



HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit No. 890.399.047-8

INFORME TERCER SEGUIMIENTO
MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN LEY 1474 DEL 2011

MARTHA POLO MOTTA
ING. DIEGO INFANTE
Oficina de Control Interno

Santiago de Cali, enero 25 del 2021



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

INTRODUCCION

La implementación y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, se enfoca hacia la prevención de los riesgos que pueden vulnerar la gestión de la entidad, con los seguimientos por parte de los procesos una seguridad razonable sobre el diseño y efectividad de los controles.

Estos instrumentos de planeación permiten la identificación temprana de alertas y el diseño de controles y acciones preventivas para mitigar la materialización del riesgo institucional.

La evaluación y seguimiento de la Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, A través de su rol de asesoría, orientación técnica y recomendaciones frente a la administración del riesgo en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces

SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION II CUATRIMESTRE 2020

En cumplimiento a la LEY 87/1993, A LA Ley 1474/2011 y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina, presenta el informe de seguimiento a Mapa de Riesgo de corrupción correspondiente al III cuatrimestre de 2020 de los controles establecidos en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E

OBJETIVO

Realizar seguimiento y verificación a los controles propuestos en el Mapa de Riesgos de acuerdo a las normas legales vigentes y La actualización e implementación del Mapa de Riesgos Institucional para la vigencia 2021 , como políticas que constituyen la Dimensión de Gestión por Valores para Resultados del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG–, y que tiene por objetivo mejorar la confianza con la ciudadanía, fomentar un cambio cultural en la organización y cumplir adecuadamente sus funciones para generar valor público, deja ver el compromiso de la entidad para transitar caminos transparentes que permitan un mayor control de los recursos públicos en beneficio de la comunidad y el logro de los objetivos institucionales.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

ALCANCE

El Mapa de Riesgos Institucional formulado por la misma entidad, en aspectos que considera claves para el control en la vigencia 2020, es objeto de seguimiento de la Oficina de Control Interno para verificar el cumplimiento del cronograma de las acciones previstas en la vigencia y los responsables de ejecutar dichas acciones que permiten la mitigación del riesgo y la prevención del mismo con el fin de lograr alcanzar los objetivos previstos dentro de la gestión institucional

DESARROLLO DE LA AUDITORIA

La información reportada como acciones concretas y efectivas para evitar que los riesgos definidos e identificados ocurran en la entidad, es responsabilidad absoluta de la administración de la E.S.E. Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, el seguimiento al mismo lo hace la oficina de Control Interno en su rol de evaluación y seguimiento.

A continuación, se relaciona los aspectos más relevantes de la evaluación de los procesos.

PROCESO DE HOSPITALIZACION

El riesgo "fallas en el proceso de ayuda diagnostica "el auto seguimiento reportado indica

1. se actualiza el protocolo de toma de muestra, embalaje
2. se graba un video donde se explica desde los 5 correctas formas que se deben tener en cuenta en la toma de muestra hasta el orden que se tiene de los tubos la manera de realizar el procedimiento de forma segura .
3. Se implementa como estrategias realizar preguntas (video de toma de muestras) para que todos las puedan realizar, de esa manera identificamos cuales son las oportunidades de mejora que se deben implementar.
4. Se dejan cerca todos los procedimientos técnicos por si se presentan dudas puedan solucionarlos sin ningún inconveniente.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

GETION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

El riesgo "información de costos parcial " el auto seguimiento reportado en el mes de junio indican que se realizaron actividades con la empresa SYNERGIA desde el mes de mayo en el siguiente orden:

- 1 Establecer Plan de Trabajo.
2. Socialización del proyecto de costos y los principales aspectos metodológicos del sistema de costeo de los servicios de salud. Esta sesión se desarrolló de manera virtual el día 21 de mayo de 2020 y se contó con la participación de dieciséis (16) funcionarios de los diferentes procesos citados.
3. Formulación del requerimiento inicial de información a las diferentes áreas y su respectiva socialización y revisión con los responsables de suministrar cada tipo de información requerida.
4. Recepción de la información solicitada a cada uno de los líderes del proceso involucrado.
 1. En agosto Definición de los centros de costos mediante la revisión de la estructura procesos y subprocesos definida, la estructura funcional (organigrama) y los centros de costos definidos en el sistema de información con el que cuenta la E.S.E.
 2. Capacitación en el manejo del aplicativo Gestión de Costos en las opciones Mi Empresa - Estructura Centro de Costos, revisando el procedimiento de creación de un registro manual y los procedimientos para el cargue de información. Se realiza la carga de la estructura de centros de costos en el aplicativo con 64 registros
 3. Definición de la estructura de recursos bajo la cual que se agrupará y consolidará la información sobre costos. Para ello se revisan los movimientos de información financiera de los meses de enero a marzo de 2020 y de acuerdo con la materialidad (relevancia) de los conceptos se definieron las categorías más importantes.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

4. Definición de Actividades por Centro de Costos a partir de la información aportada por la E.S.E. sobre producción centro de costos y depurada por el equipo de Synergia S.A.S. Se obtuvieron un total de 1,315 actividades para toda ala E.S.E.

5. Diseño y Socialización de los formatos de levantamiento de información sobre bases de distribución para su aplicación por los diferentes responsables de los centros de costos no finales.

6. De acuerdo a las diferentes actividades desarrolladas durante la implementación del software de costos, el área sigue comprometida en poder llegar a un cumplimiento del 100%, ya que hasta el momento el proceso va en un avance del 80%.

En el mes de diciembre de 2020 se resume que:

Para el mes de octubre se realizó reunión de socialización de resultados de implementación y presentación de funcionalidades básicas del aplicativo Gestión de Costos. En la sesión de trabajo se contó con la presencia del gerente, subgerente administrativo y financiero, el jefe financiero y el responsable del área de sistemas, en donde se presentaron los resultados del proceso de costos desde el mes de marzo a julio de 2020. De igual manera se realizaron los siguientes procesos:

- Cargue de la información financiera agosto 2020
- Asignación de mano de obra a sus respectivos centros de costos
- Registro de la información de bases de distribución
- Registro de la información de producción correspondiente al mes de agosto de 2020.

A la fecha se encuentra el cargue hasta el mes de septiembre 2020, lo correspondiente al mes de octubre se encuentra en organización y validación para su cargue.

El plan de acción para el año 2021 es contar con un análisis de costos ajustado a la realidad, con el fin de determinar el costo general de los servicios prestados por la entidad.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

Lo anterior para lograr la optimización del gasto, maximización del ingreso, potencializando la producción de servicios.

GESTION ADMINISTRATIVA AMBIENTE FISICO

Los riesgos "Incendios forestales, daño de la Planta Eléctrica, explosión de tanques y balas de gases medicinales, proliferación de felinos en la Institución "en la ejecución de actividades encontramos.

Se actualizó en documento Plan Hospitalario de Emergencias, por parte de la ARL POSITIVA, se ha realizado socialización virtual durante los meses de Julio y Agosto de 2020.

A diciembre de 2020

Dentro del plan de mantenimiento Hospitalario se programó actividades como:

1. Césped podado: el cual se realiza de acuerdo a la periodicidad programada y/o necesidad
2. Simulacro: Se realizó Simulacro en todas las áreas del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo.(Se cuenta con registro de socialización)

A diciembre de 2020 Teniendo en cuenta la coyuntura por la cual está pasando el país, no se llevó a cabo la contratación debido a que se realizó priorización der actividades de mantenimiento como lo fueron:

1. Adecuación UCI
2. Remodelación del área de Urgencias
3. Readecuación medicina interna...

No obstante la Institución está en el proceso de realizar contratación para mantenimiento de la planta eléctrica, por ende se solicitan nuevas cotizaciones a los proveedores, también ya se encuentra programado en el plan de mantenimiento de la vigencia 2021.

En cuanto a la explosión de tanques y balas de gases medicinales se encuentra

- a- Documento de plan de emergencia actualizado.
- b- Listado de asistencia de socialización.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

c- Proyecto para adecuación de área de gases medicinales. Protocolo para el manejo seguro de gases medicinales

Para terminar la vigencia 2020, la institución cumple con las capacitaciones programadas y protocolos actualizados.

A diciembre de 2020 el control del riesgo de la proliferación de felino (gatos) en la institución se realiza de la siguiente manera:

1. Para el control de vectores y roedores se cuenta con el plan de saneamiento básico ambiental que tiene como objetivo el control de insectos rastreros y voladores, control de reptiles, desratización, control de áreas vulnerables y críticas, control de cajas de inspección de alcantarilla y control de trampas con cebos, esto con una frecuencia mensual para seguimiento y control institucional con fumigación en áreas internas y externas.

2. Para el control de los felinos, se realiza control de nido y control de alimentación en el área de reciclaje, donde se les alimenta controladamente y lejos del área interna de la institución.

* También se realiza control con la esterilización para controlar la reproducción, se atrapan a los felinos grandes y se esterilizan y a los felinos cachorros se esterilizan y se dan en adopción., con estas acciones se disminuye la población y proliferación de los felinos en la institución.

3. Las zonas de difícil acceso se controlan realizando solicitud al área de mantenimiento para que intervenga la necesidad que se presente.

GERENCIA DE LA INFORMACION

Los riesgos

- Incumplimiento de metas institucionales.
- Indisponibilidad del sistema.
- Información inconsistente.
- Desactualizado y bajo nivel de competencia frente a los avances tecnológicos.
- Debilidad en la aplicación y socialización de las políticas de seguridad de la información.
- Incumplimiento en los derechos de autor, Licenciamiento software



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

- Re-procesos demora en el procesamiento de información y ausencia de efectividad.
- Daño en equipos (hardware, equipos de comunicación, estaciones de trabajo, servidores)
- Riesgo de fuga y divulgación de información de la organización de uso confidencial e interno
- Accesos no autorizados a los Sistemas de Información

En el mes de diciembre al cierre de la vigencia 2020 se informa que:

Desde el mes de octubre del 2020 se inició un plan rompe barreras para cerrar los 6 módulos pendientes del sistema integrado, incluyendo la gestión de indicadores, la evaluación genero un resultado del 90%, el peti se cerró al 90.2%, en el paralelo con indicadores, calidad cuenta con un bsc para el seguimiento que garantiza la unicidad e integridad de la información, la fuente es única el sistema de información Panacea.

En noviembre se fortalece la continuidad del negocio ejecutándose en contrato para el mantenimiento de las ups que soportan la operación del sistema de información, cambio de 100 baterías, instalación de bypass y afinamiento de las mismas y entrada de una nueva de 10 kva para soportar la operación de la uci, de esta manera nos hacemos menos vulnerables, la indisponibilidad se mantuvo en un promedio del 023% sobre una meta del 1%.

Al cerrar la vigencia 2020 se recibe capacitación virtual en modelo integrado de gestión, 2 personas de sistemas, 3 de gestión documental, igualmente se recibe capacitación con el Sena de facturación electrónica y se culminan estudios a nivel de especialización en la USC del jefe de TIC en gerencia estratégica de TIC, se culmina materias periodo marzo 13 a diciembre 19.

En el mes de julio se realiza encuesta de adherencia al manejo de los 40 módulos de panacea, se genera un informe y se capacitan 127 empleados.

Al cerrar la vigencia 2020 el Hospital adquiere 13 licencias de office bussines y 30 de office esencial para la operación de los procesos claves del hospital, en total 43 licencias que permiten satisfacer la necesidades de ofimática y el resto de los procesos asistenciales con office libre ya que las funciones esenciales de todos los procesos están implícitos en el sistema integrado de información panacea.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

En noviembre y diciembre de 2020 se realiza mediante el contrato 083 con infotech las siguientes mejorar al soporte de energía regulada

Prestación de servicio de mantenimiento correctivo y cambio de baterías de las UPS e instalación de los BYPASS del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E. para el respaldo de los equipos de propiedad de la E.S.E conforme al anexo técnico No. 1. Parágrafo primero: la propuesta presentada por la empresa Infotech de Colombia S.A.S hace parte integral de la presente orden de servicio. Parágrafo segundo: El contratista ejecutará el objeto materia de contratación, ejerciendo la autonomía administrativa y técnica que le asiste. CLAUSULA SEGUNDA PLAZO: El plazo de la presente Orden de servicio será contado a partir del acta de inicio hasta el 31 de diciembre de 2020

Anexo técnico no 1: 1 servicio de instalación de baterías y mantenimiento a 6 ups, 32 baterías para ups a pc de 10kva, 60 baterías para ups titán de 10 kva, 8 baterías para ups apc de 3kva, 5 llaves bypass de 60amp 5 cajas cables y accesorios y 5 instalación cajas con llaves bypass manuales.

En noviembre se consolidad en plan de tratamientos de seguridad de la información que representa el SGSI en sistema de gestión de seguridad de la información que se compone de la auto evasión MSAT y iso 27002 de acuerdo a las guías de min tic, en el documento se genera una evaluación de la seguridad del 51.7% se consolidad un plan de acción con inventario de activos para avanzar en la siguiente vigencia y se convierte en documento guía para avanzar en el mejoramiento continuo.

Los riesgos no citados anteriormente, están desarrollándose dentro de los tiempos establecidos y los controles diseñados, están siendo adecuados para prevenir o mitigar los riesgos

RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria derivada del COVID -19, es necesario fortalecer y ajustar las acciones tendientes al cumplimiento dela política de CERO CORRUPCION, así mismo cumplir con los lineamientos establecidos en la CIRCULAR CONJUNTA N° 100-008-2020, la cual contempla: "Elabore un mapa de riesgo de corrupción del procedimiento o proceso que está aplicando en toda la contratación de emergencia



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

relacionada con la pandemia COVID 19. En este debe identificar los riesgos y establecer los controles necesarios para evitar su concreción “.

- El nuevo Mapa de Riesgos Institucional 2021 se está elaborando en la oficina asesora de planeación teniendo en cuenta las diferentes áreas, de acuerdo con los lineamientos de la DAFP respecto al nuevo modelo MIPG con el apoyo de todos, donde se realizará actividades que impliquen identificación, análisis y calificación del impacto, probabilidad y las causas del riesgo.
- Una vez actualizado el mapa de riesgos se debe socializar y estandarizar un monitoreo y revisión de las actividades propuestas por parte de los subgerentes, la segunda línea de defensa (planeación) y las diferentes áreas involucradas. y así lograr un cumplimiento de las mismas, lo cual se traduce en la reducción de riesgos al interior de la institución y una mejor atención a la población.
- Cada coordinador y y/o líder responsable de riesgos, llevar registros si existe la materialización de los riesgos para establecer con mayor objetividad si los riesgos se están reduciendo o previniendo.
- Finalmente se recomienda que periódicamente se realice una socialización del Mapa de Riesgos, con el fin de que el personal vinculado a la entidad conozca de primera mano que son estos instrumentos y cuál es su finalidad, además que esto redundara en un mejoramiento y construcción colectivo de los mismos, siendo importante que los líderes de los procesos involucren a sus equipo de trabajo en la socialización y actualización de estos instrumentos.

Martha Polo Motta
Ingeniero Diego Infante
Oficina de Control Interno



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

	MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL		Código: GERE-F-001-27 Vigencia: Diciembre 2014 Versión: 02 Pagina 1 de 11	% Cum
	C	90	91,8%	
	P	8	8,2%	
	A	0	0,0%	
NI	0	0,0%		
TOTAL RIESGOS		98	100,0%	

PROCESO: ASISTENCIAL

PROCESO AMBULATORIOS

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN (C,P,A,NI)	Fecha de verificación	
				SI	NO											
1	Perdida de la oportunidad de prestación de los servicios asistenciales	1. Falta 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.	x		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	MAYOR 3	FRECUENTE	5	ALTA 4	60	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 IMPLEMENTA 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. Perdida del paciente. 2. Insatisfacción del paciente. 3. Perdida de recursos	x		1. Medir adherencia al procedimiento de asignación de citas. 2. Procedimiento Ingreso del paciente.	PELIGROSO 4	OCASIONAL	4	ALTA 4	64	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 PANACEA - QUEJAS DEL USUARIO - ASIGNACIÓN 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.	x		1. VERIFICAR INDICADORES	MAYOR 3	FRECUENTE	5	ALTA 4	60	• 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 LLEGIBLE 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.	x		1. Formatos historia clínica. 2. Comité de historia clínica. 3. Pre auditoría. 4. Auditoría concurrente. 5. SISTEMATIZAR HISTORIA CLÍNICA EN CONSULTA EXTERNA 6. MEDIR ADHERENCIA A LA HC	MAYOR 3	OCASIONAL	4	MODERADA 1	120	• Seguimiento por comité de historias clínicas. • Plan de mejora individual. • Sistematización de la historia clínica con PANACEA.	- Por planes de mejora de acuerdo a los hallazgos de los registros de las historias clínicas en las auditorías internas y externas, se mejoró todo el proceso de auditorías en la institución con el fortalecimiento del equipo de la siguiente manera. - Se cuenta con auditor concurrente. - También se cuenta con auditor médico de cuentas. - Auditor de Historias Clínicas. - Jefe de Auditorías. - Coordinador Médico.	Seguimiento a planes de mejora. Fortalecimiento del equipo de trabajo Actas de comité de HC	C	10/09/2018
5	Debilidad en el proceso de seguridad del paciente	1. Debilidad en la adherencia al protocolo. 2. Debilidad en el proceso de inducción y reintroducción	1. Evento adverso e incidentes. 2. Glosas. 3. Demandas. 4. No conformes. 5. Insatisfacción del paciente 6. Mala imagen institucional	x		Manual de seguridad del paciente	PELIGROSO 4	REMOTO	3	ALTA 4	48	• Socialización del protocolo de seguridad del paciente. • Medición de adherencia al protocolo de seguridad del paciente. • Fortalecer el proceso de inducción y reintroducción • Implementación de rondas de seguridad del paciente donde se mida adherencia en prevención de caídas, cambios de posición, lavados de manos etc.	- Continuar con la socialización del programa de seguridad del paciente. - Se sigue realizando la inducción y reintroducción 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. Falta 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	x		1. Programa de Teovigilancia	MAYOR 3	REMOTO	3	MODERADA 1	90	• Fortalecimiento de inducción y reintroducción frente a los dispositivos y equipos biomédicos. • Fortalecer programa de Teo 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



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

6	Manejo de pacientes en condiciones especiales (física, mental, comportamental, 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	x		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	1. MENOR 2. 2 3. 3 4. MODERADA 5. 10	60	60	<ul style="list-style-type: none"> • 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 documentos. - Acta de evaluación a la adherencia de los protocolos.	C	24/04/2019
7	Faltas en el proceso de ayuda diagnóstica.	1. Demora en la entrega de resultado. 2. Error en el procedimiento en la toma de ayuda diagnóstica. 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.	x		Protocolos de ayudas diagnósticas.	1. MAYOR 2. 3 3. OCASIONAL 4. 4 5. ALTA 6. 4	48	48	<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. 	- Socialización y capacitación constante de protocolos de ayuda diagnósticas - Mensualmente se hace seguimiento del indicador de oportunidad en la entrega de resultados.	- Lista de asistencia a socialización de protocolos. - Resultado de indicadores.	C	06/11/2019

PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES ?	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN (C,P,A,N,I)	Fecha de verificación			
1	Perdida 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- actuación con horarios estrictos.	1- Incumplimiento a las normas vigentes. 2- Insatisfacción del usuario. 3- Mala imagen para contratación	x	1- Instalación de software de historia clínica 2- Encuesta de satisfacción. 3- Facturación oportuna 4- los protocolos y guías de manejo. 5- indicadores	MAYOR	3	FRECUENTE	5	BAJA	7	105	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Se hace en el comité de historias clínicas. (Infección de vías 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 almacen. 	C	24/04/2019
2	Faltas 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- oportunidad en el cobro 7- incidentes y eventos adversos 8- débil información para el manejo del paciente.	x	1. Software de información en los servicios. 2- protocolos de admisión, ingreso y egreso. 3- quejas y reclamos 4- protocolos de trabajo social. 5- auditorías internas y externas.	PELIGROSO	4	FRECUENTE	5	BAJA	7	140	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se ha trabajado mucho en la correcta identificación del paciente con el programa de seguridad del paciente. - Protocolo de ingreso de paciente a hospitalización actualizado y socializado 	<ul style="list-style-type: none"> - Listado de asistencia a senobilitación. - Protocolo actualizado. 	C	24/04/2019
3	Faltas 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- inadecuada 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	x	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	PELIGROSO	4	FRECUENTE	5	ALTA	4	80	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acta de comité de HC. Medición de adherencia. - Capacidad, listados 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



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

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 trámites administrativos necesarios. 7- direccionamiento inadecuado al paciente y su familia en sus controles .	x		1- instalación de software para los registros clínicos. 2- facturación. 3- protocolo de egreso 4- quejas y reclamos.	PELGR OSO	4	FRECUENTE	5	ALTA	4	80	<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 enfermería 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 están haciendo por el sistema y la entrega de la documentación 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- desmotivación del talento humano por los registros manuales.	x		1. Formatos historia clínica. 2. Comité de historia clínica. 3. Pre auditoría. 4. Auditoría concurrente. 5. Indicador de adherencia	MAYOR	3	FRECUENTE	5	ALTA	4	60	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento por comité de historias clínicas. • Plan de mejora individual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Por planes de mejora de acuerdo a los hallazgos de los registros de las historias clínicas en las auditorías internas y externas, se mejoro todo el proceso de auditorias en la institución con el fortalecimiento del equipo de la siguiente manera. - Se cuenta con auditor concurrente. - Tambien se cuenta con auditor medico de cuentas. - Auditor de Historias Clínicas. - Jefe de Auditorias. - Coordinador Medico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento a planes de mejora. - Fortalecimiento del equipo de trabajo - Actas de comité de HC 	C	10/09/2019
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.	x		Manual de seguridad del paciente	CATASTRÓFICO	1	OCASIONAL	4	ALTA	4	15	<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 implementación y seguimiento del programa de seguridad del paciente esta cumpliendo con los objetivos propuestos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores de gestión - 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-uso de Dispositivos médicos. 4. falta de herramientas de trabajo seguro (sillas de ruedas, atriles, carros de atención integral, etc). 5- falta disponibilidad de camaras en Hospitalización Quirúrgica. 6- débil disponibilidad de los stock mínimos de insumos. 7- insuficiencia de equipos biomédicos (bombas, ekg, monitores, sensores de temperatura. 8- Compra de dispositivos no adecuados. 9- 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- deshumanización de la atención. 7- aumento de costos de la atención.	x		1. Programa de Tecnovigilancia	PELGR OSO	4	FRECUENTE	5	ALTA	4	80	<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- uso. • Compra o contratación de equipos y herramientas de trabajo. • Capacitación en humanización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación al personal sobre el manejo de los equipos del servicio y de la institución en general. - Se realiza mantenimiento preventivo y correctivo cuando es necesario de acuerdo a cronograma de areas 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
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.	x		1. Pre auditoría. 2. Auditoría concurrente. 3. Indicador de adherencia 4. Gestión por trabajo social 5- registros de gestión clínica.	PELGR OSO	4	FRECUENTE	5	ALTA	4	80	<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	x		1. solicitudes de mejoramiento por el servicio. 2. auditoría interna 3. Informe de cumplimiento de requisitos de habilitación por recursos físicos. 4. Gestión por trabajo social	PELGR OSO	4	FRECUENTE	5	ALTA	4	80	<ul style="list-style-type: none"> 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"> - Cronograma - Adecuaciones o contrucciones realizadas. 	C	24/04/2019



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

8	Manejo de pacientes en condiciones especiales (física, mental, comportamental, 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- pérdidas económicas 5- glosas 6- demandas 7- estrés del cliente interno y externo. 8- deshumanización de la atención.	x	1. Protocolo de paciente agitado 2. Protocolo de fuga. 3. Política de humanización 4- protocolo de atención paciente con otro idioma, cultura o religión.	PELIGROSO	4	OCCASIONAL	4	ALTA	4	64	<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"> Socialización de los protocolos de paciente agresivo, paciente en fuga y paciente con dolor. Se debe identificar las estrategias 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 socialización de protocolos. 	C	24/04/2019	
9	Fallas en el proceso de ayuda diagnóstica.	1. Demora en la entrega de resultado. 2. Error en el procedimiento en la toma de ayuda diagnóstica. 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.	x	Protocolos de ayudas diagnósticas.	MAYOR	3	OCCASIONAL	4	ALTA	4	48	<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. 	<p>19/2020</p> <p>1. El laboratorio realiza seguimiento aleatorio a los procedimientos técnicos realizados por todos los colaboradores, con el fin de minimizar las acciones inseguras que puedan desencadenar un evento adverso o incidentes. (Lista de chequeo). 2. Se implementa como estrategias realizar preguntas (vídeo de toma de muestras) para que todos las puedan realizar, de esa manera identificamos cuales son las oportunidades de mejora que se deben implementar. 3. Se dejan cerca todos los procedimientos técnicos por si se presentan dudas puedan solucionarlos sin ningún inconveniente.</p> <p>25/12/2020</p> <p>1.se actualiza el protocolo de toma de muestra, empaque 2. se graba un video donde se explica desde los 5 corretos que se deben tener en cuenta el la toma de muestra hasta el orden que se tienen de los tubos la forma de realizar el procedimiento de manera segura -se cuenta con evaluación para medir adherencia al protocolo de toma de muestra : https://forms.gle/xw2gaZiB6UN06IKZ8 con un resultado en todo el hospital OCT: Se realiza revisión de exámenes, donde se analiza: se realizaron 142 evaluaciones de TPI programadas lo que da cumplimiento al 83%</p> <p>se cuenta con resultado de las evaluaciones, donde para las preguntas: 1. Cuál es el orden de los tubos para la toma de la muestra por método vacutainer tiene como resultado un 77% 2. Cuáles son los elementos de protección personal en el momento de la toma de la muestra tiene como resultado 70% 3. Que eventos adversos se pueden presentar durante la toma de la muestra tiene como resultado un 82% 4. En que casos se debe rechazar una muestra de laboratorio clínico tiene como resultado 96 % 5. Si un paciente llega en condiciones inadecuadas para la toma de la muestra tiene como resultado 92% donde se puede identificar que la principal debilidad esta en Cuáles son los elementos de protección personal en el momento de la toma de la muestra por ende se definirá como tema para capacitación. Se construyo indicador para medir la adherencia al protocolo pero por pregunta, indicador adherencia al protocolo de toma de muestra: pregunta correcta/total de preguntas se obtuvo un resultado final del 83%</p>	<p>19/2020</p> <ul style="list-style-type: none"> lista de asistencia a socialización de protocolo de ayudas diagnósticas. Respuesta a NC Video ilustrativo Lista de Chequeo <p>25/12/2020</p> <ul style="list-style-type: none"> se actualiza el protocolo de toma de muestra, empaque se graba un video donde se explica desde los 5 corretos que se deben tener en cuenta el la toma de muestra hasta el orden que se tienen de los tubos la forma de realizar el procedimiento de manera segura se cuenta con evaluación para medir adherencia al protocolo de toma de muestra : https://forms.gle/xw2gaZiB6UN06IKZ8 con un resultado en todo el hospital OCT: Se realiza revisión de exámenes, donde se analiza: se realizaron 142 evaluaciones de TPI programadas lo que da cumplimiento al 83% 	p	Julio 2020 01/09/2020 25/12/2020	
PROCESO:		ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO																



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN (C,P,A,N)	Fecha de verificación
				SI	NO										
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	x		Realización de informe de costos mensualmente, para identificar el comportamiento de los servicios -Costeo de Actividades	Mayor 3	Ocasional	4	Alta 4	48	<p>Junio 2020:</p> <p>Actividades Realizadas con la empresa SYNERGIA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer Plan de Trabajo 2. Socialización del proyecto de costos y los principales aspectos metodológicos del sistema de costeo de los servicios de salud. Esta sesión se desarrolló de manera virtual el día 21 de mayo de 2020 y se contó con la participación de dieciséis (16) funcionarios de los diferentes procesos citados. 3. Formulación del requerimiento inicial de información a las diferentes áreas y su respectiva socialización y revisión con los responsables de suministrar cada tipo de información requerida. 4. Recepción de la información solicitada a cada uno de los líderes del proceso involucrado <p>Agosto 2020:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de los centros de costos mediante la revisión de la estructura procesos y subprocesos definida, la estructura funcional (organigrama) y los centros de costos definidos en el sistema de información con el que cuenta la E.S.E. 2. Capacitación en el manejo del aplicativo Gestión de Costos en las opciones M1 Empresa - Estructura Centro de Costos, revisando el procedimiento de creación de un registro manual y los procedimientos para el cargue de información. Se realiza la carga de la estructura de centros de costos en el aplicativo con 64 registros 3. Definición de la estructura de recursos bajo la cual que se agrupará y consolidará la información sobre costos. Para ello se revisan los movimientos de información financiera de los meses de enero a marzo de 2020 y de acuerdo con la materialidad (relevancia) de los conceptos se definen las categorías más importantes. 4. Definición de Actividades por Centro de Costos a partir de la información aportada por la E.S.E. sobre producción centro de costos y depurada por el equipo de Synergia S.A.S. Se obtuvieron un total de 13.15 actividades para toda ala E.S.E. 5. Diseño y Socialización de los formatos de levantamiento de información sobre bases de distribución para su aplicación por los diferentes responsables de los centros de costos no finales. 6. De acuerdo a las diferentes actividades desarrolladas durante la implementación del software de costos, el área sigue comprometida en poder llegar a un cumplimiento del 100% ya que hasta el momento el proceso va en un avance del 80% <p>25/12/2020:</p> <p>Para el mes de octubre se realizó reunión de socialización de resultados de implementación y presentación de funcionalidades básicas del aplicativo Gestión de Costos. En la sesión de trabajo se contó con la presencia del gerente, subgerente administrativo y financiero, el jefe financiero y el responsable del área de sistemas, en donde se presentaron los resultados del proceso de costos desde el mes de marzo a julio de 2020. De igual manera se realizaron los siguientes procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cargue de la información financiera agosto 2020 - Asignación de mano de obra a sus respectivos centros de costos - Registro de la información de bases de distribución - Registro de la información de producción correspondiente al mes de agosto de 2020. <p>A la fecha se encuentra el cargue hasta el mes de septiembre 2020, lo correspondiente al mes de octubre se encuentra en organización y validación para su cargue.</p> <p>El plan de acción para el año 2021 es contar con un análisis de costos ajustado a la realidad, con el fin de determinar el costo general de los servicios prestados por la entidad.</p> <p>Lo anterior para lograr la optimización del gasto, maximización del ingreso, potencializando la producción de servicios.</p>	- Modulo Costos Hospitalarios Panacea. - Informes de evidencia y avance	P	Junio 2020 Agosto 2020 25/12/2020



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

PROCESO: AMBIENTE FÍSICO																				
No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES ?		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN (C,P,A,N)	Fecha de verificación					
				SI	NO															
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.	X		Se cuenta con el plan Hospitalario de Emergencias.	CATASTRÓFICO	1	REMOTO	3	ALTA	4	12			Se actualizó en documento Plan Hospitalario de Emergencias, por parte de la ARL POSITIVA, se ha realizado socialización virtual durante los meses de Julio y Agosto de 2020. 25/12/2020: Dentro del plan de mantenimiento Hospitalario se tenía programado actividades como: • Realizar simulacros de evacuación • Mantener el césped podado • Realizar campañas de socialización a los usuarios del hospital para cuidado del medio ambiente.	Se cuenta con las actas de realización de la actividad, por parte de Positiva ARL. 25/12/2020 1. Fotografías 2. Listados de asistencia 3. Plan de mantenimiento Hospitalario	C	Julio 2020 01/09/2020 25/12/2020	
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.	X		Protocolo de planta eléctrica, plan de mantenimiento	CATASTRÓFICO	1	REMOTO	3	ALTA	4	12			actualmente se está trabajando en la contratación para realizar mantenimientos preventivos a la planta eléctrica, ya se cuenta con las 3 cotizaciones para continuar con los estudios previos y la documentación necesaria 25/12/2020: Teniendo en cuenta la coyuntura por la cual está pasando el país, no se llevo a cabo la contratación debido a que se realizó priorización de actividades de mantenimiento como lo fueron: • 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. No obstante la Institución esta en el proceso de realizar contratación para mantenimiento de la planta eléctrica, por ende se solicitan nuevas cotizaciones a los proveedores, también ya se encuentra programado en el plan de mantenimiento de la vigencia 2021	Requerimiento para la contratación de la empresa. Cronograma de mantenimiento anual. 25/12/2020: Cotizaciones	P	Julio 2020 01/09/2020 25/12/2020	
9	Exposición de tanques y bialas 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 bialas.	1. Daños a la infraestructura de la institución. 2. Traslado de usuarios y pacientes. 3. Heridos, muertos. 4. Cierre de servicios	X		Se cuenta con el plan Hospitalario de Emergencias.	CATASTRÓFICO	1	REMOTO	3	ALTA	4	12			• 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.	Documento de plan de emergencia actualizado. Listado de asistencia de socialización. Proyecto para adecuación de área de gases medicinales, Protocolo para el manejo seguro de gases medicinales 25/12/2020: Para terminar la vigencia 2020, la institución cumple con las capacitaciones programadas y protocolos actualizados	Documento de plan de emergencia actualizado. Listado de asistencia de socialización. Proyecto para adecuación de área de gases medicinales. Protocolo para el manejo seguro de gases medicinales Protocolo de Gases Medicinales	C	Julio 2020 01/09/2020
10	Proliferación de felinos en la institución	1. Zonas verdes internas y externas en la institución. 2. Alimentación de los felinos (gatos) por parte de los usuarios, funcionarios y población flotante del Hospital. 3. Zona de fácil acceso al área asistencial y administrativa de la institución. Cielos falsos del techo del área interna de la institución dañados y zonas de fácil acceso al área asistencial y administrativas, donde facilita la entrada, salida y movimiento de los felinos (gatos).	1. El efecto de contar con zonas verdes internas y externas dentro de la institución, es que se convierten en ambientes adecuados para la proliferación y reproducción de roedores y vectores, causantes de infecciones y focos de contaminación. 2. El efecto de alimentar los felinos (gatos) en la institución es que se genera dependencia de los felinos por la alimentación fácil, lo que causa que los felinos se introduzcan en las áreas administrativas y asistenciales por busca de alimentos, causando peores de felinos por la comida y territorio, desperdicios de alimentos en el suelo, desorden y pánico, dando como resultado aglomeración de felinos en sitios y problemas asociados a las exces fecales, generando olores ofensivos para la población hospitalaria. 3. El efecto de tener una infraestructura con zonas de fácil acceso, es que los felinos (gatos) se les facilita la entrada, salida y movimiento dentro de la institución, causando daños a la infraestructura especialmente en los cielos falsos de la institución. Lo anterior impacta negativamente la imagen de la institución, causando riesgo ambiental por la presencia de felinos en el hospital.	X			PELIGROSO	4	FRECUENTE	5	ALTA	4	80			1. Dar cumplimiento con el cronograma de saneamiento básico ambiental. 2. Dar seguimiento al manejo de alimentación y esterilización de los felinos en el área de reciclaje. 3. Solicitar al área de mantenimiento el cerramiento de las zonas de fácil acceso.	25/12/2020: El control del riesgo de la proliferación de felino (gatos) en la institución se realiza de la siguiente manera: 1. Para el control de vectores y roedores se cuenta con el plan de saneamiento básico ambiental que tiene como objetivo el control de insectos rateros y voladores, control de reptiles, desratización, control de áreas vulnerables y críticas, control de cagas de inspección de alacetrillos y control de trampas con cebos, esto con una frecuencia mensual para seguimiento y control institucional con fumigación en áreas internas y externas. 2. Para el control de los felinos, se realiza control de nido y control de alimentación en el área de reciclaje, donde se les alimenta controladamente y lejos del área interna de la institución. • También se realiza control con la esterilización para controlar la reproducción, se atrapan a los felinos grandes y se esterilizan y a los felinos cachorros se esterilizan y se dan en adopción, con estas acciones se disminuye la población y proliferación de los felinos en la institución. 3. Las zonas de difícil acceso se controlan realizando solicitud al área de mantenimiento para que intervenga la necesidad que se presente.	* Correo electrónico de solicitud al área de mantenimiento. * Contrato 068-2020 con la empresa TECNISEC, se cuenta con informe de gestión mensual de agosto hasta diciembre. * Registro fotográfico	C	Julio 2020 01/09/2020



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

GERENCIA DE LA INFORMACIÓN																
No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	SEGUIMIENTO	Evidencia de cumplimiento	ESTADO ACCIÓN (C,P,A,N)	Fecha de verificación	
				SI	NO											
1	Incumplimiento de metas institucionales	Identificación inadecuada de las causas de los desvíos en los seguimientos.	Sanciones Perdidas económicas	X		Seguimiento en comité a cumplimiento de metas	MAYOR 3	OCASIONAL	4	ALTA	4	48	Fortalecimiento del análisis de causas de los desvíos 25/12/2020	Reporte de indicadores sensibles Cumplimiento de PETI Soportes de entrada a almacén de las adquisiciones de los equipos. BSC de administración de indicadores proceso de calidad 25/12/2020	P	01/09/2020 25/12/2020
2	Indisponibilidad del sistema	Cálida por (fluido eléctrico, colición de la red, sistema operativo, virus, control de acceso no autorizado)	inoprotunidad de la atención, pérdida de recursos, pérdida de información, re-procesos	X		Ups, recurso humano disponible, antivirus, plan de contingencia, migración al nuevo servidor	MENOR 2	OCASIONAL	4	ALTA	4	32	Migrar hacia la puesta en marcha del nuevo servidor adquirido, previo legalización del licenciamiento del motor de base datos, el cual garantizará 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 25/12/2020	PANACEA en funcionamiento (módulos), adquisición de equipos, contrato en proceso de mantenimiento de ups y cambio de baterías y contrato en proceso de operador de internet tigo una, en la evaluación al primer trimestre tenemos un 85% de implementación del sistema de información y un plan de trabajo con netgroup con tareas para las áreas administrativas como son cortabilidad, activos fijos, nomina módulos pendientes por implementar y la instalación de la nueva versión liberada, indicador de indisponibilidad, adquisición de UPS 10 KVA 25/12/2020	C	01/09/2020 25/12/2020
3	Información inconsistente	debilidad en la Validación de la información e listas de datos, débil Plan de capacitación continua y rotación de personal	Toma de decisiones erróneas, Débil integridad de la información	X		Auditoria Médica, administrativa, Revisoria fiscal	MAYOR 3	FRECUENTE	5	BAJA	7	105	Implementar un sistema de información integral que elimine las listas de datos, el re-proceso y sistematice la historia clínica fuente de información para la facturación de los servicios		C	
4	Desactualizado y bajo nivel de competencia frente a los avances tecnológicos	Recursos disponibles y ejecución del plan de capacitación del talento Humano, inoprotunidad a solicitud de capacitación de funcionarios de sistemas	Limitar el crecimiento para la investigación y el desarrollo del área	X		Plan de capacitación y ejecución del plan	MAYOR 3	FRECUENTE	5	ALTA	4	60	Ejecutar el plan de capacitación en el área de sistemas 25/12/2020	Evidencia de capacitaciones del personal del área de sistemas (inicio de especialización en gerencia estratégica de TI de un representante del grupo) 25/12/2020	P	01/09/2020 25/12/2020
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	X		Examen de ofimática	MAYOR 3	OCASIONAL	4	ALTA	4	48	Aplicar la selección con la evaluación de los resultados de los exámenes de ofimática 25/12/2020	Examen aprobado de ofimática, encuesta de adherencia al uso de panacea aportada panac de julio 25/12/2020	P	01/09/2020 25/12/2020



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

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	X		despliegue de comité de seguridad de la información y el Compendio de políticas de seguridad de la información en la ESE	MAYOR	3	FRECUENTE	5	ALTA	4	60	Realizar el despliegue de las políticas de seguridad de la información				C	
7	Incumplimiento a los derechos de autor, licenciamiento software	Violación de la ley, falta de recursos	Sanciones por derechos de autor	X		San - inventario de Software en la ESE y plan de legalización	MAYOR	3	FRECUENTE	5	ALTA	4	60	Avanzar en la legalización del software instalado y utilizar software libre para la informática	25/12/2020	25/12/2020	contrato de licenciamiento		C
8	Daño en equipos (hardware, equipos de comunicación, estaciones de trabajo, servidores)	Ciudad de energía (UPS 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 usuarios , y costos adicionales para la reposición de los daños	X		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	MAYOR	3	OCASIONAL	4	BAJA	7	84	Presentar en la implementación de la nueva plataforma tecnológica la necesidad real de soporte de energía regulada	se adquiere en julio UPS de 10 kva para mejorar cobertura de energía regulada, se continúan en el proceso de mantenimiento a las ups instaladas y cambio de baterías e instalación de bypas 25/12/2020 en noviembre y diciembre de 2020 se realiza mediante el contrato 083 con infotech las siguientes mejorar al soporte de energía regulada Facturas de ordenes de compra. Soportes del mejoramiento de servicio en infraestructura (se cuentan con las cotizaciones para el alineamiento de las redes lógicas y eléctricas y el mmo a las UPS), adquisición de ups de 10 kva orden de compra de opengroup 25/12/2020 OS83 Contrato para el fortalecimiento de la capacidad de soporte de energía regulada, plan de trabajo, protocolo covid para realizarlo e informe final de ejecución		C	01/09/2020 25/12/2020	
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,	X			MAYOR	3	OCASIONAL	4	BAJA	7	84	Implementar procedimiento de sistema de gestión de seguridad de la información					C
10	Accesos no autorizados a los Sistemas de Información (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	no existe un protocolo de Informe de novedades de RHacia Sistema de Información,	Daños en la información, fraude, robo, perdidas	X			MEJOR	2	REMOTO	3	MUY BAJA	10	60	Implementar procedimiento de sistema de gestión de seguridad de la información	Se realizo proceso de depuración de usuarios activos se genera reporte con perfiles 25/12/2020 en noviembre se consolidó en plan de tratamientos de seguridad de la información que representa el el SGSI en sistema de gestión de seguridad de la información que se compone de la autorización MSA y iso27002 de acuerdo a las guías de mtric, en el documento se genera una evaluación de la seguridad del 51,7% se consolidó un plan de acción con inventario de activos para avanzar en la siguiente vigencia y se convierte en documento guías para avanzar en el mejoramiento continuo	verificación en el directorio activo del servidor windows server y verificación en perfiles de usuario en PANACEA. Lista de usuarios activos del sistema de información 25/12/2020 PLAN DE TRATAMIENTOS DE RIESGOS Y SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION - SSSI 2020 SNF-P-01-07 V1 Procedimiento para el sistema de gestión de seguridad de la información.(4)		C	01/09/2020 25/12/2020

PROCESO: COMUNICACIONES

Elaborado por: Jefe Oficina Asesora de Planeación	Aprobado por: JUAN CARLOS MARTÍNEZ GUTIÉRREZ Gerente
--	--