



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 1 de 11

PROCESO: **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

| No. | RIESGO | CAUSA DEL RIESGO | EFECTO DEL RIESGO | CONTROLE S? | | DESCRIPCION DEL CONTROL | SEVERIDAD | FRECUCENCIA | DETECCION | NIVEL DE CRITICIDAD | ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA | | | |
|-----|--|---|---|-------------|----|--|-----------|-------------|-----------|---------------------|----------------------------------|---|----|--|
| | | | | SI | NO | | | | | | | | | |
| 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. | No existe una cultura organizacional hacia la generación de información estadística útil y en tiempo real, debido a su escaso desarrollo institucional. | Planeación Institucional poco realizable, pérdida de credibilidad e interrupción de la actividad desarrollada. | X | | Procedimiento de elaboración del Plan de Desarrollo, Plan Operativo y Programa de Saneamiento Fiscal Financiero. | MAYOR | 3 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 48 | * Socializar el procedimiento de elaboración de plan de desarrollo y plan operativo. * Socializar la metodología nuevamente del PSFF que permita realizar un mejor monitoreo trimestral. |
| 2 | No dar cumplimiento a lo inicialmente programado en el Plan de Desarrollo Institucional, plan operativo y Planes Anuales de Acción | Énfasis en la Gerencia de lo urgente sobre lo importante, basado en la gerencia del día a día inefectiva | Sanciones , interrupción de la actividad desarrollada e ineficacia en la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional | X | | * Evaluación del plan de gestión anual. * Monitoreo trimestral del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. * Seguimiento a indicadores el cual se realiza en el comité técnico de gerencia. | PELIGROSO | 4 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 64 | * Realizar seguimiento trimestral o semestral de las actividades definidas en el plan de desarrollo, plan operativo y PSFF. * Verificar el cumplimiento de los indicadores y posibles desviaciones para su ajuste y cumplimiento. |
| 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 | X | | * Se cuenta con Procedimientos institucionales. * La institución cuenta con inducción. | PELIGROSO | 4 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 64 | * Fortalecer la socialización y ejecución de los procedimientos institucionales. * Fortalecer el programa de inducción y re inducción institucional. |

PROCESO: **GESTION DE CALIDAD**

| No. | RIESGO | CAUSA DEL RIESGO | EFECTO DEL RIESGO | CONTROLE S? | | DESCRIPCION DEL CONTROL | SEVERIDAD | FRECUCENCIA | DETECCION | NIVEL DE CRITICIDAD | ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA | | | |
|-----|---|---|---|-------------|----|---|-----------|-------------|-----------|---------------------|----------------------------------|---|----|---|
| | | | | SI | NO | | | | | | | | | |
| 1 | Error en la identificación del paciente | No se aplica el protocolo de identificación. | 1.Retraso en el proceso de atención. 2. Deterioro de la Salud 3. Tratamiento errado | X | | Protocolo de identificación de Pacientes | PELIGROSO | 4 | REMOTO | 3 | BAJA | 7 | 84 | 1. Socialización del protocolo de Identificación del Paciente 2. Adquisición de insumos para identificación de paciente 3. Medición de adherencia al protocolo de identificación del paciente. |
| 2 | Incumplimiento de metas institucionales | identificación inadecuada de las causas de los desvíos en los seguimientos. | 1. Sanciones 2. Pérdidas económicas | X | | Seguimiento en comité a cumplimiento de metas | MAYOR | 3 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 48 | Fortalecimiento del análisis de causas de los desvíos |
| 3 | No contar con todos los documentos disponibles y actualizados | 1. Desactualización de documentos 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 | X | | Procedimiento de no conformes. Procedimiento de auditoría | PELIGROSO | 4 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 80 | 1. Socialización de procedimiento de control de documentos. 2. Reporte de auditoría o de No conformes sobre incumplimiento en documentos. 3. Alineación de documentos con la inducción específica de cada cargo. |
| 4 | No cumplir con el Sistema Único de Habilitación. | 1. Dificultades económicas 2. Institución con infraestructura antigua. 3. Bajo conocimiento de las normas de habilitación 4. Falencias en la gestión de autoevaluación de SUH. | 1. Riesgos para el usuario 2. Glosas en contratos 3. Incumplimiento ante entes de control 4. Falencia para vender servicios. | X | | Procedimiento de Gestión de Habilitación | PELIGROSO | 4 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 80 | 1. Mayor difusión de herramienta de autoevaluación. 2. Fortalecimiento de autoevaluación con verificadores internos. 3. Implementación de procedimiento de gestión de habilitación. |
| 5 | No cumplir con las metas del PAMEC - SUA | 1. No cumplimiento de planes de acción por equipos de trabajo. 2. No interiorización o conocimiento de los estándares. 3. Falencias en capacidad de delegación y trabajo en equipo. 4. Cultura institucional de no entregar y siempre aplazar. | 1. No cumplimiento de las metas del indicador 1 y 2 del Plan de gestión. 2. No mejoramiento de la calidad | X | | Herramienta de Matriz de PAMEC, Guía de trabajo de acreditación | PELIGROSO | 4 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 80 | 1. Cambio en metodología para autoevaluación, sacando al equipo del ambiente del hospital fortalecimiento de políticas por incumplimiento de objetivos. 2. Rotar las responsabilidades de informe en comité para fortalecer la interiorización y aprendizaje organizacional. 3. Involucrar a los grupos primarios en la dinámica del SUA. |



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 2 de 11

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|---|--------------|---|-----------|---|------|---|-----|---|
| 6 | No entrega a tiempo de Indicadores de calidad a entes de control | 1. Deficiencias en sistemas de información 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. | X | | Procedimiento de gestión de indicadores, matriz de reporte de indicadores | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 60 | 1. Socialización de procedimiento de indicadores reporte de no conformes por incumplimiento de entregas. 2. Posible mejora de la herramienta si se compra el sistema integrados. |
| 7 | Débil identificación y gestión de No conformidades | 1. Sistema no actualizado 2. Dificultades en el acceso a equipos desconocimiento del procedimiento 3. No cultura de reporte | 1. Repetición frecuente de fallas, no conformes incidentes y eventos adversos 2. Costos de no calidad | X | | 1. Procedimiento de gestión de no conformes, Gestión de eventos adversos 2. Programa de seguridad del paciente | PELIGROSO | 4 | FRECUENTE | 5 | BAJA | 7 | 140 | 1. Actualización del procedimiento integración con seguridad del paciente. 2. Capacitación en herramientas de análisis 3. Mejora de la herramienta de seguimiento a través del sistema de información. |
| 8 | No cumplimiento de Programa de seguridad del paciente | 1. Alta rotación en el líder de seguridad del paciente. 2. Debilidad en la identificación y análisis de los EA. 3. Informalidad en la documentación y socialización. | 1. Eventos adversos, incumplimiento de la norma de habilitación. 2. Posibles demandas por daños a pacientes | X | | Programa de seguridad del paciente | CATASTROFICO | 5 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 100 | 1. Llenar la vacante del cargo 2. Ajustar forma y/o contenido del programa para facilitar implementación y seguimiento. 3. Capacitación en la implementación de las buenas practicas en seguridad del paciente. |

PROCESO: **ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO**

| No. | RIESGO | CAUSA DEL RIESGO | EFECTO DEL RIESGO | CONTROLE S? | | DESCRIPCION DEL CONTROL | SEVERIDAD | FRECUENCIA | | DETECCION | | NIVEL DE CRITICIDAD | ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA | |
|-----|---|--|--|-------------|----|--|--------------|------------|-----------|-----------|----------|---------------------|----------------------------------|--|
| | | | | SI | NO | | | | | | | | | |
| 1 | Debilidad en la información de registro de identificación de pago de cartera. | Demora de las EPS para entregar la información en la aplicación del pago. | 1. Desconocimiento del valor real del estado de cartera 2. Dificultad en el cobro y registro de la información 3. Retraso en la ejecución de recursos del gasto presupuestal. | X | | 1. Seguimiento al estado de pagos y cartera. 2. Normatividad de control para registro e información de pagos. | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | MUY ALTA | 1 | 15 | 1. Comunicación permanente con la EPS (Visitas, alertas, comunicaciones, etc.) 2. Actualización de datos permanente. 3. Aplicación de pagos a las facturas mas antiguas previa notificación a la EPS. |
| 2 | Inefectividad del recaudo | 1. Radicaciones inoportunas. 2. Conciliaciones inoportunas 3. Retrasos y pagos por debajo de lo establecido normativamente por parte de las EPS 4. Insuficiencia de personal en el área | 1. Iliquidez institucional 2. Incumplimiento en las obligaciones adquiridas previamente. | X | | 1. Seguimiento al estado de pagos de cartera y gestión de cobro por parte de la entidad. | CATASTROFICO | 5 | FRECUENTE | 5 | MUY ALTA | 1 | 25 | 1. Cobranza constante. 2. Presencia permanente en las EPS de mayor facturación. 3. Generación de espacios de concertación a nivel gerencial entre las partes. 4. Gestión de cobranzas por terceros de las entidades por fuera del departamento del Valle (Contratados). 5. Gestión jurídica sobre la cartera de difícil cobro. |
| 3 | Sub Registro e inadecuada facturación mensual | 1. No existen procedimientos actualizados de acuerdo a las actividades del área. 2. Personal no idóneo para las funciones requeridas 3. Capacitación insuficiente para las labores adquiridas 4. Herramientas deficientes para el registro de la información. 5. Tecnología inapropiada para las actividades del área. 6. Demora en la entrega de soportes para registro del servicio 7. Error en la validación de derechos del paciente | 1. Disminución de los ingresos 2. Afectación del cumplimiento presupuestal. 3. Incumplimiento en las metas del proceso. 4. Incremento en las glosas 5. Reproceso generando sobrecostos | X | | 1. Pre auditoria administrativa y asistencial de cuentas. | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | MUY BAJA | 10 | 150 | 1. Actualización de Procedimientos del área de facturación. 2. Actualización e integración del Sistema de información administrativa y financiera. 3. Capacitación idónea del personal de facturación. 4. Revisión del perfil 5. Actualización de la herramienta tecnológica. |
| 4 | Ordenes de Pagos con soportes incompletos | 1. Incompleta entrega de soportes por parte del supervisor de la cuenta por pagar. 2. Inadecuada revisión de soportes por parte del área presupuestal y tesorería. | Sanciones por realizar pagos sin el completo de los requisitos | X | | Lista de Chequeo según procedimiento de la cuenta por pagar | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | MUY ALTA | 1 | 15 | 1. Capacitación a Supervisores por parte de Jurídica. 2. Seguimiento a las cuentas de ordenes de pago por parte de financiera. 3. Seguimiento a la ejecución contractual y ordenes de compra sobre los requisitos mínimos para presentación de la cuenta. |
| 5 | Extravió o perdida de Documentación | 1. No hay espacio para un archivo adecuado de la documentación en las oficinas de Cartera, contabilidad, Facturación y Tesorería. 2. Perdida de la trazabilidad de la información. 3. Ausencia de compromiso y personal idóneo para la custodia de la documentación. | Hechos económicos sin registro presupuestal y contable. | X | | Procedimiento de control en el área de presupuesto, contabilidad, tesorería | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 60 | 1. Contar con un espacio físico propio del área que permita custodiar esta información tan importante. 2. Incluir en el procedimiento el control sobre las actividades de custodia y manejo de la documentación en las áreas de facturación y Cartera. |
| 6 | Asignación inadecuada de los rubros presupuestales vs contratación | solicitud de los certificados para disponibilidad inadecuada | 1. Procedimiento inapropiado 2. Sanciones disciplinarias | X | | 1. Procedimiento presupuesto. 2. Formato de solicitud presupuestal. | PELIGROSO | 4 | OCASIONAL | 4 | MUY ALTA | 1 | 16 | Actualización del sistema de información administrativa y financiera. |
| 7 | Obligaciones sin reserva de caja | 1. Inexistencia de planeación de compras 2. Demora en la entrega de los soporte para el pago. | Demanda por hechos cumplidos Compromisos sin tener garantía del recaudo | X | | conciliaciones de cuentas por pagar tesorería y presupuesto | PELIGROSO | 4 | REMOTO | 3 | MUY ALTA | 1 | 12 | 1. Conciliaciones entre las áreas de presupuesto y tesorería. 2. Comunicados a los diferentes supervisores y clientes externos |



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 3 de 11

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---|--|---|---|---|-----------|---|-----------|---|----------|---|----|---|
| 8 | Evolución del gasto en ascenso con respecto al año anterior | 1. Deficiente adherencia al plan compras. 2. Deficiente control del gasto por cada una de las áreas. | 1. Aumento del gasto en comparación con el ingreso. 2. Deficiente equilibrio financiero | X | | Indicadores mensuales realizando control al gasto | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 60 | Indicadores de evolución del gasto |
| 9 | Información de costos y gastos inconsistente y/o parcializada | 1. Inadecuado sistema de costos 2. Inoportunidad en la entrega de la información. | Dificultad en el momento de toma de decisiones administrativas | | X | | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 60 | 1. Estudio de campo por actividad 2. Implementación del sistema de información |
| 10 | Información contable inconsistente | Registro de información contable sin la revisión y trazabilidad de la cuenta | Presentación de información sin el 100% confiabilidad | X | | 1. Depuración de información para creación de saldos iniciales para el nuevo software 2. Comité de Saneamiento Fiscal y Financiero | PELIGROSO | 4 | OCASIONAL | 4 | MUY ALTA | 1 | 16 | 1. Cronograma y avance para la depuración de la cuenta de acuerdo al PSFF por cada una de las áreas a intervenir del área financiera. |

PROCESO: **ATENCIÓN AL USUARIO**

| No. | RIESGO | CAUSA DEL RIESGO | EFECTO DEL RIESGO | CONTROLE S? | | DESCRIPCION DEL CONTROL | SEVERIDAD | FRECUENCIA | DETECCION | NIVEL DE CRITICIDAD | ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA | | | |
|-----|--|---|--|-------------|----|---|-----------|------------|-----------|---------------------|----------------------------------|---|----|---|
| | | | | SI | NO | | | | | | | | | |
| 1 | Respuesta inadecuada o inoportuna a una queja o reclamo | Débil compromiso por parte de los jefes y dificultad con el aplicativo de indicadores | Insatisfacción en la respuesta al usuario. | X | | Existe procedimiento de quejas y reclamos con código MECO-P-012-02. 2. Un aplicativo Sistema Gestión de Indicadores. 3. Formato para quejas, reclamos y recomendaciones con código SEAU-F-002-10. | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 60 | 1. Mantener controles sobre las quejas y los reclamos. 2. Realizar reunión con cada uno de los jefes para revisar procedimientos. |
| 2 | Peligro físico (Calor), en la Coordinación del SIAU, citas presenciales, quejas y reclamos e información. | Altas temperaturas del espacio físico | 1. Disminución de productividad. 2. Deficiente atención al usuario. | | X | | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 60 | Solicitar adquisición e instalación de aire acondicionado para estas áreas. |
| 3 | Peligro público (por robo o agresión física). | Por la población que se atiende en el hospital, por la zona de ubicación geográfica de la institución | 1. Pérdida de equipos o elementos de oficina. 2. Agresión verbal y/o física a los funcionarios. | | X | | MAYOR | 3 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 48 | 1. Se solicitaran unas chapas de seguridad al área de compras. 2. Se solicitara control de seguridad. 3. Establecer manual o procedimientos para manejo de comportamiento agresivo. |
| 4 | Atención inadecuada e inoportuna al usuario | 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. | 1. Pérdida de usuario y citas, de ingresos. 2. Mal imagen ante el cliente institucional. | X | | Se cuenta con procedimientos de asignación de citas, buzones de sugerencias. | PELIGROSO | 4 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 64 | 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. Reprogramación de agendas, citas prioritarias. 4. Reprogramación 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 R-fast. |

PROCESO: **TELENTO HUMANO**

| No. | RIESGO | CAUSA DEL RIESGO | EFECTO DEL RIESGO | CONTROLE S? | | DESCRIPCION DEL CONTROL | SEVERIDAD | FRECUENCIA | DETECCION | NIVEL DE CRITICIDAD | ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA | | | |
|-----|--|---|--|-------------|----|--|--------------|------------|-----------|---------------------|----------------------------------|---|-----|--|
| | | | | SI | NO | | | | | | | | | |
| 1 | Incumplimiento de metas institucionales | Identificación inadecuada de las causas de los desvíos en los seguimientos. | Sanciones Perdidas económicas | X | | 1. Seguimiento en comité a cumplimiento de metas. 2. Reuniones de Grupo Primario | MAYOR | 3 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 48 | Fortalecimiento del análisis de causas de los desvíos |
| 2 | Inadecuada Selección de Personal | 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. Sobrecostos administrativos y operativos. 3. Alta rotación de personal. 4. Ineficiencia operativa. 5. Sanciones por parte de entes de control. | X | | 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 | CATASTROFICO | 5 | FRECUENTE | 5 | BAJA | 7 | 175 | 1. Solicitú a la agremiación de la Elaboración y ejecución del procedimiento de selección. 2. Revisar las obligaciones establecidas en el contrato con la agremiación. 3. Revisar y actualizar el procedimiento de selección de personal del Hospital. 4. Seguimiento a la adherencia de los procedimientos de selección de personal. |



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 4 de 11

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|---|--------------|-----------|-----------|------|----------|-----|--|---|
| 3 | 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. | X | | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | BAJA | 7 | 105 | 1. Revisión del programa de inducción y re inducción. 2. Adecuar un espacio físico para la participación en las diferentes actividades planteadas en el PIC y en la inducción y re inducción. 3. Elaboración de las políticas de cultura organizacional que permitan adherencia a estas. | |
| 4 | Fallas en la custodia de la historia laboral | 1. Débil control al prestar las historias laborales. 2. Ausencia de espacio adecuado para el archivo de historias laborales. | 1. Sanciones. 2. Reproceso 3. Mala conservación de las Historias laborales. 4. Perdida de documentos de las historias laborales. | X | | Manejo adecuado, según ley general de archivo. | CATASTROFICO | 5 | REMOTO | 3 | BAJA | 7 | 105 | 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. 4. Organizar y foliar las historias laborales. 5. Elaboración de procedimiento para manejo y custodia de la historia laboral. 6. Crear el espacio físico apto para el archivo de las historias laborales. |
| 5 | No dar cumplimiento a la normatividad vigente referente 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. Dificultad para realizar la evaluación de desempeño. 6. Malestar del trabajador 7. Deterioro del clima laboral 8. Ausencia del sentido de pertenencia. 9. No contar con el personal idóneo dentro de la institución. 10. No Prestar servicios adecuados a los usuarios. | X | | 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. | PELIGROSO | 4 | REMOTO | 3 | MUY ALTA | 1 | 12 | 1. mejorar los espacios o instalaciones locativas para realizar las actividades programadas de capacitación y bienestar. 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. 4. Adaptar la metodología de evaluación de desempeño de la CNSC para los funcionarios nombrados en provisionalidad. |
| 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. | X | | Se cuenta con el programa de salud ocupacional. Y su cronograma de actividades. | PELIGROSO | 4 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 80 | 1. Revisar y Actualizar los procedimientos de SGSST. 2. Solicitar a la agremiación I participación en el SGSST. |

PROCESO: **JURIDICA**

| No. | RIESGO | CAUSA DEL RIESGO | EFECTO DEL RIESGO | CONTROLE S? | | DESCRIPCION DEL CONTROL | SEVERIDAD | FRECUENCIA | DETECCION | NIVEL DE CRITICIDAD | ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA | | | |
|-----|--|--|--|-------------|----|---|--------------|------------|------------|---------------------|----------------------------------|---|----|--|
| | | | | SI | NO | | | | | | | | | |
| 1 | Respuesta débil en los derechos de petición. | 1. Error en el traslado de la petición, remitiéndola a persona no competente para dar respuesta. 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. 2. No sistematización de las peticiones allegadas en un esquema de semaforización. 3. Entre papelarse con otros documentos. | 1.Interposición de tutelas en contra del Hospital por violación al derecho fundamental 2. Multas y/o sanciones. 3. Inicio de procesos disciplinarios para los funcionarios que inobservan el cumplimiento de este tipo de deberes. | X | | 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. | MENOR | 2 | REMOTO | 3 | BAJA | 7 | 42 | 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. .Oportunidad en las respuestas emanadas de la Oficina Jurídica. 3. Ajustar el procedimiento de PQRS. |
| 2 | Falta de Defensa Judicial y Administrativa en los procesos judiciales y administrativos. | 1. Desconocimiento 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. 2. No cumplimiento de los términos de Ley. | 1. Incumplimiento de normas. 2. Condenas, multas, sanciones administrativas, disciplinarias y/o penales, que pueden conllevar a un detrimento patrimonial. | X | | 1. Cumplimiento de la normatividad para las respuestas. 2. Registro para dar respuesta en los términos. 3. Vigilancia Judicial Leguis. | CATASTROFICO | 5 | IMPROBABLE | 2 | ALTA | 4 | 40 | Seguimiento a los términos. |



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 5 de 11

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|-------|---|-----------|---|------|---|-----|---|
| 3 | Fallas en la etapa precontractual, contractual y pos contractual. | 1.Desconocimiento técnico de la especificidad del bien y/o servicio a contratar. 2. No previsión de riesgos durante la ejecución del contrato. 3. Incumplimiento por parte del contratista en la entrega de las garantías exigidas. 4. Incumplimiento del objeto y/u obligaciones del contratista. 5.Falta de oportunidad de la ejecución del contrato por ausencia de garantías. 6. Falta de seguimiento por parte de los supervisores designados. | 1. Detrimiento patrimonial originado por sanciones, multas, entre otros perjuicios que se deriven para el Hospital por hechos que afecten las 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 | X | Estatuto y Manual de Contratación. Y Manual de Interventoría. Lista de Chequeo. | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | BAJA | 7 | 105 | 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. 4. Definir e informar al contratista los criterios de evaluación en la ejecución del contrato. 5. Realizar la evaluación formal al contratista e informe de supervisión de la ejecución. |
| 4 | Perdida de Documentos | 1. Infraestructura no segura. 2. Deficiencia en el control de salida de documentos. | 1. Inoportunidad en el trámite del documento. 2. Reconstrucción del documento. | X | 1, Tabla de retención documental. 2. Foliatura de documentos. | MAYOR | 3 | REMOTO | 3 | BAJA | 7 | 63 | 1. Adecuación del espacio físico y control de ingreso y salida de documentos. |

PROCESO: **CONTROL INTERNO**

| No. | RIESGO | CAUSA DEL RIESGO | EFECTO DEL RIESGO | CONTROLE S? | | DESCRIPCION DEL CONTROL | SEVERIDAD | FRECUENCIA | DETECCION | NIVEL DE CRITICIDAD | ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA | | | |
|-----|--|---|---|-------------|----|--|--------------|------------|-----------|---------------------|----------------------------------|---|-----|--|
| | | | | SI | NO | | | | | | | | | |
| 1 | Perder independencia como evaluador | Familiaridad o cercanía con la Alta Dirección | Falta de objetividad | | X | | MAYOR | 3 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 84 | Adecuada Selección del personal de auditoria |
| 2 | Desconocimiento de la normatividad vigente | 1. Falta de Capacitación. 2. Actualización del Normograma. | Mal asesoramiento a la Alta Dirección | X | | Elaboración y actualización del Normograma | MAYOR | 3 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 48 | Seguimiento a los Normogramas de la Institución. |
| 3 | Influencia en las auditorias | 1. Ofrecimiento de dádivas. 2. Amenazas o abuso de autoridad. | 1. Impunidad y actos de corrupción. 2. Pérdida de recursos y confiabilidad. | X | | Conformación del Comité de Control Interno | PELIGROSO | 4 | REMOTO | 3 | BAJA | 7 | 84 | Establecer metodología definiendo criterios específicos para la realización de las auditorias |
| 4 | Desvió de objetivos, metas y políticas establecidas por la Entidad | Incumplimiento de directrices definidas por la Entidad | 1. Insatisfacción en la prestación del servicio. 2. Desmotivación del personal | X | | Seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno | CATASTROFICO | 5 | FRECUENTE | 5 | BAJA | 7 | 175 | 1. Definición y documentación de las políticas y metas de la Entidad. 2. Identificación del responsable del proceso 3. Capacitación a los funcionarios |
| 5 | Incumplimiento de auditorias | 1. Falta de programa de auditorias. 2. Insuficiencia de Recursos | 1. Impunidad y actos de corrupción. 2. Pérdida de recursos y confiabilidad. | X | | Elaboración del programa de auditoria | CATASTROFICO | 5 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 80 | Establecer metodología definiendo criterios específicos para la planificación y ejecución de auditorias. |
| 6 | 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 | X | | Conformación del Comité de Control Interno | CATASTROFICO | 5 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 80 | Establecer metodología definiendo criterios específicos para el seguimiento a los planes de mejora e indicadores |

PROCESO: **CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO**

| No. | RIESGO | CAUSA DEL RIESGO | EFECTO DEL RIESGO | CONTROLE S? | | DESCRIPCION DEL CONTROL | SEVERIDAD | FRECUENCIA | DETECCION | NIVEL DE CRITICIDAD | ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA | | | |
|-----|--|--|---|-------------|----|--|-----------|------------|------------|---------------------|----------------------------------|---|----|--|
| | | | | SI | NO | | | | | | | | | |
| 1 | Iniciar una investigación disciplinaria sin soportes adecuados | 1. Denuncia o queja incompleta, o mal intencionada. | Falta de credibilidad perdida de tiempo | X | | Revisión de Soportes y pruebas | MENOR | 2 | OCASIONAL | 4 | MUY ALTA | 1 | 8 | 1. Revisar Documento de queja con la identificación plena del usuario o funcionario que formula la denuncia. 2. Socializar la manera de presentar una queja o denuncia. |
| 2 | Incumplimiento de normatividad disciplinaria etapas procesales | 1. Ilegalidad por el no cumplimiento del procedimiento establecido por la ley | Violación Derechos Nulidad de todo lo actuado. Demandas | X | | Aplicación de la norma y las etapas procesales | MAYOR | 3 | IMPROBABLE | 2 | MUY ALTA | 1 | 6 | Revisión de la norma en cada proceso Disciplinario |
| 3 | Perdida de Documentos | 1. Infraestructura no segura. 2. Deficiencia en el control de salida de documentos. | 1. Inoportunidad en el trámite del documento. 2. Reconstrucción del documento. | X | | 1. Tabla de retención documental. 2. Foliatura de documentos. | MAYOR | 3 | REMOTO | 3 | BAJA | 7 | 63 | Adecuación del espacio físico y control de ingreso y salida de documentos. |

PROCESO: **AMBIENTE FISICO**

| No. | RIESGO | CAUSA DEL RIESGO | EFECTO DEL RIESGO | CONTROLE S? | | DESCRIPCION DEL CONTROL | SEVERIDAD | FRECUENCIA | DETECCION | NIVEL DE CRITICIDAD | ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA | | | |
|-----|---|---|--|-------------|----|--|--------------|------------|-----------|---------------------|----------------------------------|---|-----|--|
| | | | | SI | NO | | | | | | | | | |
| 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 4. Inoportunidad en la atención en el área de urgencias 5. Falta identificación de los pacientes "manillas" en las historias clínicas. 6. Estado del tiempo, ola invernal, sismos. Desastres naturales | 1. Perdida de recursos financieros. 2. Posibles demandas, eventos adversos. | X | | 1. Procedimientos de fuga de pacientes. 2. Operarios de información, radios, cámaras de seguridad, linderos, alarmas comunitaria. | PELIGROSO | 4 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 112 | 1. Identificar las áreas de fácil acceso 2. Solicitar a la oficina subgerencia científica la identificación de los pacientes. 3. Viabilidad de contrato con empresa de vigilancia y tener independiente una entrada para los clientes internos. 4. Realizar recorrido para identificación de la ubicación de las iluminaciones. 5. Actualizar y socializar el plan de emergencia, incluyendo el manejo de pacientes en caso de evacuación. 6. Simulacro de evacuación |
| 2 | Inoportunidad en la entrega de insumos y medicamentos | 1. El operador no tenga la capacidad de dispensación de los insumos y medicamentos. 2. Debilidad en el cumplimiento del plan de compras. 3. Falta de disponibilidad presupuestal. | 1. Estancias prolongadas 2. Glosas 3. Complicaciones de pacientes 4. Sobrecostos. | | X | | PELIGROSO | 4 | FRECUENTE | 5 | BAJA | 7 | 140 | 1. Tener por lo menos dos proveedores por cada línea de producto. 2. Adherencia al plan de compras de la institución 3. Fortalecimiento de la supervisión e interventoría por parte del Químico Farmacéutico a la gestión dispensación de los medicamentos. |
| 3 | Incumplimiento de la normatividad ambiental | 1. Sistemas hidrosanitarios obsoletos. 2. Cableados improvisados y en mal estado. (consumo energético) 3. No existencia de una cisterna. 4. Caracterización de vertimiento 5. Hidrantes en buen estado 6. No se cuenta con un programa de gestión ambiental con presupuesto asignado. | 1. Sanciones 2. Demandas. 3. Sobrecostos. | X | | Análisis de vertimiento anual, comité GAGAS | PELIGROSO | 4 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 80 | 1. Reemplazar la grifería de los lavamos por grifería de pus. 2. En los sanitarios existentes reemplazar la grifería por fluid master ahorrador de agua. 3. De acuerdo al plan de mantenimiento reemplazar todas las instalaciones improvisadas y en mal estado, al igual que tomas eléctricas en mal estado. 5. Caracterización de los vertimientos 6. Elaborar programa de gestión ambiental y solicitar presupuesto. |
| 4 | Débil gestión en la ejecución de los planes de mantenimiento | 1. Alta rotación de personal y personal no calificado 2. Falta de EPP y Bioseguridad 3. Dificultad en el mantenimiento de algunas áreas por la antigüedad de la construcción 4. Debilidad en la adherencia al plan de mantenimiento por decisiones gerenciales 5. Limitación de presupuesto | 1. Sobrecostos, retraso en el cronograma de las actividades establecidas en el plan 2. Dificultad en la prestación de los servicios de salud 3. Insatisfacción del cliente interno y externo | X | | 1. Plan de mantenimiento. 2. Seguimiento a través de indicadores | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 60 | 1. Elaborar formato codificado para llevar a cabo el seguimiento oportuno a las acciones ejecutadas por mantenimiento. 2. Disponibilidad de herramientas, suministros y materiales. 3. Cumplimiento al plan de mantenimiento y registro de actividades no programadas. 4. Levantar un inventario del número de accesorios requeridos en baños y pasillos para la seguridad del paciente. |
| 5 | Deslizamiento de tierra | 1. Socialización del plan de emergencias 2. Estado del tiempo, ola invernal, sismos. Desastres naturales 3. Deforestación del área 4. Invasión y construcción de viviendas en la loma | 1. Daños a la infraestructura de la institución. 2. Pérdida de información. 3. Traslado de usuarios y pacientes. 4. Heridos, muertos. 5. Cierre de servicios | X | | Se cuenta con el plan Hospitalario de Emergencias. | CATASTROFICO | 5 | REMOTO | 3 | ALTA | 4 | 60 | 1. Socializar el plan de emergencia 2. Solicitar acompañamiento por parte del DAGMA para evitar más deforestaciones en todos los predios del Hospital 3. Pedir la intervención gubernamental |
| 6 | Explosión de tanques de gases y otros | 1. La no socialización del plan de emergencias 2. No existe procesos y procedimientos de manejo de gases medicinales 3. Cercanía de otros agentes químicos incompatibles (tanques de gas medicinal y gas propano) | 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. | CATASTROFICO | 5 | REMOTO | 3 | ALTA | 4 | 60 | 1. Elaboración del proceso y procedimiento de manejo de los gases medicinales 2. Socializar el plan de emergencia. 3. Hacer conexión de gases natural |



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 7 de 11

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|---|---|---|--|-----------|---|-----------|---|------|---|----|--|
| 7 | Infecciones hospitalarias | <ol style="list-style-type: none"> Inadecuada disposición de los residuos Insuficiente Numero de operarias de aseo Falta de Capacitación operarias de aseo Baja disponibilidad de presupuesto Insumos para realizar tareas de servicios generales Adherencia del procedimiento de lavado del tercero Poco tiempo disponible dela nutricionista Infraestructura de la cocina Falta de control por escombros de las obras Falta de procedimiento para obras de construcción y contratistas Incumplimiento al proceso de selección de personal Retraso para la ejecución del plan de mantenimiento Proliferación de vectores, insectos, felinos y caninos No oportuna acción planes de mantenimiento preventivo Cruce de rutas No existencia de una cisterna Inoportunidad en la entrega de los insumos de farmacia No se cumple con algunas disposiciones del la resolución 2200 en farmacia Falta de EPP | <ol style="list-style-type: none"> Eventos adversos Demandas Sobrecostos Sanciones por los entes de control | X | <ol style="list-style-type: none"> PGIRHS Lista de chequeo Procedimientos de Apoyo Logístico Hospitalario | PELIGROSO | 4 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 80 | <ol style="list-style-type: none"> Adecuación de los almacenamientos de residuos Actualización del PGRHS. Redistribución de áreas para aseo según esquema de vacunas del personal asignado Solicitud de personal con el perfil adecuado Programar capacitación continua a las operarias Viabilidad de cambio de desinfectante hospitalario. Solicitar el proceso de lavado del tercero tanto para el hospital como para la UCI Análisis de necesidad de disponibilidad de tiempo de la nutricionista para el servicio de alimentación Diagnostico de la infraestructura de alimentación Reforzar con capacitación manejo de corto punzantes, conseguir los elementos necesarios para el buen uso Disponer un stop de insumos y materiales por parte de almacén a el servicio de apoyo logístico |
| 8 | perdida y daño de activos | <ol style="list-style-type: none"> Deterioro de las plaquetas por mantenimiento de los equipos y por el aseo. No cumplimiento de procesos de traslados o bajas de equipos. No hay oportunidad en el mantenimiento correctivo por falta de un stock que ocasiona demora en la respuesta Falta de capacitación al personal sobre manejo de equipos. Falta de procedimiento para obras de construcción y contratistas (control de préstamo de los activos del hospital), vigilancia de la salida de los contratistas de obra, protección de los bienes muebles del Hospital. Falta de herramientas para el área de mantenimiento, elementos de protección de personal. Retraso para la ejecución del plan de mantenimiento Robos Débil selección de personal idóneo para las actividades del mantenimiento Hospitalario Falla de la planta eléctrica, falla del sistema eléctrico del Hospital No oportuna acción planes de mantenimiento preventivo | <ol style="list-style-type: none"> Detrimento patrimonial. Sobrecostos. Fallas en la prestación del servicio. Insatisfacción del cliente interno y externo. Baja productividad. Accidentes laborales. | X | <ol style="list-style-type: none"> Formato para el traslado, baja de activos fijos. Formato orden de mantenimiento Acta Entrega inicial de Activo fijos. Los operarios realizan el control e inspección a la salida y entrada del hospital de los bolsos por la puerta de entrada. | PELIGROSO | 4 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 80 | <ol style="list-style-type: none"> Viabilidad de contrato con empresa de vigilancia Ubicación adecuada de la plaqueta del equipo. Vigilancia y control de las plaquetas Socializar el proceso de activos fijos y mejora el formato de traslado y baja de activos Elaborar un listado de repuestos, consumibles e insumos anual, para mantener un stock de los mismos en el almacén Tener un plan de capacitaciones Anual de manejo de equipos biomédicos - Programado con Talento Humano Implementar un procedimiento de obras civiles en la institución. Plan de compra para herramientas Ejecución del plan de mantenimiento Viabilidad de contrato con empresa de vigilancia y realizar campañas de sensibilización al cliente externo e interno Implementar el manual de funciones, capacitar al personal interno y contratar al personal idóneo Implementar una lista de chequeo para la planta eléctrica y realizar mantenimiento preventivo Elaborar formato codificado para llevar a cabo el seguimiento oportuno a los planes de mantenimiento Disponibilidad de herramientas, suministros y materiales. Cotización, aprobación y compra de las herramientas Disponer un stop de insumos y matariles por parte de almacén a el servicio de mantenimiento De acuerdo al plan de mantenimiento reemplazar todas las instalaciones improvisadas y en mal estado, al igual que tomas y switches en mal estado. Realizar recorrido para identificación de la ubicación de las iluminaciones. Cotizar elementos amigables con el medio ambiente |

PROCESO: **GERENCIA DE LA INFORMACION**

| No. | RIESGO | CAUSA DEL RIESGO | EFECTO DEL RIESGO | CONTROLE S? | | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | SEVERIDAD | FRECUENCIA | DETECCION | NIVEL DE CRITICIDAD | ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA | | | |
|-----|---|---|--|-------------|----|---|-----------|------------|-----------|---------------------|----------------------------------|---|-----|--|
| | | | | SI | NO | | | | | | | | | |
| 1 | Indisponibilidad del sistema | Caída por (fluido eléctrico, colición de la red, sistema operativo, virus, control de acceso no autorizado) | inoportunidad de la atención, pérdida de recursos, pérdida de información, reproceso | X | | Ups, recurso humano disponible, antivirus, plan de contingencia | MENOR | 2 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 40 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 2 | Información inconsistente | Validación de la información | Toma de decisiones erróneas | X | | Auditoria Medica, administrativa, Revisoría fiscal | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | BAJA | 7 | 105 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 3 | Sistematización de los procesos | Ausencia de un sistema integral y Presupuesto para TI/SI | Débil integralidad entre los procesos | X | | Auditoria Medica, administrativa, Revisoría fiscal, Pamec | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | BAJA | 7 | 105 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 4 | Inoportunidad a solicitud de capacitación de funcionarios de sistemas | Recursos disponibles y ejecución del plan de capacitación del talento Humano (RIESGO 2) | Desactualización y bajo nivel de competencia frente a los avances tecnológicos | X | | Encuestas y evaluación de conocimiento | MENOR | 2 | FRECUENTE | 5 | BAJA | 7 | 70 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|---|--|--|-------|---|-----------|---|------|---|----|--|
| 5 | Débil conocimiento de los usuarios en las aplicaciones implementadas | Plan de capacitación continua y rotación de personal (RIESGO 2) | Débil integridad de la información | x | | Encuestas y evaluación de conocimiento | MENOR | 2 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 56 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
|---|--|---|------------------------------------|---|--|--|-------|---|-----------|---|------|---|----|--|



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 8 de 11

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--|---|---|---|--|-------|---|-----------|---|------|---|----|--|
| 6 | Manejo de ofimática | Implementación del Plan de capacitación continua en ofimática y débil selección de personal | Reproceso, demora en el procesamiento de información y ausencia de efectividad | X | | Encuestas y evaluación de conocimiento | MENOR | 2 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 56 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 7 | Debilidad en la aplicación y socialización de seguridad de la información | Aplicación de las políticas de seguridad de la información | Perdida de información, uso inadecuado, fuga de información | X | | Compendio de políticas de seguridad de la información en la ESE | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 60 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 8 | Licenciamiento legal de software | Violación de la ley | Sanciones por derechos de autor | X | | Sam - Inventario de Software en la ESE | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 60 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 9 | Ejecución efectiva del plan de mantenimiento del Hardware | débil ejecución del plan de mantenimiento de hardware | funcionamiento inadecuado de Hardware | X | | Plan de mantenimiento y cronograma | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 60 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 10 | Debido a la falta de sistemas de energía alternos como UPS o Plantas eléctricas que entren a funcionar por una falla en el suministro del fluido eléctrico puede ocurrir una caída en los enlaces de telecomunicaciones lo que podría ocasionar desincronización de la información que afecte el proceso de atención. | Oferta de energía (UPS y Planta eléctrica por debajo de la necesidad actual y proyectada para soportar el la tecnología informática implementada (RIESGO 1) | perdida en la continuidad de la prestación del servicios, sobre todo afecta la consulta Web, validación de derechos a los usuario | X | | UPS orientadas a soportan los equipos críticos de comunicación y equipos de enlaces de telecomunicaciones sobre todo en el centro de computo | MAYOR | 3 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 84 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 11 | Debido a que no existe la política de seguridad aprobada por la alta gerencia y por ende esta no ha sido socializada, los usuarios pueden incurrir en comportamientos que afecten la seguridad de la información. | La cultura de la seguridad de la información y sus políticas no están en un 100% interiorizadas en la cultura organizacional de la ESE | Uso inadecuado de la información, generación de brechas que pueden atentar contra la información de la ESE | X | | Se cuentan con controles como directorio activo, autenticación al motor de base de datos, usuarios de las aplicaciones, pero hace falta aumentar el alcance de seguridad informática en la ESE | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 60 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 12 | A causa de la ausencia de la revisión de la política no se podría visualizar claramente los ajustes que se requieran en el sistema, para que la política sea adecuado, eficaz y suficiente. | Existe debilidad en la estrategia para la implementación, divulgación y socialización la política de seguridad de la información | Uso inadecuado de la información, generación de brechas que pueden atentar contra la información de la ESE | X | | Existe la política, se aplica parcialmente | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 60 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 13 | La falta de compromiso de la dirección con la seguridad de la información podrá generar posturas inseguras frente a la información por parte del personal de la compañía | El riesgo se identifica en el nivel ejecutivo quienes es quien manipula el proceso y divulga la información | Uso inadecuado de la información, generación de brechas que pueden atentar contra la información de la ESE | X | | | MENOR | 2 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 56 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 14 | La falta de un comité de seguridad de la información puede ocasionar deficiencia para ejecutar eficazmente los servicios asociados a la seguridad | EL comité existe y el documento de seguridad de la información pero existe debilidades en el despliegue y operación del comité | Uso inadecuado de la información, generación de brechas que pueden atentar contra la información de la ESE | | | | MAYOR | 3 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 84 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 15 | La falta de asignación de responsabilidades respecto a la seguridad de la información podrá ocasionar deficiencia para ejecutar eficazmente los servicios asociados a la seguridad | débil Despliegue de los compendios de seguridad de la información en el HDMCR | Dilación en la toma de decisiones frente al uso y custodia de la información | | X | | MAYOR | 3 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 84 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 9 de 11

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--|--|---|--|-------|---|-----------|---|----------|----|-----|--|
| 16 | Debido a la falta de un protocolo que regule la entrega de la información contenida en la base de datos de beneficiarios al desarrollador para la realización de pruebas del sistema de información (fiasst), se corre el riesgo de fuga y divulgación de información de la organización de uso confidencial e interno. | Implementación de un protocolo uso y procesamiento de la información de salida de las bases de datos de la ESE | Fuga y divulgación de la información | X | | MAYOR | 3 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 84 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 17 | La falta de limitación de acceso a aplicaciones diferentes a las soportadas por parte del soporte técnico de RIASI, puede ocasionar modificaciones intencionadas o no en los demás sistemas de información de la organización. | El acceso permitido a los usuarios de soporte | Fuga y divulgación de la información | X | | MAYOR | 3 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 84 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 18 | La falta de compromiso de la dirección con la seguridad de la información podrá generar posturas inseguras frente a la información por parte del personal de la compañía | poner en operación el comité de seguridad de la información y involucrar a la alta dirección en las decisiones que tome dicho comité | Uso inadecuado de la información, generación de brechas que pueden atentar contra la información de la ESE | | | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | BAJA | 7 | 105 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 19 | La falta de capacitación y socialización sobre el manejo de la seguridad de la información podría generar posturas inseguras y malas prácticas del manejo de la misma | Débil socialización sobre el manejo de la información | Uso inadecuado de la información, generación de brechas que pueden atentar contra la información de la ESE | | | MAYOR | 3 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 84 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 20 | Debido a la falta de un protocolo que regule la devolución adecuada de activos de información se puede producir la pérdida de información importante de las áreas que impacte negativamente la continuidad de procesos | No existe un protocolo y procedimiento para la devolución de activos de información de los procesos (RIESGO 7) | Perdida de información valiosa de los procesos de la ESE | X | | MAYOR | 3 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 84 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 21 | Debido a que no existe un protocolo de informe de novedades de RH hacia TI, se pueden presentar accesos no autorizados a los Sistemas de Información | No esta contralado al 100 el acceso y con indicador el ingreso de RH al sistema de información (RIESGO 16) | Generación de brechas en la administración del TI de la ESE | X | Solicitud de reporte de novedad por escrito al usuario que accederá al sistema de información al cual se le definen perfiles | MENOR | 2 | REMOTO | 3 | MUY BAJA | 10 | 60 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |
| 22 | Debido a la falta de una proyección de crecimiento sobre la demanda de recursos se puede presentar falla en el desempeño o colapso del servidor que soporta el sistema de información institucional | Debilidad en la definición del PETI (plan estratégico de tecnología informática) (RIESGO 1) | Indisponibilidad del sistema de información | X | Ppto de TI, plan de acción del plan de desarrollo, proyecto MGA | MENOR | 2 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 56 | Programadas en el plan operativo y la implementación de la nueva plataforma tecnológica integral |

PROCESO: **ASISTENCIAL**

| No. | RIESGO | CAUSA DEL RIESGO | EFECTO DEL RIESGO | CONTROLE S? | | DESCRIPCION DEL CONTROL | SEVERIDAD | FRECUENCIA | DETECCION | NIVEL DE CRITICIDAD | ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA | | | |
|-----|--|---|--|-------------|----|-------------------------|-----------|------------|-----------|---------------------|----------------------------------|---|----|---|
| | | | | SI | NO | | | | | | | | | |
| 1 | Perdida de la oportunidad prestación de los servicios asistenciales. | 1. DEBILIDAD EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMISION, ASIGNACION DE CITAS. 2. Fallas en el apoyo logístico Hospitalario. | Paciente insatisfecho, reproceso, demora en la ATENCION, LARGA ESTANCIA. | | X | | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 60 | Elaborar el proceso de admisión con el grupo de siau, calidad, facturación. |



MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 10 de 11

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|--|---|--------------|---|-----------|---|------|---|-----|--|
| 2 | Fallas en el ingreso del paciente al servicio. | 1. Documentación Incompleta del paciente. 2. Procedimientos de traslados e ingresos entre servicios socializado (Elaborar, actualizar los existentes y socializar) 3. Insuficiencia de personal de apoyo para el traslado eficiente de pacientes. | Evento adverso e incidentes asistenciales. | x | | La institución cuenta con procedimientos de traslado de pacientes, lista de chequeos, rutas de atención | MAYOR | 3 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 48 | 1. Elaboración y actualización de procedimientos de ingreso y traslado entre servicios. 2. Socialización de procedimiento de traslado de paciente entre servicios. 3. Listas de chequeo 4. Re inducción |
| 3 | Fallas en los registros clínicos. | 1. Historia clínica manual. 2. Registros no diligenciados. 3. Falta de sensibilización de la importancia en el diligenciamiento de los registros. 4. Alta rotación de estudiantes - internos (convenio docente asistencial) | 1. Riesgos para el usuario, 2. Posibles demanda 3. Mayores costos, glosas y reproceso. 4. Disminución en la facturación 5. Retraso en el proceso de atención, inadecuado registro, débil supervisión por el docente | x | | 1. Formatos historia clínica. 2. Comité de historia clínica. 3. Pre auditoría. 4. Auditoría concurrente. 5. Indicador de adherencia | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | BAJA | 7 | 105 | segimiento por comité de historias clínicas, seguimiento adherencias, capacitación, análisis de casos, socialización de hallazgos del comité de H.C. plan de mejora individual Sistematización de la historia clínica. |
| 4 | Error en la identificación del paciente. | 1. No se aplica el protocolo de identificación. 2. Sensibilización en la importancia de la identificación redundante del paciente. 3. Falta de Herramientas (impresoras, manillas). 4. Identificación de cabecera. 5. Problemas en el sistema de información (proceso de admisión) | 1. Retraso en el proceso de atención 2. Evento adverso e incidente 3. Demandas, glosas. | x | | Protocolo de identificación de Pacientes | PELIGROSO | 4 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 112 | 1. Socialización del protocolo de Identificación del Paciente. 2. Adquisición de insumos para identificación de paciente. 3. Medición de adherencia al protocolo de identificación del paciente. |
| 5 | Fallas en los dispositivos médicos y equipos biomédicos. | 1. Presentación y embalaje deficientes dispositivos médicos. 2. Falta de disponibilidad de dispositivos médicos y equipos biomédicos. 3. Reusó de Dispositivos médicos. 4. Calidad en los dispositivos médicos. 5. Deficiente competencia en el manejo de dispositivos y equipos biomédicos. 6. Deficiente apoyo de ingeniería biomédica en cirugía. | incidentes asistenciales, eventos adversos, insatisfacción del paciente, demandas | x | | Programa de tecnovigilancia, supervisión por comité de infecciones | PELIGROSO | 4 | OCASIONAL | 4 | BAJA | 7 | 112 | 1. Fortalecimiento de inducción y re inducción frente a los dispositivos y equipos biomédicos. 2. Elaboración y socialización de la política del no reusó. 3. Fortalecer programa de tecnovigilancia 4. Programar la consecución de los dispositivos médicos a compras. |
| 6 | Estancia prolongada. | 1. Paciente sin red de apoyo familiar, 2. Dificil ubicación casa hogar, 3. No oportunidad para los traslados por la ambulancia. 4. No oportunidad en respuesta de la red de las EPS 5. Deficiencia en el procedimiento de egreso 6. Debilidad en la documentación en el proceso de la admisión | 1. Infección nosocomial, 2. Glosas, alto costo, 3. Incumplimiento de las metas en los indicadores | x | | 1. Pre auditoría. 2. Auditoría concurrente. 3. Indicador de adherencia 4. Gestión por trabajo social | PELIGROSO | 4 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 64 | 1. Identificación de las condiciones socioeconómicas y red de apoyo desde el ingreso 2. Aplicación en el procedimiento de egresos 3. Registro en la historia clínica de los procesos administrativos en cada turno |
| 7 | Infección intrahospitalaria. | 1. Débil adherencia a protocolos de médicos y enfermería, 2. Insumos de mala calidad y medicamentos insuficientes 3. Reuso de dispositivos médicos | incidentes asistenciales, eventos adversos, insatisfacción del paciente, demandas | x | | adherencia protocolos y vigilancia activa por COVE | PELIGROSO | 4 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 64 | 1. socialización, adherencias y seguimiento a los protocolos de lavado de manos, limpieza y desinfección, reusó, manual de bioseguridad, 2. actualización del procedimiento de aislamiento. 3. análisis de indicadores de eventos adversos y seguimiento al plan de acción |
| 8 | Caídas de pacientes. | 1. Rutina del trabajo 2. Débil adherencia al protocolo de caídas 3. Debilidad en la infraestructura física (barandas, baños, camillas, escalerillas, rejillas, superficie antideslizante) 4. Incumplimiento en la ejecución del programa de mantenimiento | 1. incidentes asistenciales, eventos adversos, 2. Insatisfacción del paciente, 3. Demandas 4. Aumento de los costos 5. pérdida de ingresos | x | | aplicación de protocolo de riesgo de caídas | CATASTROFICO | 5 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 80 | 1. socialización, adherencias y seguimiento al protocolo de caídas 2. Fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria. 3. Cumplimiento del plan de mantenimiento. 4. Análisis de indicadores de eventos adversos (semanal), implementación de estrategias de mejoramiento. |
| 9 | Fallas por el uso de medicamentos, hemocomponentes y dietas. | 1. Débil programa de farmacovigilancia. 2. Seguimiento al programa de hemovigilancia. 3. Rutina del trabajo. 4. Débil adherencia al protocolo de administración de medicamentos (10 correctos). 5. Debilidad en la adherencia al protocolo de gases medicinales. 6. Entrega no adecuada de las dietas requeridas. 7. Débil seguimiento a las dietas en el momento de la entrega al paciente. 8. Deficiente conservación de condiciones ambientales en cuartos de medicamentos. | 1. Incidentes asistenciales 2. Eventos adversos. 3. reacciones adversas. 4. Insatisfacción del paciente. 5. Demandas | x | | 1. Protocolo de administración de medicamentos. 2. Protocolo de transfusión y guías rápidas de reacciones transfusionales y lista de chequeo 3. Protocolo de administración de gases medicinales 4. Protocolo de dietas. | CATASTROFICO | 5 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 80 | 1. socialización, adherencias y seguimiento a los protocolos. 2. Fortalecimiento del programa de farmacovigilancia. 3. Análisis de indicadores de eventos adversos (semanal). 4. Implementación de estrategias de identificación del paciente. 5. Elaboración listas de chequeo para administración de medicamentos y gases medicinales. 6. Control a la entrega de dietas. |
| 10 | Manejo de pacientes en condiciones especiales (física, mental, comportamental, religiosa) | 1. Deficiencia en metodología de manejo de estos pacientes. 2. No adherencia a los protocolos existentes. | 1. No colaboración del paciente en su tratamiento 2. Fuga de pacientes. 3. Riesgo de evento adverso e incidente 4. Estancias prolongada 5. Accidente laboral | x | | 1. protocolo de paciente agitado 2. protocolo de fuga. 3. Política de humanización 4. Programa de seguridad del paciente | PELIGROSO | 4 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 64 | 1. Socialización de los protocolos existentes. 2. Elaboración de política y manual para manejo de pacientes especiales. |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|------------------------------------|-----------|---|-----------|---|------|---|--|--|
| 11 | 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. Confiabilidad en el resultado. 6. Estancia prolongada. | x | | Protocolos de ayudas diagnósticas. | PELIGROSO | 4 | OCASIONAL | 4 | ALTA | 4 | 64 | 1. Fortalecimiento y socialización a los protocolos de ayudas diagnósticas. 2. Cumplimiento al cronograma de mantenimiento y calibración de equipos biomédicos. 3. Seguimiento a no conformes por parte de especialistas. 4. Seguimiento a indicadores d oportunidad e entrega de resultados. |
|  | | | | | | | | | | | | | MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL | Código: GERE-F-001-27 Vigencia: Diciembre 2014 Versión: 02 Página 11 de 11 |

PROCESO: **COMUNICACIONES**

| No. | RIESGO | CAUSA DEL RIESGO | EFECTO DEL RIESGO | CONTROLES? | | DESCRIPCION DEL CONTROL | SEVERIDAD | FRECUENCIA | DETECCION | NIVEL DE CRITICIDAD | ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA | | | |
|-----|--|---|--|------------|----|--|-----------|------------|-----------|---------------------|----------------------------------|---|----|--|
| | | | | SI | NO | | | | | | | | | |
| 1 | Mal uso de los canales de comunicación Interna y Externa, carteleras, buzones de sugerencias | 1.Falta de conocimiento de uso adecuado de las carteleras institucionales- 2.información desarticulada entre las diferentes áreas, los procesos y centros de atención-3.No verificación de información con fuentes primarias- 4.no despliegue de información por parte de los diferentes líderes del proceso 5. No conocimiento ni adherencia en el reglamento de uso de las carteleras | Perdida de la Credibilidad de la Institucion-Desinformacion por parte de los diferentes grupos de interés- Falta de sentido de pertenencia-No acceso oportuno a la información institucional | X | | 1. Política de Comunicaciones 2. Comité de Comunicaciones 3. Procedimiento de comunicación Institucional 4. Registro de Monitoreo medios 5. Encuesta Comunicaion6. Reglamento de Carteleras | MENOR | 2 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 40 | 1. Socializar el Plan de comunicaciones y el procedimiento 2. Monitoreo de redes sociales 3. Diseño y elaboración de Piezas Comunicativas 4. Posicionamiento de la entidad corporativa |
| 2 | Debilidad en el uso de correo Institucionales (Fuentes de comunicación externa e interna) | 1. Falta de equipos 2. Correos electrónicos institucionales no amigables 3. Uso de correos personales | Perdida de Información, Inoportunidad en la entrega y recibo de la información. | | X | | MAYOR | 3 | FRECUENTE | 5 | ALTA | 4 | 60 | Solicitar al área de sistemas, un correo Institucional por área, que sea de fácil acceso |

| | |
|--|---|
| Elaborado por: JULIO CESAR CARMONA RODRIGUEZ Jefe Oficina Asesora de Planeación | Aprobado por: IRNE TORRES CASTRO Gerente |
|--|---|