

MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGOS 2022

Código: FO-DG-700-04

Versión: 01

Página 1 de 9

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		ANÁLISIS DEL RIESGO				VALORACIÓN DEL RIESGO	
PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	RIESGO INHERENTE				CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES DE TRATAMIENTO
		PROBABILIDAD	IMPACTO	TOTAL	ZONA DEL RIESGO		
PROCESOS ESTRATEGICOS							
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Inadecuado seguimiento y evaluación a los planes, programas y proyectos	3	20	60	INACEPTABLE	1- Metodología de seguimiento directivo a la Gestión de las áreas. 2- Monitoreo y análisis periódico de indicadores 3- Auditoria de Control Interno y Auditoria de Calidad	1 - Realizar acompañamiento y seguimiento semestral a los POA de las áreas. 2- Evaluar la ejecución de planes, programas y proyectos 3 - Integrar la estrategia directiva y enfocarla en generar resultados visibles y medibles para los usuarios
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Falta de empoderamiento de la función de Planeación, por parte de los coordinadores de área	3	20	60	INACEPTABLE	1- Espacios estandarizados para inducción, reinducción, capacitación, formación de líderes y comités institucionales. 2- Acompañamiento permanente a la gestión de las áreas 3- Asesoría de Calidad, Control Interno y Planeación	1- Reorientación de las áreas de Gestión institucional. 2- Socializar en el espacio del PIC (Viernes de 7+30 -8+30 am), temas de interés general, con todo el personal. 3 - Acompañar a los líderes de áreas en la formulación, priorización, ejecución y evaluación de los planes de acción del MIPG
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Baja implementación, desarrollo y mejora continua de los Sistemas de Gestión Institucional	3	20	60	INACEPTABLE	1- Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC). 2- Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG 3- Gestión articulada de las áreas de Control Interno, Calidad, Talento Humano y Planeación	1. Articular el trabajo con los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación, para facilitar la implementación eficaz de las acciones necesarias. 2 -Armonización, implementación y operación de las Políticas de Gestión aplicables al Desempeño Institucional
GESTIÓN DE CALIDAD	Inadecuado sistema de retención documental	3	20	60	INACEPTABLE	1. Se tiene definida la codificación para guías, manuales, protocolos, formatos. 2. Se tiene un área específica para verificación y codificación de los documentos institucionales.	Sensibilización al personal sobre la importancia de centralizar y codificar la información en el área encargada
GESTIÓN DE CALIDAD	Incumplimiento de la política de Autoevaluación y Acreditación en salud.	3	20	60	INACEPTABLE	1. Autoevaluación oportuna. 2. Conformación de grupos para realización de la autoevaluación y priorización de los diferentes procesos. 3. Incentivar institucionalmente la importancia de planes de mejoramiento planteados. 4. Ejercicios de evaluación interna y externa.	1. Autoevaluación oportuna por cada uno de los grupos interdisciplinarios establecidos. 2. Seguimiento de los planes de mejora establecidos luego de realizada la autoevaluación y los planes de mejora.
GESTIÓN DE CALIDAD	Incumplimiento en las estrategias de seguridad del paciente.	3	20	60	INACEPTABLE	1. Programa de Seguridad del Paciente 2. Comité creado mediante acto administrativo de Seguridad del Paciente 3. Aplicativo para el reporte de eventos adversos	Sensibilización del personal sobre la importancia de la seguridad del paciente.
GESTIÓN JURIDICA	Demandas y procesos sancionatorios en contra de la entidad.	3	20	60	INACEPTABLE	Reporte trimestral de las demandas y procesos sancionatorios en contra de la entidad por parte de la asesora jurídica externa	Realizar capacitaciones desde el área jurídica para evidenciar las implicaciones jurídicas en las cuales están inmersos el personal medico, auxiliares de enfermería, facturadores y demás contratistas. Realizar capacitaciones por especialistas en diferentes áreas al cuerpo medico, facturadores y auxiliares de enfermería
GESTION MEDICA	Muerte materna y fetal	3	20	60	INACEPTABLE	Diligenciamiento del partograma Controles prenatales Guías de atención del Ministerio de Salud	Socializar las guías del Ministerio de Salud Realizar auditoria a los partogramas

GESTION MEDICA	Infección puerperal.	3	20	60	INACEPTABLE	Participacion en el analisis de los eventos de infeccion puerperal que se presenten durante la vigencia	Re-socializacion al protocolo de lavado de manos institucional
GESTION MEDICA	Eventos adversos e incidentes en el servicio de hospitalizacion	3	20	60	INACEPTABLE	Participacion en el analisis de los eventos adversos e incidentes presentados	Retroalimentar al equipo medico sobre las fallas encontradas en los eventos adversos
GESTION MEDICA	Exposición a riesgo biologico	3	20	60	INACEPTABLE	Socializacion del protocolo de bioseguridad	Re-socializacion del protocolo de bioseguridad
GESTION MEDICA	Larga estancia de pacientes en la sala de observacion	3	20	60	INACEPTABLE	Rondas médicas	Registro de las causas que originan las estancias prolongadas en observacion. Análisis de los registros y ajustes por fallas en la aplicación de los protocolos.
PROCESOS ASISTENCIALES							
PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	TOTAL	ZONA DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES DE TRATAMIENTO
CONSULTA EXTERNA	Inoportunidad en la Atención	2	20	40	IMPORTANTE	Se tiene establecido un solo medico para las atenciones de pyp, igualmente para los pacientes de alto costo. Se cuenta con el convenio docencia servicio	Realizar seguimiento a indicadores de oportunidad exigidos por la supersalud. Realizar gestiones administrativas para aumentar el talento humano.
CONSULTA EXTERNA	Eventos Adversos en la Atención	2	20	40	IMPORTANTE	Socializacion de derechos y deberes en salud a los usuarios, incluido acompañamiento para personas con discapacidad, niños(a) adultos mayores por parte del SIAU Planes de mejora para los eventos adversos presentados y reducir la ocurrencia de futuros. Se tiene implementado el sistema de reporte para los eventos adversos e incidentes	Análisis de los eventos presentados Comité de seguridad del paciente
CONSULTA EXTERNA	Deficiente atención en área rural	3	10	30	IMPORTANTE	Elaboracion de cronograma veredal mensualmente Seguimiento por parte de coordinacion medica y jefe de enfermeria en la atencion, Auditoria a historias clinicas.	Seguimiento al correcto diligenciamiento de historias clinicas Capacitacion al personal medico y auxiliar en la atencion integral de los usuarios Implementar estrategias para el registro en el software de actividades realizadas en el area rural.
CONSULTA EXTERNA	Exposicion al riesgo biologico del personal de enfermeria	3	10	30	IMPORTANTE	Protocolo de bioseguridad Dotacion de insumos de bioseguridad	Socializar protocolos de bioseguridad Realizar evaluacion de pre test y post
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA PYP	Incumplimiento de metas de cobertura	3	10	30	IMPORTANTE	Formato institucional de demanda inducida Seguimiento a la demanda inducida y a los usuarios inasistentes. Programacion de actividades extramurales	Darle continuidad a las actividades extramurales Canalizacion a todos los programas de pyp de la institucion. Gestionar acciones administrativas (aumento de linea telefonica) para realizar permanentemente demanda inducida.
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA PYP	Exposicion al riesgo biologico del personal de enfermeria	3	10	30	IMPORTANTE	Protocolo de bioseguridad Dotacion de insumos de bioseguridad	Socializar protocolos de bioseguridad Realizar evaluacion de pre test y post
GINECOBTETRICIA	Muerte materna y fetal	3	20	60	INACEPTABLE	Capacitacion al personal auxiliar de enfermeria en la pautas basicas de la atencion del parto. Lista de chequeo cumplimiento de atención del parto. Control de insumos de sala de partos y maleta de código rojo. Control de fechas de esterilización de equipos de partos	Socializar el protocolo de atención del parto, manejo de código rojo, estrategia IAMI con el personal auxiliar de enfermeria que ingresa a la institución.

HOSPITALIZACIÓN	Eventos adversos e incidentes	3	20	60	INACEPTABLE	Guías y protocolos del servicio. Auditoria continua Reporte de fallas técnica de Insumos y dispositivos médicos. Plan de capacitación (PIC) al personal de la institución. Plan operativo anual (POA). Programa seguridad del paciente. Aplicativo para el reporte de eventos adversos e incidentes	Revisar y actualizar los protocolos de manejo. Apoyar al area de calidad en las rondas de seguridad
HOSPITALIZACIÓN	Demoras en prestación de los servicios de salud	3	20	60	INACEPTABLE	Auditoria Continua. Verificación diaria de faltantes de insumos y dispositivos médicos. Censo diario de pacientes.	Revisar y actualizar las guías y protocolos de manejo. Apoyar al area de calidad en las rondas de seguridad
URGENCIAS	Exposición a riesgo biologico.	3	20	60	INACEPTABLE	Listas de chequeo, verificación diaria y permanente de la adecuada disposición de residuos.	Seguimiento a adherencia de protocolos y cumplimiento de normas de bioseguridad por medio de listas de chequeo quincenal. Dotación de implementos de bioseguridad para el servicio y cada funcionario (monogafas, tapabocas, guantes, gorros) Socialización de los protocolos de bioseguridad. Seguimiento a personal que incurre en acciones inseguras que lo llevan a presentar un riesgo biologico.
URGENCIAS	Fuga de pacientes	3	20	60	INACEPTABLE	Manillas de identificación. Solicitud de boleta de salida a los usuarios. Formato de ingreso de acompañante permanente. Formato de infome a personal de seguridad sobre pacientes con riesgo de fuga. Vigilancia por circuito cerrado. Exigencia a personal de seguridad. Permanencia de puertas cerradas por parte de todo el personal. Restricción del ingreso al servicio de urgencias. Control de visitas a usuarios con riesgo de fuga. Capacitación identificación y manejo de pacientes con riesgo de fugas.	Realizar seguimiento a las fugas ocurridas y evaluar si las acciones implementadas dieron resultado.
URGENCIAS	Larga estancia de pacientes en el servicio de urgencias	3	20	60	INACEPTABLE	Control de correos enviados. Ronda médica y de enfermería diaria	Mejorar canales de comunicación con otros entes receptores. Aumentar credibilidad al momento de comentar los pacientes. Intensificar las llamadas y envios de correos electronicos a instituciones receptoras de pacientes
PROCESOS DE APOYO ASISTENCIALES							
PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	TOTAL	ZONA DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES DE TRATAMIENTO
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Fallas en el equipo de rayos x utilizado para la realización de estudios diagnósticos.	2	20	40	IMPORTANTE	Mantenimiento preventivo Cronograma de mantenimiento preventivo	Seguimiento y verificación de la realización de los mantenimientos preventivos al equipo
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Mala calidad en las radiografías	2	20	40	IMPORTANTE	Personal calificado para manejo de los pacientes en los distintos estados psicologicos y fisicos en que se encuentran en momento de la realización del examen Revisar bien lar ordenes medicas e interrogar al paciente sobre el examen solicitado Mantenimiento preventivo del equipo de rx al dia	Repaso meticulouso de los pasos que se tienen que tener en cuenta antes de tomar una radiografia por parte del tecnologo (identificación cruzada para la seguridad del paciente)
LABORATORIO CLINICO	Toma u obtencion de muestras inadecuadas	3	20	60	INACEPTABLE	Indicadores de oportunidad mensuales, manual de toma, almacenamiento y conservacion de las muestras, protocolo de transporte de muestras internas y externas en la institucion, proceso de admision de las ordenes de laboratorio,resolucion 2003.	Socializar el manual de toma, transporte y conservacion de muestras en el laboratorio clinico, realizando listas de chequeo y evaluacion pre test - pos test y

LABORATORIO CLINICO	Obtencion de resultados no confiables	3	20	60	INACEPTABLE	Manual de control de calidad interno y externo, lista de verificación de pruebas, análisis de controles, bitácoras de equipos, calibración de equipos y mantenimiento bianual de los mismos.	Socializar el manual de procesos y procedimientos en el laboratorio. Realizar y analizar los controles internos y externos y hacer seguimiento a los planes de mejora. Llevar el registro diario de verificación de pruebas.
LABORATORIO CLINICO	Inoportunidad en la entrega de resultados.	3	20	60	INACEPTABLE	Unico usuario y contraseña en el software institucional para el montaje de los resultados en cada historia clinica Correlacion numero de admision vs nombre del paciente y resultados Libro diario de registros de las pruebas, Registro diario de entrega de resultados en el area de estadistica	Lista de chequeo Reportes de resultados en la historia clinica
SALUD PUBLICA	Diligenciamiento incompleto y reporte tardio de los eventos de interes en Salud Pública.	3	20	60	INACEPTABLE	Seguimiento al diligenciamiento de las fichas. Revisión de las fichas. Búsqueda Activa Institucional (BAI mensual)	Realizar capacitación al personal médico sobre el adecuado diligenciamiento de las Fichas Epidemiológicas. Realizar seguimiento al diligenciamiento de las fichas epidemiológicas. Socializar la norma que rige el SIVIGILA. Realizar Búsqueda de Sintomaticos Respiratorios cada que se notifique y aborde un caso nuevo.
SALUD PUBLICA	Acompañamiento y seguimiento inadecuado a los pacientes con TB y VIH/SIDA.	3	20	60	INACEPTABLE	Seguimiento de tratamiento en la tarjeta de medicamentos;	Hacer el proceso de acompañamiento al paciente con los debidos controles por medicina, Enfermería y bacteriología según corresponda y a la familia. Realizar educación al personal asistencial sobre búsqueda de sintomaticos respiratorios y rutas de atención a pacientes TBC y VIH/SIDA
SALUD PUBLICA	Demora en los procesos de contratación interadministrativos e incumplimiento de contrato.	3	20	60	INACEPTABLE	Cronograma de actividades. Informes mensuales. Actas, Listas de asistencia y registros fotograficos.	Ejecutar las actividades programadas para el año en el Plan de Intervenciones Colectivas (talleres y metas propuestas en los contratos interadministrativos) para dar cumplimiento a las Dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública.
SALUD PUBLICA	Demora en la caracterización y ejecución de actividades para la Atención Primaria Social en Salud (APS)	3	20	60	INACEPTABLE	Fichas de caracterización. Verificar la clase de riesgo familiar y Banco de Ofertas en el Observatorio Social de la DTSC.	Capacitar al personal de APS en el adecuado diligenciamiento de la ficha familiar y en la digitación de la misma en el Observatorio Social. Hacer la adecuada identificación de las familias en riesgo para las debidas intervenciones y Actualizar el Banco de Ofertas en la E.S.E.
SERVICIO FARMACEUTICO	Ingreso al inventario de medicamentos deteriorados	3	20	60	INACEPTABLE	Procedimientos documentados, registro de ingreso e información de cada medicamento y dispositivos medicos en la matriz de recepción técnica	Dar inicio a la implementacion del modulo de inventarios haciendo uso de todos los campos que trae el sistema de informacion.
SERVICIO FARMACEUTICO	Deterioro del principio activo de los medicamentos	3	20	60	INACEPTABLE	Semaforización, y almacenamiento adecuado, de acuerdo a los requerimientos de los medicamentos	Realizar semaforizacion inmediatamente llega el pedido y hacer los cambios pertinentes de acuerdo a las fechas de vencimiento establecidas.
SERVICIO FARMACEUTICO	Fallas de los equipos de refrigeración y medición	3	20	60	INACEPTABLE	Mantenimiento preventivo de los Termohigrómetros Se cuentan con neveras portátiles y pilas congeladas. La institución cuenta con la planta eléctrica	Tener las neveras portátiles en óptimas condiciones, con pilas adecuadas en caso de ser necesario su uso. Comunicación en caso de daño eléctrico en la institución.

SERVICIO FARMACEUTICO	Error en la identificación de productos reempacados	3	20	60	INACEPTABLE	Se utiliza bolsa y rótulo, con los datos de cada medicamento, y se destruye cada vez que fue utilizada. Si en los servicios se encuentran medicamentos fraccionados sin la debida rotulacion, se pasa a sitio de cuarentena	Diligenciamiento completo del formato que se actualiza en el momento del reempaque.
SERVICIO FARMACEUTICO	Entrega errónea del medicamento o dispositivo medico	3	20	60	INACEPTABLE	Se tienen medicamentos semaforizados y con el sticker de alto riesgo. Se cuenta con el manual. Se realizan capacitaciones frecuentes de farmacovigilancia y medicamentos LASSA.	Continua retroalimentación con el personal asistencial, sobre medicamentos LASSA y de alto riesgo. Revisión periódica de la existencia de los servicios, con formato para realizar un mejor control
SERVICIO FARMACEUTICO	Confusion de medicamentos y reacciones adversas medicamentosas	3	20	60	INACEPTABLE	Se realizan las rondas de seguridad, para verificar la administración segura de medicamentos. Se realizan capacitaciones sobre farmacovigilancia y tecnovigilancia periódicamente. Se participa diario en la ronda médica. Revisión de Historias Clínicas	Capacitaciones sobre farmacovigilancia, tecnovigilancia, seguridad en la administración de medicamentos. Y medicamentos LASSA y de alto riesgo. Participación diaria en la ronda médica, y rondas de seguridad en los servicios
SERVICIO FARMACEUTICO	Fallas en la utilización de medicamentos y dispositivos médicos	3	20	60	INACEPTABLE	Se realiza inventario del stock de medicamentos. Se verifican registros en historias clínicas, teniendo en cuenta las ordenes médicas. Cuando es necesario se revisa la cuenta.	Actualización de formatos para inventarios de carros de paro, kits, stock de medicamentos y dispositivos médicos con el fin de realizar un mejor control a los mismos.
SERVICIO FARMACEUTICO	Pérdida por sustracción de medicamentos y dispositivos médicos	3	20	60	INACEPTABLE	Se implementó el uso de amarras con consecutivos numéricos para el cierre de los carros de paro y kits. Se tiene el formato de apertura de los carros y los kits. Se tiene ubicación estratégica de cámaras de seguridad. Se repone el stock diariamente, verificando los respectivos registros en historia clínica, y liquidación de las cuentas. Se realiza inventario mensual de cada uno de los carros, los kit y el stock de medicamentos y dispositivos medicos. Se realiza inventario general mensual.	Actualización de formatos para inventarios de carros de paro, kits y stock de medicamentos y dispositivos médicos. Faltantes injustificados deben ser asumidos por el personal de turno responsable, con recibo de pago de la institución con nombre propio para su respectivo seguimiento. Implementar un mejor control de las amarras numéricas y apertura de los carros de paro y kits, con el fin de conocer el responsable del mismo
SIAU	Inadecuada gestión de quejas hechas por parte de los funcionarios de la institución	3	10	30	IMPORTANTE	Buzones de PQRSD ubicados en los diferentes servicios. Apertura semanal de los buzones de PQRSD. Informes periodicos de las gestiones realizadas frente a las PQRSD interpuestas. Seguimiento a las gestiones realizadas por los funcionarios responsables de la respuesta al usuario	Brindar información a los usuarios en las diferentes actividades educativas a cerca del SIAU y lo que allí se maneja y dejar actas de las mismas. Tener acceso a la normativa vigente para informarse e informar a los usuarios de los servicios y procesos de manera adecuada. Socializar los metodos de atención al usuario en las actividades educativas y tener actas
SIAU	Inadecuada información o intermediación al usuario y su familia	3	10	30	IMPORTANTE	Oficina de Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU, ubicada en la entrada principal de la entidad	Activar la asociación de usuarios peoridicamente con actas de evidendencia. Brindar información a cerca de todos los procesos y servicios que se manejan dentro de la E.S.E. Convocar y hacer gestión para tener una asociación de usuarios comprometida y estable

PROCESOS DE APOYO ADMINISTRATIVO

PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	TOTAL	ZONA DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES DE TRATAMIENTO
FACTURACION	Desconocimiento de la contratación vigente (régimen subsidiado, Contributivas y otras)	3	20	60	INACEPTABLE	Seguimiento periodico de lo facturado, radicado y conciliado. Seguimiento a las glosas presentadas, radicadas y conciliadas. Informes trimestrales	1. Copia del Contrato legalizado. 2. Retroalimentación de los parámetros contratados con la lider de cartera. 3. Lista de tarifas pactadas por contrato.
FACTURACION	Bases de datos de afiliados desactualizadas.	3	20	60	INACEPTABLE	Envíos de correos electrónicos solicitando las bases de datos actualizas	Soporte de correos electrónico solicitando las bases de datos a la EPS. Base de Datos de LMA de la alcaldía de villamaría

FACTURACION	inoportunidad en la respuesta a glosas	3	20	60	INACEPTABLE	Respuesta oportuna y sobre los tiempos establecidos respecto a las glosas y devoluciones. Aplicación de normatividad vigente.	Tabla en excel seguimiento a las glosas y devoluciones
FACTURACION	No radicación del 100% de la facturación generada por el hospital en un tiempo determinado	3	20	60	INACEPTABLE	Radicación del 100% de lo facturado antes de las fechas estipuladas por la norma.	Archivo escaneado de todo lo radicado donde se encuentra el sello de recibido de las EPS en el caso de las de Manizales, en el caso de las enviadas por correo igual pero con el recibo de envío por correo.
FACTURACION	Asignación errónea de citas	3	20	60	INACEPTABLE	Recomendaciones acerca de tener el documento a la mano al momento de solicitar la cita. Tener la seguridad para que está solicitando su cita. Se le orienta sobre la legalización de la cita en los tiempos oportunos, como a su vez en la cancelación de las mismas en el caso que no puedan asistir. Se le da la opción de escoger el profesional por el cual desea ser atendido	Verificación de documento del paciente en la Base de Datos.
FACTURACION	Mal diligenciamiento de los RIPS	3	10	30	IMPORTANTE	Capacitación al personal medico asistencial ya que es el que alimenta la información adecuada para el RIPS	Validación de los RIPS cada 15 días.
GESTIÓN DE COMPRAS E INVENTARIOS	Inadecuada adquisición de materiales, medicamentos e insumos	2	20	40	IMPORTANTE	Documentación de los requisitos legales de los proveedores (Camara y comercio, rut, fotocopia de la cedula representante legal) Recepción tecnica en archivo de excel	Gestionar mediante solicitud a gerencia la adquisición de un programa para manejo de inventarios de insumos y activos fijos. Solicitud de presentación a proveedores de software de inventarios de insumos y activos fijos
GESTIÓN DE COMPRAS E INVENTARIOS	Adquisición de activos fijos de mala calidad y sin las especificaciones técnicas requeridas	2	20	40	IMPORTANTE	Documentación de los requisitos legales de los proveedores (Camara y comercio, rut, fotocopia de la cedula representante legal)	Hoja de vida de proveedores con los documentos de requisitos legales
GESTIÓN DE COMPRAS E INVENTARIOS	Perdida o mal uso de Los Bienes e Inmuebles	2	20	40	IMPORTANTE	Se hace solicitud de cotización a los diferentes proveedores, se solicita la disponibilidad presupuestal, se hace orden de compra	Entrada de almacén (alta devolutiva), Salida de Almacén (baja devolutiva) Acta de entrega con recomendaciones de manejo y cuidado y se marca con la placa de activo fijo. Hoja de vida de equipos Mantenimiento preventivo
GESTIÓN DE COMPRAS E INVENTARIOS	Falta de Reporte de Movimiento de Activos Fijos	2	20	40	IMPORTANTE	Revisión y actualización de inventarios fijos, con cada Jefe de Area. Entrega de activos con acta y baja devolutiva	Programar revisión de inventarios de activos fijos en el segundo semestre de 2018 con los Jefes de Areas Formato de traslado de activos fijos
GESTIÓN DE COMPRAS E INVENTARIOS	Peligro de Robo	3	20	60	INACEPTABLE	Conteo mensual de Inventario fisico. Kardex vs lista de chequeo	Inventario fisico mensual
GESTIÓN DE COMPRAS E INVENTARIOS	Manejo del inventario fisico manual	2	20	40	IMPORTANTE	Kardex Manual y en excel	Solicitud de software de inventarios de insumos y activos fijos
GESTION DEL TALENTO HUMANO	vinculación de personal no competente y/o inidoneo para el cargo	3	20	60	INACEPTABLE	Formato de lista de chequeo de documentos, con la validación de Talento Humano y Calidad. Validación de antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales por el área de contratación. Soportes de verificación de titulo. (Por ejemplo: Acta de grado, diploma, documento de verificación de titulo expedido por la entidad competente, validación RETHUS.). Procedimiento de selección de personal documentado. Desarrollo de jornadas de auditoria de hojas de vida	Aplicación del instrumento único definido por la institución para la verificación de los requisitos establecidos. Adecuada interacción entre las áreas intervinientes en el proceso de contratación. Continuidad en la realización de auditorias a las hojas de vida. Elaboración del Plan de Previsión de Recursos Humanos. Actualización de hojas de vida. Verificación de datos en SIGEP

GESTION DEL TALENTO HUMANO	Bajo impacto de los programas de capacitación enmarcados en la gestión integral del talento humano.	3	20	60	INACEPTABLE	Plan de incentivos institucionales. Plan institucional de capacitaciones PIC	Actualización Plan de incentivos institucionales. Actualización Plan Institucional de Capacitación. Programa de socialización de capacitaciones. Item de asistencia a capacitaciones en la evaluación de desempeño
GESTION DEL TALENTO HUMANO	Liquidación errónea de la nómina	3	10	30	IMPORTANTE	Revisión de la nómina por persona diferente a quien la elabora (tesorera). Adjuntar soportes de novedades tales como incapacidades, resoluciones de licencias no remuneradas, bonificaciones, etc. Cumplimiento de providencias judiciales que ordenan descuentos a los empleados.	Anexar a la nómina soportes de descuentos autorizados por los empleados. Realizar el reporte efectivo de incapacidades a la EPS o ARL según sea el caso. Capacitar a la persona encargada de la liquidación en tema de nómina.
GESTION DEL TALENTO HUMANO	Falencias en la ejecución de funciones concernientes al cargo	2	20	40	IMPORTANTE	Procedimiento de Inducción por áreas para personal nuevo. Socialización del reglamento interno de trabajo. Designación de coordinadores por área. Informe de actividades presentado por contratista y su respectivo supervisor. Informe mensual de coordinadores de área	Programar jornadas de inducción para el personal nuevo. Programar jornadas de reinducción para informar de cambios y novedades institucionales. Ajustar el reglamento interno de trabajo a las necesidades actuales de la institución y compartirlo al personal. Actualizar el manual de funciones
GESTION DOCUMENTAL - CLINICA	Deterioro de historias clínicas físicas	3	20	60	INACEPTABLE	Reubicación y revisión de historias clínicas	Continuar con la reubicación y revisión de historias clínicas
GESTION DOCUMENTAL - CLINICA	Entrega de historias clínicas a quien no corresponde	3	20	60	INACEPTABLE	Verificación de quien solicite la historia clínica, solicitando el documento de identidad si es el titular, o el es un tercero, solicitando fotocopia del documento del titular, fotocopia del documento de quien solicite la historia y la autorización	Continuar con el proceso actual de entrega de Historias Clínicas
GESTION DOCUMENTAL - CLINICA	Mal control en la entrega de los certificados de estadísticas vitales	3	20	60	INACEPTABLE	Periodicamente se solicita en la oficina de estadísticas vitales de la dirección territorial de salud de caldas los certificados de nacidos vivos y defunciones y dentro de la institución se lleva un control de entrega de estos certificados al área de urgencias	Continuar con el proceso de solicitud de certificados de estadísticas vitales a las oficinas de DTSC y entrega de los mismos al área de urgencias con su respectivo control.
GESTIÓN FINANCIERA	Declaraciones tributarias y rendición de informes a entes de inspección y control con errores o extemporaneidad. Fallas en el software financiero y la no actualización de conformidad con las normas financieras emitidas por los entes de control	3	20	60	INACEPTABLE	Identificación y análisis riesgos financieros	Presentación de las declaraciones tributarias (declaración de retención en la fuente) de manera mensual a la DIAN, dentro de los plazos establecidos de acuerdo al dígito de verificación de la institución. Para la elaboración de la declaración se debe tener en cuenta las facturas de compra objeto de retención de conformidad con la tabla que promulga la DIAN de manera anual. Para la elaboración de la información exógena que se transmite de manera anual, se debe tener en cuenta los libros auxiliares de contabilidad generados en el año para diligenciar los cinco formularios que debe transmitir la institución Entrega oportuna de los informes y documentos que sustentan la información financiera de la institución, Determinar los plazos en los cuales se debe entregar la información financiera para una adecuada toma de decisiones Actualización de las políticas contables de conformidad con los cambios normativos expedidos por la Contaduría General de la Nación, Aplicación de las políticas contables aprobadas por la Junta Directiva para la elaboración, ejecución y presentación de la información financiera Conocimiento de las normas que regulan la rendición de la información financiera a los entes de control, determinando los formatos o formularios a rendir, la periodicidad de la información, plazos máximos de presentación de la información y plataformas en las cuales se transmite la información financiera

TESORERIA	Realizar pagos sin requisitos legales	3	20	60	INACEPTABLE	Cruce de informacion con contabilidad. Registro de comprobantes de egresos. Conciliaciones bancarias.	Actualizacion diaria de la caja por medio del software institucional y registro de ingresos y egresos en formato excel
TESORERIA	Sobre giros en las cuentas del banco	3	20	60	INACEPTABLE	Arqueo diario con la plataforma del banco	Verificar las cuentas a pagar para no sobregirarnos en los gastos mensuales mediante el portal del banco y dejando soporte en los comprobantes de egresos y contabilidad.
TESORERIA	Incumplimiento de pago de obligaciones de Ley (retencion en la fuente, salud, pension, cesantias, servicios publicos)	3	20	60	INACEPTABLE	En conjunto con la gerencia se verifica mensualmente los acreedores a los cuales les debe realizar pagos u abonos. Verificación con contabilidad.	Se deja evidencias de los pagos realizados en el registro de acreedores en excel de los proveedores que van disminuyendo la cartera y posteriormente contabilidad realice revision y tenga el control.
TESORERIA	Incumplimiento en el pago de obligaciones tributarias o fiscales	3	20	60	INACEPTABLE	Verificacion continua con contabilidad mediante comprobantes de egreso	Todas las programaciones de pago se realizan en conjunto con gerencia quien es la persona que autoliza los pagos a realizar durante cada mes.
TESORERIA	Apropiación dolosa de dineros públicos	3	20	60	INACEPTABLE	Caja de Facturacion. Plataforma del banco. Software Institucional modulo de tesoreria el cual realiza cruce con contabilidad en el momento de la conciliacion que se programa lo primeros diez dias de cada mes	En la cuenta corriente de la plataforma del banco se verifica a diario todos los recursos ingresados y en el software institucional se ingresa a la 2910 dejando como evidencia de ingresos a la cuenta de la E.S.E.
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	Fallas continuas en los equipos biomédicos, por mal manejo	3	20	60	INACEPTABLE	1. Cronograma de capacitacion 2. Cronograma de mantenimiento preventivo 3. Capacitacion trimestral de equipo biomedico con el personal de enfermeria	1. Ronda semanal de mantenimiento preventivo a los equipos biomedicos 2. Capacitacion a los profesionales medicos en el manejo de los equipos biomedicos
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	Daños en los equipos relacionados a causa externas	2	20	40	IMPORTANTE	En las capacitaciones que se realizan sobre el manejo de los equipos medicos se hace énfasis en que los equipos que cuentan con bateria deben permanecer conectados a la red electrica para garantizar su funcionamiento durante fallas electricas, tambien se orienta sobre como y cuando se debe hacer limpieza del equipo y sus accesorios	1. Realizar protocolo de limpieza de los equipos biomedicos de mayor uso 2. Ronda semanal de mantenimiento preventivo a los equipos biomedicos, verificando el estado de las baterias.
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	Adquisición inadecuada de los equipos biomédicos	3	10	30	IMPORTANTE	1. Formato de solicitud de equipos 2. Inventario de equipos biomedicos 3. Manual Institucional de Adquisicion de tecnologias Biomedicas	1. Actualizacion del formato de solicitud de equipos biomedicos
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	Fallas constantes en los equipos biomédicos por falta de mantenimiento preventivo	3	20	60	INACEPTABLE	1. Cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos 2. Reporte del mantenimiento de equipos biomedicos	1. Crear una base de datos de los equipos biomedicos
TICS	Interrupción del funcionamiento y desactualización del software institucional	3	20	60	INACEPTABLE	Mantenimiento preventivo a los equipos de computo. Interaccion permanente con el proveedor del software para instalacion de actualizaciones	Seguimiento a través del Sistema de Atención al Cliente SAC a las instalaciones realizadas

PROCESOS DE EVALUACIÓN

PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	TOTAL	ZONA DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES DE TRATAMIENTO
CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	Incumplimiento en la Presentación Oportuna de los Informes ante los Entes de Control	2	20	40	IMPORTANTE	Matriz Informes a cargo de la Oficina de Control Interno. Seguimiento páginas web de las Entidades de Control. Correo Institucional	Presentación Informes Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Seguimiento Matriz de Informes a cargo de la oficina de control interno. Participación Comité Departamental Auditoria de Caldas
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Inadecuado seguimiento al sistema de retención documental	3	20	60	INACEPTABLE	1. Se tiene definida la codificación para guías, manuales, protocolos, formatos. 2. Se cuenta con listado maestro de documentos	Realizar búsqueda activa con el objetivo de codificar y centralizar toda la información institucional Revisión de los documentos obsoletos

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Incumplimiento a la política de Autoevaluación y Acreditación en salud.	3	20	60	INACEPTABLE	Ejercicios de evaluación interna y externa.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoevaluación oportuna por cada uno de los grupos interdisciplinarios establecidos. 2. Seguimiento de los planes de mejora establecidos luego de realizada la autoevaluación y los planes de mejora. 3. Crear cronograma para la autoevaluación
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Incumplimiento en las estrategias de seguridad del paciente.	3	20	60	INACEPTABLE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizan auditorias encaminadas a la identificación y gestión de los riesgos. 2. Seguimiento y analisis de los eventos adversos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilización del personal sobre la importancia de la seguridad del paciente. 2. Se realiza ronda de seguridad mensual