

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AÑO: 2019

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
1	GERENCIA	ESTRUCTURACIÓN Y EVALUACIÓN DE ACUERDOS DE GESTIÓN	Inexistencia de información organizada e inoportuna para la construcción de los acuerdos.	Operativo	3	3	Alta	Capacitar a los Subgerentes sobre el proceso, determinando los plazos de presentación y la información requerida para su estructuración.	3	3	Alta	Capacitar a cada subgerente sobre la importancia y metodología firma de acuerdos	Número de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones propuestas. Linea Base: 1 capacitación al año Meta: Cumplir con el 100% de las capacitaciones Observación: Esta actividad se desarrollará anualmente	Asesor de Gerencia
2		ESTRUCTURACIÓN Y EVALUACIÓN DE ACUERDOS DE GESTIÓN	Incumplimiento de las metas de los indicadores de los acuerdos.	Cumplimiento	3	4	Extrema	Realizar seguimiento de forma semestral a los indicadores planteados.	3	4	Extrema	Elaborar requerimiento escrito de manera mensual y anual a los Gerentes Públicos para que envíen los indicadores de los acuerdos de Gestión	Número de requerimientos escritos enviados a los Gerentes Públicos. Linea Base: 2 Meta: Cumplir con el 100% de los requerimientos escritos Observación: El seguimiento se realizará de forma semestral	Asesor de Gerencia
3		SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	Informes de las áreas presentados inoportunamente o con información inconsistente.	Cumplimiento	3	4	Extrema	Seguimiento a las fechas establecidas por la normatividad para la elaboración de los informes de Gestión.	3	4	Extrema	Enviar requerimientos escritos a las tres Subgerencias para que envíen el Informe con sus respectivas evidencias	Número de informes entregados oportunamente / No. requerimientos escritos enviados a los Subgerentes de la institución. Linea Base: 3 requerimientos escritos a las subgerencias Meta: Cumplir con el 100% de la fecha de presentación de los Informes de Gestión.	Asesor de Gerencia
4	PLANEACIÓN	GESTIÓN DEL RIESGO	Inadecuado seguimiento a los riesgos del proceso por parte del líder y colaboradores de la unidad funcional.	Operativo	4	4	Extrema	Enviar alertas mensuales a los líderes de las unidades funcionales recordándoles el seguimiento a la matriz de riesgo de acuerdo a la periodicidad establecida.	4	4	Extrema	Enviar correos electrónicos mensualmente a las unidades funcionales recordando el seguimiento que deben realizar a los riesgos de acuerdo a su periodicidad	Proporción de alertas enviadas a las unidades funcionales: N° de correos electrónicos enviados/N° total de unidades funcionales x 100 Linea Base: 48 unidades funcionales Meta: Enviar los correos al 100% de los líderes de las unidades funcionales.	Profesional Especializado Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional
5	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Fallas en seguridad de la información.	Tecnología	3	3	Alta	Garantizar la seguridad informática del Data center y de los canales de conectividad (Firewalls, IDS, antivirus, antispam). Generar controles de forma periódica en cuanto al cumplimiento de las políticas de seguridad de la información. Generar un cronograma de capacitación entorno a las políticas de seguridad de la información aprobadas por el hospital. Alinear los procesos entorno al sistema de seguridad de la información, siguiendo buenas prácticas (ISO 27001, COBIT, IT4+, Gobierno en línea, entre otros).	3	3	Alta	Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (Número de necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnológicos solicitados) x 100 Linea Base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente Tratamiento de eventos relacionados en el marco de seguridad y privacidad de la información = (Número de criterios vulnerados en seguridad de la información / total de criterios evaluados) x 100 Linea Base: 0 Meta: 30% <= de criterios vulnerados Población capacitada en seguridad y privacidad de la información = (Número de colaboradores capacitados en sistemas de información / total de colaboradores susceptibles de ser capacitados en sistemas de información) x 100 Linea Base: 0 Meta: 90% de la población capacitada en seguridad de la información Razón de fallas de seguridad informática = (Número de fallas de seguridad informáticas (incluye: pérdida de información, física o digital, por cualquier causa ejemplo por virus informáticos o por fallas en los backups, robo de información, pérdida de historias clínicas físicas, pérdida de resultados, cambio de resultados de un paciente por otro, no transmisión de datos, deterioro de información física, computadores infectados con virus, accesos no autorizados etc. / Total de fallas atendidas) x 100 Meta: 90% de fallas atendidas	Área TIC	
6			GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Indisponibilidad de una arquitectura de infraestructura tecnológica en la entidad.	Tecnología	3	5	Extrema	Garantizar la operación y administración del datacenter. Contar con la administración de servidores. Contar con un sistema de seguridad activo. Contar con sistema de almacenamiento continuo. Disponer de un procedimiento para la generación de backups. Definir una arquitectura de hardware.	3	5	Extrema	Administrar, configurar y actualizar el datacenter, los servidores y sistemas de seguridad. Realizar backups conforme al procedimiento estipulado. Definir la proyección de operación de la infraestructura de hardware operante en la entidad.	Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (Número de necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnológicos solicitados) x 100 Linea Base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente Disponibilidad de los aplicativos TIC = (Número de horas de disponibilidad de los sistemas de información / total de horas disponibles) x 100 Linea Base: 0 Meta: 90% de disponibilidad de aplicativos Mantenimientos preventivos a equipos de cómputo = (Número de mantenimientos preventivos ejecutados a equipos de cómputo / total de mantenimientos programados a estaciones de trabajo) x 100 Linea Base: 0 Meta: 90% de mantenimientos ejecutados Mantenimientos correctivos a equipos de cómputo = (Número de mantenimientos correctivos ejecutados a equipos de cómputo / total de estaciones de trabajo) x 100 Linea Base: 0 Meta: 90% de mantenimientos ejecutados


MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AÑO: 2019


ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
7	TIC	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Ausencia de un plan de contingencia ante la caída de los servicios de TIC.	Tecnología	2	5	Extrema	<p>Contar con un plan de contingencia aprobado por la entidad que asegure la continuidad en la gestión de los aplicativos de TIC.</p> <p>Contar con un sistema de respaldo de información activo.</p>	2	5	Extrema	<p>Implementar un plan de contingencia que garantice la continuidad en la prestación de los aplicativos TI.</p> <p>Realizar backups conforme al procedimiento estipulado.</p> <p>Disponer de servidores que garanticen el resguardo de información</p>	<p>Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (Número de necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnológicos solicitados) x 100</p> <p>Linea Base: 0</p> <p>Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente</p> <p>Distribución de paradas del sistema que activaron el plan de contingencia por tipo de mantenimiento = (Contabilización de las paradas del sistema de información que activaron el plan de contingencia por tipo de mantenimiento / total de paradas del sistema de información) x 100</p> <p>Meta: 90%</p> <p>Disponibilidad de los aplicativos TIC = (Número de horas de disponibilidad de los sistemas de información / total de horas mes disponibles) x 100</p> <p>Linea Base: 0</p> <p>Meta: 90% de disponibilidad de aplicativos</p>	Área TIC
8		GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Ausencia de un modelo de atención en las solicitudes de TIC.	Tecnología	1	4	Alta	<p>Estructurar una mesa de servicio de solicitudes de TIC.</p> <p>Definir acuerdos de niveles de servicio.</p> <p>Definir un modelo en la operación de gestión de incidentes.</p> <p>Definir procedimientos de gestión del service desk.</p>	1	4	Alta	<p>Implementar una mesa de servicios como punto unico de contacto para solicitudes de TIC.</p> <p>Definir tiempos de respuesta y atención.</p> <p>Disponer de procedimientos de operación de la mesa de servicio.</p>	<p>Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (Número de necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnológicos solicitados) x 100</p> <p>Linea Base: 0</p> <p>Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente</p> <p>Tiempo promedio de resolución del incidente = (Sumatoria del tiempo empleado en solucionar el incidente / total de incidentes)</p> <p>Linea Base: 0</p> <p>Meta: 4 < tiempo mínimo requerido para resolución del incidente</p> <p>Disponibilidad de los aplicativos TIC = (Número de horas de disponibilidad de los sistemas de información / total de horas mes disponibles) x 100</p> <p>Linea Base: 0</p> <p>Meta: 90% de disponibilidad de aplicativos</p> <p>Nivel de satisfacción reportada por los usuarios respecto a los servicios tecnológicos ofrecidos = (Número de colaboradores satisfechos con la oportunidad de respuesta a sus necesidades de servicios tecnológicos / Total de colaboradores encuestados) x 100</p> <p>Meta: 90%</p>	Área TIC
9		GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Errores por falta de habilidades en el manejo y uso de las tecnologías de la información.	Tecnología	5	3	Extrema	<p>Estructurar un plan de formación, capacitación y sensibilización en el uso y apropiación de las tecnologías de TI.</p> <p>Definir por parte de los proveedores y disponer a los usuarios finales manuales de operación orientados al correcto uso de los mismos.</p>	5	3	Extrema	<p>Brindar capacitaciones de forma periodica sobre las tecnologías de TIC y políticas de seguridad de la información.</p> <p>Habilitar la plataforma e-learning para formación continua en habilidades TIC.</p>	<p>Población capacitada en seguridad y privacidad de la información = (Número de colaboradores capacitados en sistemas de información / total de colaboradores susceptibles de ser capacitados en sistemas de información) x 100</p> <p>Linea Base: 0</p> <p>Meta: 90% de la población capacitada en seguridad de la información</p> <p>Población capacitada en uso y apropiación de TIC = (Número de colaboradores capacitados en uso y apropiación TIC / total de colaboradores susceptibles de ser capacitados) x 100</p> <p>Linea Base: 0</p> <p>Meta: 90% de la población capacitada</p> <p>Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (Número de necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnológicos solicitados) x 100</p> <p>Linea Base: 0</p> <p>Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente</p>	Área TIC
10		GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Reporte de información errónea.	Operativo	4	4	Extrema	<p>Verificación de matrices contra historias clínicas.</p>	4	4	Extrema	<ol style="list-style-type: none"> Verificación de pacientes en información extraída de indigo cristal, mediante el consolidado de egresos de pacientes atendidos en la IPS durante el periodo de vigencia y revisión de seguimiento para los pacientes prevalentes. Traslado de información a plantilla matriz según anexo de resolución, confirmando datos de identificación a través de FOSYGA o SISPRO e INDIGO. Consulta de historia clínica de acuerdo a ingresos con fecha de corte ultima revisión, consolidando lo solicitado por la matriz de la resolución. Se valida información de los programas de labore para consolidación de datos de laboratorio. Se valida información de los programas de PACS - RIS para consolidación de datos de imagenología. Se revisa códigos CUM para medicamentos de alto costo. Se revisa códigos DIPVOLA para ubicación geográfica de residencia. Se hace revisión cada mes de la información consolidada en la matriz para verificación de forma y contenido. 	<p>1. Total de informes de alto costo que tuvieron que ser corregidos / Total de informes entregados x 100</p>	Profesional Especializado en Sistemas de Información
11	SISTEMA DE INFORMACIÓN	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Perdida de los certificados de nacidos vivos y de defunción ocasionando problemas jurídicos.	Cumplimiento	4	4	Extrema	<ol style="list-style-type: none"> Almacenamiento bajo custodia (Locker de los servicios bajo llave). Entrega de certificados de N.V. y de defunción a cada servicio diligenciando previamente el formato Control de certificados el cual debe estar firmado por la jefe y por el medico que recibe el certificado para diligenciarlo. Se ordena a los jefes responsables del documento no entregar los certificados a personas ajenas a la Institución. 	4	4	Extrema	<p>Realizar verificación diaria servicio a servicio de los certificados existentes y de los entregados para diligenciamiento</p>	<p>Certificados de NV y de defunción perdidos / No. certificados entregados x 100</p>	Auxiliar Administrativo Estadísticas Vitales

AÑO: 2019

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
12		GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Diligenciamiento incompleto o no diligenciamiento de los certificados de nacido vivo y defunción dentro de los tiempos establecidos.	Cumplimiento	4	4	Extrema	1. Se realizan capacitaciones por parte de la Secretaría de Salud Municipal, Dptal y Dane. 2. Se realiza corrección de los certificados devueltos. 3. Funcionaria de estadística del hospital ingresa a la plataforma del ministerio para verificar el ingreso del certificado pendiente. 4. Al ingresar a la plataforma a diligenciar el certificado están enumerados los pasos para el correcto diligenciamiento y evitar la anulación de estos.	4	4	Extrema	Realizar verificación diaria servicio a servicio de que se han diligenciado los certificados en el tiempo establecido.	1. Diligenciamiento incompleto de certificados de NV y de Defunción = No. De certificados diligenciados en forma incompleta en cada servicio / Total de certificados entregados en el servicio x 100 2. No diligenciamiento de los certificados de NV y de Defunción = No de certificados no diligenciados por servicio / Total de certificados entregados en el servicio x 100	Auxiliar Administrativo Estadísticas Vitales
13		GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Reporte extemporáneo de la Información a los entes de vigilancia y control y/o EAPB.	Cumplimiento	4	4	Extrema	Entrega de informes, con recibido de cada una de las EAPB y/o ente de control, según lo estipulado en el procedimiento.	4	4	Extrema	1. Envío del listado de los pacientes atendidos de cada una de las patologías de alto costo al área de archivo para escanear las historias clínicas y entrega en cd para cada una de las EAPB, para el cumplimiento de las resoluciones. 2. Se consolida la base de 6 de las resoluciones de alto costo y se envía a las diferentes EAPB, para que ellas retroalimenten la plataforma nacional en archivo plano; se anexan escaner de historias clínicas y laboratorios. Y la septima resolución se sube en archivo plano plataforma PISIS Cliente Neo del Ministerio de salud.	1. Total de reportes EAPB remitidos en los tiempos oportunos / Total de reportes remitidos a las EAPB x 100	Profesional Especializado en Sistemas de Información
14		PRÉSTAMO DOCUMENTAL	Pérdida y mala manipulación del documento por parte de la unidad funcional que solicitó el préstamo.	Operativo	3	4	Extrema	Informar a la unidad funcional las condiciones de cuidado y conservación del documento.	3	4	Extrema	Agregar dentro del formato de préstamo de documento las advertencias de cuidado y manipulación que el usuario debe tener con el documento	No. de documentos extraviados y devueltos en mal estado / N° total de documentos prestados x 100% Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 10% la pérdida de documentos	Auxiliar Administrativo
15	GESTIÓN DOCUMENTAL	ARCHIVO, CONSERVACIÓN, VALORACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS	Deterioro de los documentos por las condiciones ambientales.	Operativo	4	4	Extrema	Controlar las condiciones ambientales realizando limpieza y fumigando periódicamente.	4	4	Extrema	Gestionar ante la subgerencia administrativa las actividades de limpieza y fumigación.	Proporción de actividades de limpieza y fumigación ejecutadas / N° total de actividades de limpieza y fumigación programadas x 100% Linea Base: 0 Meta: Gestionar el 100% de las actividades de limpieza y desinfección	Auxiliar Administrativo - Recursos Físicos
16		ARCHIVO, CONSERVACIÓN, VALORACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS	Falta de conocimiento y concientización de los funcionarios del Sistema de Gestión Documental.	Operativo	4	3	Alta	Capacitar al personal de las unidades funcionales encargado del manejo documental dentro del proceso de inducción.	4	3	Alta	Realizar capacitación al personal que ingresa, dentro del programa de Inducción	Número de personas capacitadas / No. total de personas que ingresan al área administrativa x 100% Linea Base: 0 Meta: Capacitar al 80% del personal que ingresa al programa de Inducción.	Auxiliar Administrativo
17		COMUNICACIONES OFICIALES INTERNAS Y EXTERNAS	Falta de conocimiento para determinar la competencia de las comunicaciones.	Operativo	4	4	Extrema	Capacitar al personal e ilustrarlos de los procedimientos ejecutados por las unidades funcionales de la institución.	4	4	Extrema	Verificar los indicadores de ocurrencia de las comunicaciones entregadas erróneamente, diseñar las capacitaciones según la necesidad y realizar cronograma de capacitación	Número de comunicaciones entregadas erróneamente / N° total de comunicaciones realizadas X 100% Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 10% la ocurrencia de comunicaciones entregadas erróneamente	Auxiliar Administrativo de Correspondencia
18	TALENTO HUMANO	INCORPORACION DE PERSONAL	Vincular funcionarios que no cumplen con los requisitos establecidos por la institución.	Cumplimiento	4	3	Alta	Aplicar una lista de chequeo de los requisitos exigidos en el proceso incorporación del personal a cada funcionario que ingresa.	4	3	Alta	Realizar seguimiento en los subcomités de autocontrol a la aplicabilidad de la lista de chequeo.	Número de funcionarios nombrados con lista de chequeo cumplida / Número de funcionarios nombrados x 100 Linea Base: 0 Meta: 100% de las personas que ingresan a la institución aprueben la lista de chequeo aplicada.	Profesional Universitario de Talento Humano
19		LIQUIDACIÓN Y PAGO DE NOMINA	Que no se registren las novedades de la nómina de forma íntegra, exacta y oportuna.	Operativo	5	3	Extrema	Realizar revisión del 10% de las novedades que se carguen al sistema durante el mes.	5	3	Extrema	Verificación mensual del 10% de las novedades cargadas.	Número de actas de revisión / 12 x 100 Linea Base: 0 Meta: Realizar el 100% de las verificaciones las cuales se soportan con las actas de seguimiento.	Profesional Universitario de Talento Humano
20		LIQUIDACIÓN Y PAGO DE NOMINA	Nómina generada erróneamente.	Operativo	3	3	Alta	Generar hojas de liquidación de novedades de vacaciones y soportarlas en la nómina, como medio de verificación antes de su pago.	3	3	Alta	Verificación Nómina Vs hojas de liquidación de novedades de vacaciones soportadas en la nómina antes de su pago.	Número de hojas de liquidación de vacaciones / No. de funcionarios que disfrutaron vacaciones x 100 Linea Base: 12 Meta: Cumplir con el 100% de la generación de la nómina. Observación: Se ajusta indicador, debido a que el anterior, no medía la efectividad del control.	Profesional Universitario de Talento Humano
21	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	MANUAL DE NOTIFICACIÓN, REPORTE E INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES, ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES	Vencimiento de términos para la notificación del accidente de trabajo a la ARL.	Cumplimiento	3	4	Extrema	Realizar capacitaciones a los funcionarios a fin de conozcan el proceso de reporte.	3	4	Extrema	Inducción y Reinducción del personal que labora en la institución.	Proporción de capacitaciones realizadas: N° de capacitaciones realizadas / N° de capacitaciones programadas Linea Base: 0 Meta: 70%	Profesional Universitario Oficina de SST
22		MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y VIGILANCIA DE LA SALUD	Incumplimiento en la realización de los exámenes ocupacionales.	Operativo	3	3	Alta	Remitir oficio a la oficina de Talento Humano informando el incumplimiento del funcionario.	3	3	Alta	Una vez identificado el funcionario que incumple, se deberá remitir oficio a la oficina de Talento Humano.	Proporción de exámenes realizados: N° de exámenes realizados a los funcionarios / N° de exámenes programados x 100 Linea Base: 0 Meta: 70%	Coordinador Oficina de SST
23		IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS RIESGOS SE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Incumplimiento de la normatividad en SST por parte de los terceros (obras civiles, mantenimiento, etc).	Operativo	4	4	Extrema	Verificar en las minutas de los contratos el cumplimiento de las normas de SST según manual establecido en los anexos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.	4	4	Extrema	Revisar y avalar el cumplimiento de las normas de SST a los terceros previa contratación.	Proporción de contratos revisados y avalados por a oficina de SST según manual de contratistas: N° de contratos revisados y avalos por a oficina de SST / N° de contratos que ameritan revisión x 100 Linea Base: 0 Meta: 50%	Coordinador Oficina de SST
24		DISPOSICIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Acumulación de residuos peligrosos en el almacenamiento temporal del hospital.	Operativo	1	4	Alta	Verificación constante del almacenamiento temporal por parte de los vigías.	1	4	Alta	Inspecciones no planeadas al almacenamiento temporal.	No. De inspecciones no planeadas al almacenamiento temporal. Linea Base: 0 Meta: Realizar el 100% de las inspecciones no planeadas al almacenamiento temporal.	Profesional Universitario
25		DISPOSICIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Acumulación de residuos peligrosos en el almacenamiento de residuos central del hospital.	Operativo	1	4	Alta	Verificación constante del almacenamiento central por parte de los vigías.	1	4	Alta	Inspecciones no planeadas al almacenamiento central.	No. De inspecciones no planeadas al almacenamiento central. Linea Base: 0 Meta: Realizar el 100% de las inspecciones no planeadas al almacenamiento central.	Profesional Universitario
26		DISPOSICIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Sanciones por incumplimiento de la normatividad ambiental vigente.	Cumplimiento	2	4	Alta	Seguimiento al manejo de los residuos en la institución.	2	4	Alta	Capacitación, inspecciones no planeadas.	No. de inspecciones no planeadas realizadas al proceso Linea Base: 0 Meta: Cumplir con el 90% de las capacitaciones e inspecciones no planeadas	Profesional Universitario

HOSPITAL UNIVERSITARIO FACULTAD DE MEDICINA Ejército Nacional 1911		FORMATO										 FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019 VERSIÓN: 01 CÓDIGO: GD-ME-F-004-001C		
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL														
AÑO: 2019														
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
27	SIAU	ATENCIÓN AL CLIENTE	Información u orientación incorrecta al usuario.	Operativo	4	3	Alta	Solicitar a las diferentes unidades funcionales y servicios asistenciales los cambios internos de cara al usuario.	4	3	Alta	Proyectar circular informativa donde se solicite de forma cuatrimestral a las unidades funcionales y servicios asistenciales los cambios internos de cara al usuario de forma oportuna.	Número total de solicitudes radicadas Linea Base: 0 Meta: Que se radiquen el 100% de las solicitudes.	Profesional Universitario de SIAU Auxiliar de Atención al Usuario
28		GESTIÓN Y TRÁMITE DE P.Q.R.S.D.	Inoportunidad en el tiempo de respuesta de las P.Q.R.S.D.	Operativo	4	3	Alta	Enviar notificación vía presencial, telefónica o correo electrónico al responsable de la respuesta de la P.Q.R.S.D. informando el vencimiento del término.	4	3	Alta	Informar vía telefónica, presencial o correo electrónico a los responsables de dar respuesta a las P.Q.R.S.D. la proximidad del vencimiento de los términos.	Número de P.Q.R.S.D. atendidas y tramitadas dentro del término establecido / Número total de P.Q.R.S.D. radicadas en el mes x 100 Linea Base: 0 Meta: Que el 90% de las P.Q.R.S.D. se contesten dentro del término establecido.	Profesional Universitario de SIAU Auxiliar de Atención al Usuario
29	TRABAJO SOCIAL	GESTIÓN DE TRABAJO SOCIAL	Falta de identificación del caso con vulneración social por el personal de salud tratante.	Operativo	5	3	Extrema	Proyectar circular informativa dirigida a los Coordinadores de los Servicios Asistenciales de forma semestral, en donde se establezcan los criterios para generar interconsultas.	5	3	Extrema	Gestionar semestralmente una circular Informativa dirigida a los Coordinadores de los Servicios Asistenciales en donde se establezcan los criterios para generar interconsultas.	Número de circulares informativas proyectadas y gestionadas. Linea Base: 0 Meta: Que se gestionen el 100% de las circulares informativas Observación: Esta actividad se realizará de forma semestral.	Trabajo Social
30		GESTIÓN DE TRABAJO SOCIAL	Falta de identificación del caso con vulneración social por el personal de salud tratante.	Operativo	5	3	Extrema	Reportar a la Subgerencia Técnico Científica de manera cuatrimestral (los 10 primeros días de mayo, septiembre y enero) el consolidado de casos identificados con y sin interconsulta y el análisis de los mismos.	5	3	Extrema	Elaborar informe con el consolidado de casos identificados con y sin interconsulta y enviar a la Subgerencia Técnico - Científica y Financiera.	Número de informes elaborados y remitidos a la Subgerencia Técnico científica y Subgerencia Financiera / Total de informes elaborados x 100 Linea Base: 0 Meta: Que se envíe el 100% de los informes a la subgerencia técnico científica y subgerencia financiera Observación: Esta actividad se realizará cada cuatro meses.	Trabajo Social
31		GESTIÓN DE TRABAJO SOCIAL	Estancias de hospitalización prolongadas por deficiencia de oferta institucional para el abordaje de la población en abandono social.	Operativo	5	4	Extrema	Realizar informe descriptivo de los pacientes abandonados socialmente y las gestiones realizadas a fin reportar a las Subgerencia Técnico Científica y Subgerencia Financiera con copia a Gerencia, solicitando acompañamiento para soluciones efectivas.	5	4	Extrema	Elaborar informe descriptivo de los usuarios abandonados y remitirlos a Subgerencia Técnico - Científica y Subgerencia Financiera.	Número de informes elaborados y remitidos a las Subgerencias Tecnico-científica y Financieras/ Total de informes elaborados x 100 Linea Base: 0 Meta: Que se envíen el 100% de los informes a la subgerencia Subtécnica y Subgerencia financiera	Trabajo Social
32	CALIDAD	EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Inadecuada implementación de la cultura de mejoramiento continuo.	Estratégico	4	4	Extrema	Implementación de mejoras a los procesos, autoevaluación de estándares, estructuración del modelo de mejoramiento institucional, aplicación de las estrategias transversales establecidas desde PAMEC, seguimiento y presentación de avances al equipo de mejoramiento sistémico, presentación de los indicadores de gestión resultados de la aplicación de auditoría integral de calidad, presentación de la percepción del cliente interno y externo, reporte del estado a la importación del programa de seguridad del paciente y sus indicadores de obligatorio reporte.	4	4	Extrema	Fortalecimiento de la participación de los equipos de primer y segundo nivel en las estrategias para el mejoramiento continuo mediante reuniones programadas con el líder del proceso.	No. de actas de asesoría y/o seguimiento involucrando a los líderes de los equipos de primer y segundo nivel a participar de las estrategias y demás temas relacionados con el mejoramiento continuo. Linea Base: 26 Equipos primarios, 7 Equipos Secundarios Meta: Involucrar al 100% de los líderes de los equipos de primer y segundo nivel, en la participación de las estrategias y demás temas relacionados con el mejoramiento continuo.	Profesional Universitario Área de Calidad
33		EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Inadecuada implementación de la cultura de mejoramiento continuo.	Estratégico	4	4	Extrema	Implementación de mejoras a los procesos, autoevaluación de estándares, estructuración del modelo de mejoramiento institucional, aplicación de las estrategias transversales establecidas desde PAMEC, seguimiento y presentación de avances al equipo de mejoramiento sistémico, presentación de los indicadores de gestión resultados de la aplicación de auditoría integral de calidad, presentación de la percepción del cliente interno y externo, reporte del estado a la importación del programa de seguridad del paciente y sus indicadores de obligatorio reporte.	4	4	Extrema	Asesorar la identificación de oportunidades de mejora y establecimientos de acciones derivadas de las auditorías internas y externas realizadas en la institución y realizar seguimiento según periodicidad establecida.	No. de acciones cumplidas relacionadas con las auditorías internas y externas realizadas en la institución / No. de acciones de mejora identificadas relacionadas con la auditorías internas y externas realizadas en la institución x 100 Linea Base: 0 Meta: 80% de las acciones se encuentren cumplidas.	Profesional Universitario Área de Calidad
34	CONSULTA EXTERNA	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Impuntualidad en la atención por parte del Médico Especialista.	Operativo	5	3	Extrema	Verificar el cumplimiento en la hora de atención a través del software Indigo Crystal, retroalimentando el resultado a los profesionales que superen los 30 minutos para iniciar la atención.	5	3	Extrema	Realizar una retroalimentación de las quejas presentadas por impuntualidad a cada médico, con la realización de una acción de mejora para que esta situación no se repita. En caso de reiterarse la situación más de 2 veces se remitirá informe a la Subgerencia técnico - Científica para que se tomen las medidas administrativas pertinentes.	Número de médicos que se tardaron más de 30 minutos en realizar la atención del paciente al mes. Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 5% mensual el número de médicos que tardan más de 30 minutos en iniciar la atención de pacientes.	Coordinador Servicios Ambulatorios Enfermera del Servicio Profesional Auditor del Servicio
35		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Impuntualidad en la atención por parte del Médico Especialista.	Operativo	5	3	Extrema	Realizar una retroalimentación de las quejas presentadas por impuntualidad a cada médico y generar una acción de mejora personal.	5	3	Extrema	Realizar una retroalimentación de las quejas presentadas por impuntualidad a cada médico, con la realización de una acción de mejora para que esta situación no se repita. En caso de reiterarse la situación más de 2 veces se remitirá informe a la Subgerencia técnico - Científica para que se tomen las medidas administrativas pertinentes.	Número de médicos con más de una queja por impuntualidad al mes. Linea Base: 0 Meta: Disminuir mensualmente en un 5% las quejas por impuntualidad.	Coordinador Servicios Ambulatorios Profesional Médico Especializado de Apoyo en Servicios Ambulatorios
36		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Trato deshumanizado al cliente interno y externo por parte del Médico Especialista.	Operativo	5	3	Extrema	Socializar la política de humanización a todo el personal médico que labora en el servicio.	5	3	Extrema	Socializar la política de humanización a todo el personal médico que labora en el servicio, generando un documento que soporte esta actividad y posteriormente evaluar su aplicación en la atención, a través de la aplicación de encuestas a pacientes utilizando material visual sencillo que representen el grado de complacencia ante la atención recibida. Esta actividad evaluativa se realizará al azar 2 veces al mes, aplicándolo a los pacientes atendidos por 9 médicos del día, incluyendo siempre los que más generan PQR según el informe emitido por la oficina de Atención a Usuario. Su resultado se socializará al final de la jornada al médico, avisando que recibió la información con su firma en la hoja de agendamiento del día que contiene la información recogida de los usuarios.	Proporción de PQR asociadas a la atención a una atención deshumanizada con respecto al total de PQRS en el servicio de consulta externa. Linea Base: 0 Meta: Disminuir mensualmente en un 3% los médicos con resultado menor a satisfactorio según las encuestas aplicadas a los pacientes mensualmente.	Personal de Enfermería y Enfermera Coordinadora del Servicio Coordinador de Servicios Ambulatorios y Profesional Médico Especializado de Apoyo
37		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Mal diligenciamiento y entrega incompleta del paquete de egreso.	Operativo	5	3	Extrema	Revisión a los paquetes de atención que se generan en la consulta médica especializada.	5	3	Extrema	Revisión a los paquetes de atención que se generan, identificado los que estén incompletos o con errores por parte del médico especialista, registrando diariamente las inconsistencias presentadas en el libro diseñado para tal fin, posteriormente esta información se consolidará en forma semanal y se remitirá la coordinación de servicios ambulatorios para retroalimentar a los involucrados, generando acciones de mejora.	Numero de paquetes mal diligenciados generados durante la atención del paciente. Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 5% mensual los paquetes mal diligenciados generados durante la atención del paciente.	Coordinador Servicios Ambulatorios Profesional Médico Especializado de Apoyo en Servicios Ambulatorios Enfermera Coordinadora y Auxiliares de Enfermería.
38	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Mal diligenciamiento y entrega incompleta del paquete de egreso.	Operativo	5	4	Extrema	Identificación y gestión de necesidades relacionadas con el sistema Indigo Crystal.	5	4	Extrema	Identificación de necesidades por medio de formato preestablecido y revisión de registro de lo documentado en el libro diseñado para tal fin y consolidación de esta información en el formato de identificación de necesidades, posteriormente esta información se consolidará en forma semanal y se remitirá la coordinación de servicios ambulatorios para la respectiva gestión.	Numero de paquetes mal diligenciados generados durante la atención del paciente. Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 5% mensual los paquetes mal diligenciados generados durante la atención del paciente.	Coordinador Servicios Ambulatorios, Profesional medico especializado de apoyo en servicios ambulatorios, Enfermera coordinadora y auxiliares de enfermería.	

AÑO: 2019														
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
39	IAMII	ESTRATEGIA IAMII	Incumplimiento de la Política IAMII por parte del personal de los servicios Materno-Infantiles de la institución.	Cumplimiento	4	3	Alta	Socializar la Política de IAMII a través de los diferentes medios de comunicación con los que cuenta la institución (correo electrónico, redes sociales, nothospital, entre otros) y en los procesos de Inducción y Reinducción.	4	3	Alta	Solicitar a la Unidad de Mercado el apoyo para la difusión de la Política de la Estrategia IAMII. Organizar cronograma con la Unidad de Mercado sobre los diez pasos de la estrategia IAMII. Realizar la autoapreciación de los diez pasos trimestralmente de acuerdo con lineamientos vigentes de la estrategia IAMII.	Solicitud de Comunicaciones elaborada. Línea Base: 12 Meta: Cumplir con el 100% de las solicitudes. Cronograma elaborado y ejecutado Línea Base: 1 Meta: Cumplir con el 80% de las actividades programadas. Número total de criterios cumplidos con respecto a la autoapreciación de cada paso de la Estrategia IAMII/ Número total de Criterios de Autoapreciación de la Estrategia IAMII x 100 Línea Base: 80% Meta: Cumplir con el 80% de los criterios de la autoapreciación de los diez pasos Observación: La aplicación de las listas de autoapreciación se realizará trimestralmente.	Coordinadora IAMII
40	CANGURO	ATENCIÓN EL PROGRAMA CANGURO AMBULATORIO	Broncoaspiración del bebé prematuro o BPN durante la consulta en el programa canguro ambulatorio.	Operativo	1	4	Alta	Recomendar a la madre colocar al bebé en posición canguro, al momento de sacarlo de la posición canguro colocarlo en una superficie inclinada.	1	4	Alta	Suministrar superficie inclinadas para que los bebés sean colocados cuando no estén en posición canguro y cumplir con las actividades de atención individual al RNPT o RNBNP en el PCA.	Número de bebés que asisten a la consulta de canguro que haya presentado broncoaspiración durante la consulta / Número total de niños atendidos (consultas) durante ese período x 100 Línea Base: 0 Meta: <1 % de bebés broncoaspirados por cada mes.	Equipo Canguro
41	URGENCIAS	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Complicación del usuario derivada de la inadecuada clasificación de los pacientes en el TRIAGE.	Operativo	4	5	Extrema	Socialización y evaluación del proceso y procedimientos del Triage al personal médico y de enfermería.	4	5	Extrema	Analizar el indicador de triage II y realizar planes de mejoramiento derivados de los hallazgos.	Indicador: Acciones de mejoramiento cumplidas / Acciones de mejora programadas x 100 Línea Base: 0 Meta: Por encima del 90% de las acciones cumplidas.	Coordinador Médico y Coordinadora de Enfermería del Servicio
42		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Infecciones asociadas al cuidado de la salud: FLEBITIS.	Operativo	4	5	Extrema	Seguimiento y búsqueda activa de sucesos de seguridad relacionadas con infecciones asociadas al cuidado de la salud (Flebitis).	4	5	Extrema	Reportar y analizar de los sucesos de seguridad relacionada con la FLEBITIS.	Indicador N° 1: Número de flebitis presentadas en el servicio de urgencias. Línea Base: 7 Meta: Disminuir los casos de flebitis <5 casos al mes. Indicador N° 2: Número de casos de flebitis analizados / Total de flebitis identificadas al mes x 100 Línea Base: 90% Meta: Analizar el 100% de los casos presentados.	Auditor de Pediatría y Adultos
43		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Lesiones derivadas de la atención en salud: CAÍDAS CON LESIÓN.	Operativo	5	5	Extrema	Seguimiento y búsqueda activa de sucesos de seguridad relacionadas con lesiones derivadas de la atención en salud (caídas con lesión).	5	5	Extrema	Reportar y analizar de los sucesos de seguridad relacionada con CAÍDAS CON LESIÓN.	Indicador N° 1: Número de CAÍDAS CON LESIÓN presentadas en el servicio de urgencias. Línea Base: 2 Meta: 1 Indicador N° 2: Número de casos de CAÍDAS CON LESIÓN analizados / Total de CAÍDAS CON LESIÓN identificadas al mes x 100. Línea Base: 90% Meta: Analizar el 100% de los casos presentados.	Auditor de Pediatría y Adultos
44		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Lesiones derivadas de la atención en salud: LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA.	Operativo	4	4	Extrema	Seguimiento y búsqueda activa de sucesos de seguridad relacionadas con lesiones derivadas de la atención en Salud (lesiones asociadas a la dependencia).	4	4	Extrema	Reportar y analizar de los sucesos de seguridad relacionada con la LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA.	Indicador N° 1: Número de LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA presentadas en el servicio de urgencias. Línea Base: 3 Meta: Disminuir los casos de lesiones asociadas a la dependencia a < a 2 casos. Indicador N° 2: Número de casos de LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA analizados / Total de casos de lesiones asociadas a la dependencia identificadas al mes x 100 Línea Base: 90% Meta: Analizar el 100% de los casos.	Auditor de Pediatría y Adultos
45	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Trato deshumanizado por parte del personal asistencial del Servicio de Urgencias.	Operativo	5	2	Alta	Identificación y análisis de PQRS derivadas del trato deshumanizado en el servicio de urgencias.	5	2	Alta	Socializar las estrategias de humanización y elaborar planes de mejoramiento derivada las PQRS por el personal implicado.	Indicador: Acciones de mejoramiento cumplidas / Acciones de mejora programadas x 100 Línea Base: 0 Meta: Por encima del 90% de las acciones cumplidas. Indicador N° 2: Una estrategia de Humanización, socializada y evaluada al mes. Línea Base: 0 Meta: 12 socializaciones al año de las estrategias de Humanización.	Coordinador del Servicio Enfermería Equipo de Humanización	
46	HOSPITALIZACIÓN	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Diligenciamiento inoportuno y/o equivocado de las ordenes médicas.	Operativo	4	4	Extrema	Realización de Auditoría concurrente. Capacitación en buenas prácticas para el diligenciamiento de historias clínicas al personal médico generales y a coordinadores de especialidades. Gestión ante Subgerencia técnica sobre la oportunidad en evolución y ordenes medicas por parte de las especialidades médicas.	4	4	Extrema	Realizar auditoría concurrente, oficiar a la subgerencia técnica a máximo 31 de octubre informando la inoportunidad en las evoluciones medicas por parte de los especialistas. Capacitación sobre adecuado diligenciamiento de las historias clínicas.	Número de casos de incidentes y eventos adversos realizados diligenciamiento e inoportuno de ordenes medicas / Total de eventos e incidentes reportados x 100 Línea Base: 0 Meta: 5% de los eventos e incidentes reportados.	Jefes de Enfermería Coordinadores de las diferentes Especialidades Jefe de Hospitalización
47		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Interpretación inadecuada e inoportuna de las ordenes médicas.	Operativo	3	4	Extrema	Rondas de enfermería que incluya auditoría aleatoria de historias y registros de enfermería para búsqueda activa de casos. Capacitación al personal en la adecuada interpretación y oportunidad de las ordenes médicas. Análisis de los casos encontrados para determinar intervenciones.	3	4	Extrema	Realizar auditoría aleatoria mensual a través de las rondas de enfermería de los registros de enfermería. Realizar capacitaciones semestrales al personal de enfermería relacionado con los hallazgos encontrados en las auditorías realizadas.	Proporción de sucesos de seguridad relacionados con la inadecuada interpretación e inoportunidades en el cumplimiento de las ordenes médicas. Línea Base: 0 Meta: 8%	Profesional Universitario Departamento de Enfermería

HOSPITAL UNIVERSITARIO FACULTAD DE MEDICINA EXPERIENCIA Y CALIDAD		FORMATO										 FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019 VERSIÓN: 01 CÓDIGO: GD-ME-F-004-001C		
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL														
AÑO: 2019														
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
48	ENFERMERÍA	MANUAL DE ENFERMERÍA	Error en la administración de medicamentos.	Operativo	5	3	Extrema	Medición de la adherencia a los diez correctos mediante la aplicación de las listas de chequeo y administración segura de medicamentos.	5	5	Extrema	Aplicar lista de chequeo de Administración segura de medicamentos.	Nro. de criterios cumplidos en lista de chequeo de administración segura de medicamentos / Total de criterios evaluados x 100 Linea Base: 0 Meta: Que las listas de chequeo aplicadas evidencien un cumplimiento de por lo menos el 80% de los criterios evaluados.	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
49		MANUAL DE ENFERMERÍA	Flebitis infecciosas.	Operativo	5	5	Extrema	Medición de la adherencia al Manual de enfermería mediante lista de chequeo a la canalización y mantenimiento del acceso venoso periférico.	5	3	Extrema	Aplicar lista de chequeo aleatoria para verificar adherencia al procedimiento de canalización y mantenimiento del acceso venoso periférico.	Nro. de criterios cumplidos en lista de chequeo de canalización y mantenimiento de accesos venosos periféricos / Total de criterios evaluados x 100 Linea Base: 0 Meta: Que las listas de chequeo aplicadas evidencien un cumplimiento de por lo menos el 80% de los criterios evaluados.	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
50		MANUAL DE ENFERMERÍA	Caída de pacientes con lesión.	Operativo	5	3	Extrema	Medición de adherencia a la prevención de caídas a través de listas de chequeo aplicadas de forma aleatoria.	5	5	Extrema	Aplicar lista de chequeo aleatoriamente de prevención de caídas de pacientes.	Nro. de criterios cumplidos en lista de chequeo de prevención de caídas de pacientes / Total de criterios evaluados x 100 Linea Base: 0 Meta: Que las listas de chequeo aplicadas evidencien un cumplimiento de por lo menos el 80% de los criterios evaluados.	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
51		MANUAL DE ENFERMERÍA	Úlceras Por Presión (UPP).	Operativo	5	5	Extrema	Medición de adherencia a la prevención de úlceras por presión a través de listas de chequeo aplicadas de forma aleatoria.	5	3	Extrema	Aplicar de la lista de chequeo de úlceras por presión.	Nro. de criterios cumplidos en lista de chequeo de prevención de UPP / Total de criterios evaluados x 100 Linea Base: 0 Meta: Que las listas de chequeo aplicadas evidencien un cumplimiento de por lo menos el 80% de los criterios evaluados.	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
52	UNIDAD DE SALUD MENTAL	ATENCIÓN AL USUARIO EN EL PROGRAMA DE HOSPITAL DÍA	No se cumpla el proceso de atención al usuario en el programa de Hospital día.	Operativo	3	5	Extrema	Seguimiento al proceso de atención al usuario en el programa de hospital día.	3	5	Extrema	Realizar 1 auditorías mensual de seguimiento al proceso de programa de hospital día, el cual se socializará en el comité mensual de autocontrol, generando planes de mejoramiento individuales al personal que no se adhiere al cumplimiento del proceso hospital día. Las 6 personas corresponden a los profesionales: Médico Psiquiatra, enfermera jefe, Auxiliar de enfermería, Terapeuta ocupacional, Psicología y Trabajo social.	Número de personas involucradas en el proceso que dan cumplimiento al mismo / Número total de personal que interviene en el proceso de hospital día. Linea Base: 0 Meta: Las 6 personas deben ejecutarlo en la forma correcta.	Coordinador y Auditora de Unidad Mental
53		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Caídas debido a efectos de la medicación.	Operativo	5	5	Extrema	Identificación temprana de los usuarios que tienen medicación que producen sedación o inducción al sueño.	5	5	Extrema	Aplicar escala de Escala Downton para valorar el nivel del riesgo a que está expuesto el usuario , colocar manilla de color verde para identificarlo y tomar medidas de contención física (inmovilización).	Número de pacientes identificados con la escala de Downton / Número total de usuarios ingresados a la Unidad de Salud Mental. Linea Base: 0 Meta: Aplicar la escala Downton al 100% de los usuarios que ingresen la Unidad de Salud Mental.	Personal de Enfermería
54		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Error en la administración de medicamentos.	Operativo	5	5	Extrema	Medición de la adherencia a los diez correctos mediante la aplicación de las listas de chequeo y administración segura de medicamentos.	5	5	Extrema	Aplicar lista de chequeo de administración de medicamentos segura para verificar la adherencia al procedimiento	Número de listas de chequeo que no cumplen con los criterios en el recibo y entrega de turno/ total de listas de chequeo aplicadas x 100 Linea Base: 0 Meta: Que el 80% cumplan con la adherencia al manual de enfermería.	Auditor y Enfermero Profesional de la Unidad Salud Mental
55		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Fuga por fallas en el sistema de seguridad del paciente.	Operativo	4	5	Extrema	Identificación temprana de los usuarios con riesgo de fuga.	4	5	Extrema	Aplicar medidas de contención verbal, mecánica y farmacológica de la guía de práctica clínica Prevención y Manejo de fuga de pacientes previa socialización de la misma.	Socialización de la Guía de Práctica Clínica prevención y manejo de fuga de pacientes. Minimizar en un 10% las agresiones de los usuarios al personal asistencial. Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 10% los casos de agresiones de los usuarios y familiares hacia los colaboradores. Observación: Se realizará el análisis de los casos que se presenten con su respectivo plan de mejoramiento.	Equipo Interdisciplinario de la Unidad de Salud Mental
56		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Agresiones al personal asistencial por parte de usuarios y acompañantes.	Operativo	5	5	Extrema	Manejar la medicación y técnicas de inmovilización a los usuarios con enfermedades mentales.	5	5	Extrema	Realizar reentrenamiento en manejo de inmovilizaciones de usuarios y aplicar esquema de sedación según orden médica y guía de paciente con agitación psicomotora.	Número de colaboradores reentrenados en inmovilización / Total de colaboradores de la Unidad de Salud Mental Linea Base: 0 Meta: Inmovilizar al 100% de los usuarios con agitación psicomotora. Observación: El reentrenamiento se realizará de forma semestral a todos los colaboradores de la Unidad de Salud Mental.	Coordinador del Servicio Personal de Enfermería Equipo Psicosocial
57	CIRUGÍA	ATENCIÓN DEL USUARIO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO EN SALAS DE CIRUGÍA	Infecciones en el sitio operatorio del usuario ambulatorio.	Operativo	5	5	Extrema	Seguimiento a la adherencia del protocolo de higienización de manos y preparación de área operatoria.	5	5	Extrema	Aplicar lista de chequeo de llamado en casa de cirugía segura del usuario ambulatorio. Participación en el comité de infecciones.	Número de ISO identificadas / No. total de pacientes que ingresaron a salas de cirugía Linea Base: 0 Meta: 3% de pacientes con ISO.	Coordinador de Cirugía Personal de Enfermería
58		ATENCIÓN DEL USUARIO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO EN SALAS DE CIRUGÍA	Administración inadecuada de medicamentos.	Operativo	4	4	Extrema	Verificación de la Adherencia a los diez correctos en la administración medicamentos.	4	4	Extrema	Aplicar lista de chequeo del procedimiento de administración de medicamentos segura.	No. de pacientes reportados con inadecuada administración de medicamentos / No. total de lista de chequeo de administración de medicamentos aplicadas Linea Base: 0 Meta: el 1% de sucesos de seguridad reportados por administración de seguridad de medicamentos.	Coordinador de Cirugía Personal de Enfermería
59		ATENCIÓN DEL USUARIO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO EN SALAS DE CIRUGÍA	Falla en la identificación del paciente, muestras y lateralidad quirúrgica.	Operativo	2	4	Alta	Aplicación de lista de chequeo de Cirugía segura. Medir adherencia a la aplicación de la lista de chequeo.	2	4	Alta	Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. Medir adherencia a la aplicación de las barreras del programa de seguridad del paciente.	No. de listas de chequeo diligenciadas correctamente / No. total de pacientes atendidos Linea Base: 0 Meta: 100% de listas diligenciadas correctamente.	Coordinador de Salas de Cirugía Profesional Especializado
60	MANUAL BUENAS PRÁCTICAS DE ESTERILIZACIÓN	Daños en los equipos de esterilización por falta de mantenimiento preventivo y/o correctivo.	Operativo	4	5	Extrema	Verificación al cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento preventivo y/o correctivo.	4	5	Extrema	Realizar seguimiento al cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento preventivo y/o correctivo	Número de mantenimientos preventivos y/o correctivos / Total de mantenimientos preventivos y/o correctivos programados x 100 Linea Base: 0 Meta: Cumplir con el 100% de los mantenimientos preventivos y/o correctivos programados.	Líder de Esterilización	

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AÑO: 2019

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
61	ESTERILIZACIÓN	MANUAL BUENAS PRÁCTICAS DE ESTERILIZACIÓN	Falla en el proceso de esterilización por desconocimiento de los procedimientos de esterilización del personal.	Operativo	4	3	Alta	Actualización del Manual de Buenas Prácticas de esterilización y socialización al personal de la Unidad de Esterilización.	4	3	Alta	Realizar la actualización y respetiva socialización del Manual de Buenas Prácticas de esterilización con el personal de la unidad	Número de colaboradores capacitados / Total de colaboradores de la unidad de esterilización x 100 Línea Base: 0 Meta: Capacitar al 100% de los colaboradores en el Manual de Buenas prácticas de Esterilización.	Líder de Esterilización
62		MANUAL BUENAS PRÁCTICAS DE ESTERILIZACIÓN	Inoportunidad en los tiempos de esterilización por cortes en el sistema de vapor no comunicado en a la unidad funcional con el sistema de vapor.	Operativo	4	4	Extrema	Solicitar a recursos físicos las fechas en las cuales van a realizar el corte en el sistema de vapor.	4	4	Extrema	Enviar oficio solicitando se informe por anticipado cuando se va a realizar los cortes en el sistema de vapor	Oficio enviado a Recursos Físicos Línea Base: 0 Meta: Conocer los días en los cuales se presenta el corte en el sistema de vapor.	Líder de Esterilización Jefe de Recursos Físicos
63		MANUAL BUENAS PRÁCTICAS DE ESTERILIZACIÓN	Pérdida del instrumental y material de osteosíntesis por no contar con el profesional idóneo para la recepción y verificación del material.	Operativo	4	5	Extrema	Gestionar el personal necesario para la recepción del instrumental y material de osteosíntesis.	4	5	Extrema	Enviar solicitud a talento humano y subgerencia técnico científica para el contar con el personal idóneo en los turnos de la tarde y de la noche	Solicitud de requerimiento de recurso humano a talento humano y subgerencia técnico-científica. Línea Base: 0 Meta: Contar con los profesionales idóneos para dicha labor.	Líder de Esterilización
64	SALA DE PARTOS	ATENCIÓN DE LA USUARIA EN SALA DE PARTOS	Caída de la usuaria por levantarse de la cama y deambular hacia el baño sin acompañamiento.	Operativo	5	4	Extrema	Disponer de un sistema de llamado en la cama que le permita a la paciente llamar al personal de enfermería cuando lo requiera.	5	4	Extrema	Dar cumplimiento al programa de seguridad del pte aprobado institucionalmente, iniciando con un diagnóstico de las necesidades del servicio orientadas por la líder del programa de seguridad del paciente realizando la gestión para lograr disponer de los diferentes elementos, en este caso que se ubiquen sistemas de llamado luminoso para enfermería en las camas y mejorar la iluminación.	Número de caídas de usuaria en el mes / Total de usuarias ingresadas en el mes x 100 Línea Base: 0 Meta: Disminuir en un 5% mensual las caídas de las usuarias en el servicio.	Enfermera Jefe
65		ATENCIÓN DE LA USUARIA EN SALA DE PARTOS	Confusión o extravío de un neonato.	Operativo	2	5	Extrema	Verificación aleatoria del cumplimiento de identificación del recién nacido.	2	5	Extrema	Realizar una verificación semanal a través de una lista de chequeo sobre identificación redundante del recién nacido, los resultados serán socializados en la reunión de subcomité de autocontrol mensual, con la implementación de planes de mejora individual sino se da cumplimiento al mismo. Estas listas se conservarán en la carpeta de riesgos del servicio.	Número de recién nacidos o neonatos con identificación redundante completa según la aplicación de la lista de verificación en el mes/número de recién nacidos a los que se les aplico la lista de verificación en el mes. Línea Base: 0 Meta: 100% de los recién nacidos auditados cuentan con identificación redundante.	Enfermera Jefe
66		ATENCIÓN DE LA USUARIA EN SALA DE PARTOS	Pérdida de un neonato.	Operativo	1	5	Alta	Contar con un sistema de seguridad en las puertas que limiten el acceso al servicio y sistemas de macaras de vigilancia permanente ubicadas en sitios específicos de ingreso al servicio y de ingreso a la sala de neonatos.	1	5	Alta	Solicitar a la Gerencia y a la Subgerencia Administrativa la necesidad de implementar sistemas de seguridad y de vigilancia a través de cámaras para garantizar la custodia de los recién nacidos en sala de partos, realizar el seguimiento en forma mensual hasta su instalación.	Número de recién nacidos perdidos en el mes Línea Base: 0 Meta: 0 recién nacidos perdidos.	Enfermera Jefe
67	UCI PEDIATRICA	ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	Broncoaspiración de pacientes.	Operativo	1	4	Alta	El procedimiento se debe realizar por la jefe de enfermería del servicio, Terapeuta respiratoria o Pediatra de acuerdo al protocolo establecido. Verificación por auscultación de la posición de la sonda.	1	4	Alta	Realizar el procedimiento de acuerdo al manual de enfermería establecido.	Número de eventos adversos relacionados con Broncoaspiración de pacientes / Número total de pacientes con sonda para alimentación hospitalizados en servicio Línea Base: 1 caso en el mes. Meta: Disminuir en un 0% los casos o eventos adversos relacionados con la Broncoaspiración.	Coordinador Médico
68		ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	Infección asociada a dispositivos médicos.	Operativo	4	4	Extrema	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos Pediátricos - aplicación de lista de chequeo para los procedimientos (catéter venoso central, líneas arteriales, sondas vesicales).	4	4	Extrema	Elaborar un cronograma de capacitación, con la selección adecuada de los temas, ejecutar lo programado, verificando a través de una evaluación el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta información para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto.	Número de eventos adversos relacionados con infecciones asociadas a dispositivos médicos / Número total de pacientes con dispositivos invasivos. Línea Base: 1 caso en el mes. Meta: Disminuir en un 0% los casos o eventos adversos relacionados con infecciones.	Coordinador Médico
69		ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	Caída de pacientes.	Operativo	4	4	Extrema	Evaluación continua de la escala de Downton, Educar al familiar sobre las medidas preventivas, realizar capacitaciones al personal de la unidad sobre protocolos para prevención de caídas.	4	4	Extrema	Evaluación continua de la escala de Downton (durante el proceso de atención), Educar al familiar sobre las medidas preventivas, realizar capacitaciones al personal de la unidad sobre protocolos para prevención de caídas.	Número de eventos adversos relacionados con caída de pacientes hospitalizados en el servicio. Línea Base: 1 caso en el mes. Meta: Disminuir en un 0% los casos o eventos adversos relacionados con flebitis química.	Coordinador Médico Enfermera Jefe
70	UCI NEONATAL	ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	Broncoaspiración de pacientes.	Operativo	1	4	Alta	El procedimiento se debe realizar por la jefe de enfermería del servicio, Terapeuta respiratoria o Pediatra.	1	4	Alta	Realizar el procedimiento de acuerdo a los lineamientos establecidos. Verificar a través de registros clínicos que el paso de la sonda sea realizado por parte del personal responsable del procedimiento.	Número de eventos adversos relacionados con Broncoaspiración de pacientes / Número total de pacientes con sonda para alimentación hospitalizados en el periodo. Línea Base: 0 Meta: Disminuir en un 0% los casos o eventos adversos relacionados con Bacteriemias.	Coordinador Médico Jefe del Servicio Terapeuta Respiratoria
71		ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	Bacteriemias asociadas al catéter venoso.	Operativo	3	4	Extrema	Capacitación y educación de los protocolos para la Inserción de catéter centrales y protocolo de higienización de manos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos Neonatal.	3	4	Extrema	Elaborar un cronograma de capacitación. Ejecutar lo programado, verificando a través de una evaluación el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta información para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto. Solicitar al grupo de seguridad el resultado de las rondas de seguridad.	Número de eventos adversos relacionados con Bacteriemias en pacientes con catéter central venoso / Número total de pacientes con catéter central venoso. Línea Base: 0 Meta: Máximo 1 evento en el semestre.	Coordinador Médico
72		ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	Flebitis.	Operativo	3	3	Alta	Capacitación y educación de los protocolos para la Inserción de catéteres y protocolo de higienización de manos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos Neonatal.	3	3	Alta	Elaborar un cronograma de capacitación, con la selección adecuada de los temas, ejecutar lo programado, verificando a través de una evaluación el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta información para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto. Solicitar al grupo de seguridad el resultado de las rondas de seguridad.	Número de eventos adversos relacionados con flebitis / Número total de pacientes hospitalizados en el servicio. Línea Base: 0 Meta: Máximo 1 evento en el trimestre.	Enfermera Jefe
73		ATENCIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICO	Neumonía asociada a la ventilación mecánica por no adherencia a los protocolos para la prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica.	Operativo	5	4	Extrema	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos.	5	4	Extrema	Elaborar un cronograma de capacitación, con la selección adecuada de los temas, ejecutar lo programado, verificando a través de una evaluación el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta información para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto.	Numero de Neumonías mensuales asociadas a la ventilación mecánica por no cumplir con el protocolo de prevención en pacientes, presentadas en pacientes intubados en el servicio o de lo que ingresan intubados y llevan más de 72 horas hospitalizados. Línea Base: 0 Meta: Disminuir en un 10% mensual la presentación de neumonías.	Coordinador Médico

HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019		
HOSPITAL UNIVERSITARIO		MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL										VERSIÓN: 01		
HOSPITAL UNIVERSITARIO		MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL										CÓDIGO: GD-ME-F-004-001C		
AÑO: 2019														
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
74	UCI ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICA	ATENCIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICO	Bacteremias asociadas al catéter venoso central.	Operativo	3	3	Alta	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos.	3	3	Alta	Elaborar un cronograma de capacitación, con la selección adecuada de los temas, ejecutar lo programado, verificando a través de una evaluación el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta información para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto.	Número de Bacteremias en pacientes asociadas a catéter venoso central. Niveles de segregación: 1- Ptes a quienes se les realiza inserción de sonda vesical en la unidad. 2- Ptes que ingresan con sonda vesical y presentan la infección luego de 72 horas de su ingreso. 3- Pte que 72 horas después de su ingreso presenta sintomatología infecciosa asociado a la sonda vesical, pries al ingreso o 72 horas posteriores al egreso de la unidad o a quienes se les realiza el paso de catéter dentro del servicio. Línea Base: 0% Meta: Disminuir en un 10% la presentación mensual de Bacteremias.	Coordinador Médico
75		ATENCIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICO	Infecciones urinarias producidas por sondas vesicales.	Operativo	4	3	Alta	Actualizar el protocolo de paso de catéter venoso central, donde se incluye el uso del ecógrafo, y darle aplicación.	4	3	Alta	Elaborar un cronograma de capacitación, con la selección adecuada de los temas, ejecutar lo programado, verificando a través de una evaluación el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta información para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto.	Número de infecciones urinarias asociadas a sondas vesicales. Niveles de segregación: 1- Ptes a quienes se les coloca el catéter en la unidad. 2- Ptes que ingresan con catéter venoso central y presentan la infección luego de 72 horas de su ingreso. 3- Pte que 72 horas después de su egreso presenta sintomatología infecciosa asociado al catéter venoso central. pries al ingreso o 72 horas posteriores al egreso de la unidad o a quienes se les realiza el paso de catéter dentro del servicio. Línea Base: 0% Meta: Disminuir en un 10% la presentación mensual de Bacteremias.	Coordinador Médico
76		ATENCIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICO	Neumotórax por el paso de catéter venoso central.	Operativo	4	3	Alta	Capacitar sobre medicamentos irritantes y vesicantes al personal de enfermería, para que al momento de cumplir las órdenes medicas utilice la vía adecuada.	4	3	Alta	Todo catéter venoso central, debe de ser pasado con apoyo de ecógrafo, verificando su cumplimiento en la lista de chequeo aplicada, la cual queda como soporte en la historia clínica.	Número de neumotórax presentados durante el paso de catéter venoso central / Total de pasos de catéteres venosos centrales x 100 Nivel de segregación: Neumotórax paso de catéter con ayuda ecográfica - Neumotórax x paso de catéter sin ayuda ecográfica. Línea Base: 0% Meta: Disminuir en un 5% mensual la presentación de neumotórax en pacientes en los cuales se utiliza el ecógrafo durante el paso de catéter venoso central.	Coordinador Médico
77		ATENCIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICO	Flebitis química asociadas a medicamentos.	Operativo	4	2	Alta	Elaborar protocolo de manejo de paciente sedado por parte de Enfermería, socializarlo e implementarlo.	4	2	Alta	Ayudas audiovisuales en el servicio que permitan identificar rápidamente la vía de administración de los medicamentos, en este caso los vesicantes o irritantes. Dar cumplimiento con el plan de mejoramiento generado en los casos en que se presenten estas flebitis, liderado por el programa de Seguridad del paciente y Epidemiología.	0 flebitis químicas Línea Base: 0% META: Disminuir a 0% la presentación de casos por flebitis química en el mes.	Enfermera Jefe
78	UNIDAD DE TRASPLANTE	ATENCIÓN UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Rechazo al trasplante por la no adherencia del paciente a la terapia inmunosupresora.	Operativo	5	5	Extrema	Capacitación continua a paciente s y familia sobre cuidados y adherencia al tratamiento.	5	5	Extrema	Capacitación mensual continua sobre autocuidados, adherencia al tratamiento y signos de alarma.	Número de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas Línea Base: 0 Meta: Capacitar el 50% de los usuarios trasplantados.	Jefe de Enfermería Auxiliar Operativa
79		ATENCIÓN UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Rechazo al trasplante por la inoportunidad en la entrega de los medicamentos por parte de la EPS.	Cumplimiento	5	5	Extrema	Capacitación para sensibilizar a los directivos de las EPS y entes jurídicos de la importancia de la entrega del tratamiento adecuado y oportuno a los usuarios trasplantados.	5	5	Extrema	Capacitación con los directivos y/o delegados de las EPS y entes jurídicos SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ENTREGA DEL TRATAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO A LOS USUARIOS TRASPLANTADOS y para generar estrategias de solución a la inoportunidad en la entrega de medicamentos.	Número de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas Línea Base: 0 Meta: Capacitar el 30% de las EPS.	Jefe de Enfermería Coordinador del Servicio
80		ATENCIÓN UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Rechazo al trasplante por la inoportunidad en la entrega de los medicamentos por parte de la EPS.	Cumplimiento	5	5	Extrema	Realización de reunión con los líderes de Unidades Especiales y Mercado para estudiar la viabilidad de la entrega de los medicamentos por parte de la institución para la disminución de los rechazos al trasplante por inoportunidad en la entrega de medicamentos por parte de la EPS.	5	5	Extrema	Reunión con el análisis de la viabilidad de la entrega de medicamentos a los usuarios trasplantados y las posibles estrategias para disminuir la inoportunidad por parte de las EPS.	Acta de reunión con las estrategias planteadas Línea Base: 0 Meta: Implementar 50% de la estrategia concertada. Observación: Esta reunión se realizará anual	Jefe de Enfermería Coordinador del Servicio
81		ATENCIÓN UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Incumplimiento a la norma 1995 y política de seguridad de la información relacionado con no contar con una historia clínica digitalizada en usuarios pretrasplante.	Cumplimiento	5	3	Extrema	Solicitud a la Oficina de Sistemas para incluir la valoración pre-trasplante en el software institucional de la historia clínica.	5	3	Extrema	Reunión con el Líder de Sistemas de información hospitalario para reportar las necesidades de incluir e implementar la historia clínica pretrasplante.	Acta de reunión Historia Clínica Pre-trasplante Línea Base: 0 Meta: Que el 100% de las historias clínicas del usuario pre-trasplante estén digitalizadas en el software institucional.	Jefe de Enfermería Coordinador del Servicio
82		ATENCIÓN UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Incumplimiento a la norma 1995 y política de seguridad de la información relacionado con no contar con una historia clínica digitalizada en usuarios pretrasplante.	Operativo	5	3	Extrema	Gestión para la consecución del escáner.	5	3	Extrema	Diligenciar y entregar oficio y el formato de requerimiento para la consecución del escáner para la unidad de trasplante Renal.	Oficio y formato de requerimiento gestionado. Línea Base: 0 Meta: Consecución del escáner	Jefe de Enfermería Coordinador del Servicio
83	UNIDAD CARDIOVASCULAR	ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Cancelación de citas y/o procedimientos.	Operativo	5	4	Extrema	Verificación vía telefónico o vía email de la preparación del usuario previo al procedimiento y/o cita asignada.	5	4	Extrema	Confirmar por vía telefónica o vía email de la preparación del usuario para el procedimiento y/o cita asignados, se consignará la información y la persona a quien se entrega dicha información en el formato establecido.	Número de cancelación de citas y procedimientos por mala preparación / Total de procedimientos y citas asignadas en el periodo x 100 Línea Base: 0 Meta: Que las cancelaciones por mala preparación sean menor o igual al 5%.	Enfermero(a), Jefe y/o Auxiliar Administrativo
84		ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Entrega del informe y/o cineangi al usuario equivocado o quemado del CD con el resultado que no corresponda al usuario.	Operativo	3	5	Extrema	Verificar los datos del informe y/o imágenes antes de grabarlos y entregarlos al usuario.	3	5	Extrema	Verificar los datos del informe y/o imágenes antes de grabarlos y entregarlos al usuario.	Número de imágenes entregadas erróneamente / Total de imágenes entregadas x 100 Línea Base: 0 Meta: Que no se entreguen imágenes erróneamente al usuario.	Enfermero(a) Jefe y/o Auxiliares de Enfermería
85		ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Error en la administración de medicamentos.	Operativo	3	5	Extrema	Medir adherencia a la administración segura de medicamentos donde incluya los 10 correctos.	3	5	Extrema	Aplicación de la lista de chequeo de administración segura de medicamentos.	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos detectados en el periodo / Total de usuarios atendidos en el periodo x 100 Línea Base: 0 Meta: Que no se presenten eventos adversos relacionados con administración de medicamentos.	Enfermero(a) Jefe
86		ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Sucesos de seguridad relacionados con la atención de los usuarios en la unidad.	Operativo	5	3	Extrema	Medir adherencia a los protocolos, guías y procedimientos institucionales.	5	3	Extrema	Aplicación de la lista de chequeo mensual para medir adherencia a los protocolos, guías y procedimientos institucionales.	Número de listas de chequeo aplicadas en la unidad / Total de colaboradores vinculados a la unidad x 100 Línea Base: 0 Meta: Que al 100% de los colaboradores de la unidad se les apliquen listas de chequeo en el periodo.	Enfermero(a) Jefe y Coordinación de la Unidad

AÑO: 2019

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
87		ATENCIÓN EN LA UNIDAD RENAL AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	No cumplimiento de guías y protocolos institucionales.	Cumplimiento	3	4	Extrema	Seguimiento a los registros de historias clínicas, donde se verifique el cumplimiento de los protocolos y guías socializadas.	3	4	Extrema	Realizar auditoría (aplicar lista de chequeo) a 25 historias clínicas semanales de pacientes atendidos en el servicio, para verificar el cumplimiento de las guías y protocolos.	Número de historias clínicas con cumplimiento de protocolos y guías / 25 historias clínicas auditadas semanalmente x 100 Línea Base: 0 Meta: El 100% de las historias clínicas revisadas deben cumplir con los protocolos y guías institucionales aprobadas y socializadas. Número de historias clínicas con cumplimiento de protocolos y guías/ 25 historias clínicas auditadas semanalmente x 100 Línea Base: 0 Meta: El 100% de las historias clínicas revisadas deben cumplir con los protocolos y guías institucionales aprobadas y socializadas.	Coordinadora Médica Unidad Renal Médico General y/o Auditor del Servicio
88	UNIDAD RENAL	ATENCIÓN EN LA UNIDAD RENAL AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	Infecciones asociadas al cuidado de la salud.	Operativo	4	3	Alta	Incentivar el reporte de eventos adversos e incidentes en el personal asistencial de la Unidad Renal.	4	3	Alta	Análisis en los comités de autocontrol de todos y cada uno de los eventos e incidentes presentados en el servicio que afecten la salud del paciente, elaborando el plan de mejoramiento y su implementación al interior del servicio, se toma como fuente de información también el libro de entrega de turno de enfermería.	Número de eventos o incidentes analizados y con plan de mejoramiento en ejecución durante el mes / Número de eventos e incidentes identificados en el servicio por mes x 100 Línea Base: 0 Meta: El 80% de los eventos e incidentes presentados cuenten con plan de mejoramiento implementado.	Coordinadora Administrativa Unidad Renal
89		ATENCIÓN EN LA UNIDAD RENAL AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	No manejar un registro institucional en los servicios que permita conocer lo que ocurrió durante la estadía del usuario en el servicio de unidad Renal.	Operativo	5	5	Extrema	Dar a conocer a al servicio a cargo del usuario lo que se le realizó al paciente a través de una nota rápida en la historia clínica digital.	5	5	Extrema	Gestionar a través de una solicitud a Sistemas de Información la disponibilidad de códigos de acceso a la historia clínica digital por parte del personal de enfermería de la unidad renal, de forma que se pueda consignar la evolución del paciente mientras estuvo en el servicio en el procedimiento de Terapia de reemplazo renal.	Número de historias clínicas con nota de evolución consignada en la historia clínica digital / 25 historias clínicas auditadas semanalmente x 100 Línea Base: 0 Meta: El 100% de las historias clínicas revisadas deben contar con una nota de enfermería de egreso del servicio. Número de historias clínicas con nota de evolución consignada en la historia clínica digital/ 25 historias clínicas auditadas semanalmente x 100 Línea Base: 0 Meta: El 100% de las historias clínicas revisadas deben contar con una nota de enfermería de egreso del servicio.	Enfermera Jefe Unidad Renal
90		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	No adherencia a los documentos (guías, protocolos, procesos, manuales y/o formatos) de la Unidad de Cancerología.	Operativo	3	4	Extrema	1. Actualizar, adoptar y/o adaptar documentos (guías, protocolos, procesos, manuales y/o formatos) de la Unidad de Cancerología según la necesidad. 2. Socializar documentos (guías, protocolos, procesos, manuales y/o formatos) actualizados, adoptados y/o adaptados.	3	4	Extrema	1. Realizar actualización, adopción y/o adaptación de documentos (guías, protocolos, procesos, manuales y/o formatos) por parte del profesional asignado para dicha actividad, según la necesidad del servicio. 2. Socializar al personal los documentos (guías, protocolos, procesos, manuales y/o formatos) actualizados, adoptados y/o adaptados e informar sobre la socialización en Subcomité de autocontrol y mejoramiento.	1. Nro. de documentos actualizados, adoptados y/o adaptados / Total de documentos identificados para actualizar, adoptar y/o adaptar x 100 Línea Base: 0 Meta: Que se actualice, adopte y/o adapte el 100% de los documentos. 2. Nro. de colaboradores (directamente relacionados con el documento) capacitados / Total de colaboradores (directamente relacionados con el documento) a capacitar * 100 Línea Base: 0 Meta: Que se capacite el 90% de los colaboradores.	Coordinadora de la Unidad de Cancerología
91	UNIDAD DE CANCEROLOGIA	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica en la Unidad de Cancerología.	Operativo	5	5	Extrema	1. Reinducir en los aspectos relacionados al diligenciamiento adecuado de la historia clínica entre personal de la Unidad de cancerología 2. Gestionar ante la Subgerencia Técnico Científica la necesidad sobre el desarrollo de la historia clínica oncológica en el software Indigo Crystal.	5	5	Extrema	1. Capacitar al personal médico en los aspectos relacionados al diligenciamiento correcto de la historia clínica 2. Enviar oficio a la Subgerencia Técnico Científica solicitando el desarrollo de la historia clínica en el software Indigo Crystal	Nro. de colaboradores (personal médico) capacitados / Total de colaboradores (personal médico) a capacitar x 100 Línea Base: 0 Meta: Que se capacite al 90% de los colaboradores (personal médico) 2. Nro. total de oficios enviados a la Subgerencia Técnico Científica Línea Base: 0 Meta: Que se radique el 100% de los oficios en la Subgerencia Técnico Científica.	Coordinadora de la Unidad de Cancerología Enfermeras Jefes de Admisiones, Consulta Externa, Quimioterapia y Radioterapia Auxiliares de Enfermería de Quimioterapia y Radioterapia
92		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	Cancelación de procedimientos.	Operativo	3	3	Alta	Realizar seguimiento vía telefónica sobre la preparación de los usuarios con procedimiento asignado.	3	3	Alta	Confirmar vía telefónica la preparación de los usuarios con procedimiento asignado.	Nro. procedimientos cancelados por mala preparación de los usuarios / Total de procedimientos asignados x 100 Línea Base: 0 Meta: Que las cancelaciones de procedimientos por mala preparación de los usuarios sea menor al 1%.	Enfermera Jefe de Consulta Externa
93		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	Cancelación de citas y/o procedimientos.	Operativo	3	3	Alta	Verificar las autorizaciones generadas por parte de las EAPB al momento de asignar la cita.	3	3	Alta	Realizar verificación de la orden médica v/s la autorización de la EAPB previo a la asignación de la cita y/o procedimiento.	Nro. de citas y/o procedimientos cancelados por error en la autorización de la EAPB / Total de citas y/o procedimientos asignados x 100 Línea Base: 0 Meta: Que la cancelación de citas y/o procedimientos por error en la autorización sea menor al 10%.	Enfermeras Jefes de Admisiones, Consulta Externa, Quimioterapia y Radioterapia
94		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	Daño de los equipos.	Tecnología	5	5	Extrema	Validar el cumplimiento de los mantenimientos preventivos y/o correctivos.	5	5	Extrema	Verificar la ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo y los reportes generados por los mantenimientos correctivos.	Nro. de mantenimientos preventivos y/o correctivos realizados / Total de mantenimientos preventivos y/o correctivos a realizar * 100 Línea Base: 0 Meta: Que se realice el 100% de los mantenimientos preventivos y/o correctivos.	Coordinadora de la Unidad de Cancerología Oficial de Protección Radiológica Institucional
95		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CANCEROLOGÍA	Discontinuidad en el tratamiento de quimioterapia de los usuarios.	Operativo	5	5	Extrema	Reportar ante el Servicio Farmacéutico y Subgerencia Técnico Científica los medicamentos faltantes, necesarios para realizar el tratamiento de quimioterapia de los pacientes.	5	5	Extrema	Notificar (por medio electrónico o gestión documental) al Servicio Farmacéutico y Subgerencia Técnico Científica, sobre medicamentos faltantes y número pacientes relacionados con esta circunstancia.	Nro. total de notificaciones remitidas al Servicio Farmacéutico y Subgerencia Técnico Científica Línea Base: 0 Meta: Que se envíe el 100% de las notificaciones al Servicio Farmacéutico y Subgerencia Técnico Científica.	Coordinadora de la Unidad de Cancerología Enfermera Jefe de Quimioterapia

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AÑO: 2019

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
96	REHABILITACIÓN	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	Caída de pacientes con lesión.	Operativo	3	3	Alta	Medición de adherencia a la prevención de caídas a través de la aplicación de Listas de chequeo de forma aleatoria.	3	3	Alta	Socialización de la escala de DOWNTON al personal de terapias del servicio de rehabilitación. Aplicar lista de chequeo aleatoriamente de prevención de caídas de pacientes.	Número de terapeutas del servicio de Rehabilitación a quienes se les socializo la escala de DOWNTON / Total de terapeutas de rehabilitación x 100 Línea Base: 0 Meta: Socializar el 100% de las terapeutas del servicio de rehabilitación. Número de criterios cumplidos en lista de chequeo prevención de caídas de pacientes / Total de criterios evaluados x 100 Línea Base: 0 Meta: Que las listas de chequeo aplicadas evidencian un cumplimiento del 80% de los criterios evaluados. Observación: En los criterios que están contemplados en la lista de chequeo prevención de pacientes con riesgo de caídas tener en cuenta las siguientes aclaraciones: *Diligencia la manilla correspondiente al riesgo de caída y la coloca al usuario (No aplica, los usuarios son ambulatorios). *Registra resultado de valoración de escala de Downton en kardex y notas de enfermería (Las terapeutas realizan los registros en la evolución pertinente a su competencia).	Coordinadora de Servicios Ambulatorios Coordinadora de Medicina Física y Rehabilitación (Terapia)
97	IMAGENOLOGÍA	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Falta de oportunidad en la asignación de la cita para la realización de los procedimientos.	Operativo	4	3	Alta	Realizar gestión a través de la solicitud del requerimiento institucional de apoyo o de producto.	4	3	Alta	Realizar el seguimiento de las solicitudes de requerimiento institucional de apoyo o de producto.	Número de solicitudes gestionadas Línea Base: 0 Meta: El 100% de las solicitudes gestionadas.	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
98		RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Falta de oportunidad en la asignación de la cita para la realización de los procedimientos.	Operativo	5	5	Extrema	Solicitud de requerimiento del programa de mantenimiento con la casa matriz del equipo.	5	5	Extrema	Realizar seguimiento y monitoreo del cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos y solicitud de requerimiento institucional para la compra del producto necesario.	Número de mantenimientos realizados/ Número total de mantenimientos programados x 100 Línea Base: 0 Meta: Cumplir con el 100% de los mantenimientos programados.	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
99		RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	3	5	Extrema	Análisis del caso (incidente o evento adverso) en reunión de autocontrol con el apoyo del par académico.	3	5	Extrema	Realizar el análisis de los eventos adversos en las reuniones de autocontrol para realizar las correcciones a las desviaciones detectadas.	Número de eventos adversos analizados / Número de eventos adversos reportados x 100 Línea Base: 0 Meta: Analizar el 100% de los eventos adversos que se presenten.	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
100		RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	5	5	Extrema	Aplicación de los correctos, capacitación en seguridad del paciente, medición de la adherencia, análisis del caso en reunión de autocontrol, realizar plan de mejoramiento en las desviaciones encontradas.	5	5	Extrema	Realizar el análisis de los eventos adversos en las reuniones de autocontrol para realizar las correcciones a las desviaciones detectadas.	Número de eventos adversos analizados / número de eventos adversos reportados x100 Línea Base: 0 Meta: Analizar el 100% de los eventos adversos que se presenten.	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
101		RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	5	5	Extrema	Aplicación de los correctos, capacitación en seguridad del paciente, medición de la adherencia, análisis del caso en reunión de autocontrol, realizar plan de mejoramiento en las desviaciones encontradas.	5	5	Extrema	Realizar seguimiento a la adherencia al programa de seguridad del paciente mediante el análisis de los casos que se presenten en las reuniones de autocontrol.	Análisis del número de incidentes por la asignación errónea de imágenes radiológicas Línea Base: 0 Meta: Analizar el 80% de los incidentes presentados.	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
102		RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	4	5	Extrema	Aplicación de los correctos, capacitación en seguridad del paciente, medición de la adherencia, análisis del caso en reunión de autocontrol, realizar plan de mejoramiento en las desviaciones encontradas.	4	5	Extrema	Seguimiento a la adherencia al programa de seguridad del paciente mediante el análisis de los casos que se presenten en las reuniones de autocontrol.	Análisis del número de incidentes por la realización del procedimiento al paciente incorrecto Línea Base: 0 Meta: Analizar el 80% de los incidentes presentados	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
103		RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	4	2	Alta	Aplicación de los correctos, capacitación en seguridad del paciente, medición de la adherencia, análisis del caso en reunión de autocontrol, realizar plan de mejoramiento en las desviaciones encontradas.	4	2	Alta	Seguimiento a la adherencia al programa de seguridad del paciente mediante el análisis de los casos que se presenten en las reuniones de autocontrol.	Análisis del número de incidentes por la entrega errónea de reportes radiográficos Línea Base: 0 Meta: Analizar el 80% de los incidentes presentados.	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
104	NEUROFISIOLOGÍA	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA AMBULATORIO- HOSPITALIZACIÓN	Fallas en los equipos biomédicos utilizados para la realización de procedimientos y estudios diagnósticos.	Operativo	3	3	Alta	Atención oportuna por parte de la Oficina encargada para el mantenimiento correctivo de equipos biomédicos. Estandarizar el proceso de adquisición de insumos para los Equipos de la Unidad Funcional.	3	3	Alta	Verificar que se entregue cronograma de mantenimiento a los equipos biomédicos con el fin de verificar el correcto funcionamiento de los equipos de acuerdo al cronograma. Archivar, informar y realizar seguimiento si se encuentran observaciones de incumplimiento a la actividad de mantenimiento. Solicitud de requerimientos a insumos y equipos necesarios en la atención oportuna al usuario.	Número de informes de mantenimientos preventivos presentados / Total de mantenimientos preventivos efectuados x 100 Línea Base: 0 Meta: Que el 100% de los informes de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos se evidencie.	Enfermera Jefe Especializada
105	NEUROFISIOLOGÍA	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA AMBULATORIO- HOSPITALIZACIÓN	Error en la entrega de resultados.	Operativo	1	4	Alta	Capacitación y entrenamiento del personal a procedimientos de recepción y entrega de resultados. Verificar que la información consignada en la orden médica corresponda al electrodiagnóstico solicitado y coincida con la información de cada usuario.	1	4	Alta	Realizar la identificación correcta del usuario mediante la aplicación de la lista de chequeo. Solicitar la ficha de soporte de entrega de resultados. Realizar retroalimentación de la información. Realizar registro de entrega. Hacer firmar y escribir parentesco.	Número de resultados entregados de manera errónea / Total de resultados generados x 100 Línea Base: 0 Meta: que el 0% del estudio realizado en la unidad de neurofisiología se entreguen de manera errónea.	Enfermera Jefe Especializada
106	BANCO DE SANGRE	BANCO DE SANGRE	No obtención de unidad de sangre total por flebotomía incompleta.	Operativo	4	2	Alta	Resocializar el procedimiento de flebotomía.	4	2	Alta	Socializar el procedimiento de Flebotomías con el personal de banco de sangre	Número de colaboradores asistenciales capacitados en el procedimiento de flebotomía/ total de colaboradores asistenciales de Banco de sangre x 100 Línea Base: 0% Meta: 100% de colaboradores asistenciales capacitados en el procedimiento de flebotomía Observación: La resocialización del procedimiento de Flebotomía se hará una al año.	Bacteriólogo(a)
107	BANCO DE SANGRE	BANCO DE SANGRE	No obtención de unidad de sangre total por flebotomía incompleta.	Operativo	4	2	Alta	Monitoreo de las flebotomías incompletas por técnica.	4	2	Alta	Elaborar y analizar el informe mensual generando acciones correctivas si aplica.	Número de flebotomías incompletas por técnica/ total de flebotomías completas x 100 Línea Base: 2% Meta: Disminuir al 1.5% las flebotomías incompletas.	Bacteriólogo(a)

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AÑO: 2019

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
108	LABORATORIO CLÍNICO	LABORATORIO CLÍNICO	Muestra de laboratorio mal tomada.	Operativo	5	2	Alta	Capacitar al personal del servicio sobre la técnica adecuada para la toma y transporte de muestras con posterior seguimiento mensual mediante aplicación de listas de chequeo.	5	2	Alta	Aplicar lista de chequeo semanal al personal asignado para la toma y transporte de muestras.	Número de listas de chequeo con no adherencia al procedimiento de toma y transporte de muestras / Número total de listas de chequeo aplicadas en el periodo x 100 Linea Base: 0 Meta: Que el 100% del personal asignado esté adherido al procedimiento de toma y transporte de muestras.	Bacteriólogo y/o Coordinador de Laboratorio Clínico
109		LABORATORIO CLÍNICO	Inoportunidad en la entrega de los resultados.	Operativo	5	3	Extrema	Realizar validación y análisis mensual de la estadística de exámenes de laboratorio clínico urgentes.	5	3	Extrema	Realizar validación y análisis mensual de la estadística de oportunidad en el reporte de exámenes de laboratorio clínico urgentes.	Número total de validaciones realizadas en el mes. Linea Base: 0 Meta: Que se realice el 100% de las validaciones en el periodo establecido.	Bacteriólogo y/o Coordinador de Laboratorio Clínico
110		LABORATORIO CLÍNICO	Inoportunidad en la entrega de los resultados.	Operativo	5	3	Extrema	Verificación del cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento preventivo de los equipos.	5	3	Extrema	Revisar la ejecución de los mantenimientos preventivos de los equipos según cronograma, de forma mensual.	Número de mantenimientos preventivos realizados / Total de mantenimientos preventivos programados x 100 Linea Base: 0 Meta: Que se realicen el 100% de los mantenimientos preventivos programados.	Bacteriólogo, Coordinador de Laboratorio Clínico y/o Auxiliar de Laboratorio Clínico
111		LABORATORIO CLÍNICO	Error en el resultado entregado.	Operativo	5	4	Extrema	Socializar al personal del servicio de forma mensual los hallazgos encontrados en el procedimiento de entrega de resultados.	5	4	Extrema	Socializar al personal del servicio de forma mensual los hallazgos encontrados en el procedimiento de entrega de resultados y dejar evidencia en acta de autocontrol.	Número total de socializaciones efectuadas en el periodo. Linea Base: 0 Meta: Que se realice el 100% de las socializaciones.	Coordinador de Laboratorio Clínico
112	PATOLOGÍA	RECEPCIÓN DE MUESTRAS Y ENTREGA DE RESULTADOS	No realización del reporte de patología.	Operativo	1	4	Alta	Implementación de cadena de custodia de todas las muestras.	1	4	Alta	Implementar libro radicator de ingreso de muestras para confirmación de entrega en cada una de las áreas del servicio de Patología	Indicador: Proporción de muestras con cadena de custodia. Muestras con cadena de custodia / Total de muestras x 100 Linea Base: 0 Meta: 100% de las muestras registradas en la cadena de custodia.	Coordinador del Servicio de Patología
113		RECEPCIÓN DE MUESTRAS Y ENTREGA DE RESULTADOS	No realización del reporte de patología.	Operativo	1	4	Alta	Retroalimentación al servicio. Remitir a la Subgerencia técnico científica los servicios que incurren en el error.	1	4	Alta	Llevar en un formato de excel el registro de las muestras que llegan a patología mal conservadas enviando mensualmente a la subgerencia técnica y a las áreas involucradas los reportes.	Indicador: Índice de Informes enviados. Número de informes enviados al año / 12 x 100 Linea Base: 0 Meta: 12 informes al año	Coordinador del Servicio de Patología
114		RECEPCIÓN DE MUESTRAS Y ENTREGA DE RESULTADOS	Que no se realice el reporte de patología.	Operativo	1	4	Alta	Verificación en la base de datos de la oportunidad de resultados no validados en el PATCORE.	1	4	Alta	Verificar en el Patcore mensualmente la validación de los reportes.	Indicador: Proporción de reportes no validados. Número de reportes no validados / Total de reportes emitidos x 100 Linea Base: 0 Meta: 100% de las muestras registradas en la cadena de custodia.	Coordinador del Servicio de Patología
115		RECEPCIÓN DE MUESTRAS Y ENTREGA DE RESULTADOS	Error en la identificación de la muestra.	Operativo	2	4	Alta	Reporte en base de datos de incidentes, seguimiento y análisis de los mismos en reunión de autocontrol.	2	4	Alta	Reportar diariamente en la base de datos los incidentes identificados, analizar y gestionar dichos casos en el comité de autocontrol estableciendo las estrategias de mejoramiento.	Indicador: Proporción de muestras mal identificadas. Número de muestras mal identificadas / Total de muestras x 100 Linea Base: 0 Meta: 5% de muestras mal identificadas.	Coordinador del Servicio de Patología
116		RECEPCIÓN DE MUESTRAS Y ENTREGA DE RESULTADOS	Error en la identificación de la muestra.	Operativo	2	4	Alta	Retroalimentación al servicio. Remitir a la Subgerencia técnico científica los servicios que incurren en el error.	2	4	Alta	Llevar en un formato de excel el registro de las muestras que llegan a patología con identificación errónea o incompleta, remitiendo mensualmente a la subgerencia técnica y a las áreas involucradas los informes.	Indicador: Índice de informes enviados. Número de informes enviados al año / 12 x 100 Linea Base: 0 Meta: 12 informes al año.	Coordinador del Servicio de Patología
117	CARDIOLOGÍA NO INVASIVA	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Incidente o evento adverso en el usuario por daño de equipo biomédico.	Operativo	1	4	Alta	Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo. Revisión del equipo pre y post a la realización del procedimiento.	1	4	Alta	Revisar pre y pos - del equipo; registro en la lista de chequeo, seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo.	Número de eventos relacionados con lesión en el usuario por daño en el equipo biomédico / Total de procedimientos realizados x 100 Linea Base: 0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
118		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Entrega de reporte al usuario equivocado.	Operativo	2	4	Alta	Verificar los datos del reporte antes de entregarlo al usuario. Verificar en conjunto con el usuario los resultados y hacer firmar.	2	4	Alta	Identificar redundante del usuario y del reporte a entregar, solicitar firma de recibido.	Número de reportes entregados erróneamente / Total de reportes entregados x 100 Linea Base: 0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
119		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Caidas del usuario de la camilla.	Operativo	2	4	Alta	Medición de adherencia a las barreras de seguridad donde incluya la prevención de las caídas, mediante la aplicación de lista de chequeo aleatoria.	2	4	Alta	Verificar el estado de la camilla al momento de recibir el usuario en la unidad de endoscopia y aplicación de las barreras de seguridad según escala de DOWNTON.	Número total de caídas de pacientes hospitalizados que se presentan en el periodo / Número total de usuarios atendidos en el periodo x 1000 Linea Base: 0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
120		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Broncoaspiración por efectos de sedación.	Operativo	2	4	Alta	Verificar el estado de la camilla al momento de recibir el usuario en la unidad. Verificar el cumplimiento del mantenimiento preventivo de las camillas de recuperación de la unidad. Realizar verificación aleatoria de la posición en la que se deja al usuario post procedimiento.	2	4	Alta	Mantener elevada la cabecera del usuario una vez salga del procedimiento, verificar el estado de conciencia en el área de recuperación.	Número de usuarios que presentaron broncoaspiración producto de la realización del procedimiento / Total de procedimientos realizados Linea Base: 0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
121		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Error en la administración de medicamentos.	Operativo	2	4	Alta	Medir adherencia a la administración segura de medicamentos donde incluya los 10 correctos.	2	4	Alta	Aplicar la lista de chequeo de administración segura de medicamentos.	Número total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos detectados en el periodo / Número total de usuarios atendidos en el periodo x 1000 Linea Base: 0 Meta: 0%	Anestesiólogo Enfermera Jefe

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AÑO: 2019


ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
122		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Inoportunidad en la realización del procedimiento.	Operativo	4	2	Alta	Priorización del procedimiento de acuerdo a las necesidades y patología del usuario.	4	2	Alta	Revisar HC, y verificación del estado del usuario a través de asistencia directa.	Sumatoria de días entre la solicitud y la realización del procedimiento / Número total de citas asignadas en la institución durante el mismo periodo x 1000 Línea Base: 8 días Meta: 8 días	Enfermera Jefe
123	ENDOSCOPIA	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Incidente o evento adverso en el usuario por daño de equipo biomédico.	Operativo	1	4	Alta	Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo. Revisión del equipo pre y post a la realización del procedimiento.	1	4	Alta	Revisar pre y pos - del equipo; registro en la lista de chequeo, seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo.	Número de eventos relacionados con lesión en el usuario por daño en el equipo biomédico / Total de procedimientos realizados x 100 Línea Base: 0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
124		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Entrega de reporte al usuario equivocado.	Operativo	2	4	Alta	Verificar los datos del reporte antes de entregarlo al usuario. Verificar en conjunto con el usuario los resultados y hacer firmar.	2	4	Alta	Identificar redundante del usuario y del reporte a entregar, solicitar firma de recibido.	Número de reportes entregados erróneamente / Total de reportes entregados x 100 Línea Base: 0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
125		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Caidas del usuario de la camilla.	Operativo	2	4	Alta	Medición de adherencia a las barreras de seguridad donde incluya la prevención de las caídas, mediante la aplicación de lista de chequeo aleatoria.	2	4	Alta	Verificar el estado de la camilla al momento de recibir el usuario en la unidad de endoscopia y aplicación de las barreras de seguridad según escala de DOWNTON.	Número total de caídas de pacientes hospitalizados que se presentan en el periodo / Número total de usuarios atendidos en el periodo x 1000 Línea Base: 0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
126		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Broncoaspiración por efectos de sedación.	Operativo	2	4	Alta	Verificar el estado de la camilla al momento de recibir el usuario en la unidad. Verificar el cumplimiento del mantenimiento preventivo de las camillas de recuperación de la unidad. Realizar verificación aleatoria de la posición en la que se deja al usuario post procedimiento.	2	4	Alta	Mantener elevada la cabecera del usuario una vez salga del procedimiento, verificar el estado de conciencia en el área de recuperación.	Número de usuarios que presentaron broncoaspiración producto de la realización del procedimiento / Total de procedimientos realizados Línea Base: 0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
127		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Error en la administración de medicamentos.	Operativo	2	4	Alta	Medir adherencia a la administración segura de medicamentos donde incluya los 10 correctos.	2	4	Alta	Aplicar la lista de chequeo de administración segura de medicamentos.	Número total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos detectados en el periodo / Número total de usuarios atendidos en el periodo x 1000 Línea Base: 0 Meta: 0%	Anestesiólogo Enfermera Jefe
128		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Inoportunidad en la realización del procedimiento.	Operativo	4	2	Alta	Priorización del procedimiento de acuerdo a las necesidades y patología del usuario.	4	2	Alta	Revisar HC, y verificación del estado del usuario a través de asistencia directa.	Sumatoria de días entre la solicitud y la realización del procedimiento / Número total de citas asignadas en la institución durante el mismo periodo x 1000 Línea Base: 8 días Meta: 8 días	Enfermera Jefe
129	NEUMOLOGÍA	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Incidente o evento adverso en el usuario por daño de equipo biomédico.	Operativo	1	4	Alta	Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo. Revisión del equipo pre y post a la realización del procedimiento.	1	4	Alta	Revisar pre y pos - del equipo; registro en la lista de chequeo, seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo.	Número de eventos relacionados con lesión en el usuario por daño en el equipo biomédico / Total de procedimientos realizados x 100 Línea Base: 0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
130		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Entrega de reporte al usuario equivocado.	Operativo	2	4	Alta	Verificar los datos del reporte antes de entregarlo al usuario. Verificar en conjunto con el usuario los resultados y hacer firmar.	2	4	Alta	Identificar redundante del usuario y del reporte a entregar, solicitar firma de recibido.	Número de reportes entregados erróneamente / Total de reportes entregados x 100 Línea Base: 0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
131		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Caidas del usuario de la camilla.	Operativo	2	4	Alta	Medición de adherencia a las barreras de seguridad donde incluya la prevención de las caídas, mediante la aplicación de lista de chequeo aleatoria.	2	4	Alta	Verificar el estado de la camilla al momento de recibir el usuario en la unidad de endoscopia y aplicación de las barreras de seguridad según escala de DOWNTON.	Número total de caídas de pacientes hospitalizados que se presentan en el periodo / Número total de usuarios atendidos en el periodo x 1000 Línea Base: 0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
132		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Broncoaspiración por efectos de sedación.	Operativo	2	4	Alta	Verificar el estado de la camilla al momento de recibir el usuario en la unidad. Verificar el cumplimiento del mantenimiento preventivo de las camillas de recuperación de la unidad. Realizar verificación aleatoria de la posición en la que se deja al usuario post procedimiento.	2	4	Alta	Mantener elevada la cabecera del usuario una vez salga del procedimiento, verificar el estado de conciencia en el área de recuperación.	Número de usuarios que presentaron broncoaspiración producto de la realización del procedimiento / Total de procedimientos realizados Línea Base: 0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
133		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Error en la administración de medicamentos.	Operativo	2	4	Alta	Medir adherencia a la administración segura de medicamentos donde incluya los 10 correctos.	2	4	Alta	Aplicar la lista de chequeo de administración segura de medicamentos.	Número total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos detectados en el periodo / Número total de usuarios atendidos en el periodo x 1000 Línea Base: 0 Meta: 0%	Anestesiólogo Enfermera Jefe
134		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Inoportunidad en la realización del procedimiento.	Operativo	4	2	Alta	Priorización del procedimiento de acuerdo a las necesidades y patología del usuario.	4	2	Alta	Revisar HC, y verificación del estado del usuario a través de asistencia directa.	Sumatoria de días entre la solicitud y la realización del procedimiento / Número total de citas asignadas en la institución durante el mismo periodo x 1000 Línea Base: 8 días Meta: 8 días	Enfermera Jefe
135		PRODUCCIÓN DE GASES MEDICINALES	No dar cumplimiento al proceso en lo relacionado específicamente con: Pérdida de trazabilidad de los registros generados en el proceso de producción y a la vez no realizar una adecuada limpieza y desinfección de áreas y equipos por cada lote producido, lo que generaría unos gases medicinales sin las condiciones esperadas.	Operativo	1	5	Alta	Verificación del cumplimiento del proceso a través del "Registro de verificación de batch record" relacionado con registros" y con "lista de Chequeo Despeje de Línea", esto relacionado con el aseo.	1	5	Alta	Dar cumplimiento con el proceso, a través de la aplicación de las siguientes listas de chequeo; antes de la producción se aplicará la lista de "Despeje de línea" y posterior a la liberación del lote de oxígeno medicinal la lista de "verificación de batch record", los resultados se consignarán en una planilla denominada "Control de Riesgos", los soportes en físico se archivan en la oficina de coordinación de gases medicinales y el análisis de la información se reportará al Director Técnico del Servicio farmacéutico, mensualmente, para que se tomen los correctivos necesarios si es el caso.	Número de Reporte de resultados fuera de especificación (Cualquier desviación del proceso) por lote aire producido en el mes / Número de listas de verificación que no cumplen con lo requerido en el mes para lotes de aire x 100 Línea Base: 0 Meta: 0%	Jefe de Calidad y Producción - Director Técnico

AÑO: 2019

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
136	SERVICIO FARMACÉUTICO	PRODUCCIÓN DE GASES MEDICINALES	No realizar la validación de los equipos críticos de la planta de gases medicinales.	Operativo	2	5	Extrema	Disponer de un cronograma de validación de equipos críticos y dar al cumplimiento con el mismo.	2	5	Extrema	Solicitar cada dos años la inclusión en el Plan de Presupuesto institucional, la asignación del rubro para la realización de la validación de equipos críticos de la central de gases medicinales y la planta de oxígeno.	Validación cada 2 años de equipos críticos. Linea Base: 1 validación cada 2 años Meta: Todos los equipos críticos de la central de aire medicinal y la central de oxígeno deben tener una validación del funcionamiento de los equipos que garanticen su calidad y por ende las buenas prácticas de manufactura.	Jefe de Calidad - Director Técnico
137		GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	Desabastecimiento de productos regulares, por más de 8 días calendario.	Operativo	5	3	Extrema	Notificación y seguimiento a las solicitudes de pedido de medicamentos y dispositivos regulares, a través de alertas (Semáforos) a las áreas implicadas en el proceso.	5	3	Extrema	Se debe consultar cada 4 días las cantidades registradas en el sistema dinámica gerencial. El octavo (8) día se consolidan las cantidades vigentes con las registradas en los primeros 4 días, identificando como desabastecidos los productos en los cuales se presentó existencia 0 en dos cortes. Se realiza seguimiento a las órdenes de compra, y se envía a la oficina de Suministros la alerta (Semáforos) de agotamiento de productos.	Validación cada 2 años de equipos críticos. Linea Base: 1 validación cada 2 años Meta: Todos los equipos críticos de la central de aire medicinal y la central de oxígeno deben tener una validación del funcionamiento de los equipos que garanticen su calidad y por ende las buenas prácticas de manufactura.	Regente de Farmacia
138		GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	Insuficiencia del Espacio físico en Bodega para almacenamiento en condiciones óptimas para situaciones de aprovisionamiento.	Operativo	5	1	Alta	Verificación aleatoria a los lugares de almacenamiento.	5	1	Alta	Se realizan 3 verificaciones aleatorias durante el mes, con el fin de definir acciones que aseguren condiciones óptimas de almacenamiento con alto volumen de medicamentos y/o dispositivos almacenados.	Indicador: N° de medicamentos y/o dispositivos médicos agotados por más de 8 días / Total de medicamentos y/o dispositivos médicos regulares Linea Base: 0 Meta: Que el 90% de los medicamentos y/o dispositivos médicos no presenten desabastecimientos.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
139		GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	Medicamentos y dispositivos médicos, almacenados por más de 6 días en el área de cuarentena.	Operativo	4	3	Alta	Reporte a proveedores que presenten inconsistencias con los productos entregados, con un máximo de tiempo de 48 horas detectada la inconsistencia se le solicitará al proveedor mediante correo electrónico con evidencia fotográfica cuando se requiera, solución a la misma en un tiempo inferior a 72 horas y se cita que si pasada estas horas no se cumple con la solicitud, no se responderá por lo que pase con la mercancía.	4	3	Alta	Una vez identificada la inconsistencia en el producto recibido, se procede a reportar al proveedor la novedad, solicitando solución a la misma en un tiempo inferior a 72 horas.	Indicador: N° de verificaciones con observaciones / Total de verificaciones x 100. Linea Base: 0 Meta: 60% de las verificaciones sin observaciones.	Coordinadora Bodega Farmacia
140		GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	Errores en la dispensación.	Operativo	5	3	Extrema	Semaforización de medicamentos LASA con color naranja, dispositivos médicos de mayor rotación (Color Morado) y menor rotación (Color Naranja) como también la identificación del producto con su código respectivo, Verificar que los productos se encuentren ubicados de acuerdo a los colores.	5	3	Extrema	Al ser almacenados en las farmacias los medicamentos LASA, se deberá semaforizar con color naranja, de igual manera los dispositivos médicos de mayor rotación (Color Morado) menor rotación (Color Naranja).	Indicador: N° de proveedores con medicamentos y/o dispositivos almacenados en el área cuarentena por más de 6 días / Total de proveedores que presentaron inconsistencia en la recepción de los productos Linea Base: 0 Meta: Que el 80% de los proveedores que presentaron inconsistencias, den solución a las mismas en un tiempo inferior a 6 días.	Coordinadora de cada Farmacia Satélite
141		GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	Vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos.	Operativo	3	3	Alta	Notificar mensualmente a los servicios asistenciales, los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer (180 días) para incentivar el uso en los tratamientos de los pacientes y desde farmacia bodega notificar a los diferentes proveedores para su cambio.	3	3	Alta	Los responsables de cada una de las farmacias satélites notifican mensualmente al Director Técnico o a quien este delegue, los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer (180 días) y desde farmacia bodega se realiza notificación a los diferentes proveedores para su cambio.	Indicador: N° de Productos almacenados en los lugares asignados para ello / N° de productos revisados aleatoriamente. Linea Base: 0 Meta: Que el 95% de los productos revisados se encuentren bien almacenados.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
142		GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	Dispensar productos sin estar ingresados al sistema.	Operativo	5	2	Alta	Solicitar al personal de enfermería, que dentro de las notas de enfermería se especifique la observación de la utilización del producto, especificando que, por razones de vital importancia del tratamiento del paciente, se recibió y aplicó al paciente el medicamento y/o dispositivos que se disponía físicamente pero no en el sistema informático.	5	2	Alta	Todo medicamento y/o dispositivo que por alguna razón se dispone físicamente pero no en nuestro sistema informático, solo podrá ser suministrado si cumple con las siguientes consideraciones: 1. Producto de vital importancia en el tratamiento del paciente. 2. Producto que no puede ser ingresado al sistema dinámica gerencial durante el mismo turno de la solicitud. 3. Formato diligenciado donde se relaciona el nombre completo del producto (Si existe en el sistema informático se registra el nombre como se se identifica en el mismo), cédula del paciente, nombre del paciente, fecha de entrega del producto, servicio que recibe el producto, persona que recibe el producto y persona que entrega el producto. 4. Posterior a la entrega deberá realizar nota de enfermería especificando que por razones de vital importancia del tratamiento del paciente, se recibió y aplicó al paciente el medicamento y/o dispositivos que se disponía físicamente pero no en el sistema informático	Indicador: N° de Productos con nota de enfermería aclarando el uso del mismo / N° de productos entregados que cumplen con las primeras 3 consideraciones, por no estar ingresado en el sistema informático Linea Base: 0 Meta: Que el 100% de los productos entregados de manera diferente, por no estar ingresado en el sistema informático, tengan nota de enfermería aclarando el uso del mismo.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
143		GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	Documentos digitados sin confirmar dentro del mismo turno.	Operativo	5	1	Alta	Se identificará los documentos digitados sin confirmar, y se solicitará a la digitadora, que en un periodo máximo de 12 horas el documento quede confirmado.	5	1	Alta	Los documentos que se digitan en el sistema Dinámica Gerencial, deben ser registrados y posteriormente confirmados para contribuir en el proceso de una buena facturación, en algunas ocasiones la solución para confirmar el documento no depende directamente del digitador, pero su gestión es muy importante para su confirmación. La identificación de los documentos registrados son verificados en el sistema dinámica gerencial.	Indicador: N° Documentos confirmados en un tiempo inferior a 3 días / N° Documentos registrados en el mes Linea Base: 0 Meta: Que el 88% de los documentos registrados en el sistema dinámica gerencial se confirmen.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
144		PRODUCCIÓN DE UNIDOSIS Y NUTRICIONES PARENTERALES	Falta de seguimiento o adherencia precisa a los protocolos establecidos.	Operativo	1	5	Alta	Seguimiento al cumplimiento de protocolos de desinfección de áreas y equipos, lavado de manos y estado de la ropa limpia y estéril.	1	5	Alta	Se aplicarán Acciones de Mejoramiento de acuerdo al resultado de los seguimientos	No. acciones de mejoramiento implementada / No. de hallazgos	Químico Farmacéutico Jefe de Calidad
145		PRODUCCIÓN DE UNIDOSIS Y NUTRICIONES PARENTERALES	Error en la transcripción de la Información a la orden de producción.	Operativo	2	5	Extrema	Elaboración correcta de la orden de producción. Aplicación de listas de chequeo verificando los datos de rigor del paciente y los técnicos.	2	5	Extrema	Aplicar listas de Chequeo para cada orden de producción	No. de listas de chequeo implementadas / No. orden de producción	Químico Farmacéutico Jefe de Calidad y Jefe de Producción
146	PRODUCCIÓN DE UNIDOSIS Y NUTRICIONES PARENTERALES	Derrame de medicamentos oncológicos citotóxicos en las áreas de preparación de la central de mezclas oncológicas.	Operativo	1	5	Alta	Aplicar verificaciones de Entrenamiento para garantizar habilidad y destreza para la manipulación de los medicamentos citotóxicos de alto riesgo, uso de elementos de protección personal (máscaras de protección respiratoria, monogafas, colocación de doble guante).	1	5	Alta	Realizar verificaciones de entrenamiento en forma aleatoria	No. verificaciones de entrenamiento aplicadas / No. verificaciones de entrenamiento planeadas	Químico Farmacéutico Jefe de Calidad	
147	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	No aplicación del sistema de Referencia y Contrareferencia adoptado dentro de la institución.	Operativo	3	3	Alta	Seguimiento a los registros generados en el archivo denominado "Solicitudes de referencia y contrareferencia de red externa", donde se verifique el cumplimiento del manual, a través de la aplicación de una lista de chequeo, con una periodicidad semanal a 10 registros, generando una información que se socializara en comité de autocontrol mensual, y si es el caso se generan los planes de mejoramiento correspondientes.	3	3	Alta	Elaborar y aplicar lista de chequeo semanalmente a 10 registros aleatorios del archivo en excel denominado " Solicitudes de referencia y contrareferencia" vigente, socializando los resultados en el comité de autocontrol y generando los planes de mejoramiento requeridos si es el caso, con seguimiento también a los planes que se generen.	N° de registros diligenciados correctamente / 40 registros revisados mensualmente x 100. Linea Base: 0 Meta 100% de registros diligenciados correctamente.	Coordinador Médico de la Unidad	

AÑO: 2019														
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
148	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	No cumplir con el transporte de un usuario por fallas técnicas de equipos.	Operativo	3	3	Alta	Seguimiento a los mantenimientos preventivos y correctivos realizados a los equipos y vehículos.	3	3	Alta	Disponer de un listado de los equipos medicos a cargo, de este listado se dejara constancia en el acta de autocontrol, donde se identifique cuales estan sin funcionamiento por falta de repuestos y requerir lo necesario, luego de esto medir la oportunidad de respuesta para poner el equipo en funcionamiento, realizar esta actividad mensualmente. Socializarla en el comite de autocontrol.	N° de equipos dañados / Total de equipos a cargo Linea Base: 0 Meta: 100% de los equipos funcionando.	Coordinador Médico de la Unidad
149		MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	No cumplir con el transporte de un usuario por fallas técnicas del vehículo.	Operativo	3	3	Alta	Seguimiento a los mantenimientos preventivos y correctivos realizados a los equipos y vehículos.	3	3	Alta	Dar cumplimiento del cronograma mensual de revision de vehículos y aplicación de listas de chequeo (semanal a cargo de la tripulación), con estos resultados solicitar lo requerido para que estén optimo funcionamiento. Analizar y consignar esta informacion en acta de autocontrol mensual.	N° de trasbordos de pacientes ocurridos en el mes debido a daño del vehículo / total de traslados en ambulancias de la institución realizados en el mes. Linea Base: 0 Meta: 90% N° de traslados en ambulancia terrestre tercerizado por daño en ambulancia institucional. Linea Base: 0 Meta: 0% de uso de transporte tercerizado por daño de las ambulancias institucionales.	Coordinador Médico de la Unidad
150	EPIDEMIOLOGÍA	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SALUD PUBLICA E INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD	Reporte inoportuno de eventos de salud pública.	Cumplimiento	5	3	Extrema	Medir la adherencia en la notificación de los eventos de Salud Pública.	5	3	Extrema	Elaborar y aplicar lista de chequeo a las fichas de notificación en Salud Pública para que cumplan con los criterios de INS	N° de eventos con reporte inoportuno/ N° total de eventos en el periodo Linea Base: 0 Meta: menos del 15% de inoportunidad en la notificación de eventos en Salud Pública.	Auxiliares de Epidemiología
151		VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SALUD PUBLICA E INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD	No se toma la muestra según protocolos de salud pública por evento.	Cumplimiento	5	3	Extrema	Notificar al coordinador del servicio la omisión de la toma de muestra. Socialización de los protocolos y/o los nuevos lineamientos que emita los entes de control en Vigilancia en Salud Publica.	5	3	Extrema	Enviar oficios firmados por la subgerencia tecnico cientifica al area de Talento humano o las agremiaciones reportando las omisiones generadas durante el proceso de la toma de muestras.	N° de oficios enviados/ total de omisiones en la toma de muestra Linea Base: 0 Meta: Reportar a Talento humano u agremiaciones el 80% de las omisiones encontradas.	Coordinador de Epidemiología y Enfermera
152	JURÍDICA	TRÁMITE DE DERECHOS DE PETICIÓN	No contestar el derecho de petición de acuerdo a los términos establecidos en la normatividad legal vigente.	Cumplimiento	3	3	Alta	Emitir alertas vía email con 3 días de antelación al vencimiento del término de contestación.	3	3	Alta	Enviar las alertas vía email a quien corresponda dar respuesta al derecho de petición con 3 días de antelación.	N° de alertas enviadas / N° total de derechos de petición radicados en la oficina asesora jurídica x 100 Linea Base: 0 Meta: Que se envíe el 100% de las alertas.	Secretaría Oficina Asesora Jurídica
153	TESORERÍA	INGRESOS MONETARIOS	Pérdida del efectivo y/o realización de prácticas como jineteo atraco o hurto en las diferentes cajas o mientras se realiza el recorrido para la recolección del dinero.	Operativo	1	4	Alta	Mantener la oficina de caja cerrada todo el tiempo. No mantener en la caja montos mayores a \$300.000. Mantener el recaudo de los dineros en la caja fuerte de cada servicio y mantener esta siempre cerrada. Para realizar el recorrido ir siempre con el personal de seguridad de la entidad.	1	4	Alta	Efectuar cierres de cajas diarios. Realizar arqueos de caja periodicos y sorpresivos. Acceso restringido al área de cajas de tesorería.	Valor recaudado mensual en las cajas de servicios / Valor total recibido en tesorería x 100 Linea base: 0% Meta: 0% de pérdida de dinero.	Profesional Universitario
154		GESTIÓN DE PAGO A PROVEEDORES	Realización de pago al proveedor sin el cumplimiento de los requisitos establecidos por el contrato, orden de servicio o de compra.	Financiero	1	4	Alta	Aplicación de listas de chequeo (soportes de la cuenta según contrato, orden de compra o de servicio) antes de la realización del pago al proveedor.	1	4	Alta	Aplicar listas de chequeo (soportes de la cuenta según contrato, orden de compra o de servicio) antes de la realización del pago al proveedor.	Proporción de cuentas pagadas sin el cumplimiento de los requisitos (no aplicación de la lista de chequeo) / N° total de cuentas pagadas x 100% Linea Base: 0% Meta: 0% de cuentas pagadas sin el cumplimiento de los requisitos.	Profesional Universitario Agremiado (revisión de cuentas) Supervisor e Interventor Auxiliar Administrativo de Contabilidad
155	FACTURACIÓN	GESTIÓN DE FACTURACIÓN	Incumplimiento al manual de procesos y procedimientos de facturación.	Operativo	2	4	Alta	Capacitación - inducción - reinducción, al manual de procesos y procedimientos de facturación del HUN.	2	4	Alta	Cumplimiento al programa de capacitación anual del personal de facturación; evaluación del personal de facturación capacitado en el manual de procesos y procedimientos de facturación del HUN; en normatividad vigente y en la socialización de contratos y convenios.	(Número de capacitaciones realizadas y evaluadas en el periodo / Total de capacitaciones programadas del periodo) x 100	Supervisor Operativo de Facturación Coordinación de Facturación Coordinador y Auditores del Servicio
156		GESTIÓN DE FACTURACIÓN	Inconsistencias en los informes con otras áreas del hospital (conciliaciones).	Operativo	2	4	Alta	Promover la metodología para que las áreas que generan la información la procesen, la concilien y la entreguen a tiempo.	2	4	Alta	Promover la metodología para que las áreas que generan la información la analicen, la procesen, la concilien y la entreguen a tiempo.	(Número de informes que no presentaron inconsistencia en el periodo / Número total de informes presentados en el periodo) x 100	Auxiliar Administrativo de Facturación Supervisor Operativo de Facturación Coordinador de Facturación
157		GESTIÓN DE FACTURACIÓN	La no re facturación a tiempo de servicios.	Operativo	2	4	Alta	Cumplir con el procedimiento de gestión de glosas y devoluciones y con la normatividad en el cumplimiento de tiempos para su trámite normal ante las EPS.	2	4	Alta	Aplicar el procedimiento de glosas y devoluciones y cumplir con la normatividad vigente y sus plazos establecidos.	(Número de refacturas generadas en el periodo / Número total de facturas que se recibieron para refacturar por el área de glosas en el periodo) x 100	Supervisor Operativo de Facturación Coordinador de Facturación
158		GESTIÓN DE FACTURACIÓN	No parametrizar las tarifas en el sistema de los contratos suscritos por el hospital. Excepto medicamentos, suministros, insumos y dispositivos médicos (que son parametrizados por Farmacia).	Operativo	2	4	Alta	Realizar programa de capacitación a: al manual de procesos y procedimientos de facturación del hun; a la normatividad vigente; a la socialización de contratos y/o convenios recibidos por las oficinas de mercadeo, contratación y subgerencia técnico científica (red externa) para la venta de servicios de salud; panorama de contratación; tarifario institucional; comité de glosas - informe del área de glosas.	2	4	Alta	Realizar programa de capacitación a: al manual de procesos y procedimientos de facturación del hun; a la normatividad vigente; a la socialización de contratos y/o convenios recibidos por las oficinas de mercadeo, contratación y subgerencia técnico científica (red externa) para la venta de servicios de salud; panorama de contratación; tarifario institucional; comité de glosas - informe del área de glosas.	(Número de solicitudes de tarifas institucionales, por contrato y red externa parametrizadas / Número total de solicitudes recibidas para parametrizar) x 100	Profesional de Apoyo de Facturación Supervisor Operativo de Facturación Coordinador de Facturación Coordinador y Auditor del Servicio
159	GESTIÓN DE FACTURACIÓN	Incumplimiento al manual de procesos y procedimientos de facturación, derivado del incumplimiento al manual de procesos y procedimientos de las áreas que se interrelacionan con el proceso de facturación (Áreas asistenciales y administrativas).	Operativo	5	4	Extrema	Oficios con relación a los hallazgos encontrados y enviados a los responsables asistenciales y administrativos, de los servicios o áreas respectivas.	5	4	Extrema	Oficios con relación a los hallazgos encontrados y enviados a los responsables asistenciales y administrativos, de los servicios o áreas respectivas.	(Número de hallazgos informados / Número total de hallazgos encontrados) x 100	Supervisor Operativo de Facturación Coordinador de Facturación Coordinador y Auditor del Servicio	

HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019		
HOSPITAL UNIVERSITARIO		MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL										VERSIÓN: 01		
HOSPITAL UNIVERSITARIO		MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL										CÓDIGO: GD-ME-F-004-001C		
AÑO: 2019														
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
160	GLOSAS	GESTIÓN DE GLOSAS	Demora en el trámite de las devoluciones.	Financiero	5	2	Alta	Verificación oportuna de devoluciones pendientes de tramitar y aplicación de criterios definidos para gestión de devoluciones.	5	2	Alta	Auxiliar Administrativo - Trámite revisa estado de la devolución y tramita según la siguiente instrucción: Las segundas devoluciones deben ser respondidas y soportadas normalmente; sin embargo, se debe analizar algunos casos excepcionales en los que se puede determinar que la reiteración de glosa o devolución es injustificada que hacen que deban ser pasadas a cobro por Cartera; las terceras y cuartas devoluciones deben ser automáticamente pasadas a cobro por Cartera, aunque pueda haber algunas excepciones que pueden ser informadas por el tramitador. Coordinador de Glosas realiza revisión mensual del cumplimiento de esta acción.	Nº de devoluciones con trámite definitivo en el año n+1 a la radicación de la factura / Nº total de devoluciones radicadas en el año n Linea Base: 0 Meta: 100% (Realizar el trámite definitivo de las devoluciones en el año n+1 a la radicación de la factura).	Auxiliar Administrativo - Trámite
161		GESTIÓN DE GLOSAS	Respuesta de objeciones por fuera de los términos establecidos por las normas legales.	Financiero	4	3	Alta	Verificación de registro adecuado y cumplimiento de tiempos de respuesta de glosas y devoluciones.	4	3	Alta	Auxiliar Administrativo - Trámite revisa diariamente el archivo "Relación de glosas radicadas", con el fin de verificar la fecha de radicación de la objeción, para realizar la respuesta de éstas, en el tiempo establecido normativamente. El funcionario encargado del Sistema de Información, realizará revisión semanal y consolidará mensualmente los hallazgos de oportunidad de radicación y trámite de objeciones, así como del adecuado registro.	Número de glosas gestionadas oportunamente / Total glosas de glosas radicadas. Linea Base: 99% Meta: Que el 100% de la glosa radicada se gestione oportunamente de conformidad con los tiempos establecidos en la normatividad vigente.	Funcionario Sistema de Información de Glosas
162	CARTERA	GESTIÓN DE CARTERA	No se logre establecer a tiempo el deudor y el régimen para realizar el abono a la cartera, utilizando constantemente la cuenta 290580 de Recaudo de cartera por identificar.	Financiero	5	4	Extrema	1. Efectuar seguimiento permanente a los depósitos a través de la red bancaria, complementando esta actividad mediante emisión de estados de cuenta. 2. Realizar Circularizaciones a los diferentes clientes.	5	4	Extrema	1. Identificar en las actas de conciliación de cartera y contabilidad el valor detallado y disminuido de la cuenta 290580.	Valor total identificado mensual / Total del valor por identificar Linea Base: Saldo con corte a 31 de agosto de 2017. Meta: Que la cuenta 290580 no supere el 1% del total de la cartera al cierre de cada mes.	Profesional Universitario - Cartera
163		GESTIÓN DE CARTERA	Que la cartera se deje vencer y se convierta en cartera de difícil cobro.	Financiero	3	3	Alta	1. Clasificar la cartera por edades. 2. Efectuar permanentemente cobros persuasivos, circularizaciones, cobro pre y jurídicos.	3	3	Alta	1. Dar cumplimiento al Reglamento Interno de Recaudo de Cartera Res. 0916 noviembre 2013. 2. Realizar seguimiento mensual a la cartera por edades en los subcomités de autocontrol y mejoramiento.	Valor total de la cartera superior a 180 días / Valor total de la cartera en el periodo Cuentas por cobrar promedio x 365 / Ventas a crédito del periodo Linea Base: Saldo de la cartera mayor a 180 días con corte a 31 de agosto de 2017, excluyendo las entidades en proceso de liquidación y liquidadas. Meta: Que la cartera mayor a 180 días no supere el 45% excluyendo las entidades en proceso de liquidación y liquidadas.	Profesional Universitario - Cartera
164		GESTIÓN DE CARTERA	Incumplimiento en los compromisos de pago.	Financiero	4	3	Alta	Realizar el seguimiento permanente a los compromisos de pago suscritos.	4	3	Alta	Reportar el incumplimiento a la Subgerencia Financiera y Secretaría de Salud Departamental para ejercer el cobro jurídico de estos recursos.	Compromisos de pago incumplidos / Total de compromisos de pago suscritos. Linea Base: 0 Meta: Reportar el 90% de los incumplimientos a la Subgerencia Financiera.	Profesional Universitario - Cartera
165	PRESUPUESTO	GESTIÓN DE PRESUPUESTO	Que los recaudos proyectados sean superiores a los recaudos efectivos.	Financiero	3	3	Alta	Seguimiento mensual a la ejecución presupuestal.	3	3	Alta	Elaborar informe mensual para las subgerencias Administrativa y Técnico - Científica y Oficina de Talento Humano y seguimiento en reunión mensual de autocontrol.	No. de informes enviados / Total de informes programados x 100 Linea Base: 12 Meta: Cumplir con el 100% de la entrega de los informes.	Subgerente Financiero Profesional Universitario Presupuesto
166		GESTIÓN DE PRESUPUESTO	No dar cumplimiento al Indicador del Equilibrio Presupuestal.	Financiero	3	3	Alta	Seguimiento mensual al comportamiento del indicador de equilibrio presupuestal.	3	3	Alta	Informe mensual de equilibrio presupuestal enviado a Gerencia y seguimiento en reunión mensual de autocontrol.	No. de informes enviados / Total de informes programados x 100 Linea Base: 12 Meta: Cumplir con el 100% de la entrega de los informes.	Profesional Universitario Presupuesto
167		GESTIÓN DE PRESUPUESTO	Falta de gestión y control presupuestal por parte de las áreas de tal forma que este alineado con la planeación institucional.	Estratégico	3	3	Alta	Que el plan de adquisiciones sea reportado periódicamente a la Oficina de Planeación. Presupuesto informará periódicamente a la Oficina de Planeación sobre la ejecución del presupuesto.	3	3	Alta	Que la Oficina de Presupuesto envíe el reporte de la ejecución del plan de adquisiciones a la Oficina de Planeación. La Oficina de Presupuesto remita informe mensual a la Oficina de Planeación sobre la ejecución del presupuesto.	No. de informes enviados / Total de informes programados x 100 Linea Base: 12 Meta: Cumplir con el 100% de los informes entregados dentro de la oportunidad.	Profesional Universitario Presupuesto Jefe de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional
168	COSTOS	GESTIÓN DE COSTOS	Error en la información suministrada por las áreas proveedoras de la información.	Operativo	3	4	Extrema	Socializar en el grupo de costos los resultados obtenidos con los Coordinadores de las áreas que presentan resultados negativos y generar acciones de mejoramiento de ser necesario.	3	4	Extrema	Realizar seguimiento a los responsables del registro de información en el software de las áreas proveedoras de información para lograr la oportunidad. Asistir a comités de autocontrol según la necesidad con el fin de hacer capacitación y acompañamiento a los planes de mejora o acciones correctivas a realizar.	Número de documentos de socialización de resultados a los Coordinadores de los centros de costos que presentaron resultados negativos y/o las áreas que deben adelantar las acciones pertinentes para obtener resultados confiables / Número de centros de costos que presentaron resultados negativos Linea Base: 4 Informes Trimestrales de Producción, Costos y Gastos Anuales Se evidencian (4) 1- Cuarto Trimestre 2013 2- Primer Trimestre 2014 3- Segundo Trimestre 2014 4- Tercer Trimestre 2014 Meta: Tener la información real de Producción, Costos y Gastos por Centros de Costos y Unidades Funcionales de manera oportuna para la toma de decisiones de la Alta Gerencia.	Áreas de Costos
169		GESTIÓN DE COSTOS	Error en la parametrización de los costos y gastos por centros de costos.	Tecnología	4	4	Extrema	Cruce y análisis de la información generada por el software.	4	4	Extrema	Realizar cierre mensual de Costos (Modulo de Costos). Compare los Resultados del periodo de los informes con el Estado de Resultados certificado por Contabilidad, con el fin de detectar alguna diferencia y pasar a corregirla. Si no presenta diferencias y los resultados generados corresponden a los certificados, inicie el análisis de esta información, para definir si los centros de costos con resultados adversos tienen justificación, con el fin de identificar las causas y realizar ajustes pertinentes antes del cierre trimestral.	Número de documentos donde se solicita la corrección de la novedad al área directamente responsable de realizar los correctivos necesarios / Número de novedades a corregir Linea Base: No establecida Meta: 0%	Área de Costos
170		GESTIÓN DE COSTOS	Centros de costos que presenten resultados operativos negativos, sin justificación.	Operativo	4	3	Alta	Solicitar las acciones de mejoramiento a las áreas para mejorar los resultados operativos de su centro de costos.	4	3	Alta	Realizar verificación en los cierres mensuales de las acciones de mejoramiento que establezcan y definan en los planes de mejora de cada centro de costos.	Número de centros de costos operativos que presentan resultados negativos injustificados / Número total de centros de costos operativos Linea Base: No establecida Meta: 0%	Área de Costos

HOSPITAL UNIVERSITARIO FACULTAD DE ODONTOLÓGIA Ejército 3020, 81-13000		FORMATO											 FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019 VERSIÓN: 01 CÓDIGO: GD-ME-F-004-001C	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL														
AÑO: 2019														
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
171	RECURSOS FÍSICOS	HIGIENIZACIÓN DE ROPA HOSPITALARIA	Inoportunidad en la entrega de la ropa hospitalaria.	Operativo	3	3	Alta	Mantener la disponibilidad de los recursos necesarios que garanticen la correcta operación para la higienización de la ropa hospitalaria.	3	3	Alta	Verificar mensualmente que se cuente con los recursos necesarios que garanticen que el proceso de higienización de ropa hospitalaria se efectúe correctamente. En caso que esto no ocurra se debe gestionar oportunamente la contratación.	Número de Kilos de Ropa Hospitalaria distribuidos antes de 24 horas posteriores a su recepción para ser higienizada / Número de Kilos de ropa hospitalaria recibida para ser higienizada * 100 Linea Base: 0 Meta: Que el 95% de la ropa hospitalaria higienizada se entregue oportunamente.	Jefe Oficina de Recursos Físicos
172		MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Presentación de eventos adversos debido al mal funcionamiento o daño en la dotación hospitalaria y vehículos por un mantenimiento preventivo ineficiente, no ejecutado o con demoras en su ejecución.	Operativo	5	4	Extrema	Realizar las labores de mantenimiento preventivo de acuerdo a los protocolos establecidos por el fabricante para cada equipo o vehículo.	5	4	Extrema	Verificar los protocolos de mantenimiento establecidos por el fabricante para cada equipo o vehículos antes de efectuar el mantenimiento preventivo	Número de mantenimientos preventivos con no conformidades reportadas en el mes / Número de mantenimientos preventivos ejecutados en el mes x 100. Número de mantenimientos preventivos realizados / Número de mantenimientos preventivos programados x 100 Linea Base: 0 Meta: Que no se presenten eventos adversos una vez finalicen las labores de mantenimiento preventivo.	Operario o Contratista
173		MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Disminución de la vida útil de la dotación hospitalaria o vehículos por mantenimiento preventivo ineficiente.	Operativo	4	4	Extrema	Mantener actualizada la Hoja de Vida de equipos básicos y equipos biomédicos e industriales.	4	4	Extrema	Verificar el estado de los equipos básicos, equipos biomédicos e industriales en las hojas de vida.	Número de hojas de vida de dotación hospitalaria y vehículos actualizadas / Total de Hojas de vida de dotación hospitalaria y vehículos. Linea Base: 0 Meta: Que estén actualizadas el 100% de las hojas de vida de los equipos básicos, equipos biomédicos e industriales.	Supervisor o Interventor
174		MANTENIMIENTO CORRECTIVO	Demoras al momento de solucionar las fallas presentadas.	Operativo	5	5	Extrema	Gestionar oportunamente la contratación y los recursos necesarios para efectuar el mantenimiento correctivo de la dotación hospitalaria, infraestructura física y vehículos.	5	5	Extrema	Elaboración de estudios previos para cada uno de los contratos, solicitud de cotizaciones por parte de los contratistas y la documentación necesaria para su contratación, solicitud oportuna de insumos, materiales, herramientas o equipos de acuerdo a la necesidad presentada.	Número de días transcurridos desde el momento de la solicitud de mantenimiento hasta el momento de la solución del requerimiento / Total de requerimientos solicitados en un periodo de tiempo x 100 Linea Base: 0 Meta: Que el mantenimiento correctivo sea solucionado en un tiempo no mayor a 3 días.	Supervisor o Interventor
175	SERVICIO DE ALIMENTOS	PREPARACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS	Suministrar oportunamente alimentos inocuos a los pacientes beneficiarios de los diferentes servicios con el fin de cubrir las recomendaciones nutricionales de acuerdo a los requerimientos establecidos.	Operativo	5	3	Extrema	Identificar las auxiliares operativas que no cumplan con la entrega correcta de la dieta solicitada para el paciente.	5	3	Extrema	Realizar mensualmente auditoría interna a las auxiliares de alimentos con el propósito de identificar las falencias con el suministro de dietas a pacientes y beneficiados acorde con lo medicado por el medico tratante.	Proporción de dietas suministradas al paciente. Linea Base: 0 Meta: Que los alimentos suministrados a pacientes y beneficiados cumplan con las especificaciones establecidas de cada dieta.	Profesional Universitario Oficina Alimentos
176		ABASTECIMIENTO DE MATERIAS PRIMAS Y ARTÍCULOS	Abastecer el servicio de alimentos de materias primas y utensilios cumpliendo a los criterios de oportunidad, calidad y cantidad necesarios para garantizar la preparación de las dietas e inocuidad de los alimentos.	Operativo	3	3	Alta	Controlar las cantidades de materias primas y artículos solicitados contra los utilizados en el Servicio de Alimentos.	3	3	Alta	Elaborar cuadro de control en formato excel de acuerdo a las cantidades de materias primas y artículos recibidos por el proveedor y los utilizados en la preparación de los menus requeridos para el mes, lo anterior en áreas de identificar y prevenir un desabastecimiento.	Materias primas y artículos utilizados / Materias primas y artículos recibidos al proveedor x 100 Linea Base: 0 Meta: Pedido del mes con un adicional de cantidades menor o igual al 7%, referente al resultado de la medición de indicador del mes anterior.	Profesional Universitario Oficina Alimentos
177	ALMACÉN	DEVOLUCIÓN Y BAJA DE BIENES	Traslado de bienes a otras áreas sin consultar o reportar al Almacén.	Operativo	3	4	Extrema	Solicitar a Talento Humano los Paz y Salvo de los funcionarios que egresan de la institución.	3	4	Extrema	Enviar oficio por gestión documental a Talento Humano solicitando el reporte de personas retiradas de la institución y precisar el requerimiento de los Paz y Salvo para los trámites pertinentes	Nro. de Paz y Salvos generados / Total de funcionarios que egresan de la institución x 100 Linea Base: 0 Meta: Que el 80% de los funcionarios que egresan de la institución cuenten con el Paz y Salvo.	Almacenista General
178		DEVOLUCIÓN Y BAJA DE BIENES	Recepcionar bienes que no cuenten con reporte técnico.	Operativo	3	3	Alta	No recibir los bienes sin el respectivo reporte técnico.	3	3	Alta	Socializar a los responsables de los inventarios de las diferentes áreas de la institución los requisitos establecidos para la devolución de los bienes a través del acta de cierre de inventario.	Nro. de responsables de inventarios a quienes se les socializaron los requisitos / Total de los responsables de los inventarios x 100 Linea Base: 0 Meta: Que se socialicen los requisitos al 80% de los responsables de los inventarios.	Almacenista General Profesional Universitario de Activos Fijos
179		ABASTECIMIENTO DE BIENES Y PRODUCTOS	Solicitud de bienes y/o productos sin las especificaciones y características precisas.	Operativo	3	3	Alta	No recibir las solicitudes que no evidencien las especificaciones y características precisas de los bienes y/o productos a requerir.	3	3	Alta	Revisar las solicitudes de bienes y/o productos verificando el cumplimiento de las especificaciones y características precisas de estos.	Nro. de solicitudes revisadas / Total de solicitudes recibidas x 100 Linea Base: 0 Meta: Que se revise el 100% de las solicitudes recibidas.	Almacenista General Profesional Universitario de Activos Fijos Auxiliar Administrativo de Almacén
180		GESTIÓN DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE SINIESTROS PRESENTADOS A LOS BIENES DEL HOSPITAL	No reportar el siniestro presentado a la Subgerencia Administrativa.	Cumplimiento	3	4	Extrema	Identificar los activos siniestrados a través de la realización de inventarios periódicos.	3	4	Extrema	Realizar inventario aleatorio mensual en cualquiera de los áreas del Hospital para identificar bienes siniestrados.	Nro. de inventarios aleatorios realizados / Total de inventarios aleatorios programados x 100 Linea Base: 0 Meta: Que se realice el 100% de los inventarios aleatorios en el mes.	Profesional Universitario de Activos Fijos
181		GESTIÓN DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE SINIESTROS PRESENTADOS A LOS BIENES DEL HOSPITAL	No reportar el siniestro presentado a la Subgerencia Administrativa.	Cumplimiento	3	4	Extrema	Socializar la circular a los responsables de los bienes sobre la responsabilidad del inventario y custodia en el manejo de los activos fijos de la institución y los recibidos en comodato.	3	4	Extrema	Socializar la circular a los responsables de los bienes.	Nro. de responsables de los bienes a quienes se le socializó la circular. Linea Base: 0 Meta: Que al 80% de los responsables se les socialice la circular. Observación: Las circulares se realizarán de acuerdo a la necesidad.	Profesional Universitario de Activos Fijos
182	GESTIÓN DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE SINIESTROS PRESENTADOS A LOS BIENES DEL HOSPITAL	Reporte inoportuno del siniestro a la aseguradora una vez se cuente con la documentación exigida.	Cumplimiento	3	4	Extrema	Solicitar a las diferentes Unidades Funcionales y/o entidades externas la documentación exigida por la aseguradora según el siniestro presentado.	3	4	Extrema	Enviar oficio y/o correo electrónico a las diferentes Unidades Funcionales y/o entidades externas solicitando la documentación pertinente según el siniestro presentado.	Nro. de oficios y/o correos electrónicos enviados / Total de siniestros reportados x 100 Linea Base: 0 Meta: Que se envíe el 100% de oficios y/o correos electrónicos a las diferentes Unidades Funcionales y/o entidades externas. Observación: Esta actividad se desarrollará de acuerdo a los siniestros reportados por Almacén.	Profesional Especializado de Subgerencia Administrativa	
183	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	GESTIÓN DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE SINIESTROS PRESENTADOS A LOS BIENES DEL HOSPITAL	Incumplimiento del seguimiento al reconocimiento y pago de los siniestros.	Cumplimiento	2	4	Alta	Llevar un consolidado de los siniestros reportados a la aseguradora.	2	4	Alta	Realizar un cuadro de control en Excel de los siniestros reportados a la aseguradora.	Nro. de siniestros con seguimiento en el cuadro de control / Total de siniestros reportados a la aseguradora x 100 Linea Base: 0 Meta: Que el 100% de los siniestros reportados cuenten con seguimiento.	Profesional Especializado de Subgerencia Administrativa

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AÑO: 2019

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
184		GESTIÓN DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE SINIESTROS PRESENTADOS A LOS BIENES DEL HOSPITAL	Error en el pago del siniestro reportado.	Cumplimiento	2	4	Alta	Verificar que las cotizaciones y liquidaciones estén acordes con los precios actuales y especificaciones técnicas de los bienes siniestrados.	2	4	Alta	1. Solicitar vía correo electrónico al funcionario competente las cotizaciones en lo referente a los precios y especificaciones técnicas de los bienes siniestrados. 2. Solicitar vía correo electrónico al asesor de seguros del hospital apoyo en la validación de las liquidaciones generadas por parte de la aseguradora.	1. Nro. de cotizaciones enviadas por parte del funcionario competente / Total de cotizaciones solicitadas x 100 Línea Base: 0 Meta: Que se recepcione el 70% de las cotizaciones solicitadas. 2. Nro de liquidaciones identificadas con inconsistencias / Total de liquidaciones validadas x 100 Línea Base: 0 Meta: Que se valide el 100% de las liquidaciones.	Profesional Especializado de Subgerencia Administrativa
185		ABASTECIMIENTO DE BIENES Y PRODUCTOS	Incumplimiento de la oportunidad de entrega del total de los productos comprados al proveedor.	Operativo	3	3	Alta	Realizar seguimiento en la entrega de los pedidos por parte de los proveedores, mediante llamadas y correos electrónicos dejando como evidencia el registro y observaciones en el formato preestablecido para tal fin.	3	3	Alta	Verificación del seguimiento vía telefónica o correo electrónico.	Ítems comprados / Entregas parciales x 100 Línea Base: 70% Meta: cumplir con el 70% del seguimiento a las entregas.	Profesional Universitario Suministros
186	SUMINISTROS	ABASTECIMIENTO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS	Solicitud de material de osteosíntesis entregada posteriormente al horario establecido.	Operativo	5	4	Extrema	Implementar un horario de recepción de las solicitudes.	5	4	Extrema	Generar circular estableciendo horario para la recepción de solicitudes	Nº de Solicitudes de material de osteosíntesis recibidas extemporáneamente / Nº total de solicitudes de material de osteosíntesis radicadas x 100 Línea Base: 0 Meta: Que el 90% de las solicitudes se radiquen oportunamente.	Profesional Universitario Suministros
187		ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS CARDIOVASCULARES E INTERVENCIONISTAS DE ALTO COSTO Y VARIABLE ROTACIÓN	Entrega de la orden médica u orden de procedimiento quirúrgico posterior al horario establecido.	Operativo	5	4	Extrema	Implementar un horario de recepción de las solicitudes	5	4	Extrema	Generar circular estableciendo horario para la recepción de solicitudes	Nº de órdenes médicas u órdenes de procedimiento quirúrgico recibidas extemporáneamente / Nº total de órdenes médicas u órdenes de procedimiento quirúrgico radicadas x 100 Línea Base: 0 Meta: Que el 90% de las órdenes médicas u órdenes de procedimiento quirúrgico se radiquen oportunamente.	Profesional Universitario Suministros
188	CONTRATACIÓN	PROCESO CONTRACTUAL	Inoportunidad en la liquidación del contrato.	Cumplimiento	3	3	Alta	Establecer una alerta a los contratos terminados, para que el supervisor o interventor proceda a liquidarlo en los términos establecidos.	3	3	Alta	Requerir por cualquier medio al supervisor o interventor a la terminación de cada contrato, a efectos de recordar el deber de liquidar dentro de los términos legales.	Nº de requerimientos / No. de contratos terminados x 100 Línea Base: 50% Meta: Que el 70% de los contratos terminados, presenten requerimientos a los supervisores o interventores.	Jefe Oficina Contratación
189	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	PROCESO DISCIPLINARIO	No identificar de manera correcta la calidad del sujeto que remite la información que da origen a la acción disciplinaria.	Operativo	5	5	Extrema	Identificación, seguimiento y control del sujeto que remite el documento que da origen a la acción disciplinaria.	5	5	Extrema	Elaborar lista de chequeo en la cual se identifique claramente la calidad de quien representa el documento que da origen a la acción disciplinaria. Realizar seguimiento y control mediante lista de chequeo de la identificación del sujeto que remite el documento que da origen a la acción disciplinaria.	Nº de procesos disciplinarios / Nº listas de chequeo de identificación de sujeto que da origen a la acción disciplinaria. Línea Base: Lista de chequeo de identificación de sujeto que da origen a la acción disciplinaria. Meta: Aplicación de la lista de chequeo al 100% de las acciones disciplinarias.	Sustanciadores
190	CONTROL INTERNO	MANUAL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	Incumplimiento de la presentación de las auditorías de ley según fechas establecidas.	Cumplimiento	1	4	Alta	Seguimiento mensual en los subcomités de autocontrol y mejoramiento a las actividades a realizar por parte de la oficina de Control Interno.	1	4	Alta	Dando cumplimiento a la resolución 0550 del 16 de junio de 2016, se realizará mensualmente subcomité de autocontrol y mejoramiento, en el cual se analizará las actividades que fueron realizadas en el mes anterior y las actividades que deberán ser realizadas por parte de la oficina de Control Interno.	Nº de Informes de auditorías de ley reportados dentro de las fechas establecidas por normatividad / Nº de informes a reportar en la vigencia x 100 Línea Base: 100% Meta: Reportar el 100% de los informes de auditorías de ley dentro de las fechas establecidas por la normatividad.	Jefe de la Oficina de Control Interno