	SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS (2022)	Código: FO-DG-730-11
		Fecha: 30-06-2022
		Versión: 02
		Página 1 de 2

Julio 25, 2022, Villamaría Caldas

LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DEL HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA CALDAS

CERTIFICA:

EL HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARÍA CALDAS en el mes de Febrero de la vigencia 2022 actualizó el Mapa de Riesgos vigencia 2022, con el fin de proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posible riesgos que los afecta, de esta manera poder definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.


Dando cumplimiento a las funciones propias de la Oficina de Control Interno y al cronograma de Auditorías se efectuara el seguimiento a la matriz Mapas de Riesgos de Gestión en el segundo semestre del 2022, donde se utilizaran herramientas que permitirán recopilar al información sobre implementación de controles para cada una de las dependencias, con el fin in de evitar la materialicen de los riesgos.

El Mapa de riesgos de Gestión será utilizado como una herramienta basada en los distintos sistemas de información, que pretende identificar las actividades o procesos sujetos a riesgos, cuantificar la probabilidad de estos eventos y medir el posible daño potencial asociado a su ocurrencia, y contribuirá al objetivo de la Entidad aportando al información precisa para medir y controlar esa exposición, y poner en práctica un Modelo de gestión Proactiva del Riesgos,

Se establecerá como parámetros para evaluar los riesgos, los tipos de proceso a evaluar, el nombre de los diferentes Riesgos, la Probabilidad, el Impacto, la zona de riesgo, los controles existentes y las Acciones de tratamiento.

Los Procesos a realizar control y a evaluar son los siguientes: Direccionamiento Estratégico, Gestión de Calidad, Gestión Jurídica, Gestión Médica, Consulta Externa, Dirección Temprana y Protección P y P, Ginecobstetricia, Hospitalización, Urgencias, Imágenes Diagnósticas, Laboratorio Clínico, Salud Pública, Servicio Farmacéutico, SIAU, Facturación, Gestión de Compras e Inventarios, Gestión del Talento Humano, Gestión Documental Clínica, Gestión Financiera, Tesorería, Gestión de la tecnología Biomédica, TICS, Control Interno de Gestión y Mejoramiento de la Calidad.

Elaboró: Líder de Calidad	Revisó: Comité de Calidad	Aprobó: Gerente
-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------

	SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS (2022)	Código: FO-DG-730-11
		Fecha: 30-06-2022
		Versión: 02
		Página 2 de 2

El seguimiento al Mapa de Riesgos será efectuado bajo la 7ª dimensión del **MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG** - , denominada "Control Interno", que se realiza de conformidad con la actualización del **MÓDELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO –MECI**, verificando los controles diseñados, el seguimiento en la evaluación de la política de riesgos, monitorio, permanente de los riesgos por proceso, con el fin de identificar cambios sustantivos que afectan el funcionamiento, bajo los lineamientos y supervisión de la Alta Dirección, definir tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales de la Entidad.

Los Criterios de la Auditoría al Mapa de Riesgos estarán basados en la Ley 87 de 2003 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio de Control Interno en la Entidades y Organismo del Estado y se dictan otras disposiciones; MIPG – Dimensión 7 Control Interno y la Guía para la Administración de Riesgos DAFP.

La Oficina de Control Interno informa que es necesario continuar con la actualización del Mapa de Riesgos, tener un acompañamiento desde la oficina de Planeación para el proceso de gestión del riesgo, realizar seguimientos y recomendaciones pertinentes para dar continuidad al proceso adelantado y culminar la metodología establecida por el Departamento de la Función Pública.

Se recomienda a los líderes de los procesos de la **E.S.E. DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARÍA, CALDAS** que se manere articulada implementen las acciones correspondientes para disminuir y evitar los riesgos de gestión que actualmente se tienen en la Institución; quedando programada para el segundo semestre realizar Auditoría a la Matriz de Riesgos.

Paola Andrea Restrepo

PAOLA ANDREA RESTREPO LONDOÑO
Jefe de la Oficina de Control Interno

Elaboró: Líder de Calidad	Revisó: Comité de Calidad	Aprobó: Gerente
-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------

	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		ACCIONES DE TRATAMIENTO
PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	TOTAL	ZONA DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	
PROCESOS ESTRATEGICOS							
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Inadecuado seguimiento y evaluación a los planes, programas y proyectos	3	20	60	Alto	1- Metodología de seguimiento directivo a la Gestión de las áreas. 2- Monitoreo y análisis periódico de indicadores 3- Auditoría de Control Interno y Auditoría 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	Alto	1- Espacios estandarizados para inducción, reincidencia, 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, 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	Alto	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	Alto	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	Alto	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	Alto	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	Alto	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 médico, auxiliares de enfermería, facturadores y demás contratistas. Realizar capacitaciones por especialistas en diferentes áreas al cuerpo médico, facturadores y auxiliares de enfermería
GESTION MEDICA	Muerte materna y fetal	3	20	60	Alto	Diligenciamiento del partograma Controles prenatales Guías de atención del Ministerio de Salud	Socializar las guías del Ministerio de Salud Realizar auditoría a los partogramas.

GESTION MEDICA	Infección puerperal.	3	20	60	Participación en el análisis de los eventos de infección puerperal que se presentan durante la vigencia	Re-socialización al protocolo de lavado de manos institucional.
GESTION MEDICA	Eventos adversos e incidentes en el servicio de hospitalización.	3	20	60	Participación en el análisis de los eventos adversos e incidentes presentados.	Reafirmar al equipo médico sobre las fallas encontradas en los eventos adversos
GESTION MEDICA	Exposición a riesgo biológico	3	20	60	Socialización del protocolo de bioseguridad	Re-socialización del protocolo de bioseguridad
GESTION MEDICA	Larga estancia de pacientes en la sala de observación	3	20	60	Rondas médicas	Registro de las causas que originan las estancias prolongadas en observación. Análisis de los registros y ajustes por fallas en la aplicación de los protocolos.
PROCESOS ASISTENCIALES						
PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	TOTAL	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES DE TRATAMIENTO
CONSULTA EXTERNA	Inoportunidad en la Atención	2	20	40	Se tiene establecido un solo médico 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 super salud. Realizar gestiones administrativas para aumentar el talento humano.
CONSULTA EXTERNA	Eventos Adversos en la Atención	2	20	40	Socialización 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 en el sistema de información de salud.	Análisis de los eventos presentados Comité de seguridad del paciente
CONSULTA EXTERNA	Deficiente atención en área rural	3	10	30	Elaboración de cronograma veredal mensualmente Seguimiento por parte de coordinación médica y jefe de enfermería en la atención, Auditoría a historias clínicas.	Seguimiento al correcto diligenciamiento de historias clínicas Capacitación al personal médico y auxiliar en la atención integral de los usuarios Implementar estrategias para el registro en el software de actividades realizadas en el área rural.
CONSULTA EXTERNA	Exposición al riesgo biológico del personal de enfermería	3	10	30	Protocolo de bioseguridad Dotación de insumos de bioseguridad	Socializar protocolos de bioseguridad Realizar evaluación de pre test y post
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA PYP	Incumplimiento de metas de cobertura	3	10	30	Formato institucional de demanda incluida Seguimiento a la demanda incluida y a los usuarios insistentes. Programación de actividades extramurales	Darle continuidad a las actividades extramurales Canalización a todos los programas de pyp de la institución. Gestionar acciones administrativas (aumento de línea telefónica) para realizar permanentemente demanda incluida.
DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA PYP	Exposición al riesgo biológico del personal de enfermería	3	10	30	Protocolo de bioseguridad Dotación de insumos de bioseguridad	Socializar protocolos de bioseguridad Realizar evaluación de pre test y post
GINECOBETRICIA	Muerte materna y fetal	3	20	60	Capacitación al personal auxiliar de enfermería en la pautas básicas de la atención 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 IAM1 con el personal auxiliar de enfermería que ingresa a la institución.

PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	TOTAL	ZONA DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES DE TRATAMIENTO
HOSPITALIZACIÓN	Eventos adversos e incidentes	3	20	60	Alto	Guías y protocolos del servicio. Auditoría continua. Reporte de fallas técnicas de insumos y dispositivos médicos. Plan de capacitación (PIC) al personal de la institución. Plan operativo anual (POA). Programa de seguridad del paciente. Aplicativo para el reporte de eventos adversos e incidentes.	Revisar y actualizar los protocolos de manejo. Apoyar al área de calidad en las rondas de seguridad.
HOSPITALIZACIÓN	Demoras en prestación de los servicios de salud	3	20	60	Alto	Auditoría 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 área de calidad en las rondas de seguridad.
URGENCIAS	Exposición a riesgo biológico.	3	20	60	Alto	Listas de chequeo, verificación diaria y permanente de la adecuada disposición de residuos.	Seguimiento a adherencia 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 biológico.
URGENCIAS	Fuga de pacientes	3	20	60	Alto	Manillas de identificación. Solicitud de boleta de salida a los usuarios. Formato de ingreso de acompañante permanente. Formato de informe 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	Alto	Control de correos enviados. Ronda médica y de enfermería diaria.	Mejorar canales de comunicación con otros entes receptoros. Aumentar credibilidad al momento de comentar los pacientes. Intensificar las llamadas y envíos de correos electrónicos a instituciones receptoras de pacientes.
PROCESOS DE APOYO ASISTENCIALES							
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Fallas en el equipo de rayos x utilizado para la realización de estudios diagnósticos.	2	20	40	Medio	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	Medio	Personal calificado para manejo de los pacientes en los distintos estados psicológicos y físicos en que se encuentran en momento de la realización del examen. Revisar bien las ordenes médicas e interrogar al paciente sobre el examen solicitado. Mantenimiento preventivo del equipo de rx al día.	Repaso metódico de los pasos que se tienen que tener en cuenta antes de tomar una radiografía por parte del tecnólogo (identificación cruzada para la seguridad del paciente)
LABORATORIO CLINICO	Toma u obtención de muestras inadecuadas	3	20	60	Alto	Indicadores de oportunidad mensuales, manual de toma, almacenamiento y conservación de las muestras; protocolo de transporte de muestras internas y externas en el laboratorio, proceso de admisión de las ordenes de laboratorio, resolución 2003.	Socializar el manual de toma, transporte y conservación de muestras en el laboratorio clínico, realizando listas de chequeo y evaluación de pre test - pos test y

LABORATORIO CLINICO	Obtención de resultados no confiables	3	20	60	60	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	60	Unico usuario y contraseña en el software institucional para el montaje de los resultados en cada historia clínica. Correlación numero de admisión, vs nombre del paciente y resultados. Libro diario de registros de las pruebas; Registro diario de entrega de resultados en el area de estadística	Lista de chequeo Reportes de resultados en la historia clínica
SALUD PUBLICA	Diligenciamiento incompleto y reporte tardío de los eventos de interés en Salud Pública.	3	20	60	60	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 "síntomas respiratorios" cada que se notifique y a bordo un caso nuevo.
SALUD PUBLICA	Acompañamiento y seguimiento inadecuado a los pacientes con TB y VIH/SIDA.	3	20	60	60	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 correspondía y a la familia. Realizar educación al personal asistencial sobre búsqueda de síntomas 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	60	Cronograma de actividades. Informes mensuales. Actas, Listas de asistencia y registros fotograficos.	Ejecutar las actividades programadas para el año en el Plan de Intervención 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	60	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	60	Procedimientos documentados, registro de ingreso e información de cada medicamento y dispositivos medicos en la matriz de recepción técnica	Dar inicio a la implementación del modulo de inventarios haciendo uso de todos los campos que trae el sistema de información.
SERVICIO FARMACEUTICO	Deterioro del principio activo de los medicamentos	3	20	60	60	Semaforización, y almacenamiento adecuado, de acuerdo a los requerimientos de los medicamentos	Realizar semaforización 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	60	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 reempaquetados	3	20	60	<p>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 rotulación, se pasa a sitio de cuarentena</p>	Diligenciamiento completo del formato que se actualiza en el momento del reempaque.
SERVICIO FARMACEUTICO	Entrega errónea del medicamento o dispositivo médico	3	20	60	<p>Se tienen medicamentos sematizados y con el sticker de alto riesgo. Se cuenta con el manual. Se realizan capacitaciones frecuentes de farmacovigilancia y medicamentos LASSA.</p>	Continúa 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	Confusión de medicamentos y reacciones adversas medicamentosas	3	20	60	<p>Se realizan las rondas de seguridad, para verificar la administración segura de medicamentos. Se realizan capacitaciones sobre farmacovigilancia y toxicología periódicamente. Se participa diario en la ronda médica. Revisión de Historias Clínicas</p>	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	<p>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.</p>	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	<p>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 médicos. Se realiza inventario general mensual.</p>	Actualización de formatos para inventarios de carros de paro, kits y stock de medicamentos y dispositivos médicos. Faltales 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	<p>Buzones de PQRSD ubicados en los diferentes servicios. Apertura semanal de los buzones de PQRSD. Informes periódicos de las gestiones realizadas frente a las PQRSD de interés. Seguimiento a las gestiones realizadas por los funcionarios responsables de la respuesta al usuario</p>	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 métodos de atención al usuario en las actividades educativas y tener actas
SIAU	Inadecuada información o intermediación al usuario y su familia.	3	10	30	<p>Oficina de Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU, ubicada en la entrada principal de la entidad.</p>	Activar la asociación de usuarios periódicamente con actas de evidencia. 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	ACCIONES DE TRATAMIENTO
FACTURACION	Desconocimiento de la contratación vigente (régimen subsidiado, contributivas y otras)	3	20	60	ALTO RIESGO	1. Copia del Contrato legalizado. 2. Retroalimentación de los parámetros contratados con la líder de carrera. 3. Lista de tarifas pactadas por contrato.
FACTURACION	Bases de datos de afiliados desactualizadas.	3	20	60	ALTO RIESGO	Soporte de correos electrónicos solicitando las bases de datos a la EPS. Base de Datos de LMA de la alcaldía de Villamaria

FACTURACION	Inoportunidad en la respuesta a glosas	3	20	60	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	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 los 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	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	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	Documentación de los requisitos legales de los proveedores (Cámara y comercio, ruf, fotocopia de la cedula representante legal). Recepción técnica 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	Documentación de los requisitos legales de los proveedores (Cámara y comercio, ruf, fotocopia de la cedula representante legal)	Hoja de vida de proveedores con los documentos de requisitos legales
GESTIÓN DE COMPRAS E INVENTARIOS	Pérdida o mal uso de Los Bienes e Inmuebles	2	20	40	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	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	Conteo mensual de inventario físico. Kardex vs lista de chequeo	Inventario físico mensual
GESTIÓN DE COMPRAS E INVENTARIOS	Manejo del inventario físico mensual	2	20	40	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 indóneo para el cargo	3	20	60	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 título. (Por ejemplo: Acta de grado, diploma, documento de verificación de título expedido por la entidad competente, validación RET-HUS.) Procedimiento de selección de personal documentado. Desarrollo de jornadas de auditoría 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 auditorías a las hojas de vida. Elaboración del Plan de Prevención 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	Plan de incentivos institucionales. Plan institucional de capacitaciones PIC	Actualización Plan de incentivos institucionales. Actualización Plan Institucional de Capacitación. Programa de socialización de capacitaciones. Ítem de asistencia a capacitaciones en la evaluación de desempeño
GESTION DEL TALENTO HUMANO	Liquidación errónea de la nómina	3	10	30	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 de AFL según sea el caso. Capacitar a la persona encargada de la liquidación en tema de nómina.
GESTION DEL TALENTO HUMANO	Faltencias en la ejecución de funciones concernientes al cargo	2	20	40	Procedimiento de Inducción por áreas para persona 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	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	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	Periódicamente se solicita en la oficina de estadísticas vitales de la dirección territorial de salud de todas los certificados de nacidos vivos y defunciones y dentro de estos institucionales 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.
GESTION 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	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 éxterna 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 Condiciones 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

PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	TOTAL	ZONA DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES DE TRATAMIENTO
TESORERIA	Realizar pagos sin requisitos legales	3	20	60	ALTA	Cruce de información con contabilidad. Registro de comprobantes de egresos. Conciliaciones bancarias.	Actualización 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	ALTA	Arqueo diario con la plataforma del banco	Verificar las cuentas a pagar para no sobregiramos 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 (retención en la fuente, salud, pensión, cesantías, servicios públicos)	3	20	60	ALTA	Verificación con contabilidad mediante comprobantes de egreso	Se dejó evidencias de los pagos realizados en el registro de acreedores en excel de los proveedores que van disminuyendo la cartera y posteriormente contabilidad realice revisión y tenga el control.
TESORERIA	Incumplimiento en el pago de obligaciones tributarias o fiscales	3	20	60	ALTA	Verificación continua con contabilidad mediante comprobantes de egreso	Todas las programaciones de pago se realizan en conjunto con gerencia quien es la persona que autoriza los pagos a realizar durante cada mes.
TESORERIA	Apropiación dolosa de dineros públicos	3	20	60	ALTA	Caja de Facturación. Plataforma del banco. Software Institucional modulo de tesorería el cual realiza cruce con contabilidad en el momento de la conciliación que se programa los primeros diez días 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	ALTA	1. Cronograma de capacitación 2. Cronograma de mantenimiento preventivo 3. Capacitación trimestral de equipo biomédico con el personal de enfermería	1. Rondas semestral de mantenimiento preventivo a los equipos biomédicos 2. Capacitación a los profesionales médicos en el manejo de los equipos biomédicos
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	Daños en los equipos relacionados a causa externas	2	20	40	ALTA	En las capacitaciones que se realizan sobre el manejo de los equipos médicos se hace énfasis en que los equipos que cuentan con batería deben permanecer conectados a la red eléctrica para garantizar su funcionamiento durante fallas eléctricas, también se orienta sobre cómo y cuando se debe hacer limpieza del equipo y sus accesorios	1. Realizar protocolo de limpieza de los equipos biomédicos de mayor uso 2. Ronda semanal de mantenimiento preventivo a los equipos biomédicos, verificando el estado de las baterías.
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	Adquisición inadecuada de los equipos biomédicos	3	10	30	ALTA	1. Formato de solicitud de equipos 2. Inventario de equipos biomédicos 3. Manual Institucional de Adquisición de tecnologías Biomédicas	1. Actualización del formato de solicitud de equipos biomédicos
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	Fallas constantes en los equipos biomédicos por falta de mantenimiento preventivo	3	20	60	ALTA	1. Cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos 2. Reporte del mantenimiento de equipos biomédicos	1. Crear una base de datos de los equipos biomédicos
TIICS	Interrupción del funcionamiento y desactualización del software Institucional	3	20	60	ALTA	Mantenimiento preventivo a los equipos de computo, Interacción permanente con el proveedor del software para instalación de actualizaciones	Seguimiento a través del Sistema de Atención al Cliente SAC a las instalaciones realizadas.
PROCESOS DE EVALUACION							
CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	Incumplimiento en la Presentación Oportuna de los Informes ante los Entes de Control	2	20	40	ALTA	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 Auditoría de Cálidas.
MEMORAMIENTO DE LA CALIDAD	Inadecuado seguimiento al sistema de retención documental	3	20	60	ALTA	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 2. Revisión de los documentos objetivos

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Incumplimiento a la política de Autoevaluación y Acreditación en salud.	3	20	60	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	1. Se realizan auditorías encaminadas a la identificación y gestión de los riesgos. 2. Seguimiento y análisis 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