



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 1 de 11

		% Cump.
C	81	82,7%
P	16	16,3%
A	0	0,0%
NI	1	1,0%
TOTAL RIESGOS	98	100,0%

PROCESO: ASISTENCIAL

PROCESO AMBULATORIOS

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	Perdida de la oportunidad prestación de los servicios asistenciales	1. Fallas en la aplicabilidad de los procedimientos y conocimiento de la norma. 2. Debilidades en el apoyo logístico Hospitalario. 3- Demora en la atención del usuario.	1. Incumplimiento a las normas vigentes. 2. Insatisfacción del usuario. 3. Mala imagen de la institución. 4. Incremento de las quejas.	1. El nuevo software PANACEA, el cual permite un control al asignar las citas. 2. Encuesta de satisfacción. 3. Facturación oportuna. 4. Instalación de turnero digital	1. Medir los tiempos de oportunidad en la atención. 2. Vigilar frecuentemente que el procedimiento en la asignación de citas sea el adecuado. 3. Intervenir las causas por citas prioritarias cuando se requiera.	SE IMPLEMENTO PANACEA DONDE SE PUEDE EVIDENCIAR LA OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE LAS CITAS	INDICADORES DE CALIDAD	C	06/11/2018
2	Fallas en el ingreso del paciente al servicio.	1. No aplicación del procedimiento adecuado de acuerdo a la situación documental del paciente. 2. falta de verificación de los documentos del paciente a la hora de asignar la cita.	1. Pérdida del paciente. 2. Insatisfacción del paciente. 3. Pérdida de recursos	1. Medir adherencia al procedimiento de asignación de citas. 2. Procedimiento Ingreso del paciente.	1. Identificación de las fallas del proceso en el ingreso al paciente. 2. Verificar documentos del paciente al ingreso. 3. Orientación Oportuna.	ACTUALIZACIÓN DE DATOS EN PANACEA EN TODOS LOS SERVICIOS	- INFORMES DE PAANACEA - QUEJAS DEL USUARIO - ASIGNACION DE CITAS - ADMISIÓN DE CADA PROCESO - FACTURACIÓN - PROGRAMACIÓN	C	06/11/2018
3	Fallas en LA CONTRATACIÓN	1. TARIFAS EN LA CONTRATACIÓN. 2 TENER TECNOLOGÍA DE PUNTA PARA PROCEDIMIENTOS. 3 COMPETENCIAS INTERINSTITUCIONALES	1. Poca demanda de pacientes.	1. VERIFICAR INDICADORES	• Estudio y análisis de la contratación. • Revisión de las tarifas frente a la competencia en oferta y demanda.	Análisis de tarifas con las EPS. Se debe hacer seguimiento a la gestión para poder mejorar la prestación de los servicios en cuanto a las tarifas	- indicador de cumplimiento de metas y oportunidad. - análisis de los casos presentados con las EPS.	C	24/04/2019
4	Fallas en los registros clínicos.	1. LETRA ILEGIBLE 2. REGISTROS MAL DILIGENCIADOS 3. FALTA DE AMPLIACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS. 4 ADHERENCIA AL PROTOCOLO	1. Re-procesos en los servicios 2. Mayores costos para el paciente 3. Glosas y pérdidas para la institución.	1. Formatos historia clínica. 2. Comité de historia clínica. 3. Pre auditoria. 4. Auditoria concurrente. 5. SISTEMATIZAR HISTORIA CLÍNICA EN CONSULTA EXTERNA 6. MEDIR ADHERENCIA A LA HC	• Seguimiento por comité de historias clínicas. • Plan de mejora individual. • Sistematización de la historia clínica con PANACEA.	- Todavía no se cuenta con auditor concurrente asistencial. - se tomo como medida el envío de llamados de atención o NC, para mejorar la sistematización de las hc.	- Todavía no se cuenta con auditor concurrente. - Actas de comité de HC, donde se evidencia el buen diligenciamiento de la misma.	P	24/04/2019
5	Debilidad en el proceso de seguridad del paciente	1. Debilidad en la adherencia al protocolo. 2. Debilidad en los procesos de inducción y reinducción	1. Evento adverso e incidentes. 2. Glosas. 3. Demandas. 4. No conformes. 5. Insatisfacción del paciente 6. Mala imagen institucional	Manual de seguridad del paciente	• Socialización del protocolo de seguridad del paciente. • Medición de adherencia al protocolo de seguridad del paciente. • Fortalecer el proceso de inducción y re inducción • Implementación de rondas de seguridad del paciente donde mida adherencia en prevención de caídas, cambios de posición, lavados de mano etc.	- Continuar con la socialización del programa de seguridad del paciente. - Se sigue realizando la inducción y reinducción al personal. - Se siguen haciendo las rondas de seguridad del paciente para la prevención de caídas, cambios de posición, lavado de manos etc. - Se ha evaluado la adherencia al programa de seguridad del paciente por medio del sistema.	- listado de asistencia a la socialización del programa - Lista de chequeo de seguridad del paciente. - Resultado de la Evaluación	C	06/11/2018
6	Fallas en los dispositivos médicos y equipos biomédicos.	1. Fallas de fluido eléctrico. 2. No seguimiento al plan de mantenimiento de equipos biomédicos 3. Re-uso de Dispositivos médicos. 4. Compra de dispositivos no adecuados. 5. Debilidad en el proceso de capacitación de equipos biomédicos. 6. TECNOLOGÍA DE PUNTA	1. Incidentes asistenciales. 2. Eventos adversos 3. Insatisfacción del paciente. 4. Demandas	1. Programa de Tecnovigilancia	• Fortalecimiento de inducción y re inducción frente a los dispositivos y equipos biomédicos. • Fortalecer programa de Tecno vigilancia. • Programación de mantenimiento de acuerdo al uso de los equipos biomédicos.	- inducción al personal nuevo en el manejo de los equipos biomédicos. - Los biomédicos constantemente hacen mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos.	- Listado de asistencia de capacitación del manejo de los equipos biomédicos al personal nuevo. - Registro del mantenimiento correctivo o preventivo.	C	06/11/2018

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
6	Manejo de pacientes en condiciones especiales (física, mental, comporta mental, religiosa)	1. Deficiencia en metodología de manejo de estos pacientes. 2. Falta de algunos protocolos. 3. No hay medición de adherencia de los protocolos existentes.	1. Fuga de pacientes. 2. Riesgo de evento adverso e incidente 3. Accidente laboral	1. Protocolo de paciente agitado 2. Protocolo de fuga. 3. Política de humanización 4. CAPACITACIÓN SOBRE EL MANEJO DE PACIENTE EN EMERGENCIA PSICOLÓGICA Y FÍSICA	• Socialización de los protocolos existentes. • Socialización protocolo sobre manejo de pacientes en emergencia psicológica. • Elaboración de política y manual para manejo de pacientes especiales • medición de adherencia.	- Se esta programando la actualización del documento de manejo de paciente agresivo con la socialización.	- Documento actualizado. - listas de socialización de documntos. - Acta de evaluación a la adherencia de los protocolos.	C	24/04/2019
7	Fallas en el proceso de ayuda diagnostica.	1. Demora en la entrega de resultado. 2. Error en el procedimiento en la toma de ayuda diagnostica. 3. Inadecuado registro de datos (identificación del paciente) 4. Error en el procesamiento de las muestras. 5. Falta de mantenimiento preventivo y calibración de equipos biomédicos.	1. Incidentes asistenciales 2. Eventos adversos 3. Insatisfacción del paciente 4. Demandas 5. Estancia prolongada.	Protocolos de ayudas diagnosticas.	• Fortalecimiento y socialización a los protocolos de ayudas diagnósticas. • Seguimiento a no conformes de ayudas diagnósticas. • Seguimiento a indicadores de oportunidad en entrega de resultados.	- Socialización y capacitación constante de protocolos de ayuda diagnosticas - Mensualmente se hace seguimiento del indicador de oprtunidad en la entrega de resultados.	- Lista de asistencia a socialización de protocolos. - Resultado de indicadores.	C	06/11/2018
PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN									
No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	Pérdida de la oportunidad en la prestación de los servicios de Hospitalización	1. Fallas en la aplicabilidad de los procedimientos y conocimiento de la norma. 2. Debilidades en el apoyo logístico Hospitalario 3- falta de recurso humano medico general, enfermera y pediatra en la noche. 4- débil disponibilidad de equipos, insumos, dispositivos médicos y medicamentos. 5- débil competencia en el mercado por tarifas 6- la estancia prolongada. 7- facturación con horarios estrictos.	1- Incumplimiento a las normas vigentes. 2- Insatisfacción del usuario. 3- Mala imagen para contratación	1- Instalación de software de historia clínica 2- Encuesta de satisfacción. 3- Facturación oportuna 4- los protocolos y guías de manejo. 5- indicadores	1. medición de adherencia a guías y procedimientos 2. mantener el recurso humano suficiente según norma de habilitación 3- garantizar la disponibilidad de equipos, insumos, dispositivos médicos y medicamentos	- Se hace en el comité de historias clínicas. (Infección de vias urinarias, Neumonía) - Ya se cuenta con medico hospitalario para la noche, parcialmente se cuenta tambien con dos jefes en la noche. - Se cuenta con servicio de farmacia propio.	- Acta de comité de HC. En el punto de revision de adherencia a primera causa de egreso. - Contratos y cuadros de turno. - Formato de solicitud de insumos al almacén.	C	24/04/2019
2	Fallas en el ingreso del paciente al servicio.	1. No aplicación del procedimiento adecuado de acuerdo a la identificación del paciente y verificación de derechos. 2. no cumplimiento del proceso administrativo de Hospitalización 3- débil aplicación del proceso de ingreso por Falta de herramientas para orientación del paciente y su familia (folletos). 4- historia clínica incompleta y manual. 5- débil proceso de admisión.	1. mala imagen al paciente y su familia 2. Insatisfacción del paciente 3. Perdida de recurso 4- estancias prolongadas. 5- aumento de costos por la atención. 6- inoportunidad en el recobro 7- incidentes y eventos adversos 8- débil información para el manejo del paciente.	1. Software de información en los servicios. 2- protocolos de admisión, ingreso y egreso. 3- quejas y reclamos 4- protocolos de trabajo social. 5- auditorias internas y externas.	1. identificación de las fallas en el ingreso al paciente. 2. Revisión periódica de los dos software existentes para garantizar el registro de los paciente. 3. Iniciación de software integral.	- Se ha trabajado mucho en la correcta identificación del paciente con el programa de seguridad del paciente. - Protocolo de ingreso de pacientes a hospitalización actualizado y socializado	- Listado de asistencia a sencibilización. - Protocolo actualizado.	C	24/04/2019
3	Fallas en la atención	1. Fallas en la aplicación de los procedimientos y protocolos de atención y conocimiento de la norma. 2. Debilidades en el apoyo logístico Hospitalario. 3. Rotación de personal 4- insuficiencia del talento humano requerido. 5- re-procesos administrativos con los exámenes externos. 6- debilidad en la comunicación entre los equipos de trabajo. 7. débil información al usuario y su familia. 8- demora en la asignación de citas por los entes externos contratados por las EARB.	1. Incumplimiento a las normas vigentes 2- Estancias prolongadas y giro cama disminuido 3- aumento de costos 4- mayor incidencia de eventos adversos. 5- insatisfacción del usuario y su familia 6- demandas 7- estrés laboral por los re-procesos. 8- deshumanización de la atención	1- Instalación de software de historia clínica 2- indicadores 3- encuestas de satisfacción, del cliente interno y externo. 4- política de humanización 5- socialización de protocolos y guías	• Medición de adherencia a guías y procedimientos. • Mantener el recurso humano suficiente según norma de habilitación. • Garantizar la disponibilidad de equipos, insumos, dispositivos médicos y medicamentos • Capacitación y motivación al recurso humano, talleres de humanización. • Diseño e implementación de protocolo de información al usuario y su familia.	- Se realiza medición de adherencia en comité de HC. - Se cuenta con todo el personal de acuerdo a habilitación para el servicio de hospitalización. - Se estan realizando capacitaciones en temas de humanización - Existe documento en el que queda registrada la información que se da a la familia.	- Acta de comité de HC. Medición de adherencia. - Capacidad Instalada y hojas de vida de personal. - Listado de asistencia a capacitación de humanización. - AMBU-F-003-127 Formato de educación a la familia.	C	24/04/2019

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
4	Fallas en el Egreso del paciente del servicio.	1. Fallas en la aplicación de los procedimientos de egreso asistencial y administrativo. 2- conocimiento de la norma. 3. Debilidades en el apoyo logístico Hospitalario. 4. registros médicos incompletos para egreso seguro. 5. debilidad en la adherencia a procedimiento de control pos Hospitalización. 6-horarios de facturación estrictos.	1.Incumplimiento a las normas vigentes. 2-demora en el proceso de egreso. 3-debilidad en la continuación del tratamiento. 4-insatisfacción del usuario y su familia. 5-prolongación de estancia en el servicio. 6-demora en los tramites administrativos necesarios. 7-direccionamiento inadecuado al paciente y su familia en sus controles.	1-Instalación de software para los registros clínicos. 2- facturación. 3-protocolo de egreso 4-quejas y reclamos.	<ul style="list-style-type: none"> Socialización del protocolo de egreso. Fortalecer el sistema de información de Hospitalización. Mejorar la disponibilidad del recurso humano de enfermera y apoyo logístico. Horarios flexibles en facturación. 	<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con protocolo de egreso de hospitalización pero se debe actualizar. Todas las salidas se estan haciendo por el sistema y la entrega de la documentacion del plan de egreso. Flexibilidad en facturación que facilita egreso y disponibilidad de cupo. 	<ul style="list-style-type: none"> Documento de egreso de hospitalización. Cuaderno de egresos. Cuadro de turnos. 	C	24/04/2019
5	Fallas en los registros clínicos.	1. Registros no diligenciados. 2. Letra ilegible. 3. Debilidad en la supervisión del docente encargado de los estudiantes. 4-falta de historia clínica digital. 5 débil proceso de inducción y reinducción al talento humano. 6-alta rotación del recurso humano.	1.Riesgos para el usuario ,por estancias prolongadas , infecciones y retraso en el inicio del tratamiento. 2. Posibles demanda 3. Mayores costos, glosas y re-procesos. 4-desmotivacion del talento humano por los registros manuales.	1. Formatos historia clínica. 2. Comité de historia clínica. 3. Pre auditoria. 4. Auditoria concurrente. 5. Indicador de adherencia	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento por comité de historias clínicas. Plan de mejora individual. 	<ul style="list-style-type: none"> No se cuenta con medico concurrente COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS. REVISIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS Y PROTOCOLOS QUESE REALIZA EN EL COMITÉ DE HC. ACTUALIZAR PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE HC. 	<ul style="list-style-type: none"> ACTA DE COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS. VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA A GUIÁS Y PROTOCOLOS EN EL ACTA DE COMITÉ DE HC PROCEDIMIENTO ACTUALIZADO 	P	24/04/2019
5	Debilidad en el proceso de seguridad del paciente	1. Debilidad en la adherencia al protocolo. 2. Debilidad en los proceso de inducción y reinducción	1. Evento adverso e incidentes. 2. Glosas. 3. Demandas.	Manual de seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Socialización del protocolo de seguridad del paciente. Medición de adherencia al protocolo de seguridad del paciente. Fortalecer el proceso de inducción y re inducción Implementación de rondas de seguridad del paciente donde mida adherencia en prevención de caídas, cambios de posición, lavados de mano etc. 	<ul style="list-style-type: none"> La implementacion y seguimiento del programa de seguridad del paciente esta cumpliendo con los objetivos propuestos. 	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores de gestion ADHERENCIA A BUENAS PRACTICAS NO CONFORMES GENERADOS DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 	C	24/04/2019
6	Fallas en los dispositivos médicos y equipos biomédicos.	1.Fallas de fluido eléctrico. 2. No seguimiento al plan de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos 3. Re-usó de Dispositivos médicos. 5 .falta de herramientas de trabajo seguro (sillas de ruedas, atriles, carros de atención integral,etc). 6-falta disponibilidad de camas en Hospitalización Quirúrgicas. 8-débil disponibilidad de los stock mínimos de insumos. 9-insuficiencia de equipos biomédicos(bombas,ekg ,monitores,sensores de temperatura. 4. Compra de dispositivos no adecuados. 5. Debilidad en el proceso de capacitación de equipos biomédicos.	1. Incidentes asistenciales. 2. Eventos adversos. 3. Insatisfacción del paciente. 4. Demandas 5-estrés laboral 6-deshumanizacion de la atención. 7-aumento de costos de la atención.	1. Programa de Tecnovigilancia	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de inducción y re inducción frente a los dispositivos y equipos biomédicos. Fortalecer programa de Tecno vigilancia. Programación de mantenimiento de acuerdo al uso de los equipos biomédicos. Elaboración y socialización de la política del no re-usó. Compra o contratación de equipos y herramientas de trabajo. Capacitación en humanización. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitacion al personal sobre el manejo de los equipos del servicio y de la institucion en general. Se realiza mantenimiento preventivo y correctivo cuando es necesario de acuerdo a cronograma de area de mantenimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> LISTADO DE ASISTENCIA INDUCCIÓN ESPECIFICA Y GENERAL HOJAS DE VIDA Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS O PREVENTIVOS 	C	13/11/2018

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
7	Estancia prolongada.	1. Paciente sin red de apoyo familiar. 2. Dificil ubicación casa hogar. 3. No oportunidad en respuesta de la red de las EPS 4-falta de protocolos de trabajo social y admisión. 5-inadecuada comunicación entre servicios. 6-falta de protocolos de procedimientos administrativos en el proceso de atención. 7-débil adherencia a guías de manejo. 8-débil contratación para extensión de la Hospitalización en casa.	1. Infección nosocomial. 2. Glosas. 3.Incumplimiento de las metas e indicadores 4-demandas 5-insatisfacción del usuario 6-baja productividad. 7-aumento de costos. 8-estrés en el usuario y su familia y en el talento humano.	1. Pre auditoria. 2. Auditoria concurrente. 3. Indicador de adherencia 4.Gestión por trabajo social 5-registros de gestión clínica .	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de las condiciones socio-económicas y red de apoyo desde el ingreso. Solicitar apoyo a los entes de control. Registro en la historia clínica de los procesos administrativos en cada turno. diligenciamiento de gestión clínica. Mejoramiento de la comunicación entre servicios y entre procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> El apoyo con los entes externos se hace pero es demorado en ocasiones se debe ir personalmente. Se registra en la HC el estado del tramite administrativo. La comunicación entre servicios ha mejorado 	<ul style="list-style-type: none"> Cartas de trabajo social. Soporte de registro de solicitud de apoyo a sistemas. evolucion diaria en HC. 	C	24/04/2019
8	Inadecuada infraestructura para la prestación del servicio.	1.techos y paredes de central con goteras y humedades. 2- no disponibilidad de aire acondicionado en medicina interna 3-disponibilidad de lavamanos	1. Infección nosocomial. 2.Incumplimiento de las metas e indicadores 3-riesgos para el paciente y el empleado	1. solicitudes de mejoramiento por el servicio. 2. auditoria interna 3. informe de cumplimiento de requisitos de habilitación por recursos físicos. 4.Gestión por trabajo social	1. priorizar la intervención por la gerencia y recursos físicos.	<ul style="list-style-type: none"> ya se cuenta con arquitecto y con el se esta trabajando en el cronograma o plan de infraestructura para empezar a realizar las adecuaciones y contrucciones según la prioridad y necesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Cornograma Adecuaciones o contrucciones realizadas. 	C	24/04/2019
8	Manejo de pacientes en condiciones especiales (física, mental, comporta mental, religiosa)	1. Deficiencia en metodología de manejo de estos pacientes. 2. Falta de algunos protocolos. 3. No hay medición de adherencia de los protocolos existentes. 4-ausencia de insumos , dispositivos y medicamentos para la atención del paciente. 5-falta capacitación en la atención de estos pacientes.	1. Fuga de pacientes. 2. Riesgo de evento adverso e incidente 3. Accidente laboral 4-perdidas económicas 5-glosas 6-demandas 7-estrés del cliente interno y externo. 8-deshumanización de la atención.	1. Protocolo de paciente agitado 2. Protocolo de fuga. 3. Política de humanización 4- protocolo de atención paciente con otro idioma,cultura o religión,	<ul style="list-style-type: none"> Socialización de los protocolos existentes. Elaboración de política y manual para manejo de pacientes especiales Capacitación al talento humano en los protocolos medición de adherencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Socializacion de los protocolos de paciente agresivo, paciente en fuga y paciente con dolor. Se debe identificar las estrategia y necesidades para el adecuado manejo de las situaciones 	<ul style="list-style-type: none"> Documentos actualizados y alineados a las necesidades. Listado de asistencia a socializacion de protocolos. 	C	24/04/2019
9	Fallas en el proceso de ayuda diagnostica.	1. Demora en la entrega de resultado. 2. Error en el procedimiento en la toma de ayuda diagnostica. 3. Inadecuado registro de datos (Identificación del paciente) 4. Error en el procesamiento de las muestras. 5. Falta de mantenimiento preventivo y calibración de equipos biomédicos.	1. Incidentes asistenciales 2. Eventos adversos 3. Insatisfacción del paciente 4. Demandas 5. Estancia prolongada.	Protocolos de ayudas diagnosticas.	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento y socialización a los protocolos de ayudas diagnósticas. Seguimiento a no conformes de ayudas diagnósticas. Seguimiento a indicadores de oportunidad en entrega de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> programar socializacion de protocolo de ayudas diagnosticas al personal de hospitalizacion. 	<ul style="list-style-type: none"> lista de asistencia a socializacion de protocolo de ayudas diagnosticas. 	P	24/04/2019

PROCESO DE CIRUGIA

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	Pérdida de la oportunidad en la prestación de los servicios de cirugía	1. Fallas en la aplicabilidad de los procedimientos administrativos y conocimiento de la norma. 2. Debilidades en el apoyo logístico Hospitalario. 3- debilidad en los requisitos de programación. 4-insuficiencia de recurso humano medico y de enfermería.	1-Incumplimiento a las normas vigentes. 2- Insatisfacción del usuario. 3- Mala imagen para contratación 4-cancelación de cirugía.	<ul style="list-style-type: none"> Instalación de software para medir los tiempos de asignación de citas ambulatorias. Encuesta de satisfacción Facturación oportuna Organización de la agenda por la auxiliar según citación. 	1. Medir los tiempos de oportunidad de cirugía. 2. Intervenir las causas con citas prioritarias cuando se requiera.	<ul style="list-style-type: none"> Estamos cumpliendo según la meta de 30 días se tiene una oportunidad general de cirugía de 17 días. 	<ul style="list-style-type: none"> indicador mensual de oportunidad de cirugía. 	C	24/04/2019
2	Fallas en el ingreso del paciente al servicio de Cirugía.	1. No aplicación del procedimiento adecuado a la valoración pre-anestesia en servicios de Hospitalización . 2. Falta de orientación y señalización de los puntos de atención (admisiones, cajeras)	1. Pérdida del paciente 2. Insatisfacción del paciente y su familia 3. Pérdida de recursos 4-mala imagen 5-complicaciones en el estado de salud del paciente. 6- re-proceso en el servicio de cirugía.	1. Seguimiento a paciente en R-fas y software de Triage. 2. Procedimiento ingreso de paciente. 3-listas de chequeo paciente listo para cirugía aplicado en los servicios. 4-la evaluación de programación. de cirugía .	1. identificación de las fallas en el ingreso al paciente. 2. Iniciación de software integral. 3 aplicación de las listas de chequeo en los puntos críticos.	<ul style="list-style-type: none"> se asigno una auxiliar de enfermería para programar paciente ambulatorio y otra auxiliar de enfermería para programar paciente hospitalizado fortaleciendo así la comunicacion y realizando las listas de chequeo para cumplimiento de los requisitos. 	<ul style="list-style-type: none"> Informacion en el sistema. Listas de chequeo. 	C	24/04/2019

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
3	Fallas en el egreso del paciente.	1. Fallas en la aplicabilidad de los procedimientos y conocimiento de la norma. 2. Debilidades en el apoyo logístico Hospitalario(disponibilidad de camillero,) 3. registros médicos incompletos para egreso seguro 4-debilidad en la adherencia a procedimiento de control pos quirúrgico.	1.Incumplimiento a las normas vigentes 2-demora en el proceso de egreso 3-debilidad en la continuación del tratamiento 4-insatisfacción del usuario y su familia. 5- prolongación de estancia en cirugía. 6-demora en los tramites administrativos necesarios.	1-Instalación de software para los registros clínicos. 2. facturación de cirugía 3-punto de egreso de cirugía	<ul style="list-style-type: none"> Socialización del protocolo de egreso. Mejorar la disponibilidad del recurso humano de enfermera y apoyo logístico. Horarios flexibles en facturación. Fortalecer el sistema de información de cirugía. 	<ul style="list-style-type: none"> Se socializo las primeras rutas de admision y egreso de cirugía y se implemento el punto de control de admision de cirugía 24h. Se aumento la cobertura los fines de semana por el area de facturacion. 	<ul style="list-style-type: none"> Listas de asistencia a socializacion de rutas. Cuadro de turnos. 	C	24/04/2019
4	Fallas en los registros clínicos.	1. Registros no diligenciados. 2. Letra ilegible. 3. Debilidad en la supervisión del docente encargado de los estudiantes. 4-falta de historia clínica digital. 5 débil proceso de inducción y reinducción al talento humano. 6-alta rotación del recurso humano.	1.Riesgos para el usuario ,por estancias prolongadas , infecciones y retraso en el inicio del tratamiento. 2. Posibles demanda 3. Mayores costos, glosas y re-procesos. 4-desmotivacion del talento humano por los registros manuales.	1. Formatos historia clínica. 2. Comité de historia clínica. 3. Pre auditoria. 4. Auditoria concurrente. 5. Indicador de adherencia	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento por comité de historias clínicas. Plan de mejora individual Sistematización de la historia clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza seguimiento de la falla en los registro clinicos y adherencia en comité de HC. Se asigno un auditor de facturacion exclusiva de cirugía que nos informa de los hallazgos (registro de HC, record de anestesia, solicitud de patologias, etc). 	<ul style="list-style-type: none"> Acta de comité de HC. Copias de los documentos de la HC Oficios 	C	24/04/2019
5	Debilidad en el proceso de seguridad del paciente	1. Debilidad en la adherencia al protocolo. 2. Debilidad en los procesos de inducción y reinducción	1. Evento adverso e incidentes. 2. Glosas. 3. Demandas.	Manual de seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Socialización del protocolo de seguridad del paciente. Medición de adherencia al protocolo de seguridad del paciente. Fortalecer el proceso de inducción y re inducción Implementación de rondas de seguridad del paciente donde mida adherencia en prevención de caídas, cambios de posición, lavados de mano etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Se ha socializado en la induccion y reinducccion del personal el programa de seguridad del paciente. Se empieza a llevar el indicador de eventos adversos por servicios a partir del mes de julio 2018, para intervenir los servicios que mas eventos presenten. Indicador de seguimiento a complicaciones quirurgicas, se analiza cada caso con el cirujano involucrado. Informe de rondas de seguridad del paciente en el servicio de cirugía. 	<ul style="list-style-type: none"> Listado de asistencia a induccion y reinducccion. Resultado de indicadores. Informe de rondas de seguridad. 	C	15/11/2018
6	Fallas en los dispositivos médicos y equipos biomédicos.	1.Fallas de fluido eléctrico. 2. No seguimiento al plan de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos 3. Re-usó de Dispositivos médicos. 5 falta de sillas de ruedas,atrilés 6-falta disponibilidad de camas en Hospitalización cirugía. 7-insuficiencia de instrumental 8-débil disponibilidad de los stock mínimos de insumos 9-equipos obsoletos en central de esterilización. 4. Compra de dispositivos no adecuados. 5. Debilidad en el proceso de capacitación de equipos biomédicos.	1. Incidentes asistenciales. 2. Eventos adversos. 3. Insatisfacción del paciente. 4. Demandas	1. Programa de Tecnovigilancia	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de inducción y re inducción frente a los dispositivos y equipos biomédicos. Fortalecer programa de Tecno vigilancia. Programación de mantenimiento de acuerdo al uso de los equipos biomédicos. Elaboración y socialización de la política del no re-usó. Compra o contratación de equipos y herramientas de trabajo. Capacitación en humanización. disponibilidad permanente de los insumos con los stock mínimos. 	<ul style="list-style-type: none"> Se esta realizando capacitacion de uso y manejo de los equipos y dispositivos biomedicos cuando ingresa personal nuevo y cuando ingresan nuevas tecnologias. Cultura del reporte de no conformes de dispositivos medicos. Cumplimiento al cronograma de mantenimiento de los equipos. Se ha ido adquiriendo las herramientas y equipos de acuerdo a la priorizacion. 	<ul style="list-style-type: none"> Listado de asistencia inducción específica y general acta comité de tecno vigilancia Cronograma de mantenimientos correctivos o preventivos No conformes de dispositivos reportados. Ordenes de compra de las herramientas y equipos. 	C	24/04/2019
7	Inadecuada infraestructura para la prestación del servicio.	1.techos y paredes de central de esterilización. y cirugía con goteras y humedades. 2-no disponibilidad de aire acondicionado en central . 3-no cumplimiento con la distribución de las áreas de central de esterilización. y en admisión. de cirugía. 4-disponibilidad de lavamanos adecuados en cirugía y central.	1. Infección nosocomial. 2. cierre del servicio de central de estabilización. 3.Incumplimiento de las metas e indicadores 4- riesgos para el paciente y el empleado	1. solicitudes de mejoramiento por el servicio. 2. auditoria interna 3. informe de cumplimiento de requisitos de habilitación por recursos físicos. 4.Gestión por trabajo social	1. priorizar la intervención del servicio de central de esterilización. por la gerencia y recursos físicos.	SE REALIZO REMODELACIÓN DEL SERVICIO DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y SE INSTALO AIRE ACONDICIONADO	EVIDENCIA FÍSICA DE LA REMODELACIÓN REALIZADA – AUDITORIAS INTERNAS SOBRE PLANES DE HABILITACIÓN	C	15/11/2018

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
8	Débil manejo de pacientes en condiciones especiales (física, mental, comporta mental, religiosa)	1. Deficiencia en metodología de manejo de estos pacientes. 2. Falta de algunos protocolos. 3. No hay medición de adherencia de los protocolos existentes 4-ausencia de insumos , dispositivos y medicamentos para la atención del paciente. 5-falta capacitación en la atención de estos pacientes.	1. Fuga de pacientes. 2. Riesgo de evento adverso e incidente 3. Accidente laboral 4-perdidas económicas - 5-glosas 6-demandas	1. Protocolo de paciente agitado 2. Protocolo de fuga. 3. Política de humanización 4- protocolo de atención paciente con otro idioma,cultura o religión,	1. socializacion de los protocolos existentes. 2. Elaboración de política y manual para manejo de pacientes especiales. 3-Capacitación al talento humano en los protocolos 4-mediación de adherencia.	- Falta socializacion a todo el personal asistencial los protocolos de paciente agitado, Manual de comportamiento agresivo. - medir adherencia a protocolos. - Falta elaborar protocolo de atencion a pacientes con otro idioma, cultura o religion. - Cumplido politica de humanizacion se esta socializando en la induccion y reinducción del personal.	- Listado de asistencia a socializaciones de protocolos. - Resultado de evaluacion de adherencia. - Protocolo de atencion a pacientes con otro idioma, cultura o religion elaborado y socializado. - Lista de socializacion de la politica de humanizacion.	C	24/04/2019
9	Fallas en el proceso de ayuda diagnostica.	1-infiltración en vena mala punción. 2- derrame de muestras por la mala manipulación, 3- confucion de muestras error en la identificación 4- Entrega equivocado. 5-manipulación incorrecta de agentes químicos y contaminantes 6- falla en calibraciones de equipos	1. Incidentes asistenciales 2. Eventos adversos 3. Insatisfacción del paciente 4. Demandas 5. Estancia prolongada.	Protocolos toma de muestra y entrega de resultado	• Fortalecimiento y socialización a los protocolos de ayudas diagnósticas. • Seguimiento a no conformes de ayudas diagnósticas. • Seguimiento a indicadores de oportunidad en entrega de resultados.	- El indicador de oportunidad en la entrega de resultados que se hacen internamente esta en 70 min.	- Indicador de oportunidad en la entrega de resultados	C	24/04/2019
PROCESO URGENCIAS									
No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	perdida de la oportunidad en la prestación de los servicios asistenciales	1. Fallas en la aplicabilidad de los procedimientos y conocimiento de la norma. 2. Debilidades en el apoyo logístico Hospitalario.	Retraso en el proceso de atención Deterioro de la Salud Tratamiento errado	1. instalación del aplicativo PANACEA lo que permite mayor control de los tiempos de atención.	• Medir los tiempos de oportunidad en la atención. • Vigilar frecuentemente que el procedimiento en la asignación de citas sea el adecuado. • Intervenir las causas por citas prioritarias cuando se requiera. • Asignar una gestora que vigile la oportunidad en los tiempos de la atención.	capacitando en clasificacion adecuada del triage. Medicion de indicador de triage	- INDICADORES DE CALIDAD Listados de asistencia a capacitacion	C	24/04/2019
2	Fallas en el ingreso del paciente al servicio.	1. No aplicación del procedimiento adecuado de acuerdo a la situación documental del paciente. 2. falta de verificación de seguridad social del paciente al momento de la admisión. y su condición de llegada, si es remitido, si viene por sus propios medios, si es medicina general o pediatria.	1. Perdida del paciente. 2. Insatisfacción del paciente 3. Perdida de recursos	1. Seguimiento a paciente en R-fas, software de Triage. 2. Procedimiento ingreso de paciente.	• Identificación de las fallas del proceso en el ingreso al paciente. • Verificar documentos del paciente al ingreso. • Orientación Oportuna. □	- Se esta realizando ADMISIÓN DE PACIENTES en Urgencias 24 H por el sistema PANACEA. - Se estan registrando todos los ingresos. - Se esta capacitando al personal en rutas de ingreso.	- Indicador de calidad. - Base de datos de PANACEA. - Listados de asistencia a capacitacion de rutas	C	15/11/2018
3	Fallas en la atención del triage	1. Fallas en la aplicabilidad de los procedimientos y conocimiento de la norma. 2. Debilidades en el apoyo logístico Hospitalario. 3. Rotación de personal	1. clasificación inadecuada del paciente en el triage.	1. software para medir los tiempos de triage. 2. implementación de PANACEA	• Capacitación al personal de triage. • Fortalecer triage con enfermera. • seguimiento a los tiempos en el triage y la oportunidad en la atención	Se determinó personal específico para triage de 24 horas por enfermería, se hace seguimiento a los tiempos de atención, tomando estas medidas se ha logrado mejorar el indicador de oportunidad de atención del triage con un promedio de 22,56 min, estando la meta en 30 min.	- Indicador de oportunidad de atencion del triage. - Listados de asistencia a capacitacion de clasificacion de triage.	C	15/11/2018
4	Fallas en los registros clínicos.	1. Registros no diligenciados. 2. Letra ilegible. 3. Debilidad en la supervisión del especialista encargado de los estudiantes.	1.Riesgos para el usuario 2. Posibles demanda 3. Mayores costos, glosas y re-proceso.	1. Formatos historia clínica. 2. Comité de historia clínica. 3. Pre auditoria. 4. Auditoria concurrente. 5. Indicador de adherencia 6.implementación del sistema PANACEA.	1.Seguimiento por comité de historias clínicas. 2. Plan de mejora individual 3.Sistematización de la historia clínica con PANACEA. 4. supervisión por parte de especialistas y médicos generales a los estudiantes.	- Seguimiento constante a medicos para el adecuado registro en la HC. - Se esta realizando oportunamente el comité de HC. - Se esta midiendo la adherencia a guias y protocolos	- Listado de socializacion de hallazgos de la auditoria a HC. - Acta de comité de auditoria a HC. - Resultado de adherencia a guias y protocolos.	C	24/04/2019

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
5	Debilidad en el proceso de seguridad del paciente	1. Debilidad en la adherencia al protocolo. 2. Debilidad en los proceso de inducción y reinducción	1. Evento adverso e incidentes. 2. Glosas. 3. Demandas. 4 no conformes	Manual de seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización del protocolo de seguridad del paciente. • Medición de adherencia al protocolo de seguridad del paciente. • Fortalecer el proceso de inducción y re inducción • Implementación de rondas de seguridad del paciente donde mida adherencia en prevención de caídas, cambios de posición, lavados de mano etc. 	- Se ha fortalecido el programa de seguridad del paciente con la implementación de las rondas y la capacitación al personal.	<ul style="list-style-type: none"> - Listado de asistencia a capacitaciones de seguridad del paciente. - Acta de rondas de seguridad del paciente. - Resultado de adherencia a las buenas practicas. 	C	15/11/2018
6	Fallas en los dispositivos médicos y equipos biomédicos.	1. Fallas de fluido eléctrico. 2. No seguimiento al plan de mantenimiento de equipos biomédicos 3. Re-uso de Dispositivos médicos. 4. Compra de dispositivos no adecuados. 5. Debilidad en el proceso de capacitación de equipos biomédicos.	1. Incidentes asistenciales. 2. Eventos adversos. 3. Insatisfacción del paciente. 4. Demandas	1. Programa de Tecnovigilancia	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de inducción y re inducción frente a los dispositivos y equipos biomédicos. • Fortalecer programa de Tecno vigilancia. • Programación de mantenimiento de acuerdo al uso de los equipos biomédicos. • Elaboración y socialización de la política del no re-usó. • Compra o contratación de equipos y herramientas de trabajo. • Capacitación en humanización. • disponibilidad permanente de los insumos con el stock mínimos. 	- Se hace seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de los dispositivos medicos y equipos biomedicos. - Se hace capacitación constante en uso y manejo de equipos biomedicos al personal. - Se esta realizando el comité de tecnovigilancia. - Reporte de los dispositivos y equipos medicos que fallan para su debida intervencion.	<ul style="list-style-type: none"> - Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo realizados - Listado de asistencia a capacitación de uso y manejo de equipos biomedicos. - Acta de comité de tecnovigilancia. - Reporte de mantenimiento. 	C	24/04/2019
7	Estancia prolongada.	1. Paciente sin red de apoyo familiar. 2. Difícil ubicación casa hogar. 3. No oportunidad en respuesta de la red de las EPS	1. Infección nosocomial. 2. Glosas. 3. Incumplimiento de las metas e indicadores	1. Pre auditoria. 2. Auditoria concurrente. 3. Indicador de adherencia 4. Gestión por trabajo social	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de las condiciones socio-económicas y red de apoyo desde el ingreso. • Solicitar apoyo a los entes de control. • Registro en la historia clínica de los procesos administrativos en cada turno: diligenciamiento de gestión clínica. • Mejoramiento de la comunicación entre servicios y entre procesos. 	IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO SOCIAL DE MANERA OPORTUNA POR PARTE DE PERSONAL ASISTENCIAL PARA SER CAPTADOS POR TRABAJO SOCIAL	ACTAS – CARTAS – Y OFICIOS REALIZADOS POR PARTE DE TRABAJO SOCIAL – REGISTRO DE VISITAS POR PARTE DE ENTES OFICIALES	C	24/04/2019
8	Manejo de pacientes en condiciones especiales (física, mental, comporta mental, religiosa)	1. Deficiencia en metodología de manejo de estos pacientes. 2. Falta de algunos protocolos. 3. No hay medición de adherencia de los protocolos existentes.	1. Fuga de pacientes. 2. Riesgo de evento adverso e incidente 3. Accidente laboral	1. Protocolo de paciente agitado 2. Protocolo de fuga. 3. Política de humanización	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización de los protocolos existentes. • Elaboración de política y manual para manejo de pacientes especiales • Capacitación al talento humano en los protocolos • medición de adherencia. 	- Pendiente elaboración de política y manual para manejo de pacientes especiales. - Se han socializado los documentos.	- Política creada. - Listado de socialización de guias y protocolos a personal involucrado	P	24/04/2019
9	Fallas en el proceso de ayuda diagnostica.	1. Demora en la entrega de resultado. 2. Error en el procedimiento en la toma de ayuda diagnostica. 3. Inadecuado registro de datos (Identificación del paciente) 4. Error en el procesamiento de las muestras. 5. Falta de mantenimiento preventivo y calibración de equipos biomédicos.	1. Incidentes asistenciales 2. Eventos adversos 3. Insatisfacción del paciente 4. Demandas 5. Estancia prolongada.	Protocolos de ayudas diagnosticas.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento y socialización a los protocolos de ayudas diagnósticas. • Seguimiento a no conformes de ayudas diagnósticas. • Seguimiento a indicadores de oportunidad en entrega de resultados. • Seguimiento a software Enterprise. 	- Socialización de protocolos del servicio de ayudas diagnosticas en el servicio de urgencias. - Seguimiento a NC del servicio de ayudas diagnosticas.	<ul style="list-style-type: none"> - Listado de asistencia a socialización de protocolos de ayudas diagnosticas - Plan de accion de NC de ayudas diagnosticas 	C	24/04/2019

PROCESO:

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
-----	--------	------------------	--------------------	-------------------------	----------------------------------	-------------	---------------------------	---------------	-----------------------

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	No contar con información confiable, oportuna y clasificada tanto de nivel externo, como a nivel del contexto interno para formular los distintos Planes, Programas, Subprogramas y Proyectos Institucionales.	1. No se cuenta con un sistema de información integrado.	Planeación Institucional poco realizable, pérdida de credibilidad e interrupción de la actividad desarrollada.	Procedimiento de elaboración del Plan de Desarrollo, Plan Operativo.	1. Socializar el procedimiento de elaboración de plan de desarrollo y plan operativo.	Se realiza seguimiento	Los controles existentes son eficaces para evitar la materialización del riesgo, ya se cuenta con el procedimiento del plan de desarrollo GERE-P-001-15 y el Plan de Desarrollo 2016-2019 ya se hizo la evaluación y se encuentra disponible en la página web.	C	09/11/2018
2	No dar cumplimiento a lo inicialmente programado en el Plan de Desarrollo Institucional, plan operativo y Planes Anuales de Acción	1. Desviación de lo planeado inicialmente 2. Cambios en las condiciones del entorno o al interior de la institución	Sanciones , interrupción de la actividad desarrollada e ineficacia en la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	1. Evaluación del plan de gestión y plan operativo anual. 2. Seguimiento a indicadores el cual se realiza en el comité técnico de gerencia.	1. Realizar seguimiento semestral de las actividades definidas en el plan de desarrollo, plan operativo. 2. Verificar el cumplimiento de los indicadores y posibles desviaciones para su ajuste y cumplimiento.	Se realiza seguimiento	Actas de comité de gerencia revisión indicadores plan de desarrollo	C	09/11/2018
3	Toma de decisiones Técnicas y Administrativas con base en información errónea	Incumplimiento de los procedimientos y poca o inadecuada inducción y re inducción.	Interrupción de la actividad desarrollada y pérdida de credibilidad	* Se cuenta con Procedimientos institucionales. * La institución cuenta con inducción.	1. Fortalecer la socialización y ejecución de los procedimientos institucionales. 2. Fortalecer el programa de inducción y re inducción institucional.	Se realiza seguimiento	Se está documentando los procedimientos de cada uno de los procesos de la institución, se actualizan los documentos que tienen más de tres años de creación y cada jefe de proceso es el responsable de socializarlo con su personal a cargo y medir adherencia cuando sea necesario. Listado de asistencia de socialización de 6 procedimientos - Inducción se ha realizado y se cuenta con listado de asistencia y con medición de indicador procedimiento de inducción y re inducción THAU-M-006-17	C	09/11/2018
4	Incumplimiento de metas institucionales	identificación inadecuada de las causas de los desvíos en los seguimientos.	1. Sanciones 2. Perdidas económicas	Seguimiento en comité a cumplimiento de metas	Fortalecimiento del análisis de causas de los desvíos	Se realiza seguimiento	Actas de comité de indicadores y plantilla de indicadores	C	25/04/2019

PROCESO:

GESTIÓN DE CALIDAD

GESTION DE CALIDAD

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	incumplimiento de criterios documentales de habilitación	1. Desactualización de documentos o falta de los mismos (guías, protocolos, manuales, etc) 2. Débil cultura de seguimiento a procedimientos 3. Desconocimiento del procedimiento de control de documentos y registros	Desvió del cumplimiento de objetivos, no estandarización, costos, incumplimiento normativo	cumplimiento al procedimiento de control de documentos	1. socialización de procedimiento de control de documentos. (calidad) 2. Reporte de auditoria externa o interna 3. envío de comunicados a los líderes de procesos	Se continua con la socialización de documentos con cada uno de los líderes. Cumplimiento a planes de acción derivados de auditorias tienen un 42% (temas de infraestructura y compras) - Indicador de Cumplimiento documental de habilitación (dos primeras causas)	- Reporte de indicadores mensuales. - listado maestro de documentación. - No Conformes de documentos y habilitación.	P	2804/2019

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
2	No cumplir con el Sistema Único de Habilitación.	1. Dificultades económicas 2. Institución con infraestructura antigua. 3. Bajo conocimiento de las normas de habilitación	1. Riesgos para el usuario 2. Glosas en contratos 3. Incumplimiento ante entes de control, sanciones, cierre	Procedimiento de Gestión de Habilitación	1. Mayor difusión de herramienta de auto-evaluación. (calidad) 2. Fortalecimiento de auto-evaluación. con verificadores internos. (talento humano) 3. Implementación de procedimiento de gestión de habilitación.	- Ya se cuenta con arquitecto. - se envían herramientas de autoevaluación a líderes de proceso para servicios nuevos. - No se autorizó el convenio para capacitar nuevos verificadores. - Se ha implementado parcialmente ya que no se ha podido cumplir 100% con el tema de habilitación.	- Listado de autoevaluación del proceso. - Seguimiento a través de no conformes, comunicados de pendientes enviado por calidad. - seguimiento a planes de acción de temas de habilitación. - Indicadores de cumplimiento de habilitación.	C	2804/2019
3	No cumplir con las metas del PAMEC - SUA	1. No cumplimiento de planes de acción por equipos de trabajo. 2. No interiorizan o no conocimiento de los estándares. 3. Cultura institucional de no entregar y siempre aplazar. 4. Dificultades de presupuesto.	1. No cumplimiento de las metas del indicador 1 y 2 del Plan de gestión. 2. No mejoramiento de la calidad	- Herramienta de Matriz de PAMEC, - Guía de trabajo de acreditación	1. Necesidad de realizar seguimiento a través de los jefes inmediatos y el comité de gerencia. 2. Fomentar una mayor participación de los funcionarios de los procesos. Subdividiendo equipos claves. 3. Involucrar a los grupos primarios en la dinámica del SUA. 4 Realizar seguimiento o auditoría por parte de control interno a los diferentes equipos de acreditación.	En el 2019 en mes de mayo inicia la etapa de ejecución del PAMEC. Se está trabajando en el 2019 en darle mayor prioridad e importancia enfatizando en la implementación, verificación e impacto de las oportunidades de mejora PAMEC.	- kit de acreditación. 2019 - Equipos, cronogramas diapositiva de sensibilización. - Matrices PAMEC por grupos de estándares	C	2804/2019
4	No confiabilidad y oportunidad en la entrega de indicadores y datos estadísticos	1. Deficiencias en sistemas de información. 2 Desagregación de funciones en cuanto a la recolección de la información, no se cuenta con fuentes unificadas de los datos. 2. Cultura organizacional débil respecto a la entrega de información oportuna.	1. Poco tiempo para realizar análisis. 2. Sanciones por no entrega a entes de control. 3. Glosas por entrega tardía a clientes institucionales. 4 Dificultades en la toma de decisiones con base en hechos y datos	- Procedimiento de gestión de indicadores - Matriz de reporte de indicadores.	1. unificación de la generación y recopilación de datos en el proceso de Gerencia de la información independiente de cual sea la fuente. (aprobado por gerencia) 2. Implementación del Sistema integrado PANACEA. (sistemas) 3 Reporte en comité de gerencia de la oportunidad y cumplimiento con los tiempos de reporte de indicadores.	- Se ha unificado el tema de indicadores cuando la fuente es PANACEA y se está mejorando la oportunidad en el reporte de las áreas asistenciales y financieras. - En este 2019 se debe implementar el modulo de calidad por PANACEA para el correcto funcionamiento del tema de documentos no conformes e indicadores.	- Informe mensual de indicadores. - Plantilla de indicadores. - Acta de comité de gerencia. - Informes estadísticos.	C	2804/2019
5	Débil identificación y gestión de No conformidades (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	1. Sistema no actualizado 2. Dificultades en el acceso a equipos 3. desconocimiento del procedimiento 3. No cultura de reporte	1. Repetición frecuente de fallas, no conformes incidentes y eventos adversos 2. Costos de no calidad	1. Procedimiento de gestión de no conformes. 2. Gestión de eventos adversos 2. Programa de seguridad del paciente	1. Actualización del procedimiento e integración con seguridad del paciente alineándolo al Sistema de información PANACEA 2 Mejora de la herramienta de seguimiento a través del sistema de información PANACEA	La integración del programa de seguridad del paciente con PANACEA ya se parametrizó, el sistema está funcionando adecuadamente y se sigue en implementación.	- listado de NC y EA - registros en el nuevo aplicativo, indicador mensual,	C	2804/2019

PROCESO:

ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	INEFECTIVIDAD EN EL RECAUDO	RECURSOS ASIGNADOS A LAS EPS SON INSUFICIENTES PARA CUBRIR EL PAGO DE LA CARTERA DE LAS IPS	1) Retrasos en los pagos a las cuentas o acreencias que se generan en la institución, entendiéndose gastos de funcionamiento en general. 2) Afectación de la liquidez del hospital.	1) Cobranza y comunicación constante con la EPS 2) Cobros Jurídicos	Mayor acompañamiento ejecutivo y jurídico en la cobranza de las carteras de la entidad.	- En 2019 se debe documentar la metodología para el recuado. - Se está realizando el cronogramas de conciliaciones para realizar los ajustes pertinentes y posteriores para realizar los cobros y el cronograma de seguimiento de cobro a las entidades por parte de cartera, con el fin de incrementar el recaudo.	- Documento - LAS ACTAS DE VISITAS A LAS DIFERENTES EPS (FÍSICO Y DIGITAL)	c	2804/2019

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
2	SUBREGISTRO EN LA FACTURACIÓN (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	FALTA DE CONTROL EN LOS SERVICIOS POR EL PERSONAL ASIGNADO	1)Perdidas en la venta del servicio. 2) Incremento en los costos y gastos de la Entidad. 3) Margenes de Utilidad Inferiores	1) Actualización de procedimientos de Facturación 2) Capacitación Constante del Personal del área 3) Controles Físicos a los egresos de pacientes para asegurar la facturación del servicio	Acelerar la implementación del nuevo software en todas las áreas para asegurar la totalidad de la facturación.	En consulta externa se ha llevado un mejor control en cuanto al cierre y el manejo de los soportes de la facturación. Se continúa dando la capacitación al personal mensualmente. Se ve reflejado un aumento en la facturación Se evidencia una disminución en las glosas final	- Informe mensual de facturación. - Cronograma de capacitaciones en manejo de software de facturación en PANACEA. - Indicador de glosa final	C	28/04/2019
3	EXTRAVIÓ DE DOCUMENTACIÓN (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	FALTA DE ESPACIO ADECUADO PARA ARCHIVO DE DOCUMENTOS	1) Demandas por parte del proveedor del servicio	1) Radicación Exclusiva del área de ventanilla única	2. Generar un espacio físico adecuado para el archivo y custodia de los documentos. 2) Designación de una persona para la distribución de la documentación de institución.	Se designo una persona calificada para la distribución de la documentación y se ve reflejada la mejora en la entrega oportuna de la documentación y disminución de la perdida de documentos casi en un 90%	La papelería oportunamente.	C	09/11/2018
4	INFORMACIÓN CONTABLE INCONSISTENTE Y/O PENDIENTE POR DEPURAR (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	INEFICIENCIAS PASADAS EN EL REGISTRO DE LOS DATOS	1) Se generan cargas laborales adicionales para generar información requerida. 2) Pertinencia de la información.	Constante y responsable revision de la información antes de ser generada.	1) Continuar con la Depuración de las cuentas	Durante el año 2017 se ha realizado el proceso de saneamiento contable y depuración con personal calificado para mejorar la eficiencia del registro de las mismas.	RECURSO HUMANO CALIFICADO	C	09/11/2018
5	INFORMACIÓN DE COSTOS PARCIAL	POCO PERSONAL	1) Dificultad a la hora de visualizar identificar novedades o fluctuaciones en los diferentes servicios 2)Dificultad en la toma de decisiones administrativas	Realización de informe de costos mensualmente, para identificar el comportamiento de los servicios -Costeo de Actividades	1) Continuar con el costeo de los procedimientos realizados en el hospital-2)Capacitación constante del personal asignado en actualizaciones de metodologías del costo	Se hace informe mensual de costos Resultados de indicadores	Informe mensual de costos	P	28/04/2019
6	ACTIVOS SIN HOJAS DE VIDA	REGISTRO PARCIAL DE DATOS	1) Perdida del Activo	1) Identificación de activos sin H.V y diligenciamiento de los mismos	1) Diligenciar el 100 % de los activos pendientes	se ha ingresado al Panacea las hojas de vida de activos fijos, está pendiente el ingreso de los activos fijos de (equipos biomédicos).	Sistema PANACEA.	C	28/04/2019
7	DESCUADRE EN EL ARQUEO DE CAJAS (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	DESCUADRE DE CAJEROS	1) Descuadre de los dineros recaudados	1) Arqueos diarios a los cajeros	1) Continuar con los arqueos constantes a las cajas.	Durante el primer trimestre de 2018 se presentaron problemas con los cuadros de caja ya que siempre había dinero de más en el sistema y se debía hacer un proceso muy largo para poder corregirlo ya que el sistema no lo permitía PANACEA, en la actualidad el sistema está funcionando mucho mejor.	Descuadres en cajas. Trámites realizados para los cuadros. Soportes de la asistencia del proveedor	C	09/11/2018
8	ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO A ORDENES DE COMPRA QUE NO SE MATERIALIZAN	PROGRAMACIÓN INADECUADA DEL PROCESO DE COMPRAS	1) Retención de presupuesto que no se utiliza y puede ser usado en otros compromisos	1) Revisión Trimestral de presupuesto no utilizado	1) Continuar con los filtros en la revisión de información presupuestal	Se realizó verificación de listados de órdenes de compra contra presupuesto a finales del mes de abril de 2018 y se hizo devolución de presupuesto sobrante.	- Anulación de ordenes de compra que no se usaron	C	09/11/2018

PROCESO:

ATENCIÓN AL USUARIO

ATENCIÓN AL USUARIO

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	Respuesta inadecuada o inoportuna a una queja o reclamo (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	1. Débil compromiso por parte de los jefes para responder las quejas. 2.Dificultad con el aplicativo de indicadores en el manejo de quejas por parte de los líderes. 3.Falta de Capacitación o inducción en el nuevo programa Panacea. 4. Falta de Informes del software panacea para los indicadores. 5.Falta de Plan de acción o seguimiento hacia las quejas interpuestas hacia los funcionarios y servicios. 6. Respuestas muy limitadas por parte de los jefes.	1. Insatisfacción en la respuesta al usuario. 2. Inoportuna respuesta al Usuario. 3. Sanciones por parte de los entes de control interno y externo. 4. Inadecuada información de los indicadores de gestión de calidad de la oficina de atención al usuario. 6. Falta de credibilidad del usuario hacia la Institución por respuesta débil o falta de ellas. 7. Mala imagen de la institución. 8. Reincidencias por parte de los funcionarios en las quejas por	Existe procedimiento de quejas y reclamos con código SEAU-P-002-17. 2. Un aplicativo Sistema Gestión de Indicadores. 3. Formato para quejas, reclamos y recomendaciones con código SEAU-F-002-10. 4. Nuevo Módulo de quejas y reclamos Panacea.	1. Mantener controles sobre las quejas y los reclamos. 2. Realizar reunión con cada uno de los jefes para revisar procedimientos.	- Se envía informe de quejas y satisfacción mensual a gerente y subgerentes, líderes de proceso para su respectiva gestión. - Se llevaran casos de quejas para discutir en el comite de Etica Hospitalaria y Comite de gerencia. _ Se envia recordatorio a los líderes por whasap, correo u oficio para que revisen la aplicacion PANACEA y contesten la PQRS.	- Envío de informe. - Envío de oficio a líderes de proceso que no han contestado las PQRS. - Acta de Comites de Etica Hospitalaria y Comite de gerencia. - Envío de recordatorios a líderes de proceso.	C	01/11/2018

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
2	Peligro público (por robo o agresión física).	1. Por la población que se atiende en el hospital. 2. Por la zona de ubicación geográfica de la institución. 3. Pacientes con problemas psicológicos.	1. Pérdida de equipos o elementos de oficina. 2. Agresión verbal y/o física a los funcionarios.	EXISTE EL PROCEDIMIENTO DE PACIENTE AGRESIVO.	- Establecer manual o procedimientos para manejo de comportamiento agresivo. - Capacitar a las auxiliares de enfermería en Comité de ética, Vulneración de los derechos del paciente e informe de satisfacción al usuario y PQRS del mes.	Se cuenta con el procedimiento de paciente agresivo. Se cuenta con una empresa de vigilancia (Steel). Se han capacitado en el mes de junio 2018 aproximadamente 90 personas.	- Lista de asistencia de Socialización de Protocolo de paciente agresivo. - Mejorar el sistema de seguridad de la institución. - Listado de asistencia a Capacitaciones.	C	01/11/2018
3	Atención inadecuada e inoportuna al usuario. (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	1. Falta de capacitación al personal encargado de información. 2. Cambio de la normatividad en salud sin socializar. 3. Orientación incorrecta al usuario. 4. Tiempos largos de espera. 5. Cancelación de citas médicas especializadas. 6. Inadecuado ingreso del usuario al tarjetero índice. 7. Inadecuada información de comunicaciones internas y externas por parte de la contratación. 8. Inadecuada Programación de Agendas, e inadecuada re-programación	1. Mal imagen ante el cliente institucional. 2. Mala información al Usuario. 3. Inconformidad del Usuario. 4. Pérdida de usuario y citas, pérdida de ingresos. Credibilidad. 5. Alteración en las citas que se asignan.	1. Se cuenta con procedimientos de asignación de citas. 2. Módulo con auxiliar de atención al usuario de PQRS. 3. Se cuenta con 7 buzones de PQRS, sugerencias y felicitación. 4. Se cuenta con encuestas de satisfacción	1. socialización de los procedimientos y re inducción del personal. 2. Realizar reunión con la jefe de ambulatorios para revisar temas como cancelación de citas. 3. Re-programación de agendas, citas prioritarias. 4. Re-programación del sistema telefónico para que en cada puesto de trabajo entren las tres líneas simultaneas. 5. Asignar las citas en el horario que se observa en el Panacea.	Durante el 2018 se debe socializar nuevamente procedimientos y guías de atención al usuario, ya que es algo cotidiano. Se debe solicitar capacitación para el personal de atención al cliente, para su concientización y mejorar la atención. Se cuenta con un call center con un pbx 3230825 la cual cuenta con 10 troncales para los 4 puestos de trabajo.	- Lista de asistencia de Socialización de procedimientos y guías de atención al usuario. - Listado de asistencia a Capacitaciones.	C	01/11/2018

PROCESO:

TALENTO HUMANO

TALENTO HUMANO

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	Inadecuada Selección de Personal. (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	1. Vincular personal sin el perfil del cargo. (Por Recomendación). 2. El no cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos en el perfil. 3. Urgencia de necesidad del servicio. 4. Incumplimiento de la normatividad. 5. No se cuenta con procedimiento de selección para los agremiados	1. Mala calidad del servicio prestado. 2. Sobre costos administrativos y operativos. 3. Alta rotación de personal. 4. Ineficiencia operativa. 5. Sanciones por parte de entes de control. 6. Actos de corrupción. 7. Sobrecarga laboral	Se cuenta con procedimiento de selección de personal de carrera administrativa TAHU-M-006-02 5.1.4 y procedimiento de Contratación de Personal TAHU-M-006-02 5.5.4. Se cuenta con Manual de Especifico de Funciones del Hospital Acuerdo No. 25 de 25/11/2015. Formato par determinar competencias TAHUF-006-01	1. Solicitud a la agremiación de la Elaboración y ejecución del procedimiento de selección. 2. Entregar copia del Manual de Funciones aprobado por el Hospital según el cargo a proveer. 3. Verificar la información aportada por el aspirante y diligenciar el formato 4. Ajustar y revisar los procesos de selección y vinculación del hospital	La oficina de talento humano continua dando aplicación al procedimiento de selección establecido TAHU-M-006-12, igualmente se realizan las gestiones tendientes a la verificación de los títulos así como la inscripción en el rethus de las personas que lo requieran.	Se cuenta con pruebas de ingreso de cada unos de los funcionarios, documentación soporte de estudios, certificado de rethus	C	01/11/2018
2	Debilidad en la implementación de la cultura organizacional	1. Debilidad en el proceso de inducción. 2. Urgencia de necesidad del servicio. 3. Baja participación en las actividades planteadas en el PIC y en la inducción y re inducción.	1. Mala prestación del servicio. 2. Bajo sentido de pertenencia. 3. Incumplimiento o desvíos de los objetivos y metas institucionales.	1. Seguimiento a los PQyR 2. Seguimiento al proceso de inducción.	1. Revisión y ejecución del programa de inducción y re inducción.	Durante el 2017 se ha reforzado el programa de inducción y re-inducción al personal donde se dan los lineamientos de la institución y se concientiza en ciertos temas que son fundamentales para crear la cultura dentro de la organización.	Formato de inducción y reinducción	C	01/11/2018
3	Fallas en la custodia de la historia laboral	1. Débil control al prestar las historias laborales.	1. Pérdida de documentos de las historias laborales.	Manejo adecuado, según ley general de archivo.	1. Acceso restringido al área de archivo de las historias laborales. 2. Capacitación para el manejo y conservación de los documentos. 3. Elaborar formato para Llevar registro y control de la salida y entrega de documentos que reposará en la carpeta mientras esta historia este prestada.	La hojas de vida del personal de planta del Hospital, se encuentran detalladas por apellido y en cada una de ellas existe una lista de chequeo de los documentos que la soportan, respecto del personal agremiado se cuenta con archivo digital	Archivador con llave, y medio magnético del personal agremiado	C	01/11/2018

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
4	Pagos de Nomina que no corresponden a la realidad. (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	1. Error en la inclusión de novedades de nómina 2. Sobrecarga de trabajo 3. Desatención	1. Sanción disciplinaria. 2. Sobre costos para le Hospital	1. Revisión de la nómina por parte del Líder del proceso de Talento Humano con vbo del Subdirector Administrativo 2. Procedimiento de nomina TAHU-M-006-02	1. Revisión previa de las novedades a incluir en el mes. 2. Revisión de la nómina.	Se realiza control mes a mes del pago de la nomina, en ella se verifica las novedades y descuentos del mes	Se cuenta con la nomina auditada.	C	01/11/2018
5	No dar cumplimiento al plan de Capacitación, Bienestar Social y Evaluación de desempeño)	1. Bajo presupuesto asignado 2. No contar con auditorio 3. No identificar de manera correcta las necesidades de capacitación y Bienestar. 4. No contar con espacios de bienestar y confort. 5. Fallas en la aplicación de la metodología de la evaluación de desempeño.	1. Sanciones Disciplinarias por no cumplimiento a la normatividad. 2. No impactar la cultura organizacional 3. No promover actualización en temas de impacto para la institución. 4. Reducción en la calidad del servicio 5. Deterioro del clima laboral	1. Existe plan de capacitación que cuenta con un seguimiento trimestral. 2. Formatos de Evaluación de desempeño de acuerdo a CNSC. 3. Existe plan de bienestar.	1. Dar cumplimiento al plan de capacitación y al programa de bienestar programados. 2. Exigir al evaluador de desempeño la concertación de los objetivos con el funcionario a su cargo. 3. Solicitar a la agremiación la adaptación de la evaluación de desempeño a los servidores de la asociación que trabajan en el hospital.	Desde el mes de septiembre se empezó a cumplir con capacitaciones a todo el personal con referencia a estos temas, se realizó pruebas de la capacitación, se realizó la evaluación de desempeño 2017 al funcionario.	Actas de capacitación, pruebas realizadas y evaluaciones de desempeño	C	01/11/2018
6	Incumplimiento al sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	1. No contar con los procedimientos actualizados de SGSST 2. No contar con equipo multidisciplinario para llevar a cabo la implementación del SGSST 3. El personal vinculado a la agremiación no cuenta con SGSST	1. Sanciones Disciplinarias 2. Accidentes y enfermedades Laborales. 3. Desmejora de clima laboral.	Se cuenta con el programa de salud ocupacional. Y su cronograma de actividades.	1. Revisar y Actualizar los procedimientos de SGSST. 2. Solicitar a la agremiación el cumplimiento en el sistema de SGSST.	Los procedimientos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo se están actualizando. Se evidencia mas integracion de la agremiación en el SGSST.	Documentos actualizados entregados a calidad. Socializacion de documentos	C	30/04/2019

PROCESO:

JURÍDICA

JURIDICA

N°	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	Que las respuestas emitidas ante las peticiones ciudadanas y demás entidades publicas y/o privadas no sean completas, de fondo y oportunas transgrediendo la ley 1437 de 2011, Ley 1755 de 2015 y la Constitución Política.	1. Error en el traslado de la petición, remitiéndola a persona no competente para dar respuesta. 2. No sistematización de las peticiones allegadas en un esquema de semaforización. 3. Entrepapelarse con otros documentos.	1. Interposición de tutelas en contra del Hospital por violación al derecho fundamental de petición. 2. Multas y/o sanciones. 3. inicio de procesos disciplinarios para los funcionarios que no observan el cumplimiento de este tipo de deberes.	1. Sistematización en tablas de excel de las peticiones que llegan a la Oficina Jurídica con miras a ejercer control sobre la oportunidad para contestar. 2. Oficio a la persona competente para contestar la petición. 3. Revisión previa de las respuestas que deba conocer el área jurídica para la posterior firma de gerencia.	1. Elaboración oportuna de las respuestas a emitir, con previo visto bueno de asesor para su tramite en Gerencia. 2. Semaforización para el correcto seguimiento en la oportunidad de las respuestas.	Se cuenta con una semaforización donde se establecen y estipulan detalladamente los términos para presentar las respuesta a las diferentes peticiones que se formulan a la ESE, siendo este un generador de alerta y asi evitar vencimiento de términos	- Oficio de respuesta a la petición. - Archivo en excel de semaforización. - Indicador oportunidad en la respuesta a peticiones.	C	01/11/2018

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
2	Demandas contra la entidad, investigaciones, sanciones y multas.	1. Falta de oportunidad en la prestación del servicio de salud a los usuarios y/o el indebido procedimiento de atención a los mismos, 2. Desconocimiento o fallas en el ejercicio de la defensa jurídica, la inoportunidad procesal, falta de argumentación y actualización en las etapas procesales surtidas al interior de un proceso ya sea administrativo o judicial,	1. Incumplimiento de normas, 2. Condenas, multas, sanciones administrativas, disciplinarias y/o penales, que pueden conllevar a un detrimento patrimonial.	1. Atender diligentemente cualquier solicitud que se haga al Hospital por parte de otras entidades, antes de control y personas naturales y/o jurídicas, 2. Tener seguimiento constante sobre los procesos y/o investigaciones de tipo administrativo que cursen contra el Hospital y el cumplimiento de los términos. 3. Responsabilidad en las estrategias y mecanismos usados para el ejercicio de la defensa judicial y administrativa.	1. Oportunidad en las respuestas emanadas de la Oficina Jurídica. 2. Asistencia a diligencias necesarias al interior de los procesos. 3. Interposición de los recursos a que haya lugar en el debido tiempo y con la argumentación jurídica necesaria. 4. Realizar jornadas de socialización y concientización a todo el personal de la necesidad de atender y cumplir con todas las obligaciones de los funcionarios para mitigar el riesgo de demandas.	seguimiento por medio de la página de la rama judicial donde se evidencie las actuaciones judiciales de los procesos que lleva la institución y el acercamiento al despacho del proceso para actualizar, solicitar y notificarse de las actuaciones emitidas por la institución judicial, el demandante del proceso en curso.	- Contestación a lo requerido por el juzgado. - Documento de audiencia del proceso. - Actas de comité de gerencia donde queda plasmada la Socialización y concientización a líderes de proceso sobre atención y cumplimiento todas las obligaciones de los funcionarios para mitigar el riesgo de demandas.	C	01/11/2018
3	Fallas en la etapa pre contractual, contractual y post contractual.	1. Desconocimiento técnico de la especificación del bien y/o servicio a contratar. 2. Falta de oportunidad de la ejecución del contrato por ausencia de garantías. 3. Fuerza mayor - caso fortuito, falta de previsión, planeación 4. Falta de seguimiento por parte de los supervisores y/o interventores designados	1. Detrimento patrimonial originado por sanciones, multas, entre otros perjuicios que se deriven para el Hospital por hechos que afecten la prestación del servicio y que se deriven de la ejecución del proceso contractual. 2. Interposición de demandas. 3. Inoportunidad o inadecuada prestación del servicio por fallas en la contratación y ejecución de los contratos	1. Verificar la lista de chequeo de los documentos contractuales. 2.- Verificar la capacidad contractual. 3.- Apoyar la supervisión y/o la interventoría. 4.- Seguimiento a la entrega de las actas de supervisión y/o interventoría. 5.- Solicitud del diligenciamiento del SARLAFT de los contratistas	1. Analizar los amparos procedentes conforme al bien y/o servicio a contratar. 2. Respecto de la entrega de las garantías se efectúa constante seguimiento telefónico y/o por correo electrónico al contratista para la oportunidad en la entrega de las mismas. 3. Frente al cumplimiento del objeto contractual, recae en el supervisor la responsabilidad de la ejecución del mismo, contando con el apoyo desde la Oficina Jurídica frente a cualquier situación que pudiere generar incumplimiento o alteración en la prestación del servicio	supervisión de la documentación radicada al área jurídica para el cumplimiento de los requerimientos solicitados para el desarrollo del objeto contractual. Adherencia al Estatuto y manual de contratación y al manual de interventoría del hospital y verificación de soportes.	- Lista de chequeo de verificación de la documentación radicada. - Poliza única de cumplimiento - Actas de supervisión según corresponda.	P	01/11/2018
4	Perdida de documentos	1.- Falta de control de la salida de documentos.	1.- investigaciones, sanciones y multas.	1.- Cuaderno de Control de salida de documentos.	1.- Control de ingreso y salida de documentos. 2.- Se realiza foliación de documentos de las carpetas. 3. Adecuación del espacio físico para el archivo de documentos.	Verificación constante de que la documentación que reposa en la dependencia continúe sin ninguna anomalía	- Libro de control de documentos	C	01/11/2018
5	Estudios previos direccionados a favor de un contratista, por el personal interesado en el futuro proceso de contratación (Estableciendo necesidades inexistentes, especificaciones que benefician a una firma en particular, entre otros) RIESGO DE CORRUPCIÓN	1. Falta de control en los procesos que surgen las necesidades.	1. Responsabilidad disciplinaria, fiscal y penal	1. Realizar un análisis estricto de las necesidades de la entidad y que sea aprobado por el Comité Contratación. 2. Tener revisión de los responsables de procesos.	1. Dar cumplimiento a lo estipulado en el Estatuto y Manual de Contratación del HDMCR logrando con ellos el cumplimiento de los principios de: Debido Proceso, Selección Objetiva, celeridad, transparencia, publicidad, etc.	Verificar la viabilidad de contratación y la habilitación del contratista o proveedor para la prestación del servicio o suministro según lo regulado en el manual de contratación y el estatuto de contratación de la institución. Verificar la documentación aportada por el contratista para garantizar la idoneidad de selección.	- Contratos	C	01/11/2018

PROCESO:

CONTROL INTERNO

CONTROL INTERNO

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	Perder independencia como evaluador. (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	Familiaridad o cercanía con la Alta Dirección	Falta de objetividad	El jefe de Control Interno es nombrado por la gobernación y no por la gerencia	Adecuada Selección del personal de auditoría	Se realiza seguimiento	Carpeta de documentos del personal seleccionado con sus respectivas verificaciones y evaluaciones.	C	08/11/2018
2	Desconocimiento de la normativa vigente	1. Falta de Capacitación. 2. Desactualización del Normograma.	Mal asesoramiento a la Alta Dirección	Elaboración y actualización del Normograma	Seguimiento a los Normogramas de la Institución.	Los nomogramas de la institución se encuentran actualizados se elaboro el archivo consolidado de normas y se sube a la pagina web.	Normogramas actualizados Pagina web	C	08/11/2018

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
3	Influencia en las auditorías. (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	1. Ofrecimiento de dádivas. 2. Amenazas o abuso de autoridad.	1. Impunidad y actos de corrupción. 2. Pérdida de recursos y confiabilidad.	Conformación del Comité de Control Interno	Establecer metodología definiendo criterios específicos para la realización de las auditorías	Se reactiva el comité de control interno y se modifica la resolución.	GCAL-P- 012-02 Procedimiento de auditorías internas Resolución modificada	C	08/11//2018
4	Incumplimiento de auditorías	1. Falta de programa de auditorías. 2. Insuficiencia de Recursos	1. Impunidad y actos de corrupción. 2. Pérdida de recursos y confiabilidad.	Elaboración del programa de auditoría	Establecer metodología definiendo criterios específicos para la planificación y ejecución de auditorías.	Se cuenta con una persona en el área de control interno la cual programara y ejecutara las auditorías.	GCAL-P- 012-02 Procedimiento de auditorías internas	C	08/11//2018
5	Medición tardía de indicadores y seguimiento tardío a planes de mejoramiento	1. Falta de metodología para el seguimiento a los indicadores y planes de mejora.	Carencia de mejora continua en los procesos	Conformación del Comité de Control Interno Auditorías Internas	Establecer metodología definiendo criterios específicos para el seguimiento a los planes de mejora e indicadores	Se realiza seguimiento, informes de los planes de mejoramiento y cumplimiento de actividades para la medición de los indicadores.	Cumplimiento en la entrega de los indicadores	C	08/11//2018

PROCESO: CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	cometer faltas disciplinarias por desconocimiento	incumplimiento en las capacitaciones de talento humano en materia disciplinaria	quejas funcionarios o particulares		realizar capacitación de conocimiento en materia disciplinaria al funcionario	Se dan todos los lineamientos en la inducción y re inducción institucional	Listados de asistencia a inducción institucional.	C	08/11//2018
2	no seguir el debido proceso	desconocimiento del deber legal	demandas a la institución por decisiones inadecuadas	Ley 734 de 2002 constitución política	cumplir con normatividad de una manera objetiva	Se realiza seguimiento	Normograma actualizado	C	08/11//2018
3	No cumple las etapas procesales	llegal - no cumple el procedimiento	Falta de Credibilidad	Ley 734 de 2002 constitución política	Cumplimiento de requisitos en el proceso de selección y calificación en el proceso de evaluación en la firma de autos y providencias	Se realiza seguimiento	Carpeta de documentos de personal seleccionado con requisitos verificados	C	08/11//2018

PROCESO: AMBIENTE FÍSICO

AMBIENTE FÍSICO

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	Fuga de Pacientes	1. Los múltiples accesos en el hospital permiten el ingreso y salida de los pacientes 2. debilidad en el esquema de seguridad 3. perfil de los usuarios	1. Pérdida de recursos financieros. 2. Posibles demandas, eventos adversos.	1. Procedimientos de fuga de pacientes. 2. Seguridad privada, cámaras de seguridad, linderos.	1. Aumentar los controles y rondas en la puerta de Suministro y el parqueadero de los empleados. 2. Actualizar y socializar el plan de emergencia, incluyendo el manejo de pacientes en caso de evacuación. 3. Capacitar a los funcionarios de la institución sobre los protocolos de Fuga de Paciente. 4. Realizar auditoría por parte de Control Interno, al protocolo de fuga de paciente.	Se ha identificado las áreas de fácil acceso y se ha tomado medidas de seguridad como sellamiento del ingreso por el parqueadero y guardas de seguridad en las puertas de acceso principal. Se le hace seguimiento e inspección al encendido de los reflectores. Se creó y socializo el documento fuga de Pacientes.	Documento actualizado, listado de asistencia a la socialización	C	08/11//2018
2	Amenazas a los funcionarios y usuarios del Hospital	1. Condición cultural de los usuarios. 2. Apertura de Cirugías de Emergencia. 3. Debilidad en el esquema de vigilancia. 4. Múltiples accesos del Hospital. 5. Pérdidas de equipos biomédicos.	1. Agresión física, verbal y psicológica a los funcionarios y usuarios del Hospital. 2. Credibilidad en la Institución. 3. Renuncia de funcionarios. 4. Retaleación a los pacientes del Hospital. 5. Daños en la Infraestructura. 6. Hurto a los Funcionarios, usuarios y equipos biomédicos pertenecientes al hospital.		1. Elaborar e implementar protocolo para el manejo de usuarios violentos. 2. Realizar rondas permanentes por parte de los Vigilantes en todas las áreas del Hospital. 3. Reparación, mantenimiento y aumento de número de cámaras de Seguridad. 4. Sistema de chapas de seguridad en las puertas de las diferentes áreas de la Institución. 5. Instalación de alarmas silenciosas en consultorios de Urgencias. 6. Asegurar en los servicios asistenciales los equipos biomédicos.	Se contrato un guarda adicional para la puerta de Urgencias. Se implemento en el servicio de Urgencias y Medicina Interna puertas de llave magnética para el control de ingreso de los usuarios.	contrato con empresa de vigilancia STEEL SEGURIDAD PRIVADA, Orden de compra del proveedor de tarjetas. Actas de entrega de tarjetas de control de entrada medicina interna y urgencias a funcionarios.	C	08/11//2018

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
3	Inoportunidad en la entrega de insumos y medicamentos	1. Debilidad en el plan de Pago a proveedores. 2. Baja respuesta del proveedor. 3. Priorización de insumos de acuerdo a las necesidades. 4. Falta de planificación para la solicitud de los insumos por parte de las áreas asistenciales.	1. Estancias prolongadas 2. Glosas 3. Complicaciones de pacientes 4. Sobre costos. 5. Inoportunidad o ausencia en el tratamiento del paciente.	Auditoria concurrente, Seguimiento a los devolutivos, solicitudes de pedidos, informes, indicadores.	1. Fortalecimiento de la supervisión e interventoría por parte del Químico Farmacéutico a la gestión dispensación de los medicamentos. 2. Compra de insumos por plataforma (Colombia compra eficiente).	Se reestructuro el area de compras. Se esta actualizando procedimientos. Se unifico un proveedor para las compras de medicamentos y dispositivos médicos para dispensación 24h. Se cuenta con químico farmacéutico y servicio de farmacia propio.	Contrato con químico farmacéutico. Creación del servicio farmaceutico propio	C	30/04//2019
4	Incumplimiento de la normatividad ambiental	1. Sistemas hidrosanitarios deficientes. 2. Sistemas de cableados inapropiados. 3. Alteración de la Caracterización de vertimientos. 4. Inadecuado manejo de Residuos hospitalarios y similares. 5. Falta de mantenimiento en sistema de trampa de grasas. 6. No se cuenta con una infraestructura adecuada para los residuos finales. 7. Incumplimiento de rutas para el manejo de residuos. 8. Contratación verbal para la recolección de residuos aprovechables (reciclaje). 9. Falta de protocolo documentado de ahorro y uso eficiente de agua y energía.	1. Sanciones 2. Demandas 3. Sobre costos. 4. Riesgos biológicos, tanto para usuarios como funcionarios. 5. Contaminación del medio ambiente.	Análisis de caracterización de vertimiento anual, comité GAGAS, contratación de un profesional para liderar el área ambiental.	• Reemplazar en los sanitarios faltantes por sistema de fluid máster. • Instalación de grifería push en lavamanos (ahorrador de agua). • Reemplazar las instalaciones y tomas eléctricas en mal estado. • Reemplazar lámparas fluorescentes faltantes por lámparas led. • Estructuración de un plan de mantenimiento para el sistema de trampa de grasa y rejillas. • Elaborar cronograma para lavados de tanques de agua potable (3 veces al año). • Adecuar, reparar y realizar mantenimiento a la infraestructura del almacenamiento central de residuos. • Controlar y verificar el uso adecuado de los insumos del servicio de Lavandería. • Capacitar al personal asistencial, administrativo y servicios generales sobre el manejo de los residuos hospitalarios y similares. • Dotar las áreas con los	Se cuenta con la línea base del sistema hidrosanitario convencional y en mal estado de toda las áreas de la institución para ser sustituidas con tecnología ahorradora. Mantenimiento está realizando los controles preventivos y correctivos de las instalaciones eléctricas de toda la infraestructura del hospital. Se cuenta con la línea base del sistema de iluminación convencional y en mal estado de todas las áreas de la institución para ser sustituidas con bombillos y lámparas con tecnología led. Se está cotizando con proveedores para levantamiento del mapa hidrosanitario. Se cuenta con cronograma anual de almacenamiento de agua tres veces al año. Se cuenta con una empresa que realiza el proceso de lavandería el cual entrega una línea base de los insumos químicos utilizados con ficha técnica. Se suministraron recipientes de residuos a las diferentes áreas asistenciales para	1 y 2. línea base del sistema hidrosanitario y cotizaciones de proveedores. 3. ordenes de servicio. 4.línea base del sistema de iluminación y cotizaciones de proveedores. 5. Se cuenta con dos cotizaciones de firmas contratistas especializadas en tratamiento de aguas residuales hospitalarias. 6. Contrato de mantenimiento de tanque con HIDROVAL, se esta realizando contrato para el año vigente. 8. contrato con lavandería y fichas técnicas de productos. 10. Cotizaciones con proveedor de recipientes. 11. Documento PGRHS Institucional.	C	30/04//2019
5	Débil gestión en la ejecución de los planes de mantenimiento de infraestructura e inoportunidad de insumos para la reparación de equipos biomédicos	1. Dificultad en el mantenimiento de algunas áreas por la antigüedad de la construcción 2. Limitación de recursos 3.Falta de planimetría actualizada. 4. Falta de Stock de ferreterías para la infraestructura y repuestos para equipos de refrigeración, aires acondicionados. 5. Falta de un sistema tecnológico que permita realizar seguimiento de las ordenes de servicio de mantenimiento (infraestructura y equipos biomédicos). 6. No se diligencian las ordenes de servicio por parte de las áreas asistenciales 7. Falta de stock de repuestos de equipos biomédicos.	1. Retraso en el cronograma de las actividades establecidas en el plan 2. Insatisfacción del cliente interno y externo 3. Deterioro constante de la infraestructura y equipos biomédicos. 4. Sobre costos.	1. Plan de mantenimiento. 2. Seguimiento a través de Indicadores 3. Cronograma de mantenimiento de la infraestructura y equipos biomédicos. 4. Programa de Tecnovigilancia 5. Hoja de vida, manuales y protocolos de los equipos	• Disponer de herramientas, suministros y materiales. • Cumplir con el plan de mantenimiento • Disponer de personal profesional en manejo hidráulico. • Contratar personal profesional (pasante de arquitectura, dibujante) para la actualización de la planimetría del hospital. • Tramitar la orden de servicio por parte del área afectada, para reportar daños y necesidades que se les presente. • Crear e implementar un sistema tecnológico que permita realizar seguimiento online de las ordenes de servicio de mantenimiento. • Contratar un personal (pasante) para la realización de guías rápidas de equipos biomédicos.	Se cuenta con una matriz para las ordenes de servicio la cual funciona para el seguimiento y cumplimiento de las ordenes de servicio ya hay contrato de suministro para repuestos de equipos biomédicos Se cuenta con arquitecto para las adecuaciones y temas de infraestructura de la institucion.	Ordenes de Servicio Informe de retroalimentacion del proveedor SYSMED de los mantenimientos preventivos y correctivos de equipos biomédicos.	c	30/04//2019

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
6	Deslizamiento de tierra	1. Desastres naturales 2. De-forestación del área 3. Invasión y construcción de viviendas en la loma	1. Daños a la infraestructura de la institución. 2. Traslado de usuarios y pacientes. 3. Heridos, muertos. 4. Cierre de servicios	Se cuenta con el plan Hospitalario de Emergencias.	1. Socializar el plan de emergencia 2. Realizar simulacros de evacuación 3. Evitar tala de arboles	Se programa socialización de plan de emergencia para segundo semestre 2019. Se realiza el comité de emergencias hospitalarias. Se iniciaron capacitaciones por parte de ARL al grupo de brigadistas que aumento . Se programara simulacro general en para 2019. Capacitaciones sobre cuidado del medio ambiente.	Oficio dirigido a gestión del riesgo justificando la amenaza que presenta la institución en temporada invernal por deslizamiento de masas debido a la invasión de los terrenos propiedad del hospital. Acta de reunión comité de emergencias. Listado de participación en simulacro y evidencia fotográfica. Listado de asistencia a capacitaciones sobre cuidado de medio ambiente	C	30/04//2019
7	Incendios forestales	1. Factores naturales 2. Acciones humanas.	1. Daños a la infraestructura de la institución. 2. Traslado de usuarios y pacientes. 3. Heridos, muertos. 4. Cierre de servicios 5. Pérdida de cobertura vegetal.	Se cuenta con el plan Hospitalario de Emergencias.	• Socializar el plan de emergencia • Realizar simulacros de evacuación • Mantener el césped podado • Realizar campañas de socialización a los usuarios del hospital para cuidado del medio ambiente.	Se programa socialización de plan de emergencia para segundo semestre 2019. Se esta programando el simulacro institucional. Se realiza podado del césped en los alrededores de la institución.	Acta de reunión con comité de emergencia y arl. Se cuenta con 6 recibos de caja menor por concepto de corte de prado.	P	30/04//2019
8	Daño de la Planta Eléctrica	1. Falta de mantenimiento de la planta eléctrica. 2. Daño de piezas de la planta eléctrica	1. Cese de actividades del Hospital. 2. Daños de equipos (biomédicos, informáticos, otros). 3. Eventos adversos sobre pacientes.	Protocolo de planta eléctrica, plan de mantenimiento	• Adquirir UPS para todas las áreas del Hospital. • Recuperar la acometida eléctrica de Nápoles con transferencia automática. • Mantener Stock de repuesto. • Aumentar el número de mantenimientos en el año de la planta.	Se está levantando las cargas eléctricas en cada quirófano para saber la capacidad de respaldo de las UPS. Se realizó estudio de cargas con la empresa IGEN , se realiza informe de los inconvenientes de la subestación eléctrica del hospital y los planes de mejora. Se tiene programado 2 mantenimientos preventivos en junio y diciembre 2018 con la empresa IGEN.	Cuadro de cargas eléctricas por quirófano. Informe de inconvenientes de la subestación eléctrica IGEN. Cronograma de mantenimiento anual.	P	30/04//2019
9	Explosión de tanques y balas de gases medicinales.	1. El desconocimiento del plan de emergencias 2. No hay capacitación del personal responsable para el manejo de gases 3. Inadecuada ubicación de los tanques y balas.	1. Daños a la infraestructura de la institución. 2. Traslado de usuarios y pacientes. 3. Heridos, muertos. 4. Cierre de servicios	Se cuenta con el plan Hospitalario de Emergencias.	• Socializar el plan de emergencia. • Realizar protocolo para el buen manejo de gases medicinales. • Capacitar al personal involucrado en el proceso en el manejo de gases medicinales.	Se programa socialización de plan de emergencia para segundo semestre 2019. Se cuenta con protocolo para el buen manejo de gases medicinales institucional (GFIS-P-007-14) y para ambulancia (GFIS-G-007-01)	Documento creado	P	30/04//2019
10	Proliferación de felinos en la Institución	1. Territorio con amplia zonas verdes de difícil control de animales y roedores. 2. Infraestructura inadecuada del shut de basura. 3. Alimentación de los felinos por parte de los usuarios y funcionarios del Hospital. 4. Infraestructura inadecuada de los cielos falsos. 5. Inadecuada segregación de residuos.	1. Propagación de enfermedades. 2. Daños en la infraestructura. 3 Sanciones por parte de las entidades sanitarias (UES). 4. Olores nauseabundos. 5. Distorsionamiento de la buena imagen de la institución. 6. Incidentes a pacientes y funcionarios del hospital.		1. • Contratar empresa para captura de los gatos. • Adecuar la infraestructura para los shut de basura. • Realizar campañas educativas de manejo de residuos para clientes internos y externos. • Adecuar la infraestructura de los cielos falsos por panel yeso. • Este riesgo se da por el Inadecuado manejo de residuos alimenticios en los diferentes servicios, dispensación de alimentos a los felinos por parte de funcionarios y usuarios.	Se contactó con zoonosis para verificación y control de felinos en la institución. Se implantaron barreras para impedir el paso de los felinos en algunas áreas de la institución. Se realizó campaña para la erradicación de felinos en la institución a través de auditorías a final de jornada verificando áreas en el manejo de los residuos. Se realizó mantenimiento a techos de algunas áreas de la institución.	Oficio de plan de mejora por parte de zoonosis. Comunicado gerencial de erradicación de felinos y registro de asistencia. Lista de chequeo. Contrato para mantenimiento de techo.	P	30/04//2019

PROCESO:

GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
-----	--------	------------------	--------------------	-------------------------	----------------------------------	-------------	---------------------------	---------------	-----------------------

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	Incumplimiento de metas institucionales	identificación inadecuada de las causas de los desvíos en los seguimientos.	Sanciones Perdidas económicas	Seguimiento en comité a cumplimiento de metas	Fortalecimiento del análisis de causas de los desvíos	Gestion de indicadores sensibles	Reporte de indicadores sensibles y peti del proceso de gerencia de la informacion	P	30/04//2019
2	Indisponibilidad del sistema	Caída por (fluido eléctrico., coliccion de la red, sistema operativo, virus, control de acceso no autorizado)	inoportunidad de la atención, perdida de recursos, perdida de información, re-procesos	Ups, recurso humano disponible, antivirus, plan de contingencia, migración al nuevo servidor	Migrar hacia la puesta en marcha del nuevo servidor adquirido, previo legalización del licenciamiento del motor de base datos, el cual garantizara la administración de una SAM, con unidad de store, un servidor de aplicaciones, uno para la base de datos y mayor capacidad de respuesta y procesamiento	Se migro al nuevo servidor y se licencio el motor de base de datos, se adquirió firewall, se constituyó un centro de cómputo básico, se aumentó la capacidad de UPS. Se debe fortalecer tema de redes (recursos) se requiere infraestructura para plan de contingencia, en la nube o servidores pares	PANACEA en funcionamiento (modulos), requerimientos en peti 2018. (600 millones)	P	30/04//2019
3	información inconsistente	debilidad en la Validación de la información e islas de datos, débil Plan de capacitación continua y rotación de personal	Toma de decisiones erróneas , Débil integralidad de la información	Auditoria Medica, administrativa, Revisoria fiscal	Implementar un sistema de información integral que elimine las islas de datos, el re-proceso y sistematice la historia clínica fuente de información para la facturación de los servicios	Se implemento el PANACEA cumplimiento del 90%, en paralelo con contabilidad.	Informacion de salidad de cada uno de los modulos (historia clinica, facturación, citas quejas reclamos cirugía urgencias, presupuesto, radicación, etc)	C	26/11//2018
4	Desactualizado y bajo nivel de competencia frente a los avances tecnológicos	Recursos disponibles y ejecución del plan de capacitación del talento Humano, inoportunidad a solicitud de capacitación de funcionarios de sistemas	Limitar el crecimiento para la investigación y el desarrollo del área	Plan de capacitación y ejecución del plan	Ejecutar el plan de capacitación en el área de sistemas	Esta pendiente la capacitacion continua del area de sistema en administracion de bases de datos, seguridad informatica, sistema operativo, redes etc.	Solicitud de capacitacion del area de sistemas a Gestion del talento humano. Cronograma de capacitaciones.	P	30/04//2019
5	Re-procesos, demora en el procesamiento de información y ausencia de efectividad	débil selección de personal en el manejo de ofimática	Falta de oportunidad de la información	Examen de ofimática	Aplicar la selección con la evaluación de los resultados de los exámenes de ofimática	retomar la aplicación del examen al ingreso de ofimatica se integro al proceso de selección	Examen aprobado de ofimatica	P	30/04//2019
6	debilidad en la aplicación y socialización de las políticas de seguridad de la información	Aplicación de las políticas de seguridad de la información	Perdida de información, uso inadecuado, fuga de información	despliegue de comité de seguridad de la información y el Compendio de políticas de seguridad de la información en la ESE	Realizar el despliegue de las políticas de seguridad de la información	Se tiene programada la socialización de la política de seguridad de la informacion en septiembre.	Listas de asistencia a socialización.	C	26/11//2018
7	Incumplimiento a los derechos de autor, licenciamiento software	Violación de la ley, falta de recursos	Sanciones por derechos de autor	Sam - Inventario de Software en la ESE y plan de legalización	Avanzar en la legalización del software instalado y utilizar software libre para la ofimática	Se licencio en un 90% se dieron de baja equipos obsoletos, y se instaló libre office. Se adquirió el motor de base de datos, Windows server y call de windows y antivirus.	Licencias de software incluyendo el sistema de informacion.	C	26/11//2018
8	Daño en equipos (hardware, equipos de comunicación, estaciones de trabajo, servidores)	Oferta de energía (UPSs y Planta eléctrica por debajo de la necesidad actual y proyectada para soportar el la tecnología informática implementada	perdida en la continuidad de la prestación del servicios, sobre todo afecta la consulta Web, validación de derechos a los usuario , y costos adicionales para la reposición de los daños	UPS orientadas a soportan los equipos críticos de comunicación y equipos de enlaces de telecomunicaciones sobre todo en el centro de computo, disponer de los recursos	Presentar en la implementación de la nueva plataforma tecnológica la necesidad real de soporte de energía regulada	se adquirio 30 kva de UPS para mejorar soporte de red y ups. Para el 2018 al corte se necesita aumentar en 20 kva y mejorar la distribucon y ampliacion de los circuitos electricos antes teniamos menos de 200 usuarios ahora se incremento a 240 usuarios.	Facturas de ordenes de compra. Soportes del mejoramiento de servicio en infraestructura	P	30/04//2019
9	Riesgo de fuga y divulgación de información de la organización de uso confidencial e interno. (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	ausencia de Implementación de controles de uso y de salida de las bases de datos de la ESE, El acceso permitido a los usuarios de soporte	daño a la imagen institucional, ventajas para la competencia,		Implementar procedimiento de sistema de gestion de seguridad de la información	Administración de la pirámide de gobierno de TI. Socializar por página web el procedimiento de sistema de gestión de seguridad de la información.	Pagina web.	C	30/04//2019
10	Accesos no autorizados a los Sistemas de Información (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	no existe un protocolo de informe de novedades de RH hacia Sistemas de Información,	Daños en la información, fraude, robo, perdidas		Implementar procedimiento de sistema de gestion de seguridad de la informacion	Administración de la pirámide de gobierno de TI, se requiere de infraestructura para poder configurar (swiche CAPA 3) para clasificar los accesos.	pagina web Instalacion de swiche	NI	30/04//2019

PROCESO:

COMUNICACIONES

COMUNICACIONES

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
-----	--------	------------------	--------------------	-------------------------	----------------------------------	-------------	---------------------------	---------------	-----------------------

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN	Fecha de verificación
1	Mal uso de los canales de comunicación Interna y Externa, carteleras, buzones de sugerencias. (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	1. Información desarticulada entre las diferentes áreas, los procesos y centros de atención 2. No despliegue de información por parte de los diferentes líderes del proceso 3. No conocimiento ni adherencia en el reglamento de uso de las carteleras. 4. Utilizar los canales de comunicación para intereses personales	Perdida de la Credibilidad de la Institución- Desinformación por parte de los diferentes grupos de interés- Falta de sentido de pertenencia- No acceso oportuno a la información institucional	1. Política de Comunicaciones 2. Comité de Comunicaciones 3. Procedimiento de comunicación Institucional 4. Registro de Monitoreo medios 5. Encuesta Comunicaion 6. Reglamento de Carteleras 7. Se ubicaron 6 carteleras Institucionales llamadas "El Chisme de don Mario" ubicadas en la Gerencia, entrada principal de los funcionarios, Cafeteria, gradas Gerencia por Trabajo Social, 2d piso enseguida de facturación y Curaciones. Cafeteria y entrada de funcionarios. 8. Fortalecimiento con Talento Humano de	1. Socializar el Plan de comunicaciones y el procedimiento 2. Monitoreo de redes sociales 3. Diseño y elaboración de Piezas publicitarias	Se socializo el procedimiento y plan de comunicaciones, se monitorea constantemente las redes y se elaboraron piezas publicitarias Creacion de 30 grupos de whasap institucionales Creacion de correos electronicos institucionales. Se elaboro el directorio institucional y se publico en la pagina web.	Socializacion en comité de comunicaciones - listado de asistencia. 2. fanpage y grupos de whasap institucionales. 3. Temas de interés, Informario, Cumpleaños, Logistica de eventos,	C	26/11//2018
2	Contaminación visual	1. Utilización de espacios no adecuados para publicar información no autorizada por parte de los usuarios.	1. Desinformación a los usuarios. 2. Desconfianza 3. Perdida de identidad institucional	1. Recorrido quincenal para identificar y quitar los avisos no autorizados.	1. Recorrido quincenal para identificar y quitar los avisos no autorizados.	1. Se continua el recorrido quincenal para identificar y quitar los avisos no autorizados mejorando en un 80% implementando que el lider que no cumpla con la señalizacion institucional se le hara NO CONFORME.	se esta dando buen uso de las carteleras solo la información necesaria. NO COMFORMES	C	26/11//2018

Elaborado por:

Jefe Oficina Asesora de Planeación

Aprobado por:

JUAN CARLOS MARTÍNEZ GUTIÉRREZ
Gerente