes, fallas críticas en procesos clínicos o administrativos, incumplimiento normativo relevante, sanciones regulatorias o afectación importante a la imagen institucional. Pérdida financiera estimada entre \$500 y \$1.000 millones.
Moderado	3	Impacto moderado en la calidad de atención, incidentes clínicos controlables, retrasos en procesos relevantes, incumplimientos menores o reclamos reputacionales puntuales. Pérdida financiera estimada entre \$100 y \$499 millones.
Menor	2	Afectación acotada en procesos o servicios, sin poner en riesgo la seguridad del paciente ni el cumplimiento regulatorio. Impacto leve en desempeño o tiempos de respuesta. Pérdida financiera entre \$10 y \$99 millones.
Insignificante	1	Efecto mínimo o nulo sobre los procesos, sin consecuencias para la seguridad del paciente, el cumplimiento normativo ni la operación institucional. Pérdida financiera menor a \$10 millones.

ELABORACIÓN	REVISIÓN	AUTORIZACIÓN
Nombre: Alba Díaz Cargo: Auditora Interna Fecha: noviembre 2025	Nombre: Gerardo Schudeck Cargo: Contralor Fecha: noviembre 2025	Nombre: Pablo Yarmuch Cargo: Gerente General Fecha: noviembre 2025



ESCALA DE PROBABILIDAD

Grado	Escala	Descripción
Muy alta	5	Existe una probabilidad estimada superior al 80 % de que ocurra nuevamente en el corto plazo, dadas las condiciones actuales del entorno o del proceso.
Alta	4	Tiene una probabilidad estimada entre 60 % y 80 % de ocurrencia dentro del período evaluado.
Moderada	3	Se estima una probabilidad entre 30 % y 59 % de ocurrencia. El riesgo es posible pero no frecuente.
Baja	2	Tiene una probabilidad entre 10 % y 29 % de ocurrencia bajo las condiciones actuales.
Muy baja	1	Se estima una probabilidad menor al 10 % de ocurrencia. Se considera altamente improbable

La probabilidad se mide sobre una serie de tiempo de 12 meses.

ELABORACIÓN	REVISIÓN	AUTORIZACIÓN
Nombre: Alba Díaz Cargo: Auditora Interna Fecha: noviembre 2025	Nombre: Gerardo Schudeck Cargo: Contralor Fecha: noviembre 2025	Nombre: Pablo Yarmuch Cargo: Gerente General Fecha: noviembre 2025