

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
1	GERENCIA	ESTRUCTURACIÓN Y EVALUACIÓN DE ACUERDOS DE GESTIÓN	Inexistencia de información organizada e inoportuna para la construcción de los acuerdos.	Operativo	3	3	Alto	Capacitar a los Subgerentes sobre el proceso, determinando los plazos de presentación y la información requerida para su estructuración.	3	3	Alto	Capacitar a cada subgerente sobre la importancia y metodología firma de acuerdos	Número de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones propuestas. Línea Base: 1 capacitación al año Meta: Cumplir con el 100% de las capacitaciones Observación: Está 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	Extremo	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. Línea 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	Extremo	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. Línea 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		GESTIÓN DEL RIESGO	Inadecuado seguimiento a los riesgos del proceso por parte del líder y colaboradores de la unidad funcional	Operativo	4	4	Extremo	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	Extremo	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 *100 Línea 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	Fallas en seguridad de la información	Tecnología	3	3	ALTO	Garantizar la seguridad informática del Data center y de los canales de conectividad (Firewalls, IDS, antivirus, antispan). 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	ALTO	Configurar y mantener actualizado periódicamente la seguridad informática del datacenter y de los canales de conectividad (Firewalls, IDS, antivirus, antispan). Realizar auditorías periódicas para verificar el cumplimiento de las políticas de seguridad de la información. Brindar capacitaciones de forma periódica sobre las políticas de seguridad de la información. Alinear los procesos a estándares de buenas prácticas.	Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente Tratamiento de eventos relacionados en el marco de seguridad y privacidad de la información = (Numero de criterios vulnerados en seguridad de la información / total de criterios evaluados) x 100 Línea base: 0 Meta: 30% <= de criterios vulnerados	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	extremo	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	extremo	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 = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente Disponibilidad de los aplicativos TIC = (numero de horas de disponibilidad de los sistemas de información / total de horas mes disponibles ) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de disponibilidad de aplicativos Mantenimientos preventivos a equipos de cómputo = (numero de mantenimientos preventivos ejecutados a equipos de computo / total de mantenimientos programados a estaciones de trabajo) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de mantenimientos ejecutados Mantenimientos correctivos a equipos de cómputo = (numero de mantenimientos correctivos ejecutados a equipos de computo / total de estaciones de trabajo) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de mantenimientos ejecutados	Área TIC
7		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	extremo	Contar con un plan de contingencia aprobado por la entidad que asegure la continuidad en la gestión de los aplicativos de TIC. Contar con un sistema de respaldo de información activo.	2	5	Extremo	Implementar un plan de contingencia que garantice la continuidad en la prestación de los aplicativos TI. Realizar backups conforme al procedimiento estipulado. Disponer de servidores que garanticen el resguardo de información	Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente 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 parada del sistema de información) x 100 Meta: 90% Disponibilidad de los aplicativos TIC = (numero de horas de disponibilidad de los sistemas de información / total de horas mes disponibles ) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de disponibilidad de aplicativos	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	ALTO	Estructurar una mesa de servicio de solicitudes de TIC. Definir acuerdos de niveles de servicio. Definir un modelo en la operación de gestión de incidentes. Definir procedimientos de gestión del service desk.	1	4	ALTO	Implementar una mesa de servicios como punto unico de contacto para solicitudes de TIC. Definir tiempos de respuesta y atención. Disponer de procedimientos de operación de la mesa de servicio.	Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente Tiempo promedio de resolución del incidente = (sumatoria del tiempo empleado en solucionar el incidente / total de incidentes) Línea base: 0 Meta: 4 < tiempo minimo requerido para resolución del incidente Disponibilidad de los aplicativos TIC = (numero de horas de disponibilidad de los sistemas de información / total de horas mes disponibles ) x 100 Línea base: 0	Área TIC

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
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	Extremo	Estructurar un plan de formación, capacitación y sensibilización en el uso y apropiación de las tecnologías de TI. Definir por parte de los proveedores y disponer a los usuarios finales manuales de operación orientados al correcto uso de los mismos	5	3	Extremo	Brindar capacitaciones de forma periódica sobre las tecnologías de TIC y políticas de seguridad de la información. Habilitar la plataforma e-learning para formación continua en habilidades TIC.	Población capacitada en seguridad y privacidad de la información = (numero de colaboradores capacitados en sistemas de información / total de colaboradores susceptibles de ser capacitados en sistemas de información) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de la población capacitada en seguridad de la información  Población capacitada en uso y apropiación de TIC = (numero de colaboradores capacitados en uso y apropiación TIC / total de colaboradores susceptibles de ser capacitados) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de la población capacitada  Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente	Área TIC
10		Gestión de la Información	Reporte de información errónea.	Operativo	4	4	Extremo	Verificación de matrices contra historias clínicas	4	4	Extremo	1. 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. 2. Traslado de información a plantilla matriz según anexo de resolución, confirmando datos de identificación a través de FOSYGA o SISPRO e INDIGO. 3. Consulta de historia clínica de acuerdo a ingresos con fecha de corte última revisión, consolidando lo solicitado por la matriz de la resolución. 4. Se valida información de los programas de laboreo para consolidación de datos de laboratorio. 5. Se valida información de los programas de PACS- RIS para consolidación de datos de imagenología. 6. Se revisa códigos CUM para medicamentos de alto costo. 7. Se revisa códigos DIVOLVA para ubicación geográfica de residencia. 8. Se hace revisión cada mes de la información consolidada en la matriz para verificación de forma y contenido.	1. Total de informes de alto costo que tuvieron que ser corregidos/ Total de informes entregados *100	Profesional especializado en sistemas de información.
11		Gestión de la Información	Pérdida de los certificados de nacidos vivos y de defunción ocasionando problemas jurídicos.	Cumplimiento	4	4	Extremo	1 Almacenamiento bajo custodia (Locker de los servicios bajo llave) 2. Entrega de certificados de NV 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. 3 Se ordena a los jefes responsables del documento no entregar los certificados a personas ajenas a la Institución	4	4	Extremo	Realizar verificación diaria servicio a servicio de los certificados existentes y de los entregados para diligenciamiento	Certificados de NV y de defunción perdidos/No.certificados entregadosx100	Auxiliar Administrativo Estadísticas vitales
12		Gestión de la Información	Diligenciamiento incompleto ó no diligenciamiento de los certificados de nacido vivo y defunción dentro de los tiempos establecidos.	Cumplimiento	4	4	Extremo	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	Extremo	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 serviciox100. 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 x100	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	Extremo	Entrega de informes, con recibido de cada una de las EAPB y/o ente de control, según lo estipulado en el procedimiento.	4	4	Extremo	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 séptima 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 *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	Extremo	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% Línea Base: 0 Meta: Disminuir en un 10% la pérdida de documentos	Auxiliar Administrativo
15		ARCHIVO, CONSERVACIÓN, VALORACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS	Deterioro de los documentos por las condiciones ambientales.	Operativo	4	4	Extremo	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% Línea 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	Alto	Capacitar al personal de las unidades funcionales encargado del manejo documental dentro del proceso de inducción.	4	3	Alto	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% Línea 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	Extremo	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% Línea Base: 0 Meta: Disminuir en un 10% la ocurrencia de comunicaciones entregadas erróneamente	Auxiliar Administrativo de Correspondencia
18		LIQUIDACIÓN Y PAGO DE NOMINA	Que no se registren las novedades de la nómina de forma íntegra, exacta y oportuna.	Operativo	4	3	Alto	Realizar revisión del 10% de las novedades que se carguen al sistema durante el mes.	4	3	Alto	Verificación mensual del 10% de las novedades cargadas.	Número de actas de revisión / 12 x 100 Línea Base: 0 Meta: Realizar el 100% de las verificaciones las cuales se soportan con las actas de seguimiento.	Profesional Universitario de Talento Humano
19		GESTIÓN Y TRAMITE DE PQRSF INTERNAS	Inadecuada identificación de la PQRSF, y respuesta con incobservancia de la norma, inadecuada, o inoportuna a las PQRSF Internas.	Operativo	5	3	Extremo	Implementar un sello de recibido a las PQRSF donde se identifique claramente quien recibe, hora y fecha del recibido. Seguimiento permanente a las fechas de cumplimiento de las PQRSF Internas.	5	3	Extremo	Enviar a cada responsable por correo electrónico cada cuatro días antes de vencer la fecha de respuesta oportunamente a la PQRSF recibidas.	Número de PQRSF contestadas oportunamente / Numero de PQRSF radicadas *100 Línea base: 100% Meta: Constar oportunamente el 100% de las PQRSF internas radicadas.	Profesional Universitario de Talento Humano
20		LIQUIDACIÓN Y PAGO DE NOMINA	Nómina generada erróneamente.	Operativo	3	3	ALTO	Generar hojas de liquidación de novedades de vacaciones y soportarlas en la nómina, como medio de verificación antes de su pago.	3	3	Alto	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 disfrutan a vacaciones *100. Línea base: 12 Meta: Cumplir con el 100% de la generación de la nómina. Observación: Se ajusta indicador, debido a que el anterior, no media la efectividad del control.	Profesional Universitario de Talento Humano

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
21		REUBICACION DE PERSONAL	Se requieque el personal de planta en áreas operativas y administrativas no acorde a las competencias exigidas en los requisitos de habilitación y manual de funciones que generan una inadecuada prestación de los servicios.	Cumplimiento	2	4	Alto	Los profesionales universitarios de talento humano de nomina y habilitación cada vez que recepcionen una solicitud de reubicación, verificarán los requisitos de habilitación y el manual de funciones institucional, con el proposito que el personal cumpla con lo requerido para el cargo reubicado, se dejara evidencia en el acto administrativo de reubicación, la verificación con el visto bueno de los profesionales de talento humano de nomina, habilitación y el jefe oficina de talento humano. En caso de que se requieque el personal sin el cumplimiento de las competencias laborales y requisitos de habilitación se informara al gerente.	2	4	Alto	Los profesionales universitarios de talento humano de nomina y habilitación cada vez que recepcionen una solicitud de reubicación, verificarán los requisitos de habilitación y el manual de funciones institucional, con el proposito que el personal cumpla con lo requerido para el cargo reubicado, se dejara evidencia en el acto administrativo de reubicación, la verificación con el visto bueno de los profesionales de talento humano de nomina, habilitación y el jefe oficina de talento humano. En caso de que se requieque el personal sin el cumplimiento de las competencias laborales y requisitos de habilitación se informara al gerente.	Eficacia: No. Numero de actos administrativos de reubicación con visto bueno del cumplimiento de los requisitos / No. Total de actos administrativos de reubicación. 100% Efectividad: No. Numero de actos administrativos de reubicación sin el visto bueno del cumplimiento de los requisitos / No. Total de actos administrativos de reubicación.	Profesional Universitario de Talento Humano
22		MANUAL DE NOTIFICACIÓN, REPORTE E INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES, ACCIDENTES DE TRABAJO Y	Vencimiento de términos para la notificación del accidente de trabajo a la ARL.	Cumplimiento	3	4	Extremo	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 institucion.	Proporción de capacitaciones realizadas: N° de capacitaciones realizadas / N° de capacitaciones programadas Línea Base: 0 Meta:70%	Profesional Universitario Oficina de SST
23		MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y VIGILANCIA DE LA SALUD	Incumplimiento en la realización de los exámenes ocupacionales.	Operativo	3	3	Alto	Remitir oficio a la oficina de Talento Humano informando el incumplimiento del funcionario.	3	3	Alto	Una vez identificado el funcionario que incumple, se debera 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 Línea Base:0 Meta: 70%	Coordinador Oficina de SST
24	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS RIESGOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Incumplimiento de la normatividad en SST por parte de los terceros (obras civiles, mantenimiento, etc).	Operativo	4	4	Extremo	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 la oficina de SST / N° de contratos que ameritan revisión x 100 Línea Base: 0 Meta: 50%	Coordinador Oficina de SST
25		DISPOSICIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Acumulación de residuos peligrosos en el almacenamiento temporal del hospital.	Operativo	1	4	Alto	Verificación constante del almacenamiento temporal por parte de los vigías.	1	4	Alto	Inspecciones no planeadas al almacenamiento temporal.	No. De inspecciones no planeadas al almacenamiento temporal. Línea Base: 0 Meta: Realizar el 100% de las inspecciones no planeadas al almacenamiento temporal.	Profesional Universitario
26		DISPOSICIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Acumulación de residuos peligrosos en el almacenamiento de residuos central del hospital.	Operativo	1	4	Alto	Verificación constante del almacenamiento central por parte de los vigías.	1	4	Alto	Inspecciones no planeadas al almacenamiento central.	No. De inspecciones no planeadas al almacenamiento central. Línea Base: 0 Meta: Realizar el 100% de las inspecciones no planeadas al almacenamiento central.	Profesional Universitario
27		DISPOSICIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Sanciones por incumplimiento de la normatividad ambiental vigente.	Cumplimiento	2	4	Alto	Seguimiento al manejo de los residuos en la institución.	2	4	Alto	Capacitación, inspecciones no planeadas.	No. de inspecciones no planeadas realizadas al proceso Línea Base: 0 Meta: Cumplir con el 90% de las capacitaciones e inspecciones no planeadas	Profesional Universitario
28		GESTIÓN Y TRÁMITE DE P.Q.R.S.D.	Inoportunidad en el tiempo de respuesta de las P.Q.R.S.D. generan sanciones con los entes de control.	Operativo	5	2	Alto	El auxiliar administrativo asignado a la Recepción y notificación interna de la P.Q.R.S.D. De manera diaria recepciona por los diferentes canales de comunicación institucional y notificará las P.Q.R.S.D a los diferentes líderes y coordinadores de las unidades funcionales asistenciales y administrativas, mediante la aplicación Gestión Documental, realizando seguimiento diario a las solicitudes mediante el formato AQ-PQR-F-004E Control de riesgo vencimiento P.Q.R.S.D. con el propósito de dar respuestas oportuna a las diferentes solicitudes planteadas por los usuarios. En caso de que no se de respuesta en los primeros 8 días de la notificación, se realiza alertas mediante los medios de comunicación institucional la proximidad del vencimiento a término. La evidencia el formato de AQ-PQR-F-004E Control de riesgo vencimiento P.Q.R.S.D .	5	2	Alto	El auxiliar administrativo asignado a la Recepción y notificación interna de la P.Q.R.S.D. De manera diaria recepciona por los diferentes canales de comunicación institucional y notificará las P.Q.R.S.D a los diferentes líderes y coordinadores de las unidades funcionales asistenciales y administrativas, mediante la aplicación Gestión Documental, realizando seguimiento diario a las solicitudes mediante el formato AQ-PQR-F-004E Control de riesgo vencimiento P.Q.R.S.D. con el propósito de dar respuestas oportuna a las diferentes solicitudes planteadas por los usuarios. En caso de que no se de respuesta en los primeros 8 días de la notificación, se realiza alertas mediante los medios de comunicación institucional la proximidad del vencimiento a término. La evidencia el formato de AQ-PQR-F-004E Control de riesgo vencimiento P.Q.R.S.D .	Indicador de Eficacia: Numero de P.Q.R.S.D con respuesta oportuna / Numeros de P.Q.R.S.D recepciones y tramitadas x100% Línea base: 0 Meta: el 98% de las P.Q.R.S.D. con respuesta oportuna segun terminos establecidos. Indicador de Efectividad: Número de P.Q.R.S.D con respuesta generada fuera de terminos / Total de P.Q.R.S.D. recepcionadas x 100% Línea de base: 0 Meta: 2% de las P.Q.R.S.D. con respuestas con vencimiento de terminos.	Profesional Universitario de SIAU Auxiliar de Atención al Usuario
29		INTERVENCIÓN SOCIO FAMILIAR	Inoportunidad de la identificación del usuario con necesidad socio familiar, que puede generar barreras en el proceso de atención.	Operativo	5	2	Alto	1.El profesional universitario/trabajo social, cada mes aplicará la lista de chequeo a las intervenciones registradas en las historias clínicas de los usuarios de manera aleatoria, con el proposito de verificar el cumplimiento de cada uno de los criterios, que permita fortalecer la adherencia del proceso y manual de intervención sociofamiliar. En caso que se identifique el incumplimiento de los criterios establecidos en la lista de chequeo, se procederá a informar al profesional responsable de la intervención, quien deberá formular un plan de mejora, y lo socializará en subcomité de autocontrol del área. Las evidencias de la ejecución serán: la lista de chequeo en medio magnético con la respectiva acta de resultado, segun la desviación.	5	2	Alto	1.El profesional universitario/trabajo social, cada mes aplicará la lista de chequeo a las intervenciones registradas en las historias clínicas de los usuarios de manera aleatoria, con el proposito de verificar el cumplimiento de cada uno de los criterios, que permita fortalecer la adherencia del proceso y manual de intervención sociofamiliar. En caso que se identifique el incumplimiento de los criterios establecidos en la lista de chequeo, se procederá a informar al profesional responsable de la intervención, quien deberá formular un plan de mejora, y lo socializará en subcomité de autocontrol del área. Las evidencias de la ejecución serán: la lista de chequeo en medio magnético con la respectiva acta de resultado, segun la desviación.	1.Indicador de eficacia: No. de lista de chequeo aplicadas / Total de lista de chequeo programadas * 100 Línea Base: 0 Meta: Que las listas de chequeo aplicadas sean por lo menos el 90% de las programadas. 1.Indicador de Efectividad: Nro. historias clínicas con criterios incumplidos en lista de adherencia al proceso y manual de intervención sociofamiliar / Total de historias con lista de chequeo aplicadas * 100 Línea Base: 0 Meta: Que las listas de chequeo aplicadas evidencien un cumplimiento de por lo menos el 90% de los criterios evaluados.	Trabajo Social
30	TRABAJO SOCIAL	INTERVENCIÓN SOCIO FAMILIAR	Estancias hospitalarias prolongadas por deficiencia de oferta institucional para el abordaje de la población en abandono social.	Operativo	5	1	Alto	1. El profesional universitario/trabajo social, cada mes elaborará un informe de los usuarios abandonados por su red familiar, el cual será remitido a la oficina Jurídica, Subgerencia Técnico-científica y Subgerencia Financiera, con el propósito de informar y de que se adopten las medidas pertinentes. En caso de que el usuario continúe en situación de abandono, se convocará un Comité Inter servicios para análisis de caso para establecer los compromisos pertinentes a cada unidad. La evidencia de la ejecución del control serán los informes remitidos. 2. El profesional universitario/Trabajo social cada vez que identifique un usuario en condición de abandono social, realizará actividades de gestión y apoyo con búsqueda de red familiar, vincular, comunitaria e institucional del usuario (a través de correo institucional se realiza solicitud de comunicado(s) radial(es)), con el proposito de movilizar la responsabilidad y solidaridad familiar. Si se logra ubicar familia y ésta no asume la corresponsabilidad, deberá denunciarse el caso como una violencia intrafamiliar ante comisaría de familia. En caso de que no se logre ubicar la red de apoyo, deberá realizarse articulación interinstitucional mediante oficio remitido por correo institucional, con ente de control (personería), y posteriormente a se informará al coordinador de hospitalización y oficina jurídica, la gestión realizada. Las evidencias de la ejecución del control será solicitud de comunicado(s) radial(es), informes remitidos.	5	1	Alto	1. El profesional universitario/trabajo social, cada mes elaborará un informe de los usuarios abandonados por su red familiar, el cual será remitido a la oficina Jurídica, Subgerencia Técnico-científica y Subgerencia Financiera, con el propósito de informar y de que se adopten las medidas pertinentes. En caso de que el usuario continúe en situación de abandono, se convocará un Comité Inter servicios para análisis de caso para establecer los compromisos pertinentes a cada unidad. La evidencia de la ejecución del control serán los informes remitidos. 2. El profesional universitario/Trabajo social cada vez que identifique un usuario en condición de abandono social, realizará actividades de gestión y apoyo con búsqueda de red familiar, vincular, comunitaria e institucional del usuario (a través de correo institucional se realiza solicitud de comunicado(s) radial(es)), con el proposito de movilizar la responsabilidad y solidaridad familiar. Si se logra ubicar familia y ésta no asume la corresponsabilidad, deberá denunciarse el caso como una violencia intrafamiliar ante comisaría de familia. En caso de que no se logre ubicar la red de apoyo, deberá realizarse articulación interinstitucional mediante oficio remitido por correo institucional, con ente de control (personería), y posteriormente a se informará al coordinador de hospitalización y oficina jurídica, la gestión realizada. Las evidencias de la ejecución del control será solicitud de comunicado(s) radial(es), informes remitidos.	1. indicador de Eficacia Número de informes elaborados y remitidos a la oficina jurídica, y las Subgerencias Técnico-científica y Financieras/ Total de informes elaborados x 100 Línea Base:12 Meta: Que se envíen el 100% de los informes a la oficina jurídica, y la subgerencias técnico científica y subgerencia financiera. 2. Indicador de Eficacia Número de informes enviados y/o correo electrónicos de solicitud de comunicado radial / Total de informes elaborados y/o correo electrónico de solicitud de comunicación radial x 100 Línea Base:0 Meta: Que se envíen el 100% de los informes coordinador de hospitalización y a la oficina jurídica	Trabajo Social

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
31	CALIDAD	EVALUACION Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Inadecuada implementación de la cultura de mejoramiento continuo.	Estratégico	4	4	Extremo	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. Línea 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
32		EVALUACION Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Inadecuada implementación de la cultura de mejoramiento continuo.	Estratégico	4	4	Extremo	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 las auditorías internas y externas realizadas en la institución x 100 Línea Base: 0 Meta: 80% de las acciones se encuentren cumplidas.	Profesional Universitario Área de Calidad
33		ATENCION EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Impuntualidad en la atención por parte del Médico Especialista	Operativo	5	3	Extremo	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	Extremo	Realizar una revisión a través de Indigo crystal donde se identifique los profesionales que tardan más de 30 minutos en generar la primera la atención, no necesariamente es la primera cita de la agenda, remitiendo estos resultados al personal involucrado.	Numero de medicos que se tardaron mas de 30 minutos en realizar la atención del paciente al mes. Línea Base: xx Meta: Disminuir en un 5% mensual el numero de medicos que tardan mas de 30 minutos en iniciar la atención de pacientes.	Coordinador Servicios Ambulatorios Profesional Médico Especializado de Apoyo en Servicios Ambulatorios
34		ATENCION EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Impuntualidad en la atención por parte del Médico Especialista	Operativo	5	3	Extremo	Realizar una retroalimentación de las quejas presentadas por impuntualidad a cada medico y generar una acción de mejora personal.	5	3	Extremo	Realizar una retroalimentación de las quejas presentadas por impuntualidad a cada medico, 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 tecnico - Cientifica para que se tomen las medidas administrativas pertinentes.	Numero de medicos con mas de una queja por impuntualidad al mes. Línea Base: 0 Meta: Disminuir mensualmente en un 5% las quejas por impuntualidad.	Personal de Enfermería y Enfermera Coordinadora del Servicio Coordinador de Servicios Ambulatorios y Profesional Médico Especializado de Apoyo
35		ATENCION EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Trato deshumanizado al cliente interno y externo por parte del Médico Especialista.	Operativo	5	3	Extremo	Socializar la política de humanización a todo el personal medico que labora en el servicio.	5	3	Extremo	Socializar la política de humanización a todo el personal medico 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 medicos del día, incluyendo siempre los que mas generan PQR segun el informe emitido por la oficina de Atención a Usuario. Su resultado se socializará al final de la jornada al medico, avilando que recibo la información con su firma en la hoja de agendamiento del día que contiene la información recogida de los usuarios.	Proporcion de PQR asociadas a la atención a una atención deshumanizada con respecto al total de PQRS en el servicio de consulta externa. Línea base: 0 Meta: Disminuir mensualmente en un 3% los medicos con resultado menor a satisfactorio segun las encuestas aplicadas a los pacientes mensualmente.	Coordinador Servicios Ambulatorios Profesional Médico Especializado de Apoyo en Servicios Ambulatorios Enfermera Coordinadora y Auxiliares de Enfermería.
36		ATENCION EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Mal diligenciamiento y entrega incompleta del paquete de egreso	Operativo	5	3	Extremo	Revision a los paquetes de atención que se generan en la consulta medica especializada.	5	3	Extremo	Revision 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 retroalimentarla a los involucrados, generando acciones de mejora.	Numero de paquetes mal diligenciados generados durante la atención del paciente. Línea base: 0 Meta: Disminuir en un 5% mensual los paquetes mal diligenciados generados durante la atención del paciente.Montar ficha tecnica del indicador.	Coordinador Servicios Ambulatorios Profesional Médico Especializado de Apoyo en Servicios Ambulatorios Enfermera Coordinadora y Auxiliares de Enfermería.
37		ATENCION EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Mal diligenciamiento y entrega incompleta del paquete de egreso	Operativo	5	4	Extremo	Identificación y gestión de necesidades relacionadas con el sistema Indigo Cristal.	5	4	Extremo	Identificación de necesidades por medio de formato preestablecido y revision 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. Línea base: 0 Meta: Disminuir en un 5% mensual los paquetes mal diligenciados generados durante la atención del paciente.Montar ficha tecnica del indicador.	Coordinador Servicios Ambulatorios. Profesional medico especializado de apoyo en servicios ambulatorios. Enfermera coordinadora y auxiliares de enfermería.
38	IAMII	ESTRATEGIA IAMII	Incumplimiento de la Política IAMII por parte del personal de los servicios Materno-Infantiles de la institución.	Cumplimiento	4	3	Alto	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	Alto	Solicitar a la Unidad de Mercadeo el apoyo para la difusión de la Política de la Estrategia IAMII. Organizar cronograma con la Unidad de Mercadeo 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
39	CANGURO	ATENCION EN EL PROGRAMA CANGURO AMBULATORIO	Broncoaspiración del bebe prematuro o BPN durante la consulta en el programa canguro ambulatorio.	Operativo	1	4	Alto	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	Alto	Suministrar superficie inclinadas para que los bebes sean colocados cuando no estén en posición canguro y cumplir con las actividades de atención individual al RNPT Ó RNBPN en el PCA.	Número de bebes que asisten a la consulta de canguro que haya presentado broncoaspiración durante la consulta/ Número total de niños atendidos (consultas) durante ese periodo *100 Líneas Base: 0 Meta: <1 % de bebes broncoaspirados por cada mes	Equipo Canguro
40		ATENCION 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	Extremo	Socialización y evaluación del procedimiento del triage al personal medico y de enfermería	4	5	Extremo	Analizar el indicador de triage II y realizar planes de mejoramiento derivados de los hallazgos	Indicador: Acciones de mejoramiento cumplidas / acciones de mejora programadas * 100. Línea Base: 0 Meta: Por encima del 90% de las acciones cumplidas.	Auditor de Pediatría y Adultos

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
41		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Infecciones asociadas al cuidado de la salud: FLEBITIS	Operativo	4	5	Extremo	Seguimiento y búsqueda activa de sucesos de seguridad relacionados con infecciones asociadas al cuidado de la salud (flebitis).	4	5	Extremo	Reportar y analizar de los sucesos de seguridad relacionada con la FLEBITIS	<p><b>Indicador N°1:</b> Número de flebitis presentadas en el servicio de urgencias.</p> <p><b>Línea base:</b> 7.</p> <p><b>Meta:</b> Disminuir los casos de flebitis ≤5 casos al mes.</p> <p><b>Indicador N°2:</b> Número de casos de flebitis analizados / total de flebitis identificadas al mes *100.</p> <p><b>Línea base:</b> 90%.</p> <p><b>Meta:</b> Analizar el 100% de los casos presentados</p>	Auditor de Pediatría y Adultos
42		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Lesiones derivadas de la atención en salud: CAIDAS CON LESION	Operativo	5	5	Extremo	Seguimiento y búsqueda activa de sucesos de seguridad relacionados lesiones derivadas de la atención en salud (caídas con lesión).	5	5	Extremo	Reportar y analizar de los sucesos de seguridad relacionada con CAIDAS CON LESION	<p><b>Indicador N°1:</b> Número de CAIDAS CON LESION presentadas en el servicio de urgencias</p> <p><b>Línea base:</b> 2.</p> <p><b>Meta:</b> 1</p> <p><b>Indicador N°2:</b> Número de casos de CAIDAS CON LESION analizados / total de CAIDAS CON LESION identificadas al mes *100.</p>	Auditor de Pediatría y Adultos
43		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Lesiones derivadas de la atención en salud: LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA	Operativo	4	4	Extremo	Seguimiento y búsqueda activa de sucesos de seguridad relacionados lesiones derivadas de la atención en salud (lesiones asociadas a la dependencia).	4	4	Extremo	Reportar y analizar de los sucesos de seguridad relacionada con la LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA	<p><b>Indicador N°1:</b> Número de LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA presentadas en el servicio de urgencias.</p> <p><b>Línea base:</b> 3.</p> <p><b>Meta:</b> Disminuir los casos de lesiones asociadas a la dependencia a ≤ 2 casos</p> <p><b>Indicador N°2:</b> Número de casos de LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA analizados / total de casos de lesiones asociadas a la dependencia identificadas al mes *100.</p>	Auditor de Pediatría y Adultos
44		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Trato deshumanizado por parte del personal asistencial del Servicio de Urgencias	Operativo	5	2	Alto	Identificación y análisis de pqrds derivadas del trato deshumanizado en el servicio de urgencias	5	2	Alto	Socializar las estrategias de humanización y elaborar planes de mejoramiento derivada las PQRS por el personal implicado.	<p><b>Indicador:</b> Acciones de mejoramiento cumplidas / acciones de mejora programadas * 100.</p> <p><b>Línea Base:</b> 0</p> <p><b>META:</b> Por encima del 90% de las acciones cumplidas.</p>	Coordinador del Servicio Enfermería Equipo de Humanización
45		Atención en el servicio de Hospitalización Adulto y Pediátricas	Diligenciamiento inoportuno y/o equivocado de las ordenes medicas	Operativo	4	4	Extremo	Realización de Auditoria concurrente. Capacitación en buenas practicas para el diligenciamiento de historias clinicas al personal medico generales y a coordinadores de especialidades. Gestión ante Subgerencia tecnica sobre la oportunidad en evolucion y ordenes medicas por parte de las especialidad medicas.	4	4	Extremo	Realizar auditoria concurrente, oficiar a la subgerencia tecnica a máximo 31 de octubre informando la inoportunidad en las evoluciones medicas por parte de los especialistas. Capacitación sobre adecuado diligenciamiento de las historias clinicas	<p>Número de casos de incidentes y eventos adversos realizados diligenciamiento e inoportuno de ordenes medicas / Total de eventos e incidentes reportados * 100</p> <p><b>Línea base:</b> 0</p> <p><b>Meta:</b> 5 % de los eventos e incidentes reportados</p>	Jefes de Enfermería, Coordinadores de las diferentes especialidades y Jefe de Hospitalización.
46		Atención en el servicio de Hospitalización Adulto y Pediátricas	interpretacion inadecuada e inoportuna de las ordenes medicas	Operativo	3	4	Extremo	Rondas de enfermería que incluye auditoria aleatoria de historias y registros de enfermería para búsqueda activa de casos. Capacitación al personal en la adecuada interpretación e oportunidad de las ordenes medicas. Análisis de los casos encontrados para determinar intenciones	3	4	Extremo	Realizar auditoria 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 auditorias realizadas.	<p>Proporción de sucesos de seguridad relacionados con la inadecuada interpretación e inoportunidades en el cumplimiento de las ordenes medicas.</p> <p><b>Línea base:</b> 0</p> <p><b>Meta:</b> 8%</p>	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
47	ENFERMERÍA	MANUAL DE ENFERMERIA	Error en la administración de medicamentos	Operativo	5	5	Extremo	Medición de la adherencia a los diez correctos mediante la aplicación de las listas de chequeo y administración segura de medicamentos.	5	5	Extremo	Aplicar lista de chequeo de Administración segura de medicamentos.	<p>Nro. de criterios cumplidos en lista de chequeo de administración segura de medicamentos / Total de criterios evaluados * 100</p> <p><b>Línea Base:</b> 0</p> <p><b>Meta:</b> Que las listas de chequeo aplicadas evidencien un cumplimiento de por lo menos el 80% de los criterios evaluados.</p>	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
48		MANUAL DE ENFERMERIA	Flebitis infecciosas	Operativo	5	3	Extremo	Medición de la adherencia al Manual de enfermería mediante lista de chequeo a la canalización y mantenimiento del acceso venoso periférico.	5	3	Extremo	Aplicar lista de chequeo aleatoria para verificar adherencia al procedimiento de canalización y mantenimiento del acceso venoso periférico.	<p>Nro. de criterios cumplidos en lista de chequeo de canalización y mantenimiento de accesos venosos periféricos / Total de criterios evaluados * 100</p> <p><b>Línea Base:</b> 0</p> <p><b>Meta:</b> Que las listas de chequeo aplicadas evidencien un cumplimiento de por lo menos el 80% de los criterios evaluados.</p>	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
49		MANUAL DE ENFERMERIA	Caida de pacientes con lesión	Operativo	5	5	Extremo	Medición de adherencia a la prevención de caídas a través de listas de chequeo aplicadas de forma aleatoria.	5	5	Extremo	Aplicar lista de chequeo aleatoriamente de prevención de caídas de pacientes	<p>Nro. de criterios cumplidos en lista de chequeo de prevención de caídas de pacientes / Total de criterios evaluados * 100</p> <p><b>Línea Base:</b> 0</p> <p><b>Meta:</b> Que las listas de chequeo aplicadas evidencien un cumplimiento de por lo menos el 80% de los criterios evaluados.</p>	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
50		MANUAL DE ENFERMERIA	Úlceras Por Presión (UPP)	Operativo	5	3	Extremo	Medición de adherencia a la prevención de úlceras por presión a través de listas de chequeo aplicadas de forma aleatoria.	5	3	Extremo	Aplicar de la lista de chequeo de úlceras por presión	<p>Nro. de criterios cumplidos en lista de chequeo de prevención de UPP / Total de criterios evaluados * 100</p> <p><b>Línea Base:</b> 0</p> <p><b>Meta:</b> Que las listas de chequeo aplicadas evidencien un cumplimiento de por lo menos el 80% de los criterios evaluados.</p>	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
51	UNIDAD DE SALUD MENTAL	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Caidas debido a efectos de la medicación	Operativo	5	5	Extremo	Identificación temprana de los usuarios que tienen medicación que producen sedación o inducción al sueño	5	5	Extremo	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).	<p>Número de pacientes identificados con la escalas de Downton/Número total de usuarios ingresados a la Unidad de Salud Mental.</p> <p><b>Línea de Base:</b> 0</p> <p><b>Meta:</b> Aplicar la escala Downton al 100% de los usuarios que ingresen la Unidad de Salud Mental</p>	Personal de enfermería
52		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Error en la administración de medicamentos.	Operativo	5	5	Extremo	Medición de la adherencia a los diez correctos mediante la aplicación de las listas de chequeo y administración segura de medicamentos.	5	5	Extremo	Aplicar lista de chequeo de administración de medicamentos segura para verificar la adherencia al procedimiento	<p>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</p> <p><b>Línea Base:</b> 0</p> <p><b>Meta:</b> Que el 80% cumplan con la adherencia al manual de enfermería</p>	Auditor y Enfermero Profesional de la Unidad Salud Mental
53		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Fuga por fallas en el sistema de seguridad del paciente	Operativo	4	5	Extremo	Identificación temprana de los usuarios con riesgo de fuga	4	5	Extremo	Aplicar medidas de contención verbal, mecánica y farmacológica de la guía de practica clinica Prevención y Manejo de fuga de pacientes previa socialización de la misma.	<p>Socialización de la Guía de Practica Clínica Prevención y manejo de fuga de pacientes.</p> <p>Minimizar en un 10% las agresiones de los usuarios al personal asistencial.</p> <p><b>Línea Base:</b> 0</p> <p><b>Meta:</b> Disminuir en un 10% los casos de agresiones de los usuarios y familiares hacia a los colaboradores.</p>	Equipo interdisciplinario de la Unidad de Salud Mental

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
54		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Agresiones al personal asistencial por parte de usuarios y acompañantes	Operativo	5	5	Extremo	Manejar la medicación y técnicas de inmovilización a los usuarios con enfermedades mentales	5	5	Extremo	Realizar re-entrenamiento 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 re-entrenamiento se realizará de forma semestral a todos los colaboradores de la Unidad de Salud Mental	Coordinador del servicio -Personal de Enfermería- Equipo Psicosocial
55	HOSPITAL DIA	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	Extremo	Seguimiento al proceso de atención al usuario en el programa de hospital día.	3	5	Extremo	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 adhiera al cumplimiento del proceso hospital día. Las 6 personas corresponde 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
56		ATENCIÓN DEL USUARIO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO EN SALAS DE CIRUGIA	Infecciones en el sitio operatorio del usuario Ambulatorio.	Operativo	5	5	Extremo	Seguimiento a la adherencia del protocolo de higienización de manos y preparación de área operatoria	5	5	Extremo	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 paciente que ingresaron a salas de cirugía  Linea Base: 0 Meta: 3% de pacientes con ISO	Coordinador de cirugía Personal de Enfermería
57		ATENCIÓN DEL USUARIO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO EN SALAS DE CIRUGIA	Administración inadecuada de medicamentos	Operativo	4	4	Extremo	Verificación de la Adherencia a los diez correctos en la administración medicamentos	4	4	Extremo	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 Coordinadora de enfermería
58		ATENCIÓN DEL USUARIO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO EN SALAS DE CIRUGIA	Falla en la identificación del paciente, muestras y lateralidad quirúrgica	Operativo	2	4	Alto	Aplicación de lista de chequeo de Cirugía segura Medir adherencia a la aplicación de la lista de chequeo	2	4	Alto	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
59		Manual Buenas Prácticas de Esterilización	Daños en los equipos de esterilización por falta de mantenimiento preventivo y/o correctivo	Operativo	4	5	Extremo	Verificación al cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento preventivo y/o correctivo	4	5	Extremo	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	Lider de esterilización
60	ESTERILIZACIÓN	Manual Buenas Prácticas de Esterilización	Falla en el proceso de esterilización por desconocimiento de los procedimientos de esterilización del personal	Operativo	4	3	Alto	Actualización del Manual de Buenas Prácticas de esterilización y socialización al personal de la Unidad de Esterilización	4	3	Alto	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  Linea Base: 0 Meta: Capacitar al 100% de los colaboradores en el Manual de Buenas prácticas de Esterilización	Lider de esterilización
61		Manual Buenas Prácticas de Esterilización	Inoportunidad en los tiempos de esterilización por cortes en el sistema de vapor no comunicado en la unidad funcional con el sistema de vapor	Operativo	4	4	Extremo	Solicitar a recursos físicos las fechas en las cuales va a realizar el corte en el sistema de vapor	4	4	Extremo	Enviar oficio solicitando se informe por anticipado cuando se va a realizar los cortes en el sistema de vapor	Oficio enviado a Recursos Físicos  Linea Base: 0 Meta: Conocer los días en los cuales se presenta el corte en el sistema de vapor	Lider de esterilización Jefe de Recursos Físicos
62		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	Extremo	Gestionar el personal necesario para la recepción del instrumental y material de osteosíntesis	4	5	Extremo	Enviar solicitud a talento humano y subgerencia tecnico 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 tecnico-científica.  Linea Base:0 Meta: Contar con los profesionales idóneos para dicha labor	Lider de esterilización
63		Sala de Partos	Caida de la usuaria por levantarse de la cama y deambular hacia el baño sin acompañamiento	Operativo	5	4	Extremo	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	Extremo	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.  Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 5% mensual las caídas de las usuarias en el servicio.	Enfermera Jefe
64	SALA DE PARTOS	Sala de Partos	Confusion o extravío de un neonato	Operativo	2	5	Extremo	Verificación aleatoria del cumplimiento de identificación del recién nacido.	2	5	Extremo	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 aplica la lista de verificación en el mes.  Linea Base: 0 Meta: 100% de los recién nacidos auditados cuentan con identificación redundante.	Enfermera Jefe
65		Sala de Partos	Pérdida de un neonato	Operativo	1	5	Alto	Contar con un sistema de seguridad en las puertas que limiten el acceso al servicio y sistemas de cámaras de vigilancia permanente ubicadas en sitios específicos de ingreso al servicio y de ingreso a la sala de neonatos.	1	5	Alto	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.  Linea Base: 0 Meta: 0 recién nacidos perdidos	Enfermera Jefe
66		ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	Broncoaspiración de pacientes	Operativo	1	4	Alto	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	Alto	Realizar el procedimiento de acuerdo al manual de enfermería establecido	Número de eventos adversos relacionados con Broncoaspiración de pacientes / Numero total de pacientes con sonda para alimentación hospitalizados en servicio  Linea Base: 1 caso en el mes Meta: Disminuir en un 0% los casos o eventos adversos relacionados con la Broncoaspiración.	Coordinador médico
67		ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	Infección asociada a dispositivos médicos	Operativo	4	4	Extremo	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos Pediátricos- aplicación de lista de chequeo para los procedimientos (cateter venoso central, líneas arteriales, sondas vesicales)	4	4	Extremo	Elaborar un cronograma de capacitación, con la selección adecuada de los temas, ejecutar el programado, verificando a través de una evaluación el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta información para identificar las probables fallencias en el tema para reforzar en este aspecto. Aplicación de lista de chequeo para los procedimientos (cateter venoso central, líneas arteriales, sondas vesicales)	Número de eventos adversos relacionados con infecciones asociadas a dispositivos médicos / Numero total de pacientes con dispositivos invasivos  Linea Base: 1 caso en el mes Meta: Disminuir en un 0% los casos o eventos adversos relacionados con infecciones	Coordinador médico

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
68	UCI PEDIÁTRICA	ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	Caida de pacientes	Operativo	4	4	Extremo	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	Extremo	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 / Numero total de pacientes hospitalizados en el servicio.  Linea Base: 1 caso en el mes Meta: Disminuir en un 0% los casos o eventos adversos relacionados con flebitis química	Coordinador médico/ Enfermera Jefe
69	UCI PEDIÁTRICA	ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	Flebitis química asociadas a medicamentos	Operativo	4	3	Alto	Capacitar sobre medicamentos irritantes y viscosantes al personal de enfermería, para que al momento de cumplir las ordenes medicas utilice la via adecuada. Implementar el uso de cateter PICC para la administración de medicamentos en pacientes con estancias prolongadas	4	3	Alto	Capacitar sobre medicamentos irritantes y viscosantes al personal de enfermería, para que al momento de cumplir las ordenes medicas utilice la via adecuada. Implementar el uso de cateter PICC para la administración de medicamentos en pacientes con estancias prolongadas	Número de eventos adversos relacionados con flebitis química / Numero total de pacientes hospitalizados en el servicio.  Linea Base: 1 caso en el mes Meta: Disminuir en un 0% los casos o eventos adversos relacionados con flebitis química	Enfermera Jefe
70	UCI NEONATAL	Atencion en el Servicio de UCI Neonatal	Broncoaspiración de pacientes	Operativo	1	4	Alto	El procedimiento se debe realizar por la jefe de enfermería del servicio, Terapeuta respiratoria o Pediatra.	1	4	Alto	Realizar el procedimiento de acuerdo a los lineamientos establecidos. Verificar a traves de registros clinicos que el paso de la sonda sea realizado por parte del personal responsable del procedimiento	Número de eventos adversos relacionados con Broncoaspiración de pacientes / Numero total de pacientes con sonda para alimentación hospitalizados en el periodo.  Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 0% los casos o eventos adversos relacionados con Bacteremias.	Coordinador médico/Jefe del servicio/Terapeuta Respiratoria
71	UCI NEONATAL	Atencion en el Servicio de UCI Neonatal	Bacteremias asociada al cateter venoso	Operativo	3	4	Extremo	Capacitación y educación de los protocolos para la Insercion de cateter centrales y protocolo de higienizacion de manos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos Neonatal.	3	4	Extremo	Elaborar un cronograma de capacitacion. Ejecutar lo programado, verificando a traves de una evaluacion el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta informacion 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 Bacteremias en pacientes con cateter central venoso / Numero total de pacientes con cateter central venoso .  Linea Base: 0 Meta: máximo 1 evento en el semestre	Coordinador médico
72	UCI NEONATAL	Atencion en el Servicio de UCI Neonatal	Flebitis	Operativo	3	3	Alto	Capacitar sobre medicamentos irritantes y viscosantes al personal de enfermería, para que al momento de cumplir las ordenes medicas utilice la via adecuada. Capacitación y educación de los protocolos para la Insercion de cateteres y protocolo de higienizacion de manos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos Neonatal.	3	3	Alto	Elaborar un cronograma de capacitacion, con la seleccion adecuada de los temas, ejecutar lo programado, verificando a traves de una evaluacion el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta informacion 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 / Numero total de pacientes hospitalizados en el servicio.  Linea Base: 0 Meta: máximo 1 evento en el trimestre	Enfermera Jefe
73	UCI ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICA	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	Extremo	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos	5	4	Extremo	Elaborar un cronograma de capacitacion, con la seleccion adecuada de los temas, ejecutar lo programado, verificando a traves de una evaluacion el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta informacion para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto.	Numero de Neumonias mensuales asociadas a la ventilacion mecanica por no cumplir con el protocolo de prevencion en pacientes, presentadas en pacientes intubados en el servicio o de lo que ingresan intubados y llevan mas de 72 horas hospitalizados.  Linea de base: 0 Meta: Disminuir en un 10 % mensual la presentacion de neumonias	Coordinador médico
74	UCI ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICA	Atención en Cuidados Intensivos Adulto y Gineco-obstétrico	Bacteremias asociada al cateter venoso central	Operativo	3	3	Alto	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos	3	3	Alto	Elaborar un cronograma de capacitacion, con la seleccion adecuada de los temas, ejecutar lo programado, verificando a traves de una evaluacion el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta informacion para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto.	Número de Bacteremias en pacientes asociadas a cateter venoso central. Niveles de segregacion: 1- Ptes a quienes se les realiza insercion de sonda vesical en la unidad. 2-Ptes que ingresan con sonda vesical y presentan la infeccion luego de 72 horas de su ingreso. 3-Pte que 72 horas despues de su egreso presenta sintomatologia infecciosa asociado al sonda vesical. priores al ingreso o 72 horas posteriores al egreso de la unidad o a quienes se les realiza el paso de cateter dentro del servicio.  Linea Base: 0% Meta: Disminuir en un 10% la presentacion mensual de Bacteremias	Coordinador médico
75	UCI ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICA	Atención en Cuidados Intensivos Adulto y Gineco-obstétrico	Infecciones Urinarias producidas por sondas vesicales	Operativo	4	3	Alto	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos	4	3	Alto	Elaborar un cronograma de capacitacion, con la seleccion adecuada de los temas, ejecutar lo programado, verificando a traves de una evaluacion el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta informacion para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto.	Número de Infecciones urinarias asociadas a sondas vesicales. Niveles de segregacion: 1- Ptes a quienes se les coloca el cateter en la unidad. 2-Ptes que ingresan con cateter venoso central y presentan la infeccion luego de 72 horas de su ingreso. 3-Pte que 72 horas despues de su egreso presenta sintomatologia infecciosa asociado al cateter venoso central. priores al ingreso o 72 horas posteriores al egreso de la unidad o a quienes se les realiza el paso de cateter dentro del servicio.  Linea Base: 0% Meta: Disminuir en un 10% la presentacion mensual de Bacteremias	Coordinador médico
76	UCI ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICA	Atención en Cuidados Intensivos Adulto y Gineco-obstétrico	Neumotorax por el paso de cateter venoso central	Operativo	4	3	Alto	Actualizar el protocolo de paso de cateter venoso central, donde se incluye el uso del ecografo, y darle aplicacion.	4	3	Alto	Todo cateter venoso central, debe de ser pasado con apoyo de ecografo, vericando su cumplimiento en la lista de chequeo aplicada, la cual queda como soporte en la historia clinica.	Número de neumotorax presentados durante el paso de cateter venoso central/ total de pasos de cateteres venosos centrales * 100 nivel de segregacion: Neumotorax paso de cateter con ayuda ecografica - Neumotorax x paso de cateter sin ayuda ecografica.  Linea Base: 0% META: Disminuir en un 5% mensual la presentacion de neumotorax en pacientes en los cuales se utiliza el ecografo durante el paso de cateter venoso central.	Coordinador médico
77	UCI ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICA	Atención en Cuidados Intensivos Adulto y Gineco-obstétrico	Flebitis química asociadas a medicamentos	Operativo	4	2	Alto	Capacitar sobre medicamentos irritantes y viscosantes al personal de enfermería, para que al momento de cumplir las ordenes medicas utilice la via adecuada.	4	2	Alto	Ayudas audiovisuales en el servicio que permitan identificar rapidamente la via de administracion de los medicamentos, en esto caso los viscosantes 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 Epidemiologia	0 flebitis quimicas Linea Base: 0% META: Disminuir a 0% la presentacion de casos por flebitis química en el mes.	Enfermera Jefe
78	UCI ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICA	ATENCIÓN UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Rechazo al trasplante por la no adherencia del paciente a la terapia inmunosupresora	Operativo	5	5	Extremo	Capacitacion continua a paciente s y familia sobre cuidados y adherencia al tratamiento	5	5	Extremo	Capacitacion mensual continua sobre autocuidados, adherencia al tratamiento y signos de alarma	Numero de capacitaciones realizadas/ total de capacitaciones programadas  Linea base: 0 Meta: capacitar el 50% de los usuarios trasplantados	JEFE DE ENFERMERA AUXILIAR OPERATIVA
79	UCI ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICA	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	Extremo	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	Extremo	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.	Numero de capacitaciones realizadas/ total de capacitaciones programadas  Linea base: 0 Meta: Capacitar el 30% de las EPS	JEFE DE ENFERMERA COORDINADOR DEL SERVICIO

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
80	UNIDAD DE TRASPLANTE	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	Extremo	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	Extremo	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 ENFERMERA 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 pre trasplante	Cumplimiento	5	3	Extremo	Solicitud a la Oficina de Sistemas para incluir la valoración pre-trasplante en el software institucional de la historia clínica	5	3	Extremo	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 Pretrasplante Línea Base: 0 Meta: Que el 100% de las historias clínicas del usuario pretrasplante estén digitalizadas en el software institucional	JEFE DE ENFERMERA 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 pre trasplante	Operativo	5	3	Extremo	Gestión para la consecución del escaner	5	3	Extremo	Diligenciar y entregar oficio y el formato de requerimiento para la consecución del escaner para la unidad de trasplante Renal	Oficio y formato de requerimiento gestionado. Línea base: 0 Meta: Consecución del escaner	JEFE DE ENFERMERA COORDINADOR DEL SERVICIO
83	UNIDAD CARDIOVASCULAR	ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Cancelación de citas y/o procedimientos.	Operativo	5	4	Extremo	Verificación vía telefónico o vía email de la preparación del usuario previo al procedimiento y/o cita asignada.	5	4	Extremo	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 sea menor o igual al 5%.	Enfermero(a) Jefe y/o Auxiliar administrativo.
84		ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Entrega del informe y/o cineangio al usuario equivocado o quemado del CD con el resultado que no corresponda al usuario.	Operativo	3	5	Extremo	Verificar los datos del informe y/o imágenes antes de grabarlos y entregarlos al usuario.	3	5	Extremo	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	Extremo	Medir adherencia a la administración segura de medicamentos donde incluya los 10 correctos.	3	5	Extremo	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 de la unidad cardiovascular.	Operativo	5	4	Extremo	Medir adherencia a los protocolos de atención en salud y procedimientos institucionales.	5	4	Extremo	Aplicación de listas de chequeo mensuales a los colaboradores según programación, para medir la adherencia a los protocolos de atención en salud y procedimientos institucionales.	Número de colaboradores auditados / Total de colaboradores de la unidad, programados para auditar x 100. Línea base: 0 Meta: Que el 100% de los colaboradores programados sean auditados según periodicidad establecida.	Enfermero(a) Jefe y coordinación de la unidad
87	UNIDAD RENAL	Atención en la Unidad Renal Ambulatorio y Hospitalario	No cumplimiento de guías y protocolos institucionales	Cumplimiento	3	4	Extremo	Seguimiento a los registros de historias clínicas, donde se verifique el cumplimiento de los protocolos y guías socializadas.	3	4	Extremo	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. Numero 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		Atención en la Unidad Renal Ambulatorio y Hospitalario	Infecciones asociadas al cuidado de la salud	Operativo	4	3	Alto	Incentivar el reporte de eventos adversos e incidentes en el personal asistencial de la Unidad Renal	4	3	Alto	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. 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	Extremo	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	Extremo	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	UNIDAD DE CANCEROLOGÍA	Atención en el servicio de Oncología	Discontinuidad en tratamiento de quimioterapia por programación sin verificación de disponibilidad de medicamentos que comprometería la atención de los usuarios.	Operativo	5	3	Extremo	El Enfermero Jefe asignado al área de Quimioterapia de la Unidad de Oncología, cada vez que requiere programar un usuario para la administración de medicamentos, verificar previamente la disponibilidad del medicamento e insumos médicos con Servicio farmacéutico, exceptos (los pacientes nuevos y pacientes que cambian protocolo durante la atención) en el formato AUE-UC-F-001J Plan y Verificación para programar administración en sala de quimioterapia, con el propósito de tener oportunamente el tratamiento. En caso de que no tenga disponibilidad del medicamento, el enfermero jefe reportará mediante correo Institucional al Profesional Apoyo de la Unidad de Oncología para que a su vez reporte al Coordinador jefe del Servicio Farmacéutico y Subgerencia técnica - científica para lo que corresponda. La evidencia es el Formato AUE-UC-F-001J Plan y Verificación para Administrar en sala de Quimioterapia.	5	3	Extremo	El Enfermero Jefe asignado al área de Quimioterapia de la Unidad de Oncología, cada vez que requiere programar un usuario para la administración de medicamentos, verificar previamente la disponibilidad del medicamento e insumos médicos con Servicio farmacéutico, exceptos (los pacientes nuevos y pacientes que cambian protocolo durante la atención) en el formato AUE-UC-F-001J Plan y Verificación para programar administración en sala de quimioterapia, con el propósito de tener oportunamente el tratamiento. En caso de que no tenga disponibilidad del medicamento, el enfermero jefe reportará mediante correo Institucional al Profesional Apoyo de la Unidad de Oncología para que a su vez reporte al Coordinador jefe del Servicio Farmacéutico y Subgerencia técnica - científica para lo que corresponda. La evidencia es el Formato AUE-UC-F-001J Plan y Verificación para Administrar en sala de Quimioterapia.	Indicador de eficacia. Numero de controles implementados/Numero de controles programadosx100% Indicador Efectividad. No. De pacientes de continuidad de tratamiento a quienes se les verifico disponibilidad del medicamento e insumos médicos y se les cancelo la programación/ No. Toal de usuarios programados	Coordinadora de la Unidad de Oncología



MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
91	REHABILITACIÓN	Proceso Medicina Física y Rehabilitación	Caída de pacientes con lesión	Operativo	3	3	Alto	Medición de adherencia a la prevención de caídas a través de la aplicación de Listas de chequeo de forma aleatoria.	3	3	Alto	Socialización de la escala de DOWNTON al personal de terapéutas del servicio de rehabilitación. Aplicar lista de chequeo aleatoriamente de prevención de caídas de pacientes.	Número de terapéutas del servicio de Rehabilitación a quienes se les socializo la escala de DOWNTON /total de terapéutas de rehabilitación x100 Línea base: 0 Meta: socializar el 100% de las terapéutas del servicio de rehabilitación. 2.Número 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. 2.Diligencia la manilla correspondiente al riesgo de caída y la coloca al usuario. No aplica, los usuarios son ambulatorios. 3. Registra resultado de valoración de escala de Downton en kardex y notas de enfermería. Las terapéutas realizan los registros en la evolución pertinente a su competencia.	Coordinadora de Servicios ambulatorios Coordinadora de Medicina física y Rehabilitación (terapia)
92		Radiología e Imágenes Diagnósticas	Falta de oportunidad en la asignación de la cita para la realización de los procedimientos.	Operativo	4	3	Alto	Realizar gestion a través de la solicitud del requerimiento institucional de apoyo o de producto	4	3	Alto	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
93		Radiología e Imágenes Diagnósticas	Falta de oportunidad en la asignación de la cita para la realización de los procedimientos.	Operativo	5	5	Extremo	Solicitud de requerimiento del programa de mantenimiento con la casa matriz del equipo.	5	5	Extremo	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
94		Radiología e Imágenes Diagnósticas	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	3	5	Extremo	análisis del caso (incidente o evento adverso) en reunion de autocontrol con el apoyo del par académico	3	5	Extremo	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
95		Radiología e Imágenes Diagnósticas	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	5	5	Extremo	Aplicación de los correctos, capacitación en seguridad del paciente, medición de la adherencia análisis del caso en reunion de autocontrol, realizar, plan de mejoramiento en las desviaciones encontradas	5	5	Extremo	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
96		Radiología e Imágenes Diagnósticas	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	5	5	Extremo	Aplicación de los correctos, capacitación en seguridad del paciente, medición de la adherencia análisis del caso en reunion de autocontrol, realizar, plan de mejoramiento en las desviaciones encontradas	5	5	Extremo	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
97		Radiología e Imágenes Diagnósticas	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	4	5	Extremo	Aplicación de los correctos, capacitación en seguridad del paciente, medición de la adherencia análisis del caso en reunion de autocontrol, realizar, plan de mejoramiento en las desviaciones encontradas	4	5	Extremo	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
98		Radiología e Imágenes Diagnósticas	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	4	2	Alto	Aplicación de los correctos, capacitación en seguridad del paciente, medición de la adherencia análisis del caso en reunion de autocontrol, realizar, plan de mejoramiento en las desviaciones encontradas	4	2	Alto	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
99	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	Alto	*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	Alto	*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 Manenimiento 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
100		Atención en el servicio de Neurofisiología Ambulatorio- Hospitalización	Error en la entrega de resultados.	Operativo	1	4	Alto	*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	Alto	*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 mnera errónea/ total de resultados generados por 100. Línea Base: 0 Meta: que el 0% del estudio realizado en la unidad de neurofisiología se entreguen de manera errónea.	Enfermera Jefe Especializada
101		Banco de sangre	No obtención de unidad de sangre total por flebotomía incompleta	Operativo	4	2	Alto	Resocializar el procedimiento de flebotomía	4	2	Alto	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)
102		Banco de sangre	No obtención de unidad de sangre total por flebotomía incompleta	Operativo	4	2	Alto	Monitoreo de las flebotomías incompletas por técnica	4	2	Alto	Elaboración y análisis del 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)
103		Laboratorio Clínico	Muestra de laboratorio mal tomada	Operativo	5	2	Alto	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	Alto	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 * 100 Línea 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

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
104	LABORATORIO CLÍNICO	Laboratorio Clínico	Inoportunidad en la entrega de los resultados	Operativo	5	3	Extremo	Realizar validación y análisis mensual de la estadística de exámenes de laboratorio clínico urgentes.	5	3	Extremo	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. Línea Base: 0 Meta: Que se realice el 100% de las validaciones en el periodo establecido.	Bacteriólogo y/o Coordinador de Laboratorio Clínico
105		Laboratorio Clínico	Inoportunidad en la entrega de los resultados	Operativo	5	3	Extremo	Verificación del cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento preventivo de los equipos.	5	3	Extremo	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 Línea Base: 0 Meta: Que se realicen el 100% de los mantenimientos preventivos programados.	Bacteriólogo, Coordinador de Laboratorio Clínico y/o Auxiliar de Laboratorio Clínico
106		Laboratorio Clínico	Error en el resultado entregado	Operativo	5	4	Extremo	Socializar al personal del servicio de forma mensual los hallazgos encontrados en el procedimiento de entrega de resultados.	5	4	Extremo	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. Línea Base: 0 Meta: Que se realice el 100% de las socializaciones.	Coordinador de Laboratorio Clínico
107	PATOLOGÍA	Recepción de muestras y entrega de resultados	No realización del reporte de patología	Operativo	1	4	Alto	Implementación de cadena de custodia de todas las muestras	1	4	Alto	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 Meta: 100% de las muestras registradas en la cadena de custodia.	Coordinador del servicio de Patología
108		Recepción de muestras y entrega de resultados	No realización del reporte de patología	Operativo	1	4	Alto	Retroalimentación al servicio. Remitir a la Subgerencia técnica científica los servicios que incurrir en el error	1	4	Alto	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 de Índice de Informes enviados Numero de informes enviados al año/12x100 Meta: 12 informes al año línea base 0	Coordinador del servicio de Patología
109		Recepción de muestras y entrega de resultados	Que no se realice el reporte de Patología	Operativo	1	4	Alto	Verificación en la base de datos de la oportunidad de resultados no validados en el Patcore	1	4	Alto	Verificar en el Patcore mensualmente la validación de los reportes.	Indicador Proporción de reportes no validados Numero de reportes no validados/total de reportes emitidosx100 Meta:100% de las muestras registradas en la cadena de custodia. Línea base 0	Coordinador del servicio de Patología
110		Recepción de muestras y entrega de resultados	Error en la identificación de la muestra	Operativo	2	4	Alto	Reporte en base de datos de incidentes, seguimiento y análisis de los mismos en reunión de autocontrol	2	4	Alto	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. Numero de muestras mal identificadas/total de muestrasx100 Meta: 5% de muestras mal identificadas línea de base 0	Coordinador del servicio de Patología
111		Recepción de muestras y entrega de resultados	Error en la identificación de la muestra	Operativo	2	4	Alto	Retroalimentación al servicio. Remitir a la Subgerencia técnica científica los servicios que incurrir en el error	2	4	Alto	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 numero de informes enviados al año/12x100 meta: 12 informes al año línea base 0	Coordinador del servicio de Patología
112	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	Alto	Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo. Revisión del equipo pre y post a la realización del procedimiento.	1	4	Alto	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
113		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Entrega de reporte al usuario equivocado	Operativo	2	4	Alto	Verificar los datos del reporte antes de entregarlo al usuario. Verificar en conjunto con el usuario los resultados y hacer firmar	2	4	Alto	Identificar redundante del usuario y del reporte a entregar, solicitar firma de recibido.	Numero de reporte entregados erroneamente/ Total de de reportes entregados x 100. Línea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
114		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Caidas del usuario de la camilla	Operativo	2	4	Alto	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	Alto	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/X1000 Meta:0% Línea Base:0	Enfermera Jefe
115		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Broncoaspiración por efectos de sedación	Operativo	2	4	Alto	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	Alto	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 dl procedimiento/ total de procedimientos realizados. Línea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
116		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Error en la administración de medicamentos	Operativo	2	4	Alto	Medir adherencia a la administración segura de medicamentos donde incluya los 10 correctos	2	4	Alto	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/ X1000 Línea base : 0 Meta: 0%	Anestesiólogo, Enfermera Jefe
117		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Inoportunidad en la realización del procedimiento	Operativo	4	2	Alto	Priorización del procedimiento de acuerdo a las necesidades y patología del usuario	4	2	Alto	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
118		atencion en el servicio de Endoscopia hospitalario y Ambulatorio	Incidente o evento adverso en el usuario por daño de equipo biomédico.	Operativo	1	4	Alto	Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo. Revisión del equipo pre y post a la realización del procedimiento.	1	4	Alto	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

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
119	ENDOSCOPIA	atencion en el servicio de Endoscopia hospitalario y Ambulatorio	Entrega de reporte al usuario equivocado	Operativo	2	4	Alto	Verificar los datos del reporte antes de entregarlo al usuario. Verificar en conjunto con el usuario los resultados y hacer firmar	2	4	Alto	Identificar redundante del usuario y del reporte a entregar, solicitar firma de recibido.	Numero de reporte entregados erroneamente/ Total de de reportes entregados x 100. Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
120		atencion en el servicio de Endoscopia hospitalario y Ambulatorio	Caidas del usuario de la camilla	Operativo	2	4	Alto	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	Alto	Verificar el estado de la camilla al momento de recibir el usuario en la unidad 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/X1000 Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
121		atencion en el servicio de Endoscopia hospitalario y Ambulatorio	Broncoaspiración por efectos de sedación	Operativo	2	4	Alto	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	Alto	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 di procedimiento/ total de procedimientos realizados. Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
122		atencion en el servicio de Endoscopia hospitalario y Ambulatorio	Error en la administración de medicamentos	Operativo	2	4	Alto	Medir adherencia a la administración segura de medicamentos donde incluya los 10 correctos	2	4	Alto	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/ X1000 Linea base : 0 Meta: 0%	Anestesiólogo, Enfermera Jefe
123		atencion en el servicio de Endoscopia hospitalario y Ambulatorio	Inoportunidad en la realización del procedimiento	Operativo	4	2	Alto	Priorización del procedimiento de acuerdo a las necesidades y patología del usuario	4	2	Alto	Revisar HC, y verificación del estado del usuario a traves 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 Linea base : 8 días Meta: 8 días.	Enfermera Jefe
124	NEUMOLOGÍA	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Incidente o evento adverso en el usuario por daño de equipo biomedico.	Operativo	1	4	Alto	Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo. Revisión del equipo pre y post a la realización del procedimiento.	1	4	Alto	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 biomedico/ Total de procedimientos realizados x 100. Linea base:0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
125		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Entrega de reporte al usuario equivocado	Operativo	2	4	Alto	Verificar los datos del reporte antes de entregarlo al usuario. Verificar en conjunto con el usuario los resultados y hacer firmar	2	4	Alto	Identificar redundante del usuario y del reporte a entregar, solicitar firma de recibido.	Numero de reporte entregados erroneamente/ Total de de reportes entregados x 100. Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
126		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Caidas del usuario de la camilla	Operativo	2	4	Alto	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	Alto	Verificar el estado de la camilla al momento de recibir el usuario en la unidad 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/X1000 Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
127		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Broncoaspiración por efectos de sedación	Operativo	2	4	Alto	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	Alto	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 di procedimiento/ total de procedimientos realizados. Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
128		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Error en la administración de medicamentos	Operativo	2	4	Alto	Medir adherencia a la administración segura de medicamentos donde incluya los 10 correctos	2	4	Alto	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/ X1000 Linea base : 0 Meta: 0%	Anestesiólogo, Enfermera Jefe
129		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Inoportunidad en la realización del procedimiento	Operativo	4	2	Alto	Priorización del procedimiento de acuerdo a las necesidades y patología del usuario	4	2	Alto	Revisar HC, y verificación del estado del usuario a traves 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 Linea base : 8 días Meta: 8 días.	Enfermera Jefe
130	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	Alto	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	Alto	Dar cumplimiento con el proceso, a través de la aplicación de las siguientes listas de chequeo; antes de la producción se aplicara 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 consignaran en una plantilla denominada "Control de Riesgos", los soportes en físico se archivan en la oficina de coordinación de gases medicinales y el analisis de la informacion se reportara al Director Tecnico del Servicio farmaceutico, 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 Linea base: 0 Meta: los equipos deben cumplir con el 100% de los requisitos de aseo y de parametros de funcionamiento por cada lote de producción.	Jefe de Calidad y Producción - Director Tecnico	
131		No realizar la validación de los equipos críticos de la planta de gases medicinales.	Operativo	2	5	Extremo	Disponer de un cronograma de validación de equipos críticos y dar al cumplimiento con el mismo.	2	5	Extremo	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 practicas de manufactura.	Jefe de Calidad - Director Tecnico	
132		Gestión del Servicio Farmacéutico	Desabastecimiento de productos regulares, por más de 8 días calendario	Operativo	5	3	Extremo	Notificación y seguimiento a las solicitudes de pedido de medicamentos y dispositivos regulares, a través de alertas (Semaforos) a las áreas implicadas en el proceso.	5	3	Extremo	Se debe consultar cada 4 días las cantidades registradas en el sistema dinamica 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 presento existencia 0 en dos cortes. Se realiza seguimiento a las ordenes de compra, y se envia a la oficina de Suministros la alerta (Semaforos) de agotamiento de productos.	Indicador: Nº 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.	Regente de Farmacia

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
133	SERVICIO FARMACÉUTICO	Gestión del Servicio Farmacéutico	Insuficiencia del Espacio físico en Bodega para almacenamiento en condiciones óptimas para situaciones de aprovisionamiento	Operativo	5	1	Alto	Verificación aleatoria a los lugares de almacenamiento	5	1	Alto	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: Nº de verificaciones con observaciones /Total de verificaciones*100. Linea Base: 0 Meta: 60% de las verificaciones sin observaciones.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
134		Gestión del Servicio Farmacéutico	Medicamentos y dispositivos médicos, almacenados por mas de 6 días en el área de cuarentena.	Operativo	4	3	Alto	Reporte a proveedores que presenten inconsistencias con los productos entregados, con un maximo de tiempo de 48 horas detectada la inconsistencia se le solicitará al proveedor mediante correo electrónico con evidencia fotografica 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 respondera por lo que pase con la mercancia.	4	3	Alto	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: Nº 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 Bodega Farmacia
135		Gestión del Servicio Farmacéutico	Errores en la Dispensación	Operativo	5	3	Extremo	Semaforización de medicamentos LASA con color naranja, dispositivos médicos de mayor rotación (Color Morado) menor rotación (Color Naranja) como tambien la identificación del producto con su código respectivo., Verificar que los productos se encuentran ubicados de acuerdo a los colores.	5	3	Extremo	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: Nº de Productos almacenados el los lugares asignado para ello/ Nº de productos revisados aleatoriamente Linea Base: 0 Meta: Que el 95% de los productos revisados se encuentren bien almacenados.	Coordinadora de cada farmacia satélite
136		Gestión del Servicio Farmacéutico	Vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos	Operativo	3	3	Alto	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	Alto	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: Nº de Productos relacionados en la notificación mensual/ Nº de productos revisados aleatoriamente Linea Base: 0 Meta: Que el 97% de los productos revisados se encuentren relacionados en la notificación mensual.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
137		Gestión del Servicio Farmacéutico	Dispensar productos sin estar ingresados al sistema	Operativo	5	2	Alto	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 disponia físicamente pero no en el sistema informatico.	5	2	Alto	Todo medicamento y/o dispositivo que por alguna razón se dispone físicamente pero no en nuestro sistema informatico, solo podra 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 dinamica gerencial durante el mismo turno de la solicitud. 3. Formato diligenciado donde se relaciona el nombre completo del producto(Si existe en el sistema informatico 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 disponia físicamente pero no en el sistema informatico	Indicador: Nº de Productos con nota de enfermería aclarando el uso del mismo / Nº de productos entregados que cumplen con las primeras 3 consideraciones, por no estar ingresado en el sistema informatico Linea Base: 0 Meta: Que el 100% de los productos entregados de manera diferente, por no estar ingresado en el sistema informatico, tengan nota de enfermería aclarando el uso del mismo.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
138		Gestión del Servicio Farmacéutico	Documentos digitados sin confirmar dentro del mismo turno	Operativo	5	1	Alto	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	Alto	Los documentos que se digitan en el sistema Dinamica 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 dinamica gerencial.	Indicador: Nº Documentos confirmados en un tiempo inferior a 3 días / Nº Documentos registrados en el mes Linea Base: 0 Meta: Que el 88% de los documentos registrados en el sistema dinamica gerencial se confirmen.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
139		Producción de Unidosis y Nutriciones Parenterales	Falta de seguimiento o adherencia precisa a los protocolos establecidos	Operativo	1	5	Alto	Seguimiento al cumplimiento de protocolos de desinfección de áreas y equipos, lavado de manos y estado de la ropa limpia y estéril	1	5	Alto	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
140	Producción de Unidosis y Nutriciones Parenterales	Error en la transcripción de la Información a la orden de Producción	Operativo	2	5	Extremo	Elaboración correcta de la orden de producción. Aplicación de listas de chequeo verificando los datos de rigor del paciente y los técnicos.	2	5	Extremo	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	
141	Producción de Unidosis y Nutriciones Parenterales	Derrame de medicamentos oncológicos citotoxicos en las áreas de preparación de la central de mezclas oncológicas	Operativo	1	5	Alto	Aplicar verificaciones de Entrenamiento para garantizar habilidad y destreza para la manipulación de los medicamentos citotoxicos de alto riesgo, uso de elementos de protección personal (mascaras de protección respiratoria, monogafas, colocación de doble guantes)	1	5	Alto	Realizar verificaciones de entrenamiento en forma aleatoria	No. Verificaciones de entrenamiento aplicadas/No. Verificaciones de entrenamiento planeadas	Químico Farmacéutico Jefe de Calidad	
142	Manual de referencia y contrarreferencia	No aplicación del sistema de Referencia y Contrarreferencia adoptado dentro de la institución	Operativo	3	3	Alto	Seguimiento a los registros generados en el archivo denominado "Solicitudes de referencia y contrarreferencia 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 comite de autocontrol mensual, y si es el caso se generan los planes de mejoramiento correspondientes.	3	3	Alto	Elaborar y aplicar lista de chequeo semanalmente a 10 registros aleatorios del archivo en aval denominado " Solicitudes de referencia y contrarreferencia" vigente, socializando los resultados en el comité de autocontrol y generando los planes de mejoramiento requeridos si es el caso, con seguimiento tambien a los planes que se generen.	Nº de registros diligenciados correctamente / 40 registros revisados mensualmente x 100. Linea base: 0 Meta 100% de registros diligenciados correctamente.	Coordinador medico de la unidad.	
143	Manual de referencia y contrarreferencia	No cumplir con el transporte de un usuario por fallas técnicas de equipos.	Operativo	3	3	Alto	Seguimiento a los mantenimientos preventivos y correctivos realizados a los equipos y vehiculos	3	3	Alto	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.	Nº de equipos dañados/ total de equipos a cargo Linea base= 0 Meta 100% de los equipos funcionando.	Coordinador medico de la unidad.	
144	Manual de referencia y contrarreferencia	No cumplir con el transporte de un usuario por fallas técnicas del vehiculo	Operativo	3	3	Alto	Seguimiento a los mantenimientos preventivos y correctivos realizados a los equipos y vehiculos	3	3	Alto	Dar cumplimiento del cronograma mensual de revision de vehiculos 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 información en acta de autocontrol mensual.	Nº de trasbordos de pacientes ocurridos en el mes debido a daño del vehiculo / total de traslados en ambulancias de la institución realizados en el mes. Linea base: 0 Meta: 90% Nº 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 medico de la unidad.	
145	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SALUD PUBLICA E INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD	Reporte inoportuno de eventos de salud pública	Cumplimiento	5	3	Extremo	Medir la adherencia en la notificación de los eventos de Salud Pública	5	3	Extremo	Elaborar y aplicar lista de chequeo a las fichas de notificación en Salud Pública para que cumplan con los criterios de INS	Nº de eventos con reporte inoportuno/ Nº 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 epidemiologia	

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

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	
					Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en				Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,						
146	EPIDEMIOLOGIA	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD PÚBLICA E INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD	No se toma la muestra según protocolos de salud pública por evento	Cumplimiento	5	3	Extremo	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 Pública.	5	3	Extremo	Enviar oficios firmados por la subgerencia técnico científica al área 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 Línea base: 0 Meta: Reportar a Talento humano u agremiaciones el 80% de las omisiones encontradas	coordinador de epidemiología y enfermera	
147	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	Alto	Emitir alertas vía email con 3 días de antelación al vencimiento del término de contestación.	3	3	Alto	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 * 100 Línea Base = 0 Meta = Que se envíe el 100% de las alertas.	Secretaria Oficina Asesora Juridica	
148	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	Alto	Mantener la oficina de caja cerradas 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	Alto	Efectuar cierres de cajas diarias. Realizar arqueos de caja periódicos 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. Línea base : 0% Meta: 0% de pérdida de dinero.	Profesional Universitario	
149		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	Alto	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	Alto	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% Línea 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	
150	FACTURACIÓN	GESTION DE FACTURACIÓN	INCUMPLIMIENTO AL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION.	Operativo	2	4	Alto	CAPACITACION - INDUCCION - REINDUCCION, AL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION DEL HUN.	2	4	Alto	CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE CAPACITACION ANUAL DEL PERSONAL DE FACTURACION; EVALUACION DEL PERSONAL DE FACTURACION CAPACITADO EN EL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION DEL HUN. EN NORMATIVIDAD VIGENTE Y EN LA SOCIALIZACION DE CONTRATOS Y CONVENIOS.	(NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS Y EVALUADAS EN EL PERIODO / TOTAL DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS DEL PERIODO)*100%	SUPERVISOR OPERATIVO DE FACTURACION, COORDINACION DE FACTURACION, COORDINADOR Y AUDITORES DEL SERVICIO	
151		GESTION DE FACTURACIÓN	INCONSISTENCIAS EN LOS INFORMES CON OTRAS AREAS DEL HOSPITAL (CONCILIACIONES)	Operativo	2	4	Alto	PROMOVER LA METODOLOGIA PARA QUE LAS AREAS QUE GENERAN LA INFORMACION LA PROCESEN, LA CONCILIE Y LA ENTREGUEN A TIEMPO.	2	4	Alto	PROMOVER LA METODOLOGIA PARA QUE LAS AREAS QUE GENERAN LA INFORMACION LA ANALISEN, LA PROCESEN, LA CONCILIE Y LA ENTREGUEN A TIEMPO.	(NUMERO DE INFORMES QUE NO PRESENTARON INCONSISTENCIA EN EL PERIODO / NUMERO TOTAL DE INFORMES PRESENTADOS EN EL PERIODO)*100	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE FACTURACION, SUPERVISOR OPERATIVO DE FACTURACION, COORDINADOR DE FACTURACION	
152		GESTION DE FACTURACIÓN	LA NO REFACTURACION A TIEMPO DE SERVICIOS	Operativo	2	4	Alto	CUMPLIR CON EL PROCEDIMIENTO DE GESTION DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES Y CON LA NORMATIVIDAD EN EL CUMPLIMIENTO DE TIEMPOS PARA SU TRAMITE NORMAL ANTE LAS ERP.	2	4	Alto	APLICAR EL PROCEDIMIENTO DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES Y CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y SUS PLAZOS ESTABLECIDOS.	(NUMERO DE REFACTURAS GENERADAS EN EL PERIODO) / (NUMERO TOTAL DE FACTURAS QUE SE RECIBIERON PARA REFACTURAR POR EL AREA DE GLOSAS EN EL PERIODO)*100	SUPERVISOR OPERATIVO DE FACTURACION, COORDINADOR DE FACTURACION	
153		GESTION DE FACTURACIÓN	NO PARAMETRIZAR LAS TARIFAS EN EL SISTEMA DE LOS CONTRATOS SUSCRITOS POR EL HOSPITAL. EXCEPTO MEDICAMENTOS, SUMINISTROS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS (QUE SON PARAMETRIZADOS POR FARMACIA).	Operativo	2	4	Alto	REALIZAR PROGRAMA DE CAPACITACION A: AL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION DEL HUN; A LA NORMATIVIDAD VIGENTE; A LA SOCIALIZACION DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS RECIBIDOS POR LAS OFICINAS DE MERCADEO, CONTRATACION Y SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA (RED EXTERNA) PARA LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD; PANORAMA DE CONTRATACION; TARIFFARIO INSTITUCIONAL. COMITE DE GLOSAS - INFORME DEL AREA DE GLOSAS	2	4	Alto	REALIZAR PROGRAMA DE CAPACITACION A: AL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION DEL HUN; A LA NORMATIVIDAD VIGENTE; A LA SOCIALIZACION DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS RECIBIDOS POR LAS OFICINAS DE MERCADEO, CONTRATACION Y SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA (RED EXTERNA) PARA LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD; PANORAMA DE CONTRATACION; TARIFFARIO INSTITUCIONAL, COMITE DE GLOSAS - INFORME DEL AREA DE GLOSAS	=(NUMERO DE SOLICITUDES DE TARIFAS (INSTITUCIONALES, POR CONTRATO Y RED EXTERNA) PARAMETRIZADAS / NUMERO TOTAL DE SOLICITUDES RECIBIDAS PARA PARAMETRIZAR) * 100%	PROFESIONAL DE APOYO DE FACTURACION, SUPERVISOR OPERATIVO DE FACTURACION, COORDINADOR DE FACTURACION, COORDINADOR Y AUDITOR DEL SERVICIO	
154	GESTION DE FACTURACIÓN	INCUMPLIMIENTO AL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION, DERIBADO DEL INCUMPLIMIENTO AL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LAS AREAS QUE SE INTERRELACIONAN CON EL PROCESO DE FACTURACION, (AREAS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS).	Operativo	5	4	Extremo	OFICIOS CON RELACION A LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS Y ENVIADOS A LOS RESPONSABLES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS, DE LOS SERVICIOS O AREAS RESPECTIVAS.	5	4	Extremo	OFICIOS CON RELACION A LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS Y ENVIADOS A LOS RESPONSABLES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS, DE LOS SERVICIOS O AREAS RESPECTIVAS.	NUMERO DE HALLAZGOS INFORMADOS / NUMERO TOTAL DE HALLAZGOS ENCONTRADOS) * 100%	SUPERVISOR OPERATIVO DE FACTURACION, COORDINADOR DE FACTURACION, COORDINADOR Y AUDITOR DEL SERVICIO		
155	CARTERA Y GLOSAS	GESTION DE CARTERA Y GLOSAS	in oportunidad en la identificación del deudor y las facturas detalladas objetos para aplicar los abonos de cartera, que genere datos de cartera no depurados.	Financiero	5	1	Alto	1. El profesional universitario agremiado asignado a la actividad Identificación y causación de abonos a Cartera, diariamente Efectuará seguimiento a los depósitos a través de la red bancaria, complementando esta actividad mediante emisión de estados de cuenta, con el propósito de aplicar los abonos de manera oportuna a las facturas pertinentes. En caso de que las entidades no envían la relación se remite los derechos de petición, pero sino se tiene respuesta al final del mes de la relación de facturas se opta por aplicar estos pagos giro directo, a las facturas mas antiguas de giro directo, con forme al decreto 1095 del 28 de mayo 2013. se evidencia planilla recaudo diario y nota credito se deja registrado la aplicación del decreto 28 de mayo /2013. 2. El profesional universitario agremiado asignado a la actividad Identificación y causación de abonos a Cartera, diariamente Efectuará seguimiento a los depósitos a través de la red bancaria, complementando esta actividad mediante emisión de estados de cuenta, con el propósito de aplicar los abonos de manera oportuna a las facturas pertinentes. En caso de que las entidades no envían la relación se remite los derechos de petición, pero sino se tiene respuesta al final del mes de la relación de facturas se opta por aplicar estos pagos giro directo, a las facturas mas antiguas de giro directo, con forme al decreto 1095 del 28 de mayo 2013. se evidencia planilla recaudo diario y nota credito se deja registrado la aplicación del decreto 28 de mayo /2013.	5	1	Alto	1. El profesional universitario agremiado asignado a la actividad Identificación y causación de abonos a Cartera, diariamente Efectuará seguimiento a los depósitos a través de la red bancaria, complementando esta actividad mediante emisión de estados de cuenta, con el propósito de aplicar los abonos de manera oportuna a las facturas pertinentes. En caso de que las entidades no envían la relación se remite los derechos de petición, pero sino se tiene respuesta al final del mes de la relación de facturas se opta por aplicar estos pagos giro directo, a las facturas mas antiguas de giro directo, con forme al decreto 1095 del 28 de mayo 2013. se evidencia planilla recaudo diario y nota credito se deja registrado la aplicación del decreto 28 de mayo /2013. 2. El profesional universitario agremiado asignado a la actividad Identificación y causación de abonos a Cartera, diariamente Efectuará seguimiento a los depósitos a través de la red bancaria, complementando esta actividad mediante emisión de estados de cuenta, con el propósito de aplicar los abonos de manera oportuna a las facturas pertinentes. En caso de que las entidades no envían la relación se remite los derechos de petición, pero sino se tiene respuesta al final del mes de la relación de facturas se opta por aplicar estos pagos giro directo, a las facturas mas antiguas de giro directo, con forme al decreto 1095 del 28 de mayo 2013. se evidencia planilla recaudo diario y nota credito se deja registrado la aplicación del decreto 28 de mayo /2013.	valor del recaudo de cartera por identificar el mes /valor total de carterax 100% Línea base: 0 Meta: 1% Indicador de Efectividad: abonos pendientes por aplicar mayor al 1% /valor total de carterax 100%	1. Indicador Eficacia: valor del recaudo de cartera por identificar el mes /valor total de carterax 100% Línea base: 0 Meta: 1% Indicador de Efectividad: abonos pendientes por aplicar mayor al 1% /valor total de carterax 100%	Profesional Universitario - Cartera
156		GESTION DE CARTERA Y GLOSAS	Vencimiento de cartera mayor a 180 días que genere cartera de difícil cobr	Financiero	5	2	Alto	El profesional universitario agremiado realiza el seguimiento de manera diaria, mediante circularizaciones, cobro prejudicados, cruce de cartera y lo cargan en la carpeta de cada entidad, con el propósito de cobrar y recaudar cartera y depurar la cartera. En caso de esta cartera se considere dedifil cobro se pasa a la oficina Juridica. se evidencia en archivo local una carpeta compartida de la oficina de cartera donde se encuentra las diferentes carpetas de las entidades.	5	2	Alto	El profesional universitario agremiado realiza el seguimiento de manera diaria, mediante circularizaciones, cobro prejudicados, cruce de cartera y lo cargan en la carpeta de cada entidad, con el propósito de cobrar y recaudar cartera y depurar la cartera. En caso de esta cartera se considere dedifil cobro se pasa a la oficina Juridica. se evidencia en archivo local una carpeta compartida de la oficina de cartera donde se encuentra las diferentes carpetas de las entidades.	Indicador eficacia: Número de seguimientos realizados / número de seguimientos programados a las entidades x100% Indicador de efectividad: cartera que supere los 180 días que no ha sido reportada a la oficina de juridica / valor total de cartera 100%	Profesional Universitario - Cartera	

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

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
					Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en				Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,					
157		GESTION DE CARTERA Y GLOSAS	Respuesta de objeciones por fuera de los términos establecidos por las normas legales que nos genere retraso en el recaudo del valor glosado.	Financiero	4	3	Alto	El Auxiliar Administrativo y/o Profesionales Universitario asignado de la recepción de glosas y/o devoluciones actualizará de manera diaria el registro de glosas y devoluciones en el formato FORMATO ENTREGA GLOSAS Y DEVOLUCIONES PARA RADICACIÓN Y TRÁMITE y verificará el cumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos legal e institucionalmente, para que el coordinador del área pueda también realizar el control, con el fin de evitar de esta forma las respuestas extemporáneas. En caso de que la respuesta sea extemporánea se pasa a proceso conciliatorio mediante acta y/o cobro por mecanismo alterno por parte de cartera. Evidencia: FORMATO ENTREGA GLOSAS Y DEVOLUCIONES PARA RADICACIÓN Y TRÁMITE y actas de conciliación relación de facturas para cobro por mecanismo alterno.	4	3	Alto	El Auxiliar Administrativo y/o Profesionales Universitario asignado de la recepción de glosas y/o devoluciones actualizará de manera diaria el registro de glosas y devoluciones en el formato FORMATO ENTREGA GLOSAS Y DEVOLUCIONES PARA RADICACIÓN Y TRÁMITE y verificará el cumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos legal e institucionalmente, para que el coordinador del área pueda también realizar el control, con el fin de evitar de esta forma las respuestas extemporáneas. En caso de que la respuesta sea extemporánea se pasa a proceso conciliatorio mediante acta y/o cobro por mecanismo alterno por parte de cartera. Evidencia: FORMATO ENTREGA GLOSAS Y DEVOLUCIONES PARA RADICACIÓN Y TRÁMITE y actas de conciliación relación de facturas para cobro por mecanismo alterno.	Indicador: Eficacia: No. de facturas glosadas verificadas * 100 / No. facturas glosadas radicadas en el periodo.  Línea Base: 0  Indicador de Efectividad: No. de facturas glosadas con respuesta extemporánea * 100 / No. facturas glosadas radicadas	Profesional Universitario - Cartera
158	PRESUPUESTO	Gestión de presupuesto	Que los recaudos proyectados sean superiores a los recaudos efectivos.	Financiero	3	3	Alto	Seguimiento mensual a la ejecución presupuestal	3	3	Alto	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 sobre Total de informes programados por cien  Línea base = 12  Meta = Cumplir con el 100% de la entrega de los informes	Subgerente Financiero - Profesional Universitario/Presupuesto
159		Gestión de presupuesto	No dar cumplimiento al Indicador del Equilibrio Presupuestal.	Financiero	3	3	Alto	Seguimiento mensual al comportamiento del indicador de equilibrio presupuestal	3	3	Alto	Informe mensual de equilibrio presupuestal enviado a Gerencia y seguimiento en reunión mensual de autocontrol.	No. de informes enviados sobre Total de informes programados por cien  Línea base = 12  Meta = Cumplir con el 100% de la entrega de los informes	Profesional Universitario/Presupuesto
160		Gestión de presupuesto	Falta de gestión y control presupuestal por parte de las áreas de tal forma que este alineado con la planeación institucional.	Estrategico	3	3	Alto	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	Alto	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 sobre Total de informes programados por cien  Línea 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
161	COSTOS	GESTION DE COSTOS	Error en la información suministrada por las áreas proveedoras de la información.	Operativo	3	4	Extremo	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	Extremo	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 *Línea 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
162		GESTION DE COSTOS	Error en la parametrización de los costos y gastos por centros de costos.	Tecnología	4	4	Extremo	Cruce y análisis de la información generada por el software.	4	4	Extremo	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  *Línea Base No establecida  *Meta 0%	Área de Costos
163		GESTION DE COSTOS	Centros de costos que presenten resultados operativos negativos, sin justificación.	Operativo	4	3	Alto	Solicitar las acciones de mejoramiento a las áreas para mejorar los resultados operativos de su centro de costos.	4	3	Alto	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  *Línea Base No establecida  *Meta 0%	Área de Costos
164		Higienización de Ropa Hospitalaria	Inoportunidad en la entrega de la ropa hospitalaria	Operativo	3	3	Alto	Mantener la disponibilidad de los recursos necesarios que garanticen la correcta operación para la higienización de la ropa hospitalaria	3	3	Alto	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  Línea Base = 0  Meta: Que el 95% de la ropa hospitalaria higienizada se entregue oportunamente.	Jefe Oficina de Recursos Físicos
165		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	Extremo	Realizar las labores de mantenimiento preventivo de acuerdo a los protocolos establecidos por el fabricante para cada equipo o vehículo.	5	4	Extremo	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 * 100.  Número de mantenimientos preventivos realizados / Número de mantenimientos preventivos programados * 100  Línea Base = 0  Meta: Que no se presenten eventos adversos una vez finalicen las labores de mantenimiento preventivo.	Operario o Contratista
166		Mantenimiento Preventivo	Disminución de la vida útil de la dotación hospitalaria o vehículos por mantenimiento preventivo ineficiente	Operativo	4	4	Extremo	Mantener actualizada la Hoja de Vida de equipos básicos y equipos biomédicos e industriales	4	4	Extremo	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.  Línea Base = 0  Meta: Que estén actualizadas el 100% de las hojas de vida de los equipos básicos, equipos biomédicos e industriales.	Supervisor o Interventor
167		Mantenimiento correctivo	Demoras al momento de solucionar las fallas presentadas	Operativo	5	5	Extremo	Gestionar oportunamente la contratación y los recursos necesarios para efectuar el mantenimiento correctivo de la dotación hospitalaria, infraestructura física y vehículos.	5	5	Extremo	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 * 100  Línea Base = 0  Meta: Que el mantenimiento correctivo sea solucionado en un tiempo no mayor a 3 días.	Supervisor o Interventor
168		Preparación y Distribución de Alimentos	Dietas mal suministradas	Operativo	5	3	Extremo	Identificar las auxiliares operativas que no cumplan con la entrega correcta de la dieta solicitada para el paciente.	5	3	Extremo	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.  Línea Base: 0  Meta: Que los alimentos suministrados a pacientes y beneficiados cumplan con las especificaciones establecidas de cada dieta.	Profesional Universitario Oficina Alimentos

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
169		Abastecimiento de Materias Primas y Artículos	Desabastecimiento de materias primas y artículos	Operativo	3	3	Alto	Controlar las cantidades de materias primas y artículos solicitados contra los utilizados en el Servicio de Alimentos.	3	3	Alto	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 menús 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 * 100 Línea 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
170	ALMACÉN	DEVOLUCIÓN Y BAJA DE BIENES	Traslado de bienes a otras áreas sin consultar o reportar al Almacén	Operativo	3	4	Extremo	Solicitar a Talento Humano los Paz y Salvo de los funcionarios que egresan de la institución.	3	4	Extremo	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 Línea Base: 0 Meta: Que el 80% de los funcionarios que egresan de la institución cuenten con el Paz y Salvo.	Almacenista General
171		DEVOLUCIÓN Y BAJA DE BIENES	Recepcionar bienes que no cuenten con reporte técnico	Operativo	3	3	Alto	No recibir los bienes sin el respectivo reporte técnico.	3	3	Alto	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 Línea Base: 0 Meta: Que se socialicen los requisitos al 80% de los responsables de los inventarios.	Almacenista General Profesional Universitario de Activos Fijos
172		ABASTECIMIENTO DE BIENES Y PRODUCTOS	Solicitud de bienes y/o productos sin las especificaciones y características precisas	Operativo	3	3	Alto	No recibir las solicitudes que no evidencien las especificaciones y características precisas de los bienes y/o productos a requerir.	3	3	Alto	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 Línea Base: 0 Meta: Que se revise el 100% de las solicitudes recibidas.	Almacenista General Profesional Universitario de Activos Fijos Auxiliar Administrativo de Almacén
173		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	Extremo	Identificar los activos siniestrados a través de la realización de inventarios periódicos.	3	4	Extremo	Realizar inventario aleatorio mensual en cualquiera de las áreas del Hospital para identificar bienes siniestrados.	Nro. de inventarios aleatorios realizados / Total de inventarios aleatorios programados x 100 Línea Base: 0 Meta: Que se realice el 100% de los inventarios aleatorios en el mes.	Profesional Universitario de Activos Fijos
174		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	Extremo	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	Extremo	Socializar la circular a los responsables de los bienes.	Nro. de responsables de los bienes a quienes se le socializó la circular. Línea Base: 0 Meta: Que al 80% de los responsables se les socialice la circular.	Profesional Universitario de Activos Fijos
175		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	Extremo	Solicitar a las diferentes Unidades Funcionales y/o entidades externas la documentación exigida por la aseguradora según el siniestro presentado.	3	4	Extremo	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 Línea 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
176	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	Alto	Llevar un consolidado de los siniestros reportados a la aseguradora.	2	4	Alto	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 Línea Base: 0 Meta: Que el 100% de los siniestros reportados cuenten con seguimiento.	Profesional Especializado de Subgerencia Administrativa
177	GESTIÓN DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE SINIESTROS PRESENTADOS A LOS BIENES DEL HOSPITAL	Error en el pago del siniestro reportado	Cumplimiento	2	4	Alto	Verificar que las cotizaciones y liquidaciones estén acordes con los precios actuales y especificaciones técnicas de los bienes siniestrados.	2	4	Alto	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	
178		Abastecimiento de bienes y productos	Incumplimiento de la oportunidad de entrega del total de los productos comprados al proveedor	Operativo	3	3	Alto	Realizar seguimiento en la entregas 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	Alto	Verificación del seguimiento vía telefónica o correo electrónico.	Items comprados / entregas parciales x 100 Línea Base: 70% Meta: cumplir con el 70% del seguimiento a las entregas.	Profesional Universitario Suministros
179	SUMINISTROS	Abastecimiento de Material de Osteosíntesis	Solicitud de material de osteosíntesis entregada posteriormente al horario establecido	Operativo	5	4	Extremo	Implementar un horario de recepción de las solicitudes	5	4	Extremo	Generar circular estableciendo horario para la recepción de solicitudes	N° de Solicitudes de material de osteosíntesis recibidas extemporaneamente / N° 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
180		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	Extremo	Implementar un horario de recepción de las solicitudes	5	4	Extremo	Generar circular estableciendo horario para la recepción de solicitudes	N° de órdenes médicas u órdenes de procedimiento quirúrgico recibidas extemporaneamente / N° 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
181		Proceso Contractual	Inoportunidad en la liquidación del contrato	Cumplimiento	3	3	Alto	Establecer una alerta a los contratos terminados, para que el supervisor o interventor proceda a liquidarlo en los términos establecidos.	3	3	Alto	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.	N° de requerimientos / No. de contratos terminados * 100 Línea Base = 50% Meta = Que el 70% de los contratos terminados, presenten requerimientos a los supervisores o interventores.	Jefe Oficina Contratación.
182	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	Extremo	Identificación , seguimiento y control del sujeto que remite el documento que da origen a la acción disciplinaria.	5	5	Extremo	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	Elaborar y aprobar lista de chequeo de identificación del sujeto que presenta información que da origen a la acción que da origen a la acción disciplina N° de procesos disciplinarios/ N° listas de chequeo de identificación de sujeto que da origen a la acción disciplinaria. Línea Base: Lista de chequeo de identificación de suero que da origen a la acción disciplinaria. Meta: Aplicación de la lista de chequeo al 100% de las acciones disciplinarias	Sustanciadores

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se muestra en BLANCO,		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
183	EDUCACIÓN MEDICA	GD-INV-C-002 REVISIÓN Y APROBACIÓN DE G.P.C., PROTOCOLOS Y CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	Desactualización de las guías de práctica Clínica según el perfil epidemiológico, comprometiendo la prestación de los servicios.	Cumplimiento	4	2	Alto	El coordinador de la oficina de Educación Médica cada vez que identifique los documentos desactualizados o sin elaborar (Guías de Práctica clínica) proyectará oficina de solicitud de manera conjunta con la oficina de Garantía de la Calidad, dirigido a la Subgerencia Técnico Científica mediante de los diferentes canales de comunicación, para que asigne al grupo desarrollador de la adopción documental ( médico especialista, químico, ingeniero biomédico y médico auditor), con el propósito de asignar el plan de trabajo (adopción y/o actualización) según necesidad y de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y protección Social y posterior realizará seguimiento mensual mediante el formato GD-INV-F-001K BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO. En caso de que no se dé respuesta por parte de la Subgerencia Técnico Científica se informará en el Comité Interno de Docencia – Servicio que participa la alta dirección. La Evidencia oficinas solicitud y el formato GD-INV-F-001K BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO (GPC, CONSETIMIENTOS INFORMADOS, PROTOCOLOS).	4	2	Alto	El coordinador de la oficina de Educación Médica cada vez que identifique los documentos desactualizados o sin elaborar (Guías de Práctica clínica) proyectará oficina de solicitud de manera conjunta con la oficina de Garantía de la Calidad, dirigido a la Subgerencia Técnico Científica mediante de los diferentes canales de comunicación, para que asigne al grupo desarrollador de la adopción documental ( médico especialista, químico, ingeniero biomédico y médico auditor), con el propósito de asignar el plan de trabajo (adopción y/o actualización) según necesidad y de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y protección Social y posterior realizará seguimiento mensual mediante el formato GD-INV-F-001K BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO. En caso de que no se dé respuesta por parte de la Subgerencia Técnico Científica se informará en el Comité Interno de Docencia – Servicio que participa la alta dirección. La Evidencia oficinas solicitud y el formato GD-INV-F-001K BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO (GPC, CONSETIMIENTOS INFORMADOS, PROTOCOLOS).	<p>INDICADOR DE EFICACIA:</p> <p>1. Total de solicitudes por oficina enviados por los diferentes canales de comunicación a la Subgerencia Técnico Científica según el plan de trabajo asignado</p> <p>INDICADOR DE EFICACIA:</p> <p>3. Número de seguimientos realizados / número de seguimientos programados * 100</p> <p>Indicador de Efectividad</p> <p>Número de documentos no actualizados o adoptados según lo programado /Total de documentos programados ( cuatrimestral)</p>	
184	CONTROL INTERNO	Manual de la oficina de Control Interno	Incumplimiento de la presentación de las auditorías de ley según fechas establecidas.	Cumplimiento	1	4	Alto	Seguimiento mensual en los subcomités de autocontrol y mejoramiento a la actividades a realizar por parte de la oficina de Control Interno.	1	4	Alto	<p>Nº de Informes de auditorías de ley reportados dentro de las fechas establecidas por normatividad /Nº de Informes a reportar en la Vigencia *100</p> <p>Linea base: 100%</p> <p>Meta: Reportar el 100% de los informes de auditorías de ley dentro de las fechas establecidas por la normatividad.</p>	Jefe de la Oficina de Control Interno	