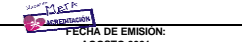






HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										 FECHA DE EMISION: AGOSTO 2021 VERSION: 03 CODIGO: GS-ME-F-004-001C	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL													
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)						
1	GERENCIA	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	Inoportunidad en la presentación de los indicadores a cargo de cada Oficina o inconsistencias de los mismo que genere bajo cumplimiento de gestión documental.	GESTIÓN	Gerencial	1	2	Bajo	Falta de Seguimiento del cumplimiento de los Indicadores	Sanciones Administrativas y economicas Afectación de la Imagen Reputacional	El profesional especializado de Sistemas de Información Hospitalaria asignado para la consolidación y reporte de la información establecida en la resolución 713/2013 de manera bimensual solicitará a las unidades funcionales responsables del resultado de los indicadores la certificación, con el propósito de realizar el seguimiento y consolidación de los indicadores de gestión para que cumpla con el de plan de gestión. En caso de que no presente la certificación la unidad responsable, se realizará un requerimiento por el sistema de gestión documental. La evidencia es las certificaciones de las unidades responsables del reporte y requerimientos enviados por gestión documental.	Profesional Especializado de Sistemas de Información Hospitalaria	
2		ESTRUCTURACIÓN Y EVALUACIÓN DE ACUERDOS DE GESTIÓN	Inapropiada formulación de los Acuerdos de Gestión que genere incumplimiento de los objetivos institucionales	GESTIÓN	Gerencial	3	2	Moderado	Desconocimiento de la normatividad para la formulación de los acuerdos de Gestión  Falta de seguimiento a los acuerdos de gestión	Incumplimiento de los compromisos Gerenciales Incumplimiento de los objetivos institucionales	El profesional especializado asignado cada vez que se inicie la formulación de los acuerdos de gestión deberá generar una capacitación sobre este tema a los funcionarios responsables con el propósito que los compromisos sean pertinentes a los objetivos institucionales. Se debe levantar acta de reunión con el registro de asistencia. El profesional especializado de manera bimensual realizará seguimiento de los acuerdos de gestión mediante un formato en carpeta magnética compartida, con el propósito de identificar el avance del cumplimiento de los compromisos del acuerdo de gestión. En caso de identificar incumplimiento parcial en los compromisos se concertará para el correspondiente plan de mejora. La evidencia de la actividad será el formato en la carpeta magnética compartida y el plan de mejora si llegare a presentarse	Profesional Especializado de Gerencia  Profesional Especializado de Gerencia	
3	PLANEACIÓN	CONTROL DE DOCUMENTOS	Desconocimiento del documento aprobado por parte de los funcionarios de la unidad funcional o servicio asistencial responsable del mismo generando afectación en la prestación del servicio.	GESTIÓN	Operativo	3	2	Moderado	El líder de la unidad funcional administrativa y asistencial no socialice a su personal a cargo de manera oportuna y adecuada los documentos aprobados por resolución.		"El Profesional universitario asignado al proceso de control de documentos, cada vez que se apruebe un documento bajo resolución, enviará oficio de solicitud de socialización al líder de la unidad funcional administrativa y asistencial mediante canales de comunicación institucional, con el propósito de que el líder socialice el documento a su personal a cargo y remita el acta correspondiente. En caso de que el líder no envíe la evidencia durante el tiempo establecido se realiza seguimiento mediante remisión de oficio con copia a la subgerencia u oficina asesora respectiva. La evidencia son los oficios de socialización enviados mediante canales de comunicación institucional. "	Profesional Especializado Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional	
4		GESTIÓN DEL RIESGO	Probabilidad de seguimiento inapropiado de los riesgos del proceso por parte del líder y colaboradores de la unidad funcional que generen la materialización de los riesgos.	GESTIÓN	Operativo	4	3	Alto	Desconocimiento de la Metodología de Gestión del Riesgo.		El profesional universitario asignado para la asesoría metodológica en la Gestión del riesgo de manera mensual enviará alertas mensuales (mediante correo institucional) a los líderes de las unidades funcionales asistenciales y administrativas recordándoles el seguimiento a la matriz de riesgo de acuerdo a la periodicidad establecida y cuatrimestralmente. Monitorizará los controles establecidos por la primera línea de defensa acorde con la información suministrada por los líderes de procesos con el propósito de gestionar los ajustes que se requieran derivados del seguimiento efectuado y dejando evidencia mediante acta. En caso de que se identifique por requerimiento actualizar alguna matriz de riesgo de gestión por procesos antes del monitoreo cuatrimestral, se realizará la asistencia y orientación metodológica a la unidad que lo requiera. La evidencia los correos mensuales y actas acordes a los requerimientos de las unidades funcionales asistenciales y administrativas.	Profesional Especializado Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional	
5		PROCESO GESTIÓN DE PROYECTOS	Inadecuada gestión en la formulación del proyecto que genere la no aprobación del mismo	GESTIÓN	Cumplimiento	3	2	Moderado	incumplimiento de los requisitos para la formulación del proyecto  No contar con los estudios técnicos debidamente soportados, para la justificación del proyecto.  Inapropiada formulación y verificación de especificaciones técnicas que sean parte fundamental del proyecto	No acceder a recursos de inversión No aprobación del proyecto de Viabilidades Prestación de los servicios	El Asesor de Gerencia asignado para la formulación del proyecto, cada vez que se recepcione el registro de la idea de un proyecto en la ficha técnica, documentará la idea en conjunto con el líder de la unidad para presentar y aprobar por parte de staff gerencial el proyecto; con el propósito de iniciar la formulación del proyecto. Posteriormente se realizará la formulación del proyecto con el cumplimiento de los requisitos mediante lista de chequeo de acuerdo a la normatividad vigente según criterios del proyecto, con el propósito de dar viabilidad al proyecto. En caso de que falte algún requisito se informará al área pertinente de inmediato para que aporte la información requerida.	Asesor de Gerencia  Asesor de Gerencia	
6	SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Prestación de servicios TIC en forma inoportuna	GESTIÓN	Tecnología	4	4	EXTREMO	Falencia en la dotación e infraestructura física y tecnológica y talento humano	Demoras en la prestación de servicios a los usuarios	La jefe de oficina Asesora de sistemas de información Hospitalaria, cada vez que se presente la necesidad, prestar un servicio tlc oportuno y pertinente, Proyecta un oficio con las necesidades de la oficina dirigido a la gerencia si no se cubre la necesidad realizará seguimiento, se generará una nueva solicitud.	Jefe de oficina Asesora de sistemas de información Hospitalaria	
									Errores por falta de habilidades en el manejo y uso de las tecnologías de la información	Sanciones por parte de los entes de control Presentacion con eventos relacionados con la atención en salud	La jefe de oficina Asesora de sistemas de información Hospitalaria, cada vez que se detecten errores, hará una capacitación para subsanarlos. En caso que se vuelvan repetitivos proyectará un oficio a las áreas implicadas con los errores repetitivos para que tome acciones correctivas realizando un plan de mejoramiento y presentándolo a la oficina asesora de sistemas de información con las evidencias	Jefe de oficina Asesora de sistemas de información Hospitalaria	
									Desconocimiento del plan de contingencia por los usuarios	Daños de equipos e indisponibilidad de los aplicativos	La jefe de oficina Asesora de Sistemas de información capacita en el año 2021 Fortalezca los conocimientos del personal de la institución acerca del plan de contingencia Capacitar a los usuarios acerca del plan de contingencia del sistema de información Se implementara la GI-SI-F-001BA EVALUACION DEL PLAN DE CONTINGENCIA, si aplica Se dejara la evidencia en los listados de capacitación	Jefe de oficina Asesora de sistemas de información Hospitalaria	
7	SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Pérdida de integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información	GESTIÓN	Tecnología	4	4	EXTREMO	No disponer con copias de seguridad de la información (validadas)	Perdida de credibilidad Institucional	La jefe de oficina Asesora de sistemas de información Hospitalaria y el coordinador de Infraestructura, según la periodicidad establecida en el procedimiento, Para salvaguardar la información Ejecutara y hará seguimiento a la programación de las copias, revisión y registro en bitácoras, se generará una solicitud del incumplimiento al responsable de generalas, se dejara evidencia en gestión documental, bitácoras diligenciadas, actas de revisión de los ingeniero	Jefe de oficina Asesora de sistemas de información Hospitalaria	
									Ausencia de un procedimiento de control de acceso a los aplicativos	Sanciones por parte de los entes de control	La jefe de oficina Asesora de sistemas de información, de forma mensual con el propósito de que se cumpla el procedimiento Verifica mediante el informe de creación, modificación por correo electrónico y por la oficina de talento humano, Si no se cumple emitirá un oficio a la oficina de talento humano dando a conocer la falencia se deja la evidencia en gestión documental.	Jefe de oficina Asesora de sistemas de información Hospitalaria	
									No disponer de un servidor de respaldo de la información		La jefe de oficina Asesora de sistemas de información, para el año 2021, busca dar respaldo de la información y continuidad de la operación, prestar un servicio tlc oportuno y pertinente, Presentación de proyecto para la solución de un servidor de respaldo dirigido a la gerencia si no se cubre la necesidad realizará seguimiento, se generará una nueva solicitud, se dejara evidencia en gestión documental	Jefe de oficina Asesora de sistemas de información Hospitalaria	
8	GESTION DEL SISTEMA DE INFORMACION	Entrega de informacion erronea y/o inoportuna	GESTIÓN	Operativo	4	4	EXTREMO	Las unidades no reporten la informacion de manera no veraz, inoportuna e incompleta	Sanciones por parte de los entes de control	Los profesionales de la OASHI según la periodicidad establecida Oportunidad en los diferentes reportes ante los entes de control y de ley Por medio de un seguimiento en una bitácora según su periodicidad En caso que no se de respuesta por el área funcional se informara a la jefe de la oficina que asu vez escalara la inoportunidad a la subgerencia correspondiente o finalmente a la gerencia siguiendo el conducto regular.	Los profesionales de la OASHI		
								No estan integrado los sistemas de informacion	Toma de decision con informacion erronea	La jefe de oficina Asesora de sistemas de información, según la periodicidad ya definida, Dar cumplimiento a los diferentes reportes de ley, Verificación de las diferentes herramientas de sistemas de información que genera los datos a reportar, Solicitar la aprobación para la integración de los sistemas de información, Se dejara evidencia y soportes de los requerimientos de integración de los sistemas de información.	Jefe de oficina Asesora de sistemas de información Hospitalaria		
9		PRESTAMO DOCUMENTAL	Posibilidad de pérdida de los registros en las bases de datos por deficiencias de condiciones de seguridad en las herramientas digitales que genere un inadecuado seguimiento de los registros de los prestamos documentales.	GESTIÓN	Operativo	4	3	Alto	Deficiencia de las Condiciones de Seguridad en las Herramientas Digitales		1.El Profesional Universitario de la Oficina de Gestión documental gestionará los requerimientos en el plan de adquisiciones anual relacionados a los herramientas digitales, Canales de comunicación y equipos de cómputo y posterior a este realizará de manera mensual el seguimiento de los requerimientos, a través del correo institucional al subgerente administrativo, con el propósito de tener las herramientas que permitan un seguimiento adecuado de custodia del prestamos de los documentos. En caso de que no cumplan la actividad anterior, nuevamente se solicitara como una acción prioritaria en el plan de acción vigencia 2021. La evidencia mediante los correos institucionales. 2. El auxiliar administrativo asignado al seguimiento del registro en la base datos del préstamo de los Documentos de manera diaria realiza la verificación y monitoreo del préstamo a los documentos que han cumplido el tiempo estipulado (48 horas) mediante el formato planilla de préstamo archivo central, con el propósito de evitar la pérdida de los documentos, En caso de que haya cumplido las 48 horas de préstamo y el documento no haya regresado, se realiza solicitud mediante correo institucional al líder y/o coordinador y al funcionario de planta y/o contratación según lo pertinente, para la devolución o si el caso la solicitud nuevamente de ampliación del préstamo del documento. La evidencia planilla de préstamo archivo central y formato: GI-ARC-F-001C solicitud de préstamo archivo central.	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión documental	


HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										 FECHA DE EMISION: <b>AGOSTO 2021</b> VERSION: 03 CODIGO: GD-ME-F-004-001C	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL													
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)						
	GESTIÓN DOCUMENTAL								Falta y/o obsolescencia de equipos digitales		El profesional de gestión documental cada vez que la mesa de ayuda nos emita un concepto técnico de los equipos tecnológicos que ya cumplieron su vida útil, mediante requerimiento de formato de activos se realizará la solicitud a la oficina de sistemas de información hospitalaria, la cual se le realizará seguimiento mensual, con el propósito de mejorar los procesos internos del área. En caso de que no se dé una respuesta a lo solicitado se le informará al Subgerente administrativo con copia a la Gerencia	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión documental	
10	ARCHIVO, CONSERVACIÓN, VALORACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS.	Posibilidad de deterioro de los documentos por las malas condiciones ambientales, generando pérdida de la información	GESTIÓN	Operativo	4	2	Alto		Malas condiciones en el ambiente físico		El profesional Universitario del área de Gestión Documental solicitará a través de correo institucional, con el propósito de controlar las condiciones ambientales. En caso de que no se puedan realizar la fumigación y limpieza se informará al área de recursos físicos y subgerencia Administrativa por lo pertinente. La evidencia son las solicitudes que se realizan mediante correo institucional.	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión documental	
									Deficiencia en la infraestructura		El profesional Universitario del área de Gestión Documental solicitará al Subgerente Administrativo el mejoramiento ambiental y físico mediante oficina de extranet planteando las posibles mejoras que se puedan realizar y además realizará seguimiento a esta solicitud con el propósito de mejorar las condiciones físicas del área de archivo. En caso de que no poder evidenciar las mejoras en el primer semestre de esta vigencia se emitirá oficio con copia a la gerencia y a planeación. La evidencia la ficha técnica identificación del proyecto de inversión y el reporte del avance del proyecto.	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión documental	
									Alta rotación del personal		El profesional universitario del área de gestión documental solicitará a la jefe de talento humano cada vez que ingrese un funcionario u agreñado a esta área se de la aplicabilidad de la Resolución 629/2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública y Archivo General de la Nación con el propósito de que la persona que ingrese tenga las competencias. En caso de que ingrese personal no idóneo y competente se informará al jefe de talento humano para lo pertinente	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión documental	
11	LIQUIDACIÓN Y PAGO DE NÓMINA	Probabilidad que se genere incorrectamente la liquidación de la nómina	GESTION	Operativo	2	2	Bajo		Error en el registro de las novedades de personal que generan una liquidación no acorde con la información reportada mediante las respectivas novedades de nómina.	Pagos erróneos en la generación de la nómina.	El Profesional Universitario de Talento Humano asignado para el cargo de procedimiento de novedades realizará con corte a 20 de cada mes la verificación del cargue de la información con el propósito de que no se generen errores en la liquidación de nómina, en caso de que se identifiquen errores en el registro se corrigen directamente en el sistema, se evidenciará en el reporte que general el Software de Indigo Vie RP.	Profesional Universitario de Talento Humano	
									Error en la funcionalidad del software			El Profesional Universitario de Talento Humano asignado para el cargo de procedimiento de novedades realizará con corte a 20 de cada mes la verificación del cargue de la información con el propósito de que no se generen errores en la liquidación de nómina, en caso de que se identifiquen errores en el registro se corrigen directamente en el sistema, se evidenciará en el reporte que general el Software de Indigo Vie RP.	Profesional Universitario de Talento Humano
12	EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	Inadecuada gestión para el reporte oportuno de las Calificaciones Definitivas de la Evaluación del Desempeño Laboral	GESTION	Operativo	1	2	Bajo		Incumplimiento de las fechas establecidas por parte de los sujetos de Evaluación (Evaluado / Evaluador)	Inoportunidad en la toma de decisiones. Información incompleta	El Profesional Universitario de Talento Humano asignado al proceso de Evaluación del Desempeño Laboral proyectará una Comunicación Informativa para la firma del superior inmediato de manera Semestral la cual será enviada por correo electrónico a los sujetos evaluados, con el propósito de recordar las fechas establecidas para el reporte las calificaciones Definitivas de la Evaluación del Desempeño Laboral; en caso de no reportar estos resultados se informará a la Oficina de Control Interno Disciplinario para lo pertinente	Profesional Universitario de Talento Humano	
13	GESTIÓN Y TRAMITE DE PQRSD INTERNAS	Respuesta inoportuna a las PQRSD e inobservancias a la norma que aplique. Que genere sanciones disciplinarias.	GESTION	Operativo	5	3	ALTO		Volumen de PQRSD por tramitar	sanciones Disciplinarias. Sanciones administrativas y económicas Afectación de la Imagen Reputacional	La secretaria de la oficina de talento humano cada vez que recepcione una pqrsd la registra en el archivo excel Recordatorio PQRSD PENDIENTES para ser identificar la asignación del responsable y los tiempos de respuesta, adicional semanalmente se realiza una alerta por correo electrónico con el propósito de recordarle a los encargados las fechas establecidas para el cumplimiento de respuesta. En caso de identificar la no respuesta oportuna a las PQRSD se informará a la jefe inmediata	La secretaria de la oficina de talento humano	
14	REUBICACION DE PERSONAL	Se reubique 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 generen una inadecuada prestación de los servicios.	GESTION	Cumplimiento	2	4	Bajo		proceda a la reubicación del personal sin las respectiva verificación de los re	PQRS Eventos adversos Incidentes inoportunidad en la entrega de la información	Los profesionales universitarios de talento humano de nómina y habilitación cada vez que recepcionen una solicitud de reubicación, verificaran los requisitos de habilitación y el manual de funciones institucional, con el propósito que el personal cumpla con lo requerido para el cargo reubicado, se deja evidencia en el acto administrativo de reubicación, la verificación con el visto bueno de los profesionales de talento humano de nómina, habilitación y el jefe oficina de talento humano. En caso de que se reubique el personal sin el cumplimiento de las competencias laborales y requisitos de habilitación se informará al gerente.	Profesional Universitario de Talento Humano	
15	GESTION AMBIENTAL	Discontinuidad de recolección de residuos peligrosos en los diferentes almacenamientos temporales del hospital, que genera acumulación de residuos y posibles riesgos de contaminación.	GESTION	OPERATIVO	4	2	ALTO		Falla en el funcionamiento de los ascensores.	Acumulación de residuos peligrosos. Eventos adversos con el cliente interno y externo. Hallazgos por parte de las autoridades ambientales.	El profesional Universitario asignado a la gestión ambiental de la institución, cada vez que se presente la falla en los ascensores, solicitará a la mesa de ayuda el mantenimiento correctivo al ascensor que se encuentre averiado o con posibles fallas en su funcionamiento, y se verificara el cumplimiento del mantenimiento correctivo solicitando el reporte técnico, con el propósito de acceder a los almacenamientos temporales y recolecta los residuos hospitalarios, en caso que no se lleve a cabo el mantenimiento correctivo en un tiempo oportuno se tomara la medida de establecer otro horario de recolección donde no se presente tránsito de cliente interno y externo, y hacer uso de las escaleras de evacuación.  La evidencia es reportes técnicos del mantenimiento correctivo del ascensor y los correos electrónicos a la gerencia y los subgerentes informándoles de la situación.	Profesional Universitario Oficina de SST	
16	GESTION AMBIENTAL	Posibilidad de contaminación ambiental generado por la discontinuidad de la recolección de residuos peligrosos en el almacenamiento central.	GESTION	OPERATIVO	1	5	EXTREMO		La no contratación de una empresa especial de aseo para la disposición de residuos peligrosos.	Acumulación de residuos peligrosos. Eventos adversos con el cliente interno y externo. Hallazgos por parte de las autoridades ambientales.	El profesional Universitario asignado a la gestión ambiental de la institución, cada vez que se lleve a cabo la contratación, verificará que la empresa especial de aseo cumpla con un plan contingencia para la recolección de residuos peligrosos dentro de su propuesta con el propósito de garantizar la recolección, transporte y disposición final de residuos peligrosos, en caso que la propuesta no contenga un plan de contingencia no se validará la propuesta presentada y se informará al jefe inmediato para lo pertinente.	El profesional Universitario asignado a la gestión ambiental	
									Discontinuidad de la recolección de los residuos peligrosos.		El profesional Universitario asignado a la gestión ambiental de la institución, cada vez que se lleve a cabo la contratación, verificará que la empresa especial de aseo cumpla con un plan contingencia para la recolección de residuos peligrosos dentro de su propuesta con el propósito de garantizar la recolección, transporte y disposición final de residuos peligrosos, en caso que la propuesta no contenga un plan de contingencia no se validará la propuesta presentada y se informará al jefe inmediato para lo pertinente.	El profesional Universitario asignado a la gestión ambiental	
17	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Posibilidad de incumplimiento de la normatividad legal de SST, que genere sanciones, multas y cierre de la institución.	GESTIÓN	OPERATIVO	5	5	EXTREMO		Falta de seguimiento al cumplimiento del Plan de trabajo anual	Accidentes de trabajo, enfermedades Laborales, casos Mortales, Daños a la propiedad, multas y sanciones, imagen reputacional, detrimento financiero.	El coordinador de SST, Realizara mensualmente, seguimiento y medición a la ejecución con el objetivo de verificar el cumplimiento del plan de trabajo anual, en caso que se identifique incumplimiento se realiza la justificación de la actividad y/o la reprogramación según corresponda. Como evidencia se establece: Plan de Trabajo Anual	Coordinador de SST	
									Debilidad en el seguimiento de los requisitos de SST de contratistas y proveedores.		El coordinador de SST, realizara seguimiento según cronograma establecido de la revisión de los informes enviados por los contratistas, y sera reportado mediante informe cuatrimestral, con el objetivo de evaluar el grado de avance y cumplimiento a los requisitos en SST, en caso de identificar incumplimientos se realizará la notificación mediante acta de compromiso, firmada entre las partes Como evidencia se establece: El cronograma de inspección y seguimiento a contratistas. Informe de inspección y seguimiento a contratistas. Acta de reunion de compromisos.	Coordinador de SST	


HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										 FECHA DE EMISION: AGOSTO 2021 VERSION: 03 CODIGO: GD-ME-F-004-001C							
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL																			
ITEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO							
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)												
									Falta de seguimiento al cierre de los autoreportes de seguridad y salud en el trabajo.		El coordinador de SST, realizara seguimiento de manera mensual al cierre de los planes de acción generados de los autoreportes de seguridad y salud, con el objetivo de evaluar el grado de avance y cumplimiento a los planes de acción de los resultados de las autoreportes, en caso de identificar que no se ha realizado cierre de los hallazgos, se realizara informe dirigido a la alta gerencia de manera cuatrimestral. Como evidencia se establece: Autoreporte de condiciones de seguridad y salud Cuadro de control del seguimiento a los Autoreportes de condiciones de seguridad y salud. Informe de gestión de autoreporte.	Coordinador de SST							
18	SIAU	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Error en el dato en el informe de satisfacción que genere oportunidades de mejora no acordes a la percepción del usuario.	GESTIÓN	Operativo	3	2	Moderado	Registros erroneos por parte de los digitadores.	Informe con errores que no muestran la realidad del servicio prestado. 2.Oportunidades de mejora no acordes a la percepción del usuario.	El Profesional universitario de apoyo en SIAU semanalmente registrará en el código formato Control a entrega, registro y seguimiento a encuestas de satisfacción la información consolidada semanalmente por el encuestador y verificará el cumplimiento y el registro del dato, con el fin de no generar oportunidades de mejora no acordes a la percepción del usuario. En caso que se identifique error en el dato se informara al encuestador para ser las correcciones respectivas. La evidencia formato Control a entrega, registro y seguimiento a encuestas de satisfacción.	Profesional Universitario de SIAU							
19		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	Vencimiento de terminos en la respuesta a P.Q.R.S.D por parte de líderes y coordinadores de las unidades funcionales asistenciales y administrativas responsables.	Perdida de la imagen reputacional Demandas 3Detrimto financiero Insatisfacción del Usuario Sanciones al representante Legal	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 oportunas a las diferentes solicitudes planteadas por los usuarios. En caso de que no se de respuesta en los primeros 3 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.	El auxiliar administrativo asignado a la Recepción y notificación interna de la P.Q.R.S.D				
20		INTERVENCIÓN SOCIO FAMILIAR	Inoportunidad de la identificación del usuario con necesidad socio familiar, que puede generar barreras en el proceso de atención..	GESTIÓN	Operativo	5	2	Alto	Inadecuada identificación de los usuarios por el profesional universitario/trabajo social en el proceso de atención	Barreras en el proceso de atención socio familiar al usuario. PQRSD Estancias prolongadas Detrimto financiero	1.El profesional universitario/trabajo social, cada mes elaborará la lista de chequeo a las intervenciones registradas en las historias clínicas de los usuarios de manera aleatoria, con el propósito 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.	Profesional universitario Trabajo Social							
21	TRABAJO SOCIAL	INTERVENCIÓN SOCIO FAMILIAR	Estancias hospitalarias prolongadas por deficiencia de oferta institucional para el abordaje de la población en abandono social.	GESTIÓN	Operativo	5	1	Alto	Falta de cobertura por parte de las entidades encargadas de la población en abandono social o falta de instituciones designadas para alojar a este tipo de población.	Presentación de glosos por parte de las administradoras de planes de beneficios. Disminución del giro cama. Estancias prolongadas Detrimto financiero	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. El profesional universitario/trabajo social cada vez que identifique un usuario en condición de abandono social (a través de actividades de gestión y apoyo con búsqueda de red familiar, vincular, comunitaria e institucional del usuario (a realizar por correo institucional se realiza solicitud de comunicado(s) radial(es), con el propósito 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.	Profesional universitario Trabajo Social							
													Débil red de apoyo familiar		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.	Profesional universitario Trabajo Social			
22	CALIDAD	EVALUACION Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Inoportunidad en la ejecución de las acciones de mejora y/o no cumplimiento planteados en los componentes de acreditación, PAMEC y habilitación	GESTIÓN	CUMPLIMIENTO	5	4	Extrema	Falta de apropiación de líderes de proceso para incentivar el trabajo participativo con los grupos de mejoramiento	Afectación de indicadores de gestión de la gerencia. Cierre de servicios por no cumplimiento de estándares en Habilitación.	La profesional especializada líder del proceso de mejoramiento, según periodicidad definida en la herramienta de mejoramiento, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de las acciones definidas resultado de la autoevaluación en estándares de acreditación, articula con la gerencia y subgerencias respectiva la convocatoria a los líderes de área para que participen en el proceso de autoevaluación en estándares de acreditación, identifiquen oportunidades de mejora y definan las acciones de mejoramiento, en el caso que no se evidencie participación por parte de los líderes se reportara a la gerencia para lo pertinente, como evidencia de la actividad se tendrá el seguimiento en herramienta de mejoramiento, oficio de convocatoria y de no participación.	La profesional especializada líder del proceso de mejoramiento							
																No adherencia a los procesos y procedimientos por parte de unidades y servicios.		Los referentes asignados por el área de garantía de la calidad de manera continua, con el objetivo de promover adherencia por parte de las diferentes áreas y servicios del hospital universitario, realizarán socialización, acompañamiento y seguimiento al modelo de mejoramiento institucional a través de la herramienta de mejoramiento, en el evento en que no se evidencie participación activa por parte de las áreas o servicios del hospital universitario los referentes notificarán al jefe de la oficina de garantía de la calidad para lo pertinente, se dejara evidencia en la herramienta de mejoramiento, actas de asesoría, correo institucional y gestión documental.	Los referentes asignados por el área de garantía de la calidad
																	Falta de realimentación y comunicación del mejoramiento a las partes interesadas		Los referentes asignados por el área de garantía de la calidad, al finalizar la vigencia, con el objetivo de identificar los avances en el proceso de mejoramiento por cada unidad o área asignada, realizara cierre de mejoramiento tomando el total de las acciones de mejora identificadas por el servicio y las que fueron asignadas por acreditación, calculara la proporción de cumplimiento al mejoramiento y elaborara informe para presentar al área, al líder de oficina de garantía de la calidad y al responsable de pamec- acreditación, en el evento en que no se identifique herramienta de mejoramiento para realizar cierre en el servicio, se notificará la líder de la oficina de garantía de la calidad para lo pertinente, como evidencia estarán los informes de mejoramiento, los correo de notificación al área asignada y al líder de la oficina de garantía de la calidad.
23	CONSULTA EXTERNA	Atención por el servicio de Consulta Externa Especializada presencial o por Telemedicina	Inoportunidad o insatisfacción en la atención del usuario en la realización de consultas especializadas.	GESTIÓN	Operativo	5	3	EXTREMO	Cancelación de consultas por el hospital	No prestación del servicio, baja satisfacción del usuario, incremento de los PQRS, deterioro en la imagen corporativa.	El enfermero jefe líder del servicio de manera mensual verificará las cancelaciones de consultas por el Hospital mediante el reporte de cancelación que muestra la aplicación o programa, listas de pacientes en espera con el propósito de disminuir la inoportunidad e insatisfacción del usuario. El enfermero jefe generara las acciones de mejora requeridas según el análisis realizado. Se evidencia en actas de subcomite de autocontrol con la información analizada.	El enfermero jefe líder del servicio							
																Impuntualidad del medico, trato deshumanizado, demora en la atención		El enfermero jefe líder del servicio de manera mensual verificará las cancelaciones de consultas por el Hospital mediante el consolidado de PQR y satisfacción emitido por SIAU, con el propósito de disminuir la inoportunidad e insatisfacción del usuario. El enfermero jefe generara las acciones de mejora requeridas según el análisis realizado. Se evidencia en actas de subcomite de autocontrol con la información analizada.	El enfermero jefe líder del servicio
																	Paquete postconsulta mal codificado o incompleto		La auxiliar de enfermería asignada al modulo de información en la unidad, mensualmente enviara al enfermero jefe líder del servio el consolidado de paquetes mal codificados o incompletos con el propósito de identificar las causas. El enfermero jefe analiza la información y genera acciones de mejora pertinentes. Se evidencia en actas de subcomite de autocontrol con la información analizada.
24			Otros eventos adversos de diversa índole /probabilidad de eventos adversos en la atención en salud	GESTIÓN	Operativo	3	4	Extremo	Caida del paciente por piso mojado, lluvia o por escaleras	Lesión en el paciente, insatisfacción del usuario, posible detrimto financiero, investigaciones o demandas por el evento, afectación de la imagen corporativa.	El enfermero jefe líder del servicio de manera mensual verificará los eventos presentados en la unidad mediante el reporte consolidado de eventos adversos, con el propósito de evitar la presentación de eventos. El enfermero jefe generara las acciones de mejora requeridas según el análisis realizado. Se evidencia en actas de subcomite de autocontrol con la información analizada.	El enfermero jefe líder del servicio							
														Reaccion adversa por medicamentos		El enfermero jefe líder del servicio de manera mensual verificará los eventos presentados en la unidad mediante el reporte consolidado de eventos adversos, con el propósito de evitar la presentación de eventos. El enfermero jefe generara las acciones de mejora requeridas según el análisis realizado. Se evidencia en actas de subcomite de autocontrol con la información analizada.	El enfermero jefe líder del servicio		
25	IAMII	ESTRATEGIA IAMII	Posibilidad de error en la calidad del dato en el registro del formato de la resolución 4505-2175 que genera el inadecuado seguimiento a la población gestante y pos parto.	GESTIÓN	Operativo	4	3	Alto	Falta en el registro por volumen de la información por el personal asignado a la actividad	Inadecuado seguimiento a la población gestante y pos parto. Inoportunidad de la entrega de informes	Enfermera especializada asignada a la coordinación y supervisión de las actividades de la estrategia IAMII, cada vez que el personal asignado envíe registro de más de 10 registros de manera quincenal lo enviado con la Historia sistematizada y con la información enviada por sistemas de información con el propósito de que la información sea veraz, clara, pertinente y oportuna para ser remitida a la oficina de sistemas de información. En caso de identificar error en el registro se ajusta la información en el formato de la resolución 4505-2175. La evidencia será el formato con la observación de la verificación	Enfermera especializada asignada a la coordinación y supervisión de las actividades de la estrategia IAMII							

HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										FECHA DE EMISION: AGOSTO 2021	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL												VERSION: 03	
												CODIGO: GD-ME-F-004-001C	
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)						
26	CANGURO	ATENCIÓN EN EL PROGRAMA CANGURO AMBULATORIO	Caida del paciente que pueda afectar la salud del paciente	CLINICOS	CINICOS	2	2	Bajo	Descuido de la persona que es responsable del cuidado del bebé (madre, cuidador o personal de salud) en el mismo instante de la caída.	Traumatismo derivado de la caída, fallecimiento del bebé, quejas, demandas a la institución	El personal de enfermería del servicio diariamente con el fin de prevenir la caída del bebe, brindara capacitacion al 80% de los usuarios (madre o cuidador) acerca de la prevención de caídas del bebe, registrando en nota enfermería o formato establecido la capacitacion realizada. El coordinador del servicio al encontrar incumplimiento en la meta del indicador realizará las acciones de mejora requeridas.	El personal de enfermería del servicio	
27			Broncoaspiración del bebe prematuro o BPN durante la consulta en el programa canguro ambulatorio que pueda afectar la salud del paciente	CLINICOS	CINICOS	1	3	Moderado	Colocar el bebe prematuro o de bajo peso al nacer en posición horizontal o con la cabeza a menor nivel de los pies. Condición propia del bebe prematuro en sus primeras semanas de vida.	Compromiso grave en la salud por afección aguda de los pulmones (neumonía por broncoaspiración) Fallecimiento del bebe Demandas Quejas	El personal de enfermería del servicio diariamente con el fin de prevenir la broncoaspiración del bebe, brindara capacitacion al 80% de los usuarios (madre o cuidador) acerca de la prevención de broncoaspiración del bebe, registrando en nota enfermería o formato establecido la capacitacion realizada. El coordinador del servicio al encontrar incumplimiento en la meta del indicador realizará las acciones de mejora requeridas. El personal de enfermería del servicio diariamente con el fin de prevenir la broncoaspiración del bebe, brindara capacitacion al 80% de los usuarios (madre o cuidador) acerca de la prevención de broncoaspiración del bebe, registrando en nota enfermería o formato establecido la capacitacion realizada. El coordinador del servicio al encontrar incumplimiento en la meta del indicador realizará las acciones de mejora requeridas.	El personal de enfermería del servicio El personal de enfermería del servicio	
28	URGENCIAS	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Inoportunidad en el inicio de la atención inicial de Urgencias por parte de medicina general y medicina especializada presencial.	GESTIÓN	Operativo	5	2	ALTO	Desconocimiento de los tiempos de oportunidad en la atención inicial de Urgencias (pacientes clasificados como triage II).	Retraso en el diagnostico e inicio de tratamiento y ejecución de ordenes medicas, PQRS	El coordinador de urgencias socializará de manera mensual a los medicos generales y especialistas los resultados de los tiempos de atención, con el propósito de mejorar el incumplimiento del indicador. En caso de identificar el incumplimiento del indicador se informará a sus jefes inmediatos para tomar las medidas pertinentes. La evidencia de esta actividad quedara en el acta de subcomite de autocontrol.	El coordinador de urgencias	
29			Probabilidad de diligenciamiento incompleto o erroneo en la historia clinica del personal medico que genera demoras en la atención en salud.	GESTIÓN	Operativo	5	2	ALTO	Diligenciamiento incompleto o erroneo de la historia clinica	Retraso en el diagnostico y tratamiento, estancias prolongadas, PQRS.	El profesional de concurrencia de manera diaria identificará mediante los reportes del servicio las fallas encontradas en la historia clinica, con el propósito de darle continuidad al proceso de atención. En caso de que no se subsanen estas fallas se informara a la coordinación de Urgencias para que se tomen las medidas correctivas. La evidencia de esta actividad será los registros de la bitácora de concurrencia.	El profesional de concurrencia	
			Eventos asociados a fallas en la comunicación	GESTIÓN	Operativo	5	2	Extremo	Diligenciamiento incompleto o erroneo de la historia clinica	Retraso en el diagnostico y tratamiento, estancias prolongadas, PQRS.	El profesional de concurrencia de manera diaria identificará mediante los reportes del servicio las fallas encontradas en la historia clinica, con el propósito de darle continuidad al proceso de atención. En caso de que no se subsanen estas fallas se informara a la coordinación de Urgencias para que se tomen las medidas correctivas. La evidencia de esta actividad será los registros de la bitácora de concurrencia.	El profesional de concurrencia	
				GESTIÓN	Operativo	5	2	Extremo	Falta de comunicación con el equipo multidisciplinario		El profesional de concurrencia de manera diaria identificará mediante los reportes del servicio las fallas encontradas en la historia clinica, con el propósito de darle continuidad al proceso de atención. En caso de que no se subsanen estas fallas se informara a la coordinación de Urgencias para que se tomen las medidas correctivas. La evidencia de esta actividad será los registros de la bitácora de concurrencia.	El profesional de concurrencia	
30	URGENCIAS	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Possibilidad de trato deshumanizado por parte del personal asistencial del Servicio de Urgencias que genere PQRS	GESTIÓN	Operativo	4	2	ALTO	No adherencia a las estrategias del programa de humanización establecidas por la institución	Demanda insatisfecha relacionada con el trato humanizado por parte del personal asistencial	La Coordinadora de Urgencias y de Enfermería de manera trimestral socializara y evaluará una estrategia de humanización a los colaboradores con el propósito de fortalecer el trato humanizado durante el proceso de atención, en caso de que se identifique en la evaluación el desconocimiento menor al 90% de la calificación se solicitará al involucrado como oportunidad de mejora socializar al equipo de trabajo la estrategia evaluada. La evidencia de la actividad sera la evaluación y de la ejecución de la oportunidad de mejorara la lista de asistencia y evidencia fotografica de la actividad. La coordinadora del Servicio de urgencias cada vez que se identifique un trato deshumanizado reportado por POR o informado a esta unidad, realizara el seguimiento con la persona involucrada con el proposito de establecer un compromiso de mejoramiento que fortalezca la atención con calidad a nuestros usuarios. En caso, en que el colaborador sea reincidente en reporte por trato deshumanizado al usuario se solicitará a la dependencia correspondiente de acuerdo a su contratación las medidas disciplinarias que diere a lugar. La evidencia de la actividad sera el formato de compromiso de mejoramiento al trato humanizado.	La Coordinadora de Urgencias y de Enfermería	
				GESTIÓN	Operativo	4	2	ALTO	Incumplimiento al protocolo de Bienvenida, Estancia y despedida del paciente.		La Coordinadora de Urgencias y de Enfermería de manera trimestral socializara y evaluará el Protocolo de Bienvenida, Estancia y Despedida del Paciente a los colaboradores con el proposito de fortalecer el trato humanizado durante el proceso de atención, en caso de que se identifique en la evaluación el desconocimiento menor al 90% de la calificación se solicitará al involucrado como oportunidad de mejora socializar al equipo de trabajo la estrategia evaluada. La evidencia de la actividad sera la evaluación y de la ejecución de la oportunidad de mejorara la lista de asistencia y evidencia fotografica de la actividad.	La Coordinadora de Urgencias y de Enfermería	
31	URGENCIAS	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	IAAS:Infecciones asociadas a la atención en salud: Flebitis mecanica y Quimica	CLINICOS	CLINICOS	5	3	EXTREMO	Falla a la Adherencia al Procedimiento de Atención en la canalización y Mantenimiento de accesos venosos Perifericos. No adherencia al Protocolo de Higienizacion Manos	Costos de no calidad Estancia hospitalara prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El Enfermero Jefe lider del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención del riesgo del usuario con riesgo de Flebitis, mediante la aplicación de lista de chequeo de canalización y mantenimiento de acceso venoso periferico, y la lista de chequeo de prevención de flebitis, con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe lider planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de canalización y mantenimiento de acceso venoso periferico, y lista de chequeo prevención de flebitis, al igual que el Plan de mejora segun hallazgos. El Enfermero Jefe lider del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en el Cumplimiento del Protocolo de Higienización de Manos , mediante la aplicación de lista de chequeo de Higienización de Manos , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe lider planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Higienización de Manos, al igual que el Plan de mejora segun hallazgos.	El Enfermero Jefe lider del servicio El Enfermero Jefe lider del servicio	
				GESTIÓN	Administración segura de medicamentos				Falla en la Adherencia al Procedimiento de Administración segura de medicamentos		El Enfermero Jefe lider del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en el Cumplimiento del Procedimiento de Administración Segura de Medicamentos , mediante la aplicación de lista de chequeo de Administración Segura de Medicamentos , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe lider planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Administración Segura de Medicamentos, al igual que el Plan de mejora segun hallazgos.	El Enfermero Jefe lider del servicio	
				GESTIÓN	Atención de Lesiones asociadas a Dependencia UPP				Incumplimiento del Manual de Enfermería: En el Procedimiento Atención de Enfermería en la Prevención de Lesiones asociadas a Dependencia UPP		El Enfermero Jefe lider del servicio de manera mensual verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación de las ulceras por presión, mediante la aplicación de lista de chequeo, con el propósito de hacer prevención del riesgo y medir la adherencia al manual de enfermería. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% el enfermero jefe lider planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato de lista de chequeo prevención de Ulceras por presión, y las evidencias de acciones estipuladas en Plan de mejora segun los hallazgos	El Enfermero Jefe lider del servicio	
32	URGENCIAS	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Lesiones por presión (UPP, lesiones por dispositivos)	CLINICOS	CLINICOS	5	3	EXTREMO	Incumplimiento del Manual de Enfermería: En el Procedimiento Atención de Enfermería en la Prevención de Caidas	Costos de no calidad Estancia hospitalara prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El enfermero lider del servicio de manera mensual, identificara y realizara la solicitud de la necesidades mediante formatos de GAF-SU-F-001A solicitud de pedidos de activos y GAF-SU-F-001E solicitud de pedido de productos, posterior al requerimiento se dejara en evidencia mediante las actas de subcomite de autocontrol del servicio; con el proposito de suplir las necesidades y disminuir la materialización del riesgo ; En caso de que se identifique la Gestión del seguimiento que en un periodo de 3 meses no se ha tenido respuesta a la necesidad se trasladara la necesidad a la subgerencia técnico científica. La evidencia de esta actividad son: los formatos de requerimiento y las acta de subcomite de autocontrol donde se plasman los compromisos ante la necesidad.	El Enfermero Jefe lider del servicio	
				GESTIÓN	Atención de Caidas				Falta de disponibilidad de Insumos y Equipos Biomédicos		El Enfermero Jefe lider del servicio de manera mensual verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención de Caidas , mediante la aplicación de lista de chequeo, con el propósito de hacer prevención del riesgo y medir la adherencia al manual de enfermería. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% el enfermero jefe lider planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato de lista de chequeo prevención de Caidas, y las evidencias de acciones estipuladas en Plan de mejora segun los hallazgos.	El Enfermero Jefe lider del servicio	
33	URGENCIAS	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Caida de paciente	CLINICOS	CLINICOS	4	3	ALTO	Incumplimiento del Manual de Enfermería: En el Procedimiento Atención de Enfermería en la Prevención de Caidas	Costos de no calidad Estancia hospitalara prolongada	El Enfermero Jefe lider del servicio de manera mensual verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención de Caidas , mediante la aplicación de lista de chequeo, con el propósito de hacer prevención del riesgo y medir la adherencia al manual de enfermería. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% el enfermero jefe lider planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato de lista de chequeo prevención de Caidas, y las evidencias de acciones estipuladas en Plan de mejora segun los hallazgos.	El Enfermero Jefe lider del servicio	

HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										 FECHA DE EMISION: AGOSTO 2021 VERSION: 03 CODIGO: GD-ME-F-004-001C	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL													
ITEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)						
										PQRSD de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El enfermero líder del servicio de manera mensual, identificará y realizara la solicitud de la necesidades mediante formatos de GAF-SU-F-001A solicitud de pedidos de activos y GAF-SU-F-001E solicitud de pedido de productos, posterior al requerimiento se dejara en evidencia mediante las actas de subcomite de autocontrol del servicio; con el proposito de suplir las necesidades y disminuir la materialización del riesgo ; En caso de que se identifique la Gestión del seguimiento que en un periodo de 3 meses no se ha tenido respuesta a la necesidad se trasladara la necesidad a la subgerencia técnico científica. La evidencia de esta actividad son: los formatos de requerimiento y las acta de subcomite de autocontrol donde se plasman los compromisos ante la necesidad.	Jefes de Enfermería y Coord. de Hospitalización	
34			Probabilidad de demora de Egresos de los Usuarios que genera las estancias	GESTIÓN	Operativo	5	2	ALTO	Demora en la realización de la evolución y ordenes medicas.  Demora en los Devolutivos	Costos de no calidad Estancia hospitalaria prolongada Eventos adversos PQRSD de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El coordinador de hospitalización de manera diaria a través de su personal a cargo identifica las potenciales salidas (prealtas), para priorizar los egresos del día siguiente. En caso que se identifique que el usuario no ha egresado por una descompensación no previsible, un evento adverso y causa administrativa no identificada previamente, se remitira al personal pertinente mediante la matriz de incidentes, eventos y fallas administrativas. La evidencia de la actividad es la evolución medica del registros de la prealta y previa identificación del personal de enfermería en el kardex de las prealtas.  El personal de Enfermería cada vez que identifique la prealta en las ordenes medicas verificara y realizara el devolutivo de medicamentos, con el propósito de no tener medicamentos superior a 24 horas. En caso de que se identifique medicamentos superiores a 24 horas se realizara el devolutivo respectivo el día del egreso. La evidencia de la actividad es la evolución medica del registros de la prealta y previa identificación del personal de enfermería en el kardex de las prealtas.	El coordinador de hospitalización  El coordinador de hospitalización	
35			Probabilidad de disponibilidad en asignacion de camas que genera retraso en los egresos	GESTIÓN	Operativo	5	2	ALTO	No disponibilidad de camas para aislamiento  Demora en la realización de la evolución y ordenes medicas.	Costos de no calidad Estancia hospitalaria prolongada Eventos adversos PQRSD de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad Afectacion de la Imagen reputacional	El coordinador de hospitalización de manera diaria a través de su personal a cargo identifica las potenciales salidas, para priorizar los egresos del día siguiente. En caso que se identifique que el usuario no ha egresado por una descompensación no previsible, un evento adverso y causa administrativa no identificada previamente, se remitira al personal pertinente mediante la matriz de incidentes, eventos y fallas administrativas. La evidencia de la actividad es la evolución medica del registros de la prealta y previa identificación del personal de enfermería en el kardex de las prealtas.  El coordinador de hospitalización de manera diaria a través de su personal a cargo identifica las potenciales salidas, para priorizar los egresos del día siguiente. En caso que se identifique que el usuario no ha egresado por una descompensación no previsible, un evento adverso y causa administrativa no identificada previamente, se remitira al personal pertinente mediante la matriz de incidentes, eventos y fallas administrativas. La evidencia de la actividad es la evolución medica del registros de la prealta y previa identificación del personal de enfermería en el kardex de las prealtas.	El coordinador de hospitalización  El coordinador de hospitalización	
36	HOSPITALIZACION	Atención en el servicio de Hospitalización Adulto y Pediatricas	IAAS:Infecciones asociadas a la atención en salud: Flebitis Infecciosas, mecánica y Quimica	CLINICOS	CLINICOS	5	3	Extremo	Falla a la Adherencia al Procedimiento de Atención en la canalización y Mantenimiento de accesos venosos Perifericos.  No adherencia al Protocolo de Higienización Manos  Falla en la Adherencia al Procedimiento de Administración segura de medicamentos	Costos de no calidad Estancia hospitalaria prolongada PQRSD de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención del riesgo del usuario con riesgo de Flebitis, mediante la aplicación de lista de chequeo de canalización y mantenimiento de acceso venoso periférico, y la lista de chequeo de prevención de flebitis, con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80%, el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de canalización y mantenimiento de acceso venoso periférico, y lista de chequeo prevención de flebitis, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.  El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en el Cumplimiento del Protocolo de Higienización de Manos, mediante la aplicación de lista de chequeo de Higienización de Manos, con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80%, el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Higienización de Manos, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.  El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en el Cumplimiento del Procedimiento de Administración Segura de Medicamentos, mediante la aplicación de lista de chequeo de Administración Segura de Medicamentos, con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80%, el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Administración Segura de Medicamentos, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	El Enfermero Jefe líder del servicio  El Enfermero Jefe líder del servicio  El Enfermero Jefe líder del servicio	
37			Lesiones por presión (UPP, lesiones por dispositivos)	CLINICOS	CLINICOS	4	3	ALTO	Incumplimiento del Manual de Enfermería: En el Procedimiento Atención de Enfermería en la Prevención de Lesiones asociadas a Dependencia UPP  Falta de disponibilidad de Insumos y Equipos Biomédicos	Costos de no calidad Estancia hospitalaria prolongada PQRSD de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación de las úlceras por presión, mediante la aplicación de lista de chequeo, con el propósito de hacer prevención del riesgo y medir la adherencia al manual de enfermería. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato de lista de chequeo prevención de Úlceras por presión, y las evidencias de acciones estipuladas en Plan de mejora según los hallazgos.  El enfermero líder del servicio de manera mensual, identificará y realizara la solicitud de la necesidades mediante formatos de GAF-SU-F-001A solicitud de pedidos de activos y GAF-SU-F-001E solicitud de pedido de productos, posterior al requerimiento se dejara en evidencia mediante las actas de subcomite de autocontrol del servicio; con el proposito de suplir las necesidades y disminuir la materialización del riesgo ; En caso de que se identifique la Gestión del seguimiento que en un periodo de 3 meses no se ha tenido respuesta a la necesidad se trasladara la necesidad a la subgerencia técnico científica. La evidencia de esta actividad son: los formatos de requerimiento y las acta de subcomite de autocontrol donde se plasman los compromisos ante la necesidad.	El Enfermero Jefe líder  El Enfermero Jefe líder	
38			Caida Paciente	CLINICOS	CLINICOS	5	4	EXTREMO	Incumplimiento del Manual de Enfermería: En el Procedimiento Atención de Enfermería en la Prevención de Caídas  Falta de Infraestructura y Dotación (Timbres, camas, escalerillas, barras de Apoyo, camillas entre otros).	Costos de no calidad Estancia hospitalaria prolongada PQRSD de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención de Caídas, mediante la aplicación de lista de chequeo, con el propósito de hacer prevención del riesgo y medir la adherencia al manual de enfermería. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato de lista de chequeo prevención de Caídas, y las evidencias de acciones estipuladas en Plan de mejora según los hallazgos.  El enfermero líder del servicio de manera mensual, identificará y realizara la solicitud de la necesidades mediante formatos de GAF-SU-F-001A solicitud de pedidos de activos y GAF-SU-F-001E solicitud de pedido de productos, posterior al requerimiento se dejara en evidencia mediante las actas de subcomite de autocontrol del servicio; con el proposito de suplir las necesidades y disminuir la materialización del riesgo ; En caso de que se identifique la Gestión del seguimiento que en un periodo de 3 meses no se ha tenido respuesta a la necesidad se trasladara la necesidad a la subgerencia técnico científica. La evidencia de esta actividad son: los formatos de requerimiento y las acta de subcomite de autocontrol donde se plasman los compromisos ante la necesidad.	El Enfermero Jefe líder  El Enfermero Jefe líder	
39			Caidá de paciente	CLINICOS	CLINICOS	5	2	ALTO	Incumplimiento del Manual de Enfermería: En el Procedimiento Atención de Enfermería en la Prevención de Caídas	Estancias prolongadas Costos de no calidad PQRSD	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención de Caídas, mediante la aplicación de lista de chequeo, con el propósito de hacer prevención del riesgo y medir la adherencia al manual de enfermería. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato de lista de chequeo prevención de Caídas, y las evidencias de acciones estipuladas en Plan de mejora según los hallazgos.	El Enfermero Jefe líder del servicio	


UNIVERSITARIO		FORMATO										 FECHA DE EMISION: AGOSTO 2021 VERSION: 03 CODIGO: GS-ME-F-004-001C	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL													
ITEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)						
										Muerte	El enfermero líder del servicio de manera mensual, identificará y realizara la solicitud de la necesidades mediante formatos de GAF-SU-F-001A solicitud de pedidos de activos y GAF-SU-F-001E solicitud de pedido de productos, posterior al requerimiento se dejara en evidencia mediante las actas de subcomite de autocontrol del servicio; con el proposito de suplir las necesidades y disminuir la materialización del riesgo ; En caso de que se identifique la Gestión del seguimiento que en un periodo de 3 meses no se ha tenido respuesta a la necesidad se trasladara la necesidad a la subgerencia tecnico cientifica. La evidencia de esta actividad son: los formatos de requerimiento y las acta de subcomite de autocontrol donde se plasman los compromisos ante la necesidad.	El Enfermero Jefe lider del servicio	
40	UNIDAD DE SALUD MENTAL	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Otros eventos adversos de diversa índole /probabilidad de eventos adversos en la atención en salud (Fuga de pacientes)	CLINICOS	CLINICOS	3	3	EXTREMO	Falla de infraestructura y Dotación (Timbres, camas, escaleras, barras de Apoyo, camillas entre otros).	Estancias prolongadas Costos de no calidad PQRS Muerte	El personal de enfermería cada vez que identifique en el paciente hospitalizado signos de fuga (Paciente agitado, ansioso, demandante, manipulador, ideas fijas de fuga, síndrome de abstinencia, entre otros), informara de manera telefonica al medico psiquiatra y/o medico general de turno para que ordene en la historia clinica el manejo a seguir, se aislara al usuario y se registrara en la nota de enfermería lo realizado anteriormente. En caso de que el usuario se agite se procedera a inmovilizar mecanicamente en habitación e informar al medico psiquiatra. La evidencia sera la Nota de enfermería.	El personal de enfermería	
									Falta de adecuaciones de infraestructura para el sistema de seguridad y sistema de monitoreo		El enfermero líder del servicio de manera mensual, identificará y realizara la solicitud de la necesidades mediante formatos de GAF-SU-F-001A solicitud de pedidos de activos y GAF-SU-F-001E solicitud de pedido de producto ; posterior al requerimiento se realizara seguimiento mediante el subcomite de autocontrol del servicio con el proposito de suplir las necesidades y disminuir la materialización del riesgo ; en caso de que se identifique en el seguimiento que en un periodo de 3 meses no se a tenido respuesta a la necesidad se trasladara la necesidad a la Subtécnica mediante correo institucional. La evidencia de esta actividad son: los formatos de requerimiento y las acta de subcomite de autocontrol donde se plasman los compromisos ante la necesidad.	El enfermero líder del servicio	
41			Otros eventos adversos de diversa índole /probabilidad de eventos adversos en la atención en salud (Error en la administración de Medicamentos)	CLINICOS	CLINICOS	5	3	EXTREMO	Otros eventos adversos de diversa índole /probabilidad de eventos adversos en la atención en salud (Error en la administración de Medicamentos)	Costos de no calidad Estancia hospitalaria prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en el Cumplimiento del Procedimiento de Administración Segura de Medicamentos , mediante la aplicación de lista de chequeo de Administración Segura de Medicamentos , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe lider planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Administración Segura de Medicamentos, al igual que el Plan de mejora segun hallazgos.	El Enfermero Jefe lider	
42			Cancelación de procedimientos por causa institucional	CLINICOS	CLINICOS	5	2	ALTO	Fallas en la verificación de insumos necesarios para la realización de cirugía por parte de instrumentación, a excepción de eventos externos con instrumental y material de osteosintesis	Costos de no calidad Estancia hospitalaria prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad Afectación de la imagen reputacional Inoportunidad de programación de cirugía	El profesional de instrumentación de salas de cirugía cada vez que le informen de la programación de cirugía, verificará el instrumental e insumos según cirugía requeridos, verificará mediante la lista de chequeo, con el propósito de tener lo requerido para la cirugía. En caso de que se identifique que falta instrumental e insumos e informará al coordinador de salas de cirugía para lo pertinente. La evidencia de esta actividad será la lista de chequeo verificado	El profesional de instrumentación de salas de cirugía	
									Fallas en la verificación de insumos necesarios para la realización de cirugía por parte de enfermería y anestesia		El Anestesiologo y enfermería de salas de cirugía cada vez que le informen de la programación de cirugía, verificará los insumos y equipos según cirugía requeridos, mediante la lista de chequeo, con el propósito de tener lo requerido para la cirugía. En caso de que se identifique que falta insumos y equipos informará al coordinador de salas de cirugía para lo pertinente. La evidencia de esta actividad será la lista de chequeo verificado.	El Anestesiologo y enfermería de salas de cirugía	
									Inadecuada educación al usuario ambulatorio sobre los cuidados preoperatorios, ayuno, higiene y rasurado de área preoperatoria, estado salud, medicamentos y datos hora, fecha, lugar y acompañante requerido para la cirugía programada.		El auxiliar de programación de cirugía, cada vez que programe una cirugía procedera a llamar al paciente ambulatorio y la verificación de la lista de chequeo brindando las indicaciones de educación pertinentes al tipo de cirugía y/o se envía foto del folleto de indicaciones vía whatsapp. Con el proposito de preparar al usuario para el procedimiento de manera correcta. En caso de que conteste y/o que se cancele Evidencia la lista de chequeo aplicada y el envío del folleto por los diferentes canales de comunicación.	El auxiliar de programación de cirugía,	
43			Fallas de comunicación en programación de cirugía	GESTIÓN	OPERATIVO	5	2	Extremo	Falla en la programación del paciente hospitalizado (después de 24 horas de la solicitud) ,demora de especialista en bajar la boleta de cirugía	Inoportunidad en la programación de cirugía paciente Ambulatorio y Hospitalizado Afectación en la Imagen reputacional PQRS	El auxiliar de programación de cirugía, de manera diaria recepcionara las solicitudes de sala de por parte del medico especialista y ademas solicitara a los responsables la verificación instrumentación, anestesia y enfermería la disponibilidad de personal e insumos requeridos, una vez se trae el turno de cirugía antes 24 horas debe salir programado el paciente para efectuar el procedimiento requerido mediante esto se registra en una tabla excel que a su vez queda como evidencia junto con el documento llamado programación de cirugía, con el propósito de tener lo requerido para la realización del procedimiento para la cirugía. En caso de identificar que falta algunos de los requerimientos para la programación de cirugía se informará al coordinador y al equipo de salas para lo pertinente. La evidencia de esta actividad es el excel donde se registra todos los registros para la programación de cirugía.	Identificación del Indicador: Número de pacientes programados con todos los requerimientos ( boletas de cirugía, disponibilidad de insumos, equipos biomédicos e instrumentación / número de pacientes programados por mes x100%	
								Alto	Fallas en la verificación de insumos necesarios para la realización de cirugía por parte de instrumentación		El auxiliar de programación de cirugía, de manera diaria recepcionara las solicitudes de sala de por parte del medico especialista y ademas solicitara a los responsables la verificación instrumentación, anestesia y enfermería la disponibilidad de personal e insumos requeridos, una vez se trae el turno de cirugía antes 24 horas debe salir programado el paciente para efectuar el procedimiento requerido mediante esto se registra en una tabla excel que a su vez queda como evidencia junto con el documento llamado programación de cirugía, con el propósito de tener lo requerido para la realización del procedimiento para la cirugía. En caso de identificar que falta algunos de los requerimientos para la programación de cirugía se informará al coordinador y al equipo de salas para lo pertinente. La evidencia de esta actividad es el excel donde se registra todos los registros para la programación de cirugía.	Identificación del Indicador: Número de pacientes programados con todos los requerimientos ( boletas de cirugía, disponibilidad de insumos, equipos biomédicos e instrumentación / número de pacientes programados por mes x100%	
									Fallas en la verificación de insumos necesarios para la realización de cirugía por parte de enfermería y anestesia		El auxiliar de programación de cirugía, de manera diaria recepcionara las solicitudes de sala de por parte del medico especialista y ademas solicitara a los responsables la verificación instrumentación, anestesia y enfermería la disponibilidad de personal e insumos requeridos, una vez se trae el turno de cirugía antes 24 horas debe salir programado el paciente para efectuar el procedimiento requerido mediante esto se registra en una tabla excel que a su vez queda como evidencia junto con el documento llamado programación de cirugía, con el propósito de tener lo requerido para la realización del procedimiento para la cirugía. En caso de identificar que falta algunos de los requerimientos para la programación de cirugía se informará al coordinador y al equipo de salas para lo pertinente. La evidencia de esta actividad es el excel donde se registra todos los registros para la programación de cirugía.	Identificación del Indicador: Número de pacientes programados con todos los requerimientos ( boletas de cirugía, disponibilidad de insumos, equipos biomédicos e instrumentación / número de pacientes programados por mes x100%	
44	CIRUGÍA	ATENCIÓN DEL USUARIO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO EN SALAS DE CIRUGÍA	IAAS:Infecciones asociadas a la atención en salud: en salas de cirugía: Flebitis infecciosa, Química y mecánica Infecciones en el sitio operatorio del usuario Ambulatorio.	CLINICOS	CLINICOS	5	2	ALTO	Falla a la Adherencia al Procedimiento de Atención en la canalización y Mantenimiento de accesos venosos Periféricos	Costos de no calidad Estancia hospitalaria prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual verificará la adherencia del personal de enfermería, Procedimiento de Atención en la canalización y Mantenimiento de accesos venosos Periféricos , con el propósito de hacer prevención del riesgo y medir la adherencia al manual de enfermería. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% el enfermero jefe lider planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato de lista de chequeo de Atención en la canalización y Mantenimiento de accesos venosos Periféricos , y las evidencias de acciones estipuladas en Plan de mejora segun hallazgos.	El Enfermero Jefe lider del servicio	
									Falta de adherencia al Protocolo de Higiene de manos del personal de salas de cirugía		El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en el Cumplimiento del Procedimiento de Higiene de Manos , mediante la aplicación de lista de chequeo de Higiene de Manos , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe lider planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Higiene de Manos, al igual que el Plan de mejora segun hallazgos.	El Enfermero Jefe lider del servicio	
									Falta de adherencia al procedimiento de Atención medicos y enfermería de salas de cirugía en la administración de medicamentos por las diferentes vias		El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería y anestesiologo de salas de Cirugía, en el Cumplimiento del Procedimiento de Atención de Medicamento , mediante la aplicación de lista de chequeo de Administración de Medicamento , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe lider planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Higiene de Manos, al igual que el Plan de mejora segun hallazgos.	El Enfermero Jefe lider y anestesiologo del servicio de salas de Cirugía	
									Falla en la identificación redundante del paciente, muestras y lateralidad quirúrgica		El Enfermero Jefe y/o el equipo de quirófano cada vez que van a iniciar la cirugía y/o procedimiento , aplicaran y verificará el Cumplimiento de la lista de chequeo de Cirugía segura , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado y/o Ambulatorio. En caso de identificar criterios no cumplidos se procedera a corregir la desviación y si es el caso a cancelar el procedimiento, para esto se dejará plasmado en lista de chequeo e historia clinica lo pertinente al caso, al igual que el Plan de mejora segun hallazgos.	El Enfermero Jefe y/o el equipo de quirófano	


HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										 FECHA DE EMISION: AGOSTO 2021 VERSION: 03 CODIGO: GS-ME-F-004-001C	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL													
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)						
45			Otros eventos adversos de diversa índole (probabilidad de eventos adversos en la atención en salud: Procedimiento quirúrgico equivocado o en un sitio o paciente erróneo)	CLINICOS	CLINICOS	3	2	MODERADO	Falta de adherencia a la lista de chequeo de cirugía segura	Costos de no calidad Esterancia hospitalaria prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El Enfermero Jefe o el equipo de quirófano cada vez que van a iniciar la cirugía y/o procedimiento , aplicaran y verificará el Cumplimiento de la lista de chequeo de Cirugía segura , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado y/o Ambulatorio. En caso de identificar criterios no cumplidos se procederá a corregir la desviación y si es el caso a cancelar el procedimiento, para esto se dejará plasmado en lista de chequeo e historia clínica lo pertinente al caso, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	El Enfermero Jefe y/o el equipo de quirófano	
									Falla en la marcación del sitio operatorio por parte del cirujano		El Enfermero Jefe o el equipo de quirófano cada vez que van a iniciar la cirugía y/o procedimiento , aplicaran y verificará el Cumplimiento de la lista de chequeo de Cirugía segura , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado y/o Ambulatorio. En caso de identificar criterios no cumplidos se procederá a corregir la desviación y si es el caso a cancelar el procedimiento, para esto se dejará plasmado en lista de chequeo e historia clínica lo pertinente al caso, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	El Enfermero Jefe y/o el equipo de quirófano	
46			Reacciones Adverso al Medicamento Evitable	CLINICOS	CLINICOS	5	2	ALTO	Falta de adherencia al procedimiento de Atención en la administración de medicamentos por las diferentes vías	Costos de no calidad Esterancia hospitalaria prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	EL anestesiólogo de salas de cirugía mensual, verificará la adherencia del personal de Anestesia , en el Cumplimiento del Procedimiento de Atención de Administración de Medicamentos , mediante la aplicación de lista de chequeo de Administración de Medicamento , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado y Ambulatorio. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el anestesiólogo planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de , al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	EL anestesiólogo de salas de cirugía	
47		Manual Buenas Prácticas de Esterilización	Inoportunidad en los tiempos de esterilización que afectan la operación de la institución	GESTIÓN	OPERATIVO	3	3	ALTO	Falta de mantenimiento preventivo y correctivos en los equipos y máquinas del servicio	Aumento en los costos de la cirugía Inoportunidad en la atención PQRS de los usuarios Cancelación de las cirugías	La coordinadora del servicio de esterilización verificará de manera mensual los mantenimientos preventivos según cronograma establecido con el propósito de validar el cumplimiento de los mismos ayudando así a mitigar la materialización del riesgo. En caso de identificar el no cumplimiento de los mantenimientos se informará mediante correo institucional a la oficina de biomedica para lo pertinente. La evidencia de esta actividad será el cronograma y reporte de mantenimientos.	La coordinadora del servicio de esterilización	
									Pérdida del instrumental y material médico quirúrgico		El personal auxiliar de Enfermería cada vez que recibe el instrumental y material médico quirúrgico de salas de cirugía y/o servicios verificará que este se encuentra completo, con el propósito de reducir la pérdida de los mismo para el funcionamiento de los procedimientos. En caso de que se identifique el faltante de algún instrumental se informará al personal de instrumentación de quirófanos y/o servicios para lo pertinente. La evidencia de esta actividad es el registro en el libro de esterilización y/o formato de verificación de instrumental y/o equipos.	El personal auxiliar de Enfermería	
48			IAAS:Infecciones asociadas a la atención en salud: Flebitis infecciosa y flebitis en sitio de punción: Mecánica y Química	CLINICOS	CLINICOS	4	1	MODERADO	Falla a la Adherencia al Procedimiento de Atención en la canalización y Mantenimiento de accesos venosos Periféricos.	Costos de no calidad Esterancia hospitalaria prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad Detrimiento financiero	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención del riesgo del usuario con riesgo de Flebitis, mediante la aplicación de lista de chequeo de canalización y mantenimiento de acceso venoso periférico, y la lista de chequeo de prevención de flebitis, con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de canalización y mantenimiento de acceso venoso periférico, y lista de chequeo prevención de flebitis, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	Enfermera Jefe líder	
									No adherencia al Protocolo de Higienización Manos		El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en el Cumplimiento del Protocolo de Higienización de Manos , mediante la aplicación de lista de chequeo de Higienización de Manos , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Higienización de Manos, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	Enfermera Jefe líder	
									Falla en la Adherencia al Procedimiento de Administración segura de medicamentos		El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en el Cumplimiento del Procedimiento de Administración Segura de Medicamentos , mediante la aplicación de lista de chequeo de Administración Segura de Medicamentos , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Administración Segura de Medicamentos, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	Enfermera Jefe líder	
49	SALA DE PARTOS	Atención de la Usuaria en Sala de Partos	Caída de paciente	CLINICOS	CLINICOS	3	2	MODERADO	Falta de adherencia al manual de procedimientos de enfermería (No Adherencia a Prevención de Caídas).	Costos de no calidad Esterancia hospitalaria prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad Afectación de la imagen institucional	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención de Caídas, mediante la aplicación de lista de chequeo, con el propósito de hacer prevención del riesgo y medir la adherencia al manual de enfermería. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato de lista de chequeo prevención de Caídas, y las evidencias de acciones estipuladas en Plan de mejora según los hallazgos.	Enfermera Jefe líder	
									Falla de Infraestructura y Dotación (Timbres, camas, escaleras, barras de Apoyo, camillas entre otros).		El personal de Enfermería del servicio junto con el Pediatra, cada vez que se atiende un parto procederá a la identificación redundante del recién nacido (identificación del paciente mediante la historia clínica y la manilla de identificación del color correspondiente de acuerdo al sexo). En caso que no se lleve a cabo correctamente la verificación de la identidad del recién nacido concordante con la de su madre y que no sea acorde a la estrategia de seguridad del paciente sobre identificación redundante, que permita al equipo de salud tener la certeza de la identidad del recién nacido durante el proceso de atención del parto, se procederá a plantear las acciones de mejora que correspondan con el propósito de disminuir el riesgo de confusión de identificación del neonato; la evidencia de esta actividad queda registrada en la nota de Enfermería de la Atención del Parto.	El personal de Enfermería del servicio junto con el Pediatra	
50			Entrega equivocada de un neonato	CLINICOS	CLINICOS	3	2	Moderado	Falta de adherencia a estrategia de seguridad del paciente: falla en la identificación del paciente	Costos de no calidad PQRS de los usuarios Demandas a la institución Afectación de la imagen institucional	El personal de Enfermería del servicio junto con el Pediatra, cada vez que se atiende un parto procederá a la identificación redundante del recién nacido (identificación del paciente mediante la historia clínica y la manilla de identificación del color correspondiente de acuerdo al sexo). En caso que no se lleve a cabo correctamente la verificación de la identidad del recién nacido concordante con la de su madre y que no sea acorde a la estrategia de seguridad del paciente sobre identificación redundante, que permita al equipo de salud tener la certeza de la identidad del recién nacido durante el proceso de atención del parto, se procederá a plantear las acciones de mejora que correspondan con el propósito de disminuir el riesgo de confusión de identificación del neonato; la evidencia de esta actividad queda registrada en la nota de Enfermería de la Atención del Parto.	El personal de Enfermería del servicio junto con el Pediatra	
									Falla en el procedimiento de traslado		La auxiliar de enfermería de Sala de Partos , cada vez que haga entrega de un neonato al auxiliar de la ambulancia, verificará la identificación redundante (manilla, historia clínica, y madre) del recién nacido, cuando éste vaya a ser trasladado al área de hospitalización Ginecología junto con su madre. En caso que no se lleve a cabo correctamente la verificación de la identidad del recién nacido concordante con la de su madre y que no sea acorde a la estrategia de seguridad del paciente sobre identificación redundante, que permita al equipo de salud tener la certeza de la identidad del recién nacido durante el proceso de atención del parto, se procederá a plantear las acciones de mejora que correspondan en el acta de subcomité de autocontrol.	La auxiliar de enfermería de Sala de Partos	
			IAAS:Infecciones asociadas a la atención en salud:						Falta a la Adherencia al procedimiento a la atención de Enfermería en la canalización y acceso a catéteres periféricos en el Manual de Enfermería	Costos de no calidad	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención del riesgo del usuario con riesgo de Flebitis, mediante la aplicación de lista de chequeo de canalización y mantenimiento de acceso venoso periférico, y la lista de chequeo de prevención de flebitis, con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de canalización y mantenimiento de acceso venoso periférico, y lista de chequeo prevención de flebitis, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	El Enfermero Jefe líder	

HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										 FECHA DE EMISION: AGOSTO 2021 VERSION: 03 CODIGO: GS-ME-F-004-001C						
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL																		
ITEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO						
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)											
51	UCI ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICA	ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO	Flebitis infecciosa, mecánica y química cater central neumonías asociadas a la ventilación mecánica	CLINICOS	CLINICOS	5	3	EXTREMO	*Incumplimiento del Protocolo de higienización de manos.	Estancia hospitalaria prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en el Cumplimiento del Protocolo de Higienización de Manos , mediante la aplicación de lista de chequeo de Higienización de Manos , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Higienización de Manos, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	El Enfermero Jefe líder						
									Falta de adherencia a los documentos relacionados a la prevención de las Neumonías asociadas a la ventilación mecánica.	El terapeuta respiratorio del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de terapeuta respiratorio, en el Cumplimiento del Procedimiento de ventilación Mecánica , mediante la aplicación de lista de chequeo de Ventilación Mmecánica , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el Terapeuta líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Higienización de Manos, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	El Terapeuta respiratorio del servicio							
										Incumplimiento del Manual de Enfermería: En el Procedimiento en la Prevención de Lesiones asociadas a Dependencia UPP	Costos de no calidad Estancia hospitalaria prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación de las úlceras por presión, mediante la aplicación de lista de chequeo, con el propósito de hacer prevención del riesgo y medir la adherencia al manual de enfermería. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente.	El Enfermero Jefe líder del servicio					
52	UCI ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICA	ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO	Lesiones por presión (UPP, lesiones por dispositivos)	CLINICOS	CLINICOS	5	3	EXTREMO	Falta de disponibilidad de Insumos y Equipos Biomédicos	Estancia hospitalaria prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El enfermero líder del servicio de manera mensual, identificará y realizará la solicitud de las necesidades mediante formatos de GAF-SU-F-001A solicitud de pedidos de activos y GAF-SU-F-001E solicitud de pedido de productos. posterior al requerimiento se dejara en evidencia mediante las actas de subcomite de autocontrol del servicio; con el proposito de suplir las necesidades y disminuir la materialización del riesgo ; En caso de que se identifique la Gestión del seguimiento que en un periodo de 3 meses no se ha tenido respuesta a la necesidad se trasladara la necesidad a la subgerencia técnico científica. La evidencia de esta actividad son: los formatos de requerimiento y las acta de subcomite de autocontrol donde se plasman los compromisos ante la necesidad.	El Enfermero Jefe líder del servicio						
									Falta de adherencia al manual de procedimientos de enfermería (No Adherencia a Prevención de Caídas).	Costos de no calidad Estancia hospitalaria prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención de Caídas , mediante la aplicación de lista de chequeo, con el propósito de hacer prevención del riesgo y medir la adherencia al manual de enfermería. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente.	El Enfermero Jefe líder del servicio						
										Falla de Infraestructura y Dotación (Tímbrs, camas, escaleras , barras de Apoyo, camillas entre otros).	El enfermero líder del servicio de manera mensual, identificará y realizará la solicitud de las necesidades mediante formatos de GAF-SU-F-001A solicitud de pedidos de activos y GAF-SU-F-001E solicitud de pedido de productos. posterior al requerimiento se dejara en evidencia mediante las actas de subcomite de autocontrol del servicio; con el proposito de suplir las necesidades y disminuir la materialización del riesgo ; En caso de que se identifique la Gestión del seguimiento que en un periodo de 3 meses no se ha tenido respuesta a la necesidad se trasladara la necesidad a la subgerencia técnico científica. La evidencia de esta actividad son: los formatos de requerimiento y las acta de subcomite de autocontrol donde se plasman los compromisos ante la necesidad.	El Enfermero Jefe líder del servicio						
53	UNIDAD DE TRASPLANTE	ATENCIÓN UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Caida del paciente	CLINICOS	CLINICOS	3	3	Alto	Falla de Infraestructura y Dotación (Tímbrs, camas, escaleras , barras de Apoyo, camillas entre otros).	Hospitalizaciones por complicaciones con estancias prolongadas, Pérdida del injerto e incluso hasta la muerte	El profesional universitario/trabajo social, la psicóloga y la Enfermera jefe de la unidad de trasplantes cada seis meses aplicarán el Cuestionario para Medir la Adherencia al Tratamiento inmunosupresor SMAAC al 40% de los pacientes que hayan tenido su teleconsulta durante este periodo, se realizará la respectiva tabulación y análisis de los datos y de acuerdo con los hallazgos se planteará el plan de mejora con las intervenciones necesarias. Dicho plan se socializará en los Comités Institucionales de Trasplante y de Autocontrol.	El profesional universitario/trabajo social, la psicóloga y la Enfermera jefe						
									Las actividades que contempla la evaluación pretrasplante no se realizan en su totalidad de dentro de la institución porque las EAPB tiene algunas contratadas con su red de prestadores.	Pérdida de la información, pérdida de la confidencialidad, no hay evidencia de la valoración por parte del equipo interdisciplinario (nutricionista, trabajo social y psicología) hasta el año 2015 y de las intervenciones realizadas dentro del paquete que se deben realizar por fuera de la institución porque no las incluye el paquete contratado.	El coordinador médico de la unidad de trasplante realizará la solicitud escrita (1) para la implementación de un software para la historia clínica de pretrasplante, con el propósito de tener de manera completa, cronológica y secuencial las valoraciones, laboratorios y pruebas diagnósticas realizadas al paciente tanto intra como extrainstitucional. En caso que no sea viable por el momento, se continuará escaneando todos los soportes como se viene realizando hasta la fecha. La evidencia será el oficio o correo enviado a sistemas de información.	La auxiliar de enfermería que lidera el programa de pretrasplante cada vez que ingrese un paciente a la valoración inicial de la evaluación pretrasplante y los de lista de espera que acudan a su control anual, realizará el scaneo de todos los documentos de atenciónes extrainstitucional y los adjuntará a la carpeta de estudios y documentos de Indigo Crystal, con el propósito de contar con una historia clínica completa que suministre al equipo la información necesaria para la intervención del paciente. La evidencia sera la historia clínica de Indigo Crystal que contiene copia de todas las intervenciones y soportes. En caso de no disponer de scaner el especialista dejará plasmado los resultados de los exámenes en la epicrisis. Finalizando el mes la auxiliar que lidera el programa, revisará que todo paciente que finalice el estudio pretrasplante o que asista a su control anual en lista de espera tenga su historia clínica tanto física como sistematica completa.	La auxiliar de enfermería que lidera el programa de pretrasplante					
										El profesional universitario/trabajo social, la psicóloga y la Enfermera jefe de la unidad de trasplantes cada seis meses aplicarán el Cuestionario para Medir la Adherencia al Tratamiento inmunosupresor SMAAC al 40% de los pacientes que hayan tenido su teleconsulta durante este periodo, se realizará la respectiva tabulación y análisis de los datos y de acuerdo con los hallazgos se planteará el plan de mejora con las intervenciones necesarias. Dicho plan se socializará en los Comités Institucionales de Trasplante y de Autocontrol.	Las evidencias de la ejecución serán: El cuestionario físico y/o magnético con la respectiva acta de resultado, las en las historias clínicas de los usuarios a los que se aplicó la encuesta quedará registrada la actividad, el formato de asistencia de PyP y la Matriz de seguimiento de seguimiento	El profesional universitario/trabajo social, la psicóloga y la Enfermera jefe						
54	UNIDAD DE TRASPLANTE	ATENCIÓN UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Rechazo al trasplante renal por la no adherencia del paciente a la terapia inmunosupresora	CLINICO	CLINICO	4	2	ALTO	Falta de adherencia del paciente al tratamiento inmunosupresor	Hospitalizaciones por complicaciones con estancias prolongadas, Pérdida del injerto e incluso hasta la muerte	El profesional universitario/trabajo social, la psicóloga y la Enfermera jefe de la unidad de trasplantes cada seis meses aplicarán el Cuestionario para Medir la Adherencia al Tratamiento inmunosupresor SMAAC al 40% de los pacientes que hayan tenido su teleconsulta durante este periodo, se realizará la respectiva tabulación y análisis de los datos y de acuerdo con los hallazgos se planteará el plan de mejora con las intervenciones necesarias. Dicho plan se socializará en los Comités Institucionales de Trasplante y de Autocontrol.	El profesional universitario/trabajo social, la psicóloga y la Enfermera jefe						
									Las actividades que contempla la evaluación pretrasplante no se realizan en su totalidad de dentro de la institución porque las EAPB tiene algunas contratadas con su red de prestadores.	Pérdida de la información, pérdida de la confidencialidad, no hay evidencia de la valoración por parte del equipo interdisciplinario (nutricionista, trabajo social y psicología) hasta el año 2015 y de las intervenciones realizadas dentro del paquete que se deben realizar por fuera de la institución porque no las incluye el paquete contratado.	El coordinador médico de la unidad de trasplante realizará la solicitud escrita (1) para la implementación de un software para la historia clínica de pretrasplante, con el propósito de tener de manera completa, cronológica y secuencial las valoraciones, laboratorios y pruebas diagnósticas realizadas al paciente tanto intra como extrainstitucional. En caso que no sea viable por el momento, se continuará escaneando todos los soportes como se viene realizando hasta la fecha. La evidencia será el oficio o correo enviado a sistemas de información.	La auxiliar de enfermería que lidera el programa de pretrasplante cada vez que ingrese un paciente a la valoración inicial de la evaluación pretrasplante y los de lista de espera que acudan a su control anual, realizará el scaneo de todos los documentos de atenciónes extrainstitucional y los adjuntará a la carpeta de estudios y documentos de Indigo Crystal, con el propósito de contar con una historia clínica completa que suministre al equipo la información necesaria para la intervención del paciente. La evidencia sera la historia clínica de Indigo Crystal que contiene copia de todas las intervenciones y soportes. En caso de no disponer de scaner el especialista dejará plasmado los resultados de los exámenes en la epicrisis. Finalizando el mes la auxiliar que lidera el programa, revisará que todo paciente que finalice el estudio pretrasplante o que asista a su control anual en lista de espera tenga su historia clínica tanto física como sistematica completa.	La auxiliar de enfermería que lidera el programa de pretrasplante					
										El profesional universitario/trabajo social, la psicóloga y la Enfermera jefe de la unidad de trasplantes cada seis meses aplicarán el Cuestionario para Medir la Adherencia al Tratamiento inmunosupresor SMAAC al 40% de los pacientes que hayan tenido su teleconsulta durante este periodo, se realizará la respectiva tabulación y análisis de los datos y de acuerdo con los hallazgos se planteará el plan de mejora con las intervenciones necesarias. Dicho plan se socializará en los Comités Institucionales de Trasplante y de Autocontrol.	Las evidencias de la ejecución serán: El cuestionario físico y/o magnético con la respectiva acta de resultado, las en las historias clínicas de los usuarios a los que se aplicó la encuesta quedará registrada la actividad, el formato de asistencia de PyP y la Matriz de seguimiento de seguimiento	El profesional universitario/trabajo social, la psicóloga y la Enfermera jefe						
55	UNIDAD DE TRASPLANTE	ATENCIÓN UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Eventos Adversos Asociados a las Tecnologías en Salud (Incluye software y Hardware)	CLINICO	CLINICO	4	3	ALTO	Incompleta Historia clínica digitalizada para los usuarios de evaluación pretrasplante	Pérdida de la información, pérdida de la confidencialidad, no hay evidencia de la valoración por parte del equipo interdisciplinario (nutricionista, trabajo social y psicología) hasta el año 2015 y de las intervenciones realizadas dentro del paquete que se deben realizar por fuera de la institución porque no las incluye el paquete contratado.	El coordinador médico de la unidad de trasplante realizará la solicitud escrita (1) para la implementación de un software para la historia clínica de pretrasplante, con el propósito de tener de manera completa, cronológica y secuencial las valoraciones, laboratorios y pruebas diagnósticas realizadas al paciente tanto intra como extrainstitucional. En caso que no sea viable por el momento, se continuará escaneando todos los soportes como se viene realizando hasta la fecha. La evidencia será el oficio o correo enviado a sistemas de información.	La auxiliar de enfermería que lidera el programa de pretrasplante cada vez que ingrese un paciente a la valoración inicial de la evaluación pretrasplante y los de lista de espera que acudan a su control anual, realizará el scaneo de todos los documentos de atenciónes extrainstitucional y los adjuntará a la carpeta de estudios y documentos de Indigo Crystal, con el propósito de contar con una historia clínica completa que suministre al equipo la información necesaria para la intervención del paciente. La evidencia sera la historia clínica de Indigo Crystal que contiene copia de todas las intervenciones y soportes. En caso de no disponer de scaner el especialista dejará plasmado los resultados de los exámenes en la epicrisis. Finalizando el mes la auxiliar que lidera el programa, revisará que todo paciente que finalice el estudio pretrasplante o que asista a su control anual en lista de espera tenga su historia clínica tanto física como sistematica completa.	La auxiliar de enfermería que lidera el programa de pretrasplante					
										Las actividades que contempla la evaluación pretrasplante no se realizan en su totalidad de dentro de la institución porque las EAPB tiene algunas contratadas con su red de prestadores.	Pérdida de la información, pérdida de la confidencialidad, no hay evidencia de la valoración por parte del equipo interdisciplinario (nutricionista, trabajo social y psicología) hasta el año 2015 y de las intervenciones realizadas dentro del paquete que se deben realizar por fuera de la institución porque no las incluye el paquete contratado.	El coordinador médico de la unidad de trasplante realizará la solicitud escrita (1) para la implementación de un software para la historia clínica de pretrasplante, con el propósito de tener de manera completa, cronológica y secuencial las valoraciones, laboratorios y pruebas diagnósticas realizadas al paciente tanto intra como extrainstitucional. En caso que no sea viable por el momento, se continuará escaneando todos los soportes como se viene realizando hasta la fecha. La evidencia será el oficio o correo enviado a sistemas de información.	La auxiliar de enfermería que lidera el programa de pretrasplante cada vez que ingrese un paciente a la valoración inicial de la evaluación pretrasplante y los de lista de espera que acudan a su control anual, realizará el scaneo de todos los documentos de atenciónes extrainstitucional y los adjuntará a la carpeta de estudios y documentos de Indigo Crystal, con el propósito de contar con una historia clínica completa que suministre al equipo la información necesaria para la intervención del paciente. La evidencia sera la historia clínica de Indigo Crystal que contiene copia de todas las intervenciones y soportes. En caso de no disponer de scaner el especialista dejará plasmado los resultados de los exámenes en la epicrisis. Finalizando el mes la auxiliar que lidera el programa, revisará que todo paciente que finalice el estudio pretrasplante o que asista a su control anual en lista de espera tenga su historia clínica tanto física como sistematica completa.	La auxiliar de enfermería que lidera el programa de pretrasplante				
										El profesional universitario/trabajo social, la psicóloga y la Enfermera jefe de la unidad de trasplantes cada seis meses aplicarán el Cuestionario para Medir la Adherencia al Tratamiento inmunosupresor SMAAC al 40% de los pacientes que hayan tenido su teleconsulta durante este periodo, se realizará la respectiva tabulación y análisis de los datos y de acuerdo con los hallazgos se planteará el plan de mejora con las intervenciones necesarias. Dicho plan se socializará en los Comités Institucionales de Trasplante y de Autocontrol.	Las evidencias de la ejecución serán: El cuestionario físico y/o magnético con la respectiva acta de resultado, las en las historias clínicas de los usuarios a los que se aplicó la encuesta quedará registrada la actividad, el formato de asistencia de PyP y la Matriz de seguimiento de seguimiento	El profesional universitario/trabajo social, la psicóloga y la Enfermera jefe						
56	UNIDAD CARDIOVASCULAR	ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Probabilidad de entrega del informe y/o cineangio al usuario equivocado o quema del CD con el resultado que no corresponda al usuario.	GESTIÓN	Operativo	4	3	ALTO	Error en la digitación y/o error en procesamiento de imágenes	Prolongación de la estancia hospitalaria. PQRS Complicaciones por su patología de base.	El personal auxiliar de enfermería cada vez que ingresa un paciente a la unidad cardiovascular para el servicio de hemodinamia registrará y verificará los datos a la persona que se entrega el estudio del procedimiento, con el propósito de mitigar error en la entrega del resultado al paciente, mediante un libro de registro. En caso de que se identifique error en la entrega del resultado, se genera nuevamente el resultado y se llamara al paciente dueño del resultado, para informar la entrega correcta del mismo. La evidencia de esta actividad será los registros del libro del Registro.	El personal auxiliar de enfermería						
									Otros eventos adversos de diversa índole /probabilidad de eventos adversos en la atención en salud (Hematoma post procedimiento)	CLINICO	CLINICO	4	1	MODERADO	Inadecuada comprensión	Prolongación de la estancia hospitalaria. PQRS Complicaciones por su patología de base.	El Enfermero Jefe realizara seguimiento mediante la capacitación según cronograma y evaluación al personal de enfermería que se encuentre en el servicio o el que este inducción sobre los cuidados postoperatorios de hemodinamia con el propósito de tener fortalecidos los conocimientos del personal y disminuir el riesgos de complicaciones: post quirurgico (Hematoma). En caso de que se presente incumplimiento en los cuidados, se le planteara una oportunidades de mejora al personal involucrado.La evidencia de esta actividad son las asistencias de las capacitaciones y cronograma.	El Enfermero Jefe
										Falla a la Adherencia al Procedimiento de Atención en la canalización y Mantenimiento de accesos venosos Periféricos.	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención del riesgo del usuario con riesgo de Flebitis, mediante la aplicación de lista de chequeo de canalización y mantenimiento de acceso venoso periférico, y la lista de chequeo de prevención de flebitis, con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de canalización y mantenimiento de acceso venoso periférico, y lista de chequeo prevención de flebitis, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	El Enfermero Jefe líder del servicio						



UNIVERSITARIO		FORMATO										FECHA DE EMISION: AGOSTO 2021	
		MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL										VERSION: 03	
												CODIGO: GS-ME-F-004-001C	
ITEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)						
58		AMBULATORIO HOSPITALARIO	IAAS:Infecciones asociadas a la atención en salud: Flebitis Infecciosa, mecánica y Quimica	CLINICO	CLINICO	3	3	ALTO	Incumplimiento del Protocolo de higienización de manos	Costos de no calidad Estancia hospitalaria prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalida	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en el Cumplimiento del Protocolo de Higienización de Manos , mediante la aplicación de lista de chequeo de Higienización de Manos , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Higienización de Manos, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	El Enfermero Jefe líder del servicio	
											El Enfermero Jefe de cirugía cardiovascular cada vez que ingresa el paciente a salas de cirugía cardiovascular verificará por historia clínica y lista de chequeo de cirugía segura la administración de los antibióticos, con el propósito de disminuir las infecciones asociadas a la atención en salud en el paciente, en caso de que se identifique el inadecuado manejo de los antibióticos se informará al medico cirujano cardiovascular para la orden medica y posterior a esto se procederá administrarlo por el personal de enfermería de la unidad cardiovascular. La evidencia de esta actividad la lista de chequeo cirugía segura y orden medica y registro de administracion de medicamentos.	El Enfermero Jefe líder del servicio	
59			Cancelación de procedimientos por causa institucional	CLINICO	CLINICO	5	3	EXTREMO	Daño por Equipos biomédicos	Prolongación de la estancia hospitalaria. PQRS Complicaciones por su patología de base.	La tecnica de imagenología todos los días de lunes a viernes antes de iniciar y terminado la jornada de procedimientos verificará el estado en que se encuentra el equipo imagenología mediante la aplicación de la lista de chequeo de Equipos de la Unidad Cardiovascular firmando él y el jefe de servicio, con el proposito identificar si hay fallas o no en el equipo para así tomar las medidas pertinentes. En caso de que se identifique daños en el equipo se procederá a informar a la coordinación para realizar el requerimiento del mantenimiento correctivo y de manera inmediata se solicita el préstamo de otro equipo de imagenología a la unidad de salas de cirugía verificando mediante lista de chequeo el estado actual y posterior del equipo. Solicitud de reportes de las fallas mediante correo institucional.	La tecnica de imagenología	
60	UNIDAD RENAL	Atención en la Unidad Renal Ambulatorio y Hospitalario	IAAS:Infecciones asociadas a la atención en salud: Flebitis Infecciosa, mecánica y Quimica	CLINICO	CLINICO	1	2	Bajo	Falla a la Adherencia al Procedimiento de Atención en la canalización y Mantenimiento de accesos venosos Perifericos.	Costos de no calidad Estancia hospitalaria prolongada PQRS de los usuarios Aumento de la Morbimortalidad	El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención del riesgo del usuario con riesgo de Flebitis, mediante la aplicación de lista de chequeo de canalización y mantenimiento de acceso venoso periférico, y la lista de chequeo de prevención de flebitis, con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de canalización y mantenimiento de acceso venoso periférico, y lista de chequeo prevención de flebitis, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	El Enfermero Jefe líder	
									Incumplimiento del Protocolo de higienización de manos		El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en el Cumplimiento del Protocolo de Higienización de Manos , mediante la aplicación de lista de chequeo de Higienización de Manos , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Higienización de Manos, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	El Enfermero Jefe líder	
									Falla en la Adherencia al Procedimiento de Administración segura de medicamentos		El Enfermero Jefe líder del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en el Cumplimiento del Procedimiento de Administración Segura de Medicamentos , mediante la aplicación de lista de chequeo de Administración Segura de Medicamentos , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Administración Segura de Medicamentos, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	El Enfermero Jefe líder	
61			Daño del paciente por falta del Equipo biomédico			1	2	Bajo	Falta inclusión en el procedimiento de atención en el manejo de los Equipos Biomédicos de las maquinas de diálisis de la Unidad Renal	PQRS Glosas Detrimiento Financiero Muerte	El enfermero Jefe asignado a la atención del usuario cada vez que el equipo presente alguna falla técnica verificará el equipo que realice la terapia renal y si se identifica la inhabilidad del equipo se procederá a terminar la diálisis de manera manual o si el medico lo ordena terminará el procedimiento con el fin de dar continuidad y finalización a la hemodialisis. En caso que este procedimiento no permita darle continuidad a la hemodialisis se cambiará a otra maquina y se informará de manera inmediata al técnico de mantenimiento de la unidad renal para que realice la instalación de la maquina. La evidencia quedará registrado en la nota de enfermería en el software institucional. En caso que no funcione el software se realizará el reporte de manera manual, se escanea y se sube al ingreso del paciente el cual sera realizado por la auxiliar administrativa.	El enfermero Jefe	
62			Eventos adversos asociados a las tecnologías en salud (incluye software y hardware)	CLINICOS	CLINICO	2	4	ALTO	Descontinuidad del registro de la historia clínica digitalizada en la Unidad Renal	PQRS Glosas Detrimiento Financiero Muerte	La enfermero Jefe de turno cada vez que Ingrese un usuario a la unidad Renal, verificará la apertura de la historia clínica y posterior realizará la nota de enfermería del paciente. En caso de que no funcione el software se realizará el reporte de manera manual, se escanea y se sube al ingreso del paciente. La evidencia quedará registrado en la nota de enfermería en el software institucional.	El enfermero Jefe	
63			Cancelación de procedimientos por causa institucional	CLINICO	CLINICO	4	3	ALTO	Daño por Equipos biomédicos	Prolongación de la estancia hospitalaria. PQRS Complicaciones por su patología de base.	El físico-médico líder del servicio mensualmente revisa el cronograma de mantenimiento preventivo y una o dos semanas antes verifica el agendamiento de cada mantenimiento, con el propósito de reprogramar la agenda de pacientes dejando libre el espacio para la ejecución del mantenimiento preventivo. En caso de identificar fallas que pudieran dar lugar a paradas de los equipos conllevando a cancelación de agenda, el físico médico de turno, reportará a la empresa responsable de los mantenimientos teniendo en cuenta que si es el acelerador lineal, lo hace de manera inmediata (telefónicamente) y si es intrahospitalaria se reporta a la oficina de ingeniería biomédica o a mesa de ayuda para lo pertinente. Las evidencias de esta actividad son los reportes de servicio de cada mantenimiento.	El físico-médico líder del servicio	
									falta de seguimiento a los mantenimientos preventivos		El físico-médico líder del servicio mensualmente revisa el cronograma de mantenimiento preventivo y una o dos semanas antes verifica el agendamiento de cada mantenimiento, con el propósito de reprogramar la agenda de pacientes dejando libre el espacio para la ejecución del mantenimiento preventivo. En caso de identificar fallas que pudieran dar lugar a paradas de los equipos conllevando a cancelación de agenda, el físico médico de turno, reportará a la empresa responsable de los mantenimientos teniendo en cuenta que si es el acelerador lineal, lo hace de manera inmediata (telefónicamente) y si es intrahospitalaria se reporta a la oficina de ingeniería biomédica o a mesa de ayuda para lo pertinente. Las evidencias de esta actividad son los reportes de servicio de cada mantenimiento.	El físico-médico líder del servicio	
64			Caidas del paciente	CLINICO	CLINICO	4	2	ALTO	Incumplimiento del Manual de Enfermería: En el Procedimiento Atención de Enfermería en la Prevención de Caidas	Prolongación de la estancia hospitalaria. PQRS Complicaciones por su patología de base. Afectación de la Imagen Reputacional	El Enfermero Jefe del servicio de manera mensual verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención de Caidas , mediante la aplicación de lista de chequeo, con el propósito de hacer prevención del riesgo y medir la adherencia al manual de enfermería. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato de lista de chequeo prevención de Caidas, y las evidencias de acciones estipuladas en Plan de mejora según los hallazgos.	El Enfermero Jefe del servicio	
									Falla de Infraestructura y Dotación (Timbres, manijas).		El profesional de Apoyo d eta subtécnica de la Unidad de Oncología de manera mensual, identificara y realizara la solicitud de las necesidades mediante formatos de GAF-SU-F-001A solicitud de pedidos de activos y GAF-SU-F-001E solicitud de pedidos de productos, posterior al requerimiento se dejara en evidencia mediante las actas de subcomite de autocontrol del servicio, con el proposito de suplir las necesidades y disminuir la materialización del riesgo ; En caso de que se identifique la Gestión del seguimiento que en un periodo de 3 meses no se ha tenido respuesta a la necesidad,se trasladara la necesidad a la subgerencia técnico científica. La evidencia de esta actividad son: los formatos de requerimiento y las actas de subcomite de autocontrol donde se plasman los compromisos ante la necesidad.	El profesional de Apoyo d eta subtécnica de la Unidad de Oncología	
	UNIDAD DE CANCEROLOGIA	Atención en el servicio de Cancerología							Falla a la Adherencia al Procedimiento de Atención en la canalización y Mantenimiento de accesos venosos Perifericos.		El Enfermero Jefe del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención del riesgo del usuario con riesgo de Flebitis, mediante la aplicación de lista de chequeo de canalización y mantenimiento de acceso venoso periférico, y la lista de chequeo de prevención de flebitis, con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe líder planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de canalización y mantenimiento de acceso venoso periférico, y lista de chequeo prevención de flebitis, al igual que el Plan de mejora según hallazgos.	El Enfermero Jefe del servicio	


HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										 FECHA DE EMISION: AGOSTO 2021 VERSION: 03 CODIGO: GD-ME-F-004-001C	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL													
ITEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)						
65			IAAS: Infecciones asociadas en la Atención en Salud: Flebitis infecciosa, química y mecánica.	CLINICO	CLINICO	4	2	ALTO	Incumplimiento del Protocolo de higienización de manos	Prolongación de la estancia hospitalaria y ambulatorio PQRS Complicaciones por su patología de base Mortalidad	El Enfermero Jefe del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en el Cumplimiento del Protocolo de Higienización de Manos , mediante la aplicación de lista de chequeo de Higienización de Manos , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe lider planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Higienización de Manos, al igual que el Plan de mejora segun hallazgos.	El Enfermero Jefe del servicio	
												Falla en la Adherencia al Procedimiento de Administración segura de medicamentos	El Enfermero Jefe del servicio de manera mensual, verificará la adherencia del personal de enfermería, en el Cumplimiento del Procedimiento de Administración Segura de Medicamentos , mediante la aplicación de lista de chequeo de Administración Segura de Medicamentos , con el propósito de disminuir el riesgo al usuario hospitalizado. En caso de identificar criterios no cumplidos menor a un 80% , el enfermero jefe lider planteará las acciones de mejora para el personal pertinente. La evidencia es formato aplicado de lista de chequeo de Administración Segura de Medicamentos, al igual que el Plan de mejora segun hallazgos.
66			Probabilidad discontinuidad del registro de la Historia clinica genera sucesos de seguridad	GESTIÓN	OPERATIVO	5	2	ALTO	Falta de continuidad de la historia clinica de la digital con la fisica	Sucesos de Seguridad Complicaciones de los usuarios, glosas, falla de la disponibilidad de la información  PQRS  Procesos Disciplinarios  Costos de no calidad	El enfermero jefe del servicio de manera quincenal escaneara la historia clinica fisica de las identificadas en las glosas de la unidad y archiva en la historia clinica digital con el proposito de integrar los registros y soportar las glosas. La evidencia de esta actividad es las historias clinica escaneadas aleatorias para el soporte de las mismas.	El enfermero jefe del servicio	
									falta de la historia clinica sistematizada		El enfermero jefe del servicio de manera quincenal escaneara la historia clinica fisica de las identificadas en las glosas de la unidad y archiva en la historia clinica digital con el proposito de integrar los registros y soportar las glosas. La evidencia de esta actividad es las historias clinica escaneadas aleatorias para el soporte de las mismas.	El enfermero jefe del servicio	
									falta de talento humano exclusivo para integralidad de la historia clinica de la unidad de cancerologia		El enfermero jefe del servicio de manera quincenal escaneara la historia clinica fisica de las identificadas en las glosas de la unidad y archiva en la historia clinica digital con el proposito de integrar los registros y soportar las glosas. La evidencia de esta actividad es las historias clinica escaneadas aleatorias para el soporte de las mismas.	El enfermero jefe del servicio	
67	IMAGENOLÓGIA	Radiología e Imágenes Diagnósticas	Que no se brinde la información adecuada al usuario en los servicio de Radiología e imágenes diagnósticas	GESTIÓN	Operativo	3	3	ALTO	Capacidad instalada humana, fisica e insumos insuficientes o inoperantes	No prestación del servicio, Insatisfacción del paciente por fallas en la atención y deshumanización, afectación imagen corporativa.	La coordinadora del servicio mensualmente revisa el inventario de insumos con el fin de requerir los necesarios para la realización del 100% de los exámenes durante el periodo. En caso de identificar alguna desviación gestionará la adquisición a quien corresponda. Se evidencia en los inventarios y la gestión de la coordinadora del servicio.	La coordinadora del servicio	
									Desconocimiento del proceso		Los tecnólogos en imágenes al finalizar cada jornada informarán a través de la entrega de turno al coordinador del servicio, el estado operativo de los equipos y sus fallas con el fin de tenerlos funcionando para la realización del 100% de los exámenes. De modo que se gestione plan de contingencia y/o mantenimiento correctivo a quien corresponda. Se evidencia en formatos de entrega de turno y/o gestión de la coordinadora del servicio.  El auxiliar administrativo de asignación de citas del servicio al finalizar cada jornada informará al coordinador, la lista de espera de pacientes por procedimientos sin agendar con el fin de gestionar la atención (agendamiento). Se evidencia en correos electronicos la gestión desplegada	Los tecnólogos en imágenes El auxiliar administrativo	
68			Incidentes en la atención en salud que puede generar un evento adverso en el paciente.	CLINICO	CLINICO	5	3	Extremo	Error en la marcación y entregas de estudios radiograficos	Realización del procedimiento en el paciente incorrecto, inoportunidad en la prestación del servicio, aumento estancia hospitalaria, incidente/evento por fallas en la preparación o realización del proceso, glosas o afectación financiera, afectación imagen corporativa.	Los tecnólogos al finalizar la elaboración de las imágenes deben corroborar la aplicación de los correctos en imagenología para evitar marcaciones o asignaciones erróneas e informar alguna falla al coordinador del servicio, quien analizará la información generando las acciones de mejora requeridas dejando evidencia en acta de autocontrol mensual en el aparte correspondiente al análisis de incidentes.	Los tecnólogos	
69			Otros eventos adversos de diversa índole /probabilidad de eventos adversos en la atención en salud		Operativo	2	4	ALTO	error en la enmarcación, asignación , determinación o conclusión diagnóstica y entregas de estudios radiograficos	Daño o lesión al paciente por reportes equivocados o inoportunos. Realización del procedimiento en el paciente incorrecto, inoportunidad en la prestación del servicio, aumento estancia hospitalaria, incidente/evento por fallas en la preparación o realización del proceso, glosas o afectación financiera. Posible muerte del paciente. Afectación imagen corporativa	Los tecnólogos, médicos radiólogos y el coordinador del servicio mensualmente revisarán las asignaciones, conclusiones diagnósticas y entregas de estudios radiográficos realizados erróneamente con el fin de mitigar la presentación de eventos adversos generando las acciones de mejora requeridas. Evidencia en acta de autocontrol con el análisis correspondiente de eventos adversos.	Los tecnólogos	
70	BANCO DE SANGRE	Banco de sangre	Inapropiada ejecución del proceso de banco de sangre en sus diferentes etapas	GESTIÓN	Operativo	3	3	Moderado	Captación insuficiente de donantes debido a la no realización de jornadas de donación extramurales por fallas técnicas, o fallas en la infraestructura de la unidad móvil.	No garantizar el stock adecuado de componentes sanguíneos	La Coordinadora del banco de sangre, cada vez que se presente una falla, para garantizar la realización de jornadas, realizará reporte de la falla a través de correo electrónico y/o oficio en medio físico al ingeniero contratista de la Subgerencia Administrativa, si no es solucionada la falla se reportará al Subgerente Administrativo y/o subgerente Técnico Científico, se dejará evidencia del reporte en medio físico y/o electrónico.	Coordinadora del banco de sangre	
									Producción y/o almacenamiento inadecuado de los componentes sanguíneos por daño en los equipos o en la infraestructura destinada para tal fin		La coordinadora del banco de sangre y/o funcionario de turno, cada vez que se presente una falla, para garantizar producción y almacenamiento adecuado de componentes sanguíneos, se realizará reporte de la falla a la mesa de ayuda vía telefónica y/o diligenciamiento del ticket, si no es solucionada la falla se reportará al subgerente Administrativo y/o subgerente Técnico científico, se dejará evidencia del reporte en medio electrónico.	Coordinadora del banco de sangre	
									Transporte extramural de componentes sanguíneos que no cumple con las condiciones de temperatura necesarios o que no se cuenta con cavas pertinentes		La coordinadora del banco de sangre cada vez que se requiera, para garantizar el transporte en óptimas condiciones de temperatura, solicitará los elementos y servicios necesarios como las cavas diligenciado el formato de solicitud de pedidos de productos con visto bueno de subgerencia técnico científico y entregándolo en el área de suministros, si no se obtiene lo requerido se reportará a subgerencia técnico científica, dejando evidencia en formato de solicitud de pedidos de productos.	Coordinadora del banco de sangre	
71			Riesgo de inoportunidad en la entrega de componentes sanguíneos a los servicios del hospital.	GESTIÓN	Operativo	3	2	Moderado	No se realiza identificación redundante de los datos del paciente en las muestras y/o error en la codificación al momento de solicitar los componentes sanguíneos por parte de los servicios al banco.	Interrupción de la entrega oportuna del componente sanguíneo solicitado	La medica del banco de sangre y/o bacteriologa, de acuerdo al cronograma de capacitación, inducción y reintroducción, con el fin de garantizar adherencia al proceso del servicio trasfucional, realizará las capacitaciones, inducción y reintroducción al personal de enfermería, camilleros y personal del banco de sangre según cronograma establecido, si no es posible realizar las capacitaciones informará al líder del área en la cual se dio la cancelación, se dejará evidencia en medios electronicos en correos institucionales.	Coordinadora del banco de sangre	
72			Inoportunidad en la entrega de los resultados que genera diagnósticos y tratamientos tardíos para la atención del usuario.	GESTIÓN	Operativo	2	3	Alto	Falla en la recepción de la muestra.	Diagnosticos y tratamientos tardios para la atención del usuario. PQRS	El auxiliar de laboratorio Clínico cada vez que recibe una muestra verifica en el sistema de recepción de muestras si se cumplen las condiciones de aceptación de la muestra para ser procesada de acuerdo al manual de toma y envío de muestras de laboratorio, en caso de ser rechazada se devuelve al camillero o al personal de enfermería. Cuando la muestra pasa al proceso de centrifugado y presenta coagulación igualmente se devuelve al servicio.	El auxiliar de Laboratorio Clínico	
									Daños en los equipos		El coordinador del servicio de Laboratorio Clínico llevará a cabo el cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo de manera mensual para evitar daños en los equipos mediante la coordinación con el operador a cargo. Como evidencia, estará el registro de Bitacora de equipos y los reportes de mantenimiento.	El coordinador del servicio de Laboratorio Clínico	


UNIVERSITARIO		FORMATO										 FECHA DE EMISION: AGOSTO 2021 VERSION: 03 CODIGO: GD-ME-F-004-001C	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL													
ITEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)						
73	LABORATORIO CLÍNICO	Laboratorio Clínico	Otros incidentes de seguridad de diversa índole /probabilidad de eventos adversos en la atención en salud.	CLINICO	CLINICO	2	3	ALTO	Falta de reactivos e insumos	El coordinador del servicio de Laboratorio Clínico entregará de manera mensual al almacén el consolidado validado de insumos y reactivos necesarios para la operación del servicio, con el propósito de realizar la entrega de resultados oportunamente en la atención del usuario. En caso de que el almacén no entregue el requerimiento de los insumos y reactivos oportunamente, se activará el plan de contingencia de la red externa para ser trasladadas las muestras para lo pertinente, los resultados serán recepcionados vía correo. Como evidencia se soporta la solicitud de pedidos y productos.	El coordinador del servicio de Laboratorio Clínico		
									Perdida de la muestra	El auxiliar de laboratorio en cada turno, verificará que las muestras ingresadas estén en su totalidad. Como evidencia se deja registro en el libro de entrega de turnos con sus respectivas observaciones. La evidencia es: Reporte del Indicador en Share Point	El auxiliar de laboratorio		
									Inadecuada conservación de la muestra	El auxiliar de laboratorio en cada turno, verificará que las muestras procesadas estén conservadas de acuerdo al manual de Toma y envío de muestras. Como evidencia se deja registro en el libro de entrega de turnos con sus respectivas observaciones. La evidencia es: Reporte del Indicador en Share Point	El auxiliar de laboratorio		
									Errores en la identificación de la muestra	El bacteriólogo y el auxiliar de laboratorio en cada turno, verificará que las muestras procesadas tengan la identificación correcta acorde con la orden medica. En caso de error se deja como evidencia el registro en la matriz de incidentes del laboratorio. La evidencia es: Reporte del Indicador en Share Point	El bacteriólogo y el auxiliar de laboratorio		
									Error en la validación del resultado	El bacteriólogo en cada turno, verificará que los resultados de las muestras procesadas estén validados correctamente. Como evidencia se deja registro en la matriz de incidentes del laboratorio, en caso de que suceda la eventualidad. La evidencia será el reporte del Indicador en Share Point	El bacteriólogo de cada turno		
74	PATOLOGÍA	Atención en el Laboratorio de Patología	Otros incidentes de seguridad de diversa índole /probabilidad de eventos adversos en la atención en salud	CLINICO	CLINICO	3	1	Bajo	Perdida de la muestra	El auxiliar de laboratorio de Patología asignado para la recepción de la muestra, cada vez que llegue esta verificara que la muestra y orden pertenecen al mismo paciente, y posterior a esto diligenciará mediante el libro de recepción de muestras los datos del usuario, con el propósito de entregar un resultado pertinente al paciente. En caso de que la muestra no sea coherente con los datos de la solicitud o autorización se le informara de manera inmediata al usuario y o al servicio para hacer la aclaraciones pertinentes. La evidencia es: Foto al Libro de Recepción de Muestras	El auxiliar de laboratorio de Patología		
									Muestra mal conservada	El auxiliar de laboratorio de Patología asignado para la recepción de la muestra, cada vez que llegue esta verificara que la muestra y orden pertenecen al mismo paciente, y posterior a esto diligenciará mediante el libro de recepción de muestras los datos del usuario, con el propósito de entregar un resultado pertinente al paciente. En caso de que la muestra no sea coherente con los datos de la solicitud o autorización se le informara de manera inmediata al usuario y o al servicio para hacer la aclaraciones pertinentes. La evidencia es: Foto al Libro de Recepción de Muestras	El auxiliar de laboratorio de Patología		
									Errores en la identificación de la muestra	El auxiliar de laboratorio de Patología asignado para la recepción de la muestra, cada vez que llegue esta verificara que la muestra y orden pertenecen al mismo paciente, y posterior a esto diligenciará mediante el libro de recepción de muestras los datos del usuario, con el propósito de entregar un resultado pertinente al paciente. En caso de que la muestra no sea coherente con los datos de la solicitud o autorización se le informara de manera inmediata al usuario y o al servicio para hacer la aclaraciones pertinentes. La evidencia es: Foto al Libro de Recepción de Muestras	El auxiliar de laboratorio de Patología		
75		GESTIÓN	Inoportunidad en la entrega de resultados que generen un diagnostico tardío	Operativo	Operativo	4	1	MODERADO	Perdida de la muestra	El Profesional de Apoyo administrativo verificará en el sistema que los Casos creados se procesen en su totalidad y se generen estudios en condiciones de oportunidad, seguridad y confiabilidad. La evidencia es: Reporte del Indicador en Share Point	El Profesional de Apoyo administrativo		
									Muestra mal conservada	El Profesional de Apoyo administrativo verificará en el sistema que los Casos creados se procesen en su totalidad y se generen estudios en condiciones de oportunidad, seguridad y confiabilidad. La evidencia es: Reporte del Indicador en Share Point	El Profesional de Apoyo administrativo		
									Errores en la identificación de la muestra	El Profesional de Apoyo administrativo verificará en el sistema que los Casos creados se procesen en su totalidad y se generen estudios en condiciones de oportunidad, seguridad y confiabilidad. La evidencia es: Reporte del Indicador en Share Point	El Profesional de Apoyo administrativo		
76			Caída de pacientes	CLINICO	CLINICO	3	2	Moderado	Usuario en condición en estado de reposo en camilla	Estancia Prolongada costos de no calidad PQRS Complicaciones	El auxiliar de enfermería asignado a la recepción de los usuarios, cada vez que ingrese al procedimiento, valora e identifica los posibles riesgos de caída en el usuario y procederá a informar a todo el equipo para priorizar las medidas de contención, escala de downon y tomar las barreras de seguridad de la prevención de las caídas (identificación redundante), mediante la aplicación de listas de chequeo aleatoria. En caso de que se identifique que se omitieron las acciones preventivas, el líder del servicio procederá aplicar las medidas de contención e informar nuevamente al personal asignado con el usuario.	Auxiliar de enfermería	
77	CARDIOLOGIA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Inoportunidad en la asignación de cita para procedimientos cardiología NO invasiva hospitalario y ambulatorio.	GESTIÓN	Operativo	4	2	Alto	Falta de horas especialista para realización de procedimientos	Demanda insatisfecha por no realización de procedimientos endoscópicos  PQRS por insatisfacción en la inoportunidad de asignación de citas	número de pacientes hospitalizados ordenados para procedimientos endoscópicos y el módulo de agendamiento de Indigo Crystal el número de horas especialista disponible, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia técnico-científica según necesidad, la disponibilidad de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos. Como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas.  2. El profesional de enfermería líder del área de servicio de cardiología No invasiva de manera diaria realizará la asignación para citas a pacientes ambulatorios en el módulo de agendamiento y verifica las horas médicas disponible para atención ambulatoria en el modulo de agendamiento de Indigo Crystal, con el propósito de programar según demand y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia técnico - científica según necesidad, la disponibilidad de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos. Como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la realización de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas.	Enfermera Jefe	
78			Inoportunidad en la asignación de cita para procedimientos cardiología NO invasiva hospitalario y ambulatorio.	GESTIÓN	Operativo	3	2	Moderado	Falta de insumos biomédicos de Gastroenterología en el servicio farmacéutico		El enfermero jefe líder del área, De manera semanal verificará los insumos biomédicos de gastroenterología para realizar la programación diaria y realizará la proyección promedio del consumo mes en el servicio, reportando a su vez al Jefe de servicio Farmacéutico mediante oficio y formato de requerimiento lo que se estime para el mes, con el propósito de llevar a cabo la programación de los procedimientos. En caso de que se identifique la falta de insumos biomédicos, se informará a la coordinación de servicios ambulatorios, hospitalización, urgencias, referencia y contrareferencia y se realiza Gestión con las oficinas suministras y la subtécnica para la consecución de los mismos. La evidencia son los formatos de requerimientos de insumos y oficios informando la situación.	Enfermera Jefe	

HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										FECHA DE EMISION: AGOSTO 2021	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL												VERSION: 03	
												CODIGO: GS-ME-F-004-001C	
ITEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)						
79			Inoportunidad en la asignación de cita para procedimientos cardiología NO invasiva hospitalario y ambulatorio.						Daño en el equipo biomédico	Demora en la definición del Diagnóstico y tratamiento Estancias prolongadas	El enfermero jefe líder del área, cada vez que se haga mantenimiento preventivo realizará el seguimiento a los reportes técnicos que emite los ingenieros a cargo del equipo, con el propósito de mantener los equipos en óptimas condiciones para la realización de los procedimientos. En caso de que se identifique un mantenimiento correctivo se emitirá un correo informado a la coordinación biomédica para su gestión pertinente. La evidencia las copias de los reportes técnicos y los correos enviados a las diferentes dependencias según su pertinencia.	Enfermera Jefe	
80	ENDOSCOPIA	PROCESO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA (HOSPITALARIO Y AMBULATORIO)	Inoportunidad en la asignación de cita para procedimientos endoscópicos hospitalarios y ambulatorios	GESTIÓN	Operativo	4	2	Alto	falta de horas especialista para realización de procedimientos	Demanda insatisfecha por no realización de procedimientos endoscópicos PQRS por insatisfacción en la inoportunidad de asignación de citas	1.El profesional de enfermería líder del área del servicio de endoscopias verificará entre la vista de indigo el número de pacientes hospitalizados ordenados para procedimientos endoscópicos y el módulo de agendamiento de indigo Crystal el número de horas especialista disponible, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia técnico-científica según necesidad, las disponibilidades de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos, como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas. 2.El profesional de enfermería líder del área del servicio de endoscopias de manera diaria realizara la asignación para citas a pacientes ambulatorios en el módulo de agendamiento y verifica las horas médicas disponible para atención ambulatoria en el módulo de agendamiento de indigo Crystal, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia Técnico-científica según necesidad, las disponibilidades de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos, como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas.	Enfermera	
81			Caidá de pacientes	CLINICO	Clinicos	3	2	Moderado	usuario con Medicamentos sedantes falta de identificación redundante	Estancia Prolongada costos de no calidad PQRS Complicaciones	El auxiliar de enfermería asignado a la recepción de los usuarios, cada vez que ingrese al procedimiento, valora e identifica los posibles riesgos de caida en el usuario y procederá a informar a todo el equipo para priorizar las medidas de contención, escala de dowtoon y tomar las barreras de seguridad de la prevención de las caídas (identificación redundante), mediante la aplicación de lista de chequeo aleatoria. En caso de que se identifique que se omitieron las acciones preventivas, el líder del servicio procederá aplicarlas medidas de contención e informar nuevamente al personal asignado con el usuario. El auxiliar de enfermería asignado a la recepción de los usuarios, cada vez que ingrese al procedimiento, valora e identifica los posibles riesgos de caida en el usuario y procederá a informar a todo el equipo para priorizar las medidas de contención, escala de dowtoon y tomar las barreras de seguridad de la prevención de las caídas (identificación redundante), mediante la aplicación de lista de chequeo aleatoria. En caso de que se identifique que se omitieron las acciones preventivas, el líder del servicio procederá aplicarlas medidas de contención e informar nuevamente al personal asignado con el usuario.	Auxiliar de enfermería Auxiliar de enfermería	
82			Caidá de paciente	CLINICO	CLINICO	3	2	MODERADO	usuario con Medicamentos sedantes	Estancia Prolongada costos de no calidad PQRS Complicaciones	El auxiliar de enfermería asignado a la recepción de los usuarios, cada vez que ingrese al procedimiento, valora e identifica los posibles riesgos de caida en el usuario y procederá a informar a todo el equipo para priorizar las medidas de contención, escala de dowtoon y tomar las barreras de seguridad de la prevención de las caídas (identificación redundante), mediante la aplicación de lista de chequeo aleatoria. En caso de que se identifique que se omitieron las acciones preventivas, el líder del servicio procederá aplicarlas medidas de contención e informar nuevamente al personal asignado con el usuario.	Auxiliar de enfermería	
83	NEUMOLOGIA	PROCESO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA (HOSPITALARIO Y AMBULATORIO)	Inoportunidad en la asignación de cita para procedimientos Neumología hospitalarios y ambulatorios	GESTIÓN	OPERATIVO	4	2	ALTO	falta de horas especialista para realización de procedimientos	Estancia Prolongada costos de no calidad PQRS Complicaciones	El profesional de enfermería líder del área del servicio de Neumología verificará entre la vista de indigo el número de pacientes hospitalizados ordenados para procedimientos endoscópicos y el módulo de agendamiento de indigo Crystal el número de horas especialista disponible, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia técnico-científica según necesidad, la disponibilidad de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos, como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas. El profesional de enfermería líder del área del servicio de Neumología de manera diaria realizara la asignación para citas a pacientes ambulatorios en el módulo de agendamiento y verifica las horas médicas disponible para atención ambulatoria en el módulo de agendamiento de indigo Crystal, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia técnico-científica según necesidad, la disponibilidad de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos, como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas.	Enfermera Jefe	
84		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.	GESTION	Operativo	1	5	Alto	Documentación mal archivada, diligenciamiento inoportuno de registros, cambio frecuente del personal. Personal sin capacitación en limpieza y desinfección de áreas y equipos. Proceso mal ejecutado	No tener registros que avalen el cumplimiento del proceso, reproceso en el levantamiento de la información, información incompleta para analizar causa de errores en la producción de un lote. Incumplimiento de Buenas practicas de manufactura lo cual puede afectar en la calidad del medicamento producido. No contar con la certificación.	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 bach record", los resultado 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 análisis de la información se reportara al Director Técnico del Servicio farmacéutico, mensualmente, para que se tomen los correctivos necesarios si es el caso.	Jefe de Calidad y Producción - Director Técnico	
85		Producción de Gases Medicinales	El encendido de las alarmas del proceso de producción de gases medicinales no funcionan y se generen gases y aire sin las condiciones ideales.	GESTION	Operativo	1	3	Moderado	No realizar el monitoreo de las alarmas del proceso de aire y oxígeno medicinal, falta de conocimiento por parte del personal del servicio farmacéutico en el manejo de alarmas.	Riesgos en la salud de los pacientes, omplificaciones por disminución de la presión del aire medicinal en forma transitoria. Generación de gastos por utilización de proveedores de gases medicinales.	Se realiza en el mes de Agosto una capacitación sobre el tema, con entrega en físico de la información y también disponible para consulta al lado de las Alarmas. Se deja en el servicio el formato de reporte "Novedades de Encendido de Alarma" para que el funcionario que indique alguna falla lo reporte y se de el trámite indicado según corresponda. Se realiza supervisión diaria a esta actividad a través de observación directa realizada por el jefe de Producción. (2 veces al día; en la mañana y en la tarde), la cual queda registrada en el formato "Verificación de Encendido de Alarmas" y se conserva en la plantilla.	Jefe de Producción	
86		Producción de Gases Medicinales	No realizar la validación de los equipos críticos de la planta de gases medicinales.	GESTION	Operativo	2	5	Extremo	No dar cumplimiento al cronograma de validaciones de equipos críticos.	No contar con la certificación para la producción de gases medicinales, afectación en la calidad de los gases medicinales producidos.	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.	Jefe de Calidad - Director Técnico	
87		Gestión del Servicio Farmacéutico	Desabastecimiento de productos regulares, por más de 8 días calendario	GESTION	Operativo	5	3	Extremo	Mala Planeación, demoras de los proveedores, demoras en la solicitud por parte de suministros brotes epidemiológicos, desabastecimiento a nivel nacional.	Gastos por estancia prolongadas, compra de productos a mayor costo, Insatisfacción del usuario	Se debe consultar cada 4 días las cantidades registradas en el sistema dinámica gerencial. El octavo (8) día se consolidan las cantidades vigentes con las registradas en los primeros 4 días, identificando como desabastecidos los productos en los cuales se presentó asistencia 0 en dos cortes. Se realiza seguimiento a las ordenes de compra, y se envía a la oficina de Suministros la alerta (Semáforos) de agotamiento de productos.	Regente de Farmacia	
88		Gestión del Servicio Farmacéutico	Insuficiencia del Espacio físico en Bodega para almacenamiento en condiciones óptimas para situaciones de aprovisionamiento	GESTION	Operativo	5	1	Alto	Mala Planeación, Factor de empaques, Aprovisionamiento de productos en temporadas por cierre de laboratorios, manipulación inadecuada de los embalajes, desconocimiento de normas de almacenamiento	Mayor costo de almacenamiento, espacios insuficientes para almacenar, aumento de riesgos físicos laborales, deterioro del empaque, riesgos laborales, averías del producto.	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.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico	


HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										FECHA DE EMISION: AGOSTO 2021
		MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL										VERSION: 03
												CODIGO: GD-ME-F-004-001C
ITEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)					
89	SERVICIO FARMACÉUTICO	Gestión del Servicio Farmacéutico	Medicamentos y dispositivos médicos, almacenados por más de 6 días en el área de cuarentena.	GESTION	Operativo	4	3	Alto	Medicamentos y dispositivos que no cumplen con las especificaciones técnico administrativas, productos enviados de más por el proveedor, productos enviados erróneamente por un proveedor	Mayor costo de almacenamiento, espacios insuficientes para almacenar, incidencia de riesgos laborales, Demoras en la disponibilidad de un producto en el sistema.	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.	Coordinadora Bodega Farmacia
90		Gestión del Servicio Farmacéutico	Errores en la Dispensación	GESTION	Operativo	5	3	Extremo	Espacio insuficiente, Falta de compromiso del personal, mala ubicación de productos en lugares diferentes para ello, ejecución mecánica del proceso por parte del personal, mala digitación, falta de identificación de los estantes	Medicamentos y/o dispositivos mal dispensados, error del inventario provocando faltantes y sobrantes, eventos adversos	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) y menor rotación (Color Naranja).	Coordinadora de cada farmacia satélite
91		Gestión del Servicio Farmacéutico	Vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos	GESTION	Operativo	3	3	Alto	Falta de rotación de inventario, tratamientos de pacientes con enfermedades de alto costo que fallecen, falta de gestión con los proveedores, incumplimiento de los proveedores.	Detrimiento patrimonial,	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.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
92		Gestión del Servicio Farmacéutico	Dispensar productos sin estar ingresados al sistema	GESTION	Operativo	5	2	Alto	Urgencia manifiesta de los servicios	Glosas iniciales por falta de trazabilidad de la aplicación del producto en el paciente	Todo medicamento y/o dispositivo que por alguna razón se dispone físicamente pero no en nuestro sistema informático, solo podrá ser suministrado si cumple con las siguientes consideraciones: 1. Producto de vital importancia en el tratamiento del paciente. 2. Producto que no puede ser ingresado al sistema dinámica gerencial durante el mismo turno de la solicitud. 3. Formato diligenciado donde se relaciona el nombre completo del producto(Si existe en el sistema informático se registra el nombre como se se identifica en el mismo), cédula del paciente, nombre del paciente, fecha de entrega del producto, servicio que recibe el producto, persona que recibe el producto y persona que entrega el producto. 4. Posterior a la entrega deberá realizar nota de enfermería especificando que por razones de vital importancia del tratamiento del paciente, se recibió y aplicó al paciente el medicamento y/o dispositivos que se disponía físicamente pero no en el sistema informático	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
93		Gestión del Servicio Farmacéutico	Documentos digitados sin confirmar dentro del mismo turno	GESTION	Operativo	5	1	Alto	Productos requeridos por lo servicios asistenciales por fuera de la cobertura del plan de beneficios de la EPS, productos nuevos, contratos suspendidos, prestación de servicios con carta de intencion por contratos vencidos y sin una prorroga.	Productos sin facturar por cierre de cuentas, sobrantes, faltantes.	Los documentos que se digitan en el sistema Dinámica Gerencial, deben ser registrados y posteriormente confirmados para contribuir en el proceso de una buena facturación, en algunas ocasiones la solución para confirmar el documento no depende directamente del digitador, pero su gestión es muy importante para su confirmación. La identificación de los documentos registrados son verificados en el sistema dinámica gerencial.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
94	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Producción de Unidosis y Nutriciones Parenterales	Falta de seguimiento o adherencia precisa a los protocolos establecidos	GESTION	Operativo	1	5	Alto	Fallas en la técnica de preparación de unidosis y nutriciones parenterales, no cumplimiento de protocolos de lavado de manos, fallas en la técnica de esterilización de batas, técnica de lavado de ropa de transito, fallas en la técnica de aseó y desinfección de equipos y de áreas, fallas en el suministro de aire estéril desde la Unidad Manejadora de Aire	Complicaciones en la enfermedad del paciente, probabilidad de una mayor estancia hospitalaria en los pacientes que recibieron unidosis contaminada.Contaminación bacteriana o fungica de productos derivados de la adecuación y/o ajuste de concentración de medicamentos inyectables y preparación de nutriciones parenterales	Se aplicarán Acciones de Mejoramiento de acuerdo al resultado de los seguimientos	Químico Farmacéutico Jefe de Calidad
95		Producción de Unidosis y Nutriciones Parenterales	Error en la transcripción de la Información a la orden de Producción	GESTION	Operativo	2	5	Extremo	Fallas en la elaboración y verificación de la etiqueta desde los datos de la orden de producción y la fórmula médica	Elaboración y Administración del medicamento y/o dosis de medicamentos equivocada al paciente	Aplicar listas de Chequeo para cada orden de producción	Químico Farmacéutico Jefe de Calidad y Jefe de Producción
96		Producción de Unidosis y Nutriciones Parenterales	Derrame de medicamentos oncológicos citotóxicos en las áreas de preparación de la central de mezclas oncológicas	GESTION	Operativo	1	5	Alto	Fallas en la manipulación de los frascos, ampollas de vidrio de los medicamentos oncológicos citotóxicos	Intoxicación del operario Químico Farmacéutico preparador	Realizar verificaciones de entrenamiento en forma aleatoria	Químico Farmacéutico Jefe de Calidad
97	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Referencia y contrareferencia	Inoportunidad de respuesta de aceptación o no de los pacientes que genere una barrera de acceso al paciente	GESTIÓN	Operativo	4	1	MODERADO	Fallas en sistema energético, en el sistema informático, en equipos de comunicación	Indicador de calidad afectado, posible afectación contractual con las EPS, afectación imagen institucional	El coordinador de Referencia de manera mensual realiza la medición de los tiempos de respuestas registrados en el documento -Bitácora de Referencia- con el propósito de medir el tiempo de respuesta y la mejorar la oportunidad de respuesta. En caso de encontrar alguna desviación mayor a 20 minutos en la respuesta genera notificaciones al personal pertinente. Se evidencia con la presentación del indicador y su análisis en los Subcomités de autocontrol.	El coordinador de Referencia
98			Inoportunidad en la gestión de referencia para el Traslado de los pacientes a otra institución que genere compromiso en su salud	GESTIÓN	Operativo	2	2	Bajo	Demora entre recepción de anexo 9 y gestión con la EAPB (comeva nueva EPS se realiza telefónicamente)	Deterioro clínico por demora en la atención, Investigaciones o sanciones disciplinarias, jurídicas, afectación de la imagen institucional	El coordinador de Referencia de manera mensual realiza la medición de los tiempos de gestión del anexo 9 ante las EAPB registrado en el documento -Gestión de remisiones- con el propósito de medir el tiempo de gestión ante las EAPB y la mejorar la oportunidad de referencia. En caso de encontrar alguna desviación mayor a 12 horas en la respuesta genera notificaciones al personal pertinente. Se evidencia con la presentación del indicador y su análisis en los comités de autocontrol	El coordinador de Referencia
99			Otros eventos adversos de diversa índole /probabilidad de eventos adversos en la atención en salud o en el transporte en ambulancia	CLINICO	CLINICO	2	4	ALTO	Paciente cambia de condiciones clínico en el traslado_Evento adverso en la atención del paciente	Deterioro clínico por demora en la atención, Investigaciones o sanciones disciplinarias, jurídicas, afectación de la imagen institucional	El coordinador de referencia de manera mensual realiza el reporte de los eventos adversos ante la oficina de Gcalidad con el fin de mitigar los eventos adversos en la unidad. En caso de encontrar variación >0.5% generara las acciones de mejora requeridas. Los resultados se presentan en el comité de autocontrol mensual	El coordinador de referencia
100	EPIDEMIOLOGIA	EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGIA	Inoportunidad o reporte de los eventos de intereses en Salud Pública.	GESTIÓN	Cumplimiento	5	3	Extremo	No reporte oportuno por parte de las unidades	El equipo de Epidemiología durante el mes buscara la identificación de casos no reportados a partir de la vigilancia epidemiológica en las UCS, revisión de historias, bases de datos, se informara al coordinador de la unidad los casos identificados para su respectivo reporte, la evidencia se podra verificar en los correos institucionales.	Auxiliares de epidemiología	
									Desconocimiento de los profesionales sobre los eventos de Obligatorio reporte	No identificación del evento que conlleva a requerimientos por parte de los Entes de Control.	Auxiliares de epidemiología	
									Mala calidad del dato en el diligenciamiento de las fichas epidemiológicas	El equipo de Epidemiología realizará capacitaciones dentro del proceso de inducción y reinducción del personal que ingresa a la institución, con el fin de socializar los eventos que se deben reportar, se dejara evidencias en los listados de asistencia (virtual y presencial).	Auxiliares de epidemiología	
101		Tramite de demandas y acción de repetición	Probabilidad que el comité de conciliación no tome determinación pertinente frente a la acción de repetición	GESTIÓN	Cumplimiento	2	4	Alto	Que no se cuente con los soportes necesarios para la toma de decisiones	Investigaciones, Sanciones a la institución y/o funcionarios	Profesional Universitario de Comité de Conciliación, Secretario Técnico del Comité de Conciliación, cada vez que se presente un pago de sentencia, con el objetivo de garantizar la documentación completa para su análisis, aplicando la lista de chequeo documentos soportes acciones de repetición, si se encuentra alguna desviación se reporta al Comité de Conciliación, la evidencia de las actas en medio físico y magnético	Secretaría Oficina Asesora Jurídica

HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										FECHA DE EMISION: AGOSTO 2021
		MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL										VERSION: 03
												CODIGO: GD-ME-F-004-001C
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)					
102	JURÍDICA	Constatación, Impugnación y Desacato de la acción de tutela	Probabilidad de responder la tutela en forma inoportuna	GESTIÓN	Cumplimiento	3	3	Alto	Demora por fallas administrativas	Investigaciones, Sanciones a la institución y/o funcionarios	Profesional Especializado asignado para dar respuesta a las tutelas, cada vez que nos notifiquen una tutela, para garantizar la respuesta oportuna, revisión diaria y continua del correo de notificación.judicial@huhmp.gov.co, se procede a identificar el término que establece el juzgado para la constatación de la tutela y se procede a la respuesta formal y de fondo al correo electrónico del juzgado, si se presenta alguna desviación se le reporta al jefe de la Oficina Asesora Jurídica, el control se lleva en el cuadro de excel de Radicación y respuesta de acciones de Tutelas.	Profesional Universitario Oficina Asesora Jurídica
103	TESORERÍA	Ingresos Monetarios	Probabilidad de fallas en el registro de ingresos de dineros al hospital por la prestación de servicios médicos y hospitalarios, otras entidades u otros conceptos,	GESTIÓN	Operativo	4	1	Moderado	El cajero cuando realiza reversiones de documentos no verifica concepto o cuenta contable para realizar el nuevo documento	Saldos mal aplicados en cuentas contables	El / La cajero (a) cada vez que se necesite revertir un recibo de caja, con el fin de garantizar que se afecten las cuentas contables correctas deberá revisar el recibo a revertir, antes de realizar el nuevo recibo de caja para determinar hacia donde deben ir los recursos que se están corrigiendo. Si se presenta alguna dificultad para realizar el proceso deberá informar al Jefe inmediato. Coo soporte en el movimiento diario de caja deberán adjuntar la nota de reversión y el nuevo recibo de caja	Profesional Universitario
104		Gestión de pago a proveedores	Probabilidad de pago incorrecto a proveedores	GESTIÓN	Operativo	5	1	ALTO	Falta de información en la autorización de pago indicando el rubro o recurso por donde debe girarse	Falta de soportes necesarios para el pago de la cuenta de cobro	El personal de tesorería, antes de hacer un pago con el fin de garantizar que se haga por la cuenta bancaria correcta revisará el rubro o recurso que viene en la autorización de pago. Si encuentra inconsistencias deberá regresar la autorización de pago para corrección a la subgerencia financiera. Se dejará evidencia del proceso de verificación en el documento determinado por el sistema para trasladar nuevamente la cuenta a la subgerencia financiera	Profesional Universitario Agremiado
105	FACTURACIÓN	GESTION DE FACTURACIÓN	Inadecuado diligenciamiento en la admisión administrativa del usuario que genere factura al prestador no correspondiente.	GESTIÓN	FINANCIERO	3	1	Bajo	Información incompleta suministrada por el usuario o registro inadecuado por el funcionario de admisiones en el aplicativo indigo Vie.	Facturar al prestador no correspondiente al aseguramiento del usuario.	El admissionista, autorizador, auxiliar administrativo de filtro, analista y auditor, de manera diaria realizarán la verificación de la admisión y ajustarán de ser necesario las inconsistencias presentadas, en caso de que se identifiquen inconsistencias se ajustarán de ser necesario y se generará un reporte en la bitácora de control de cada colaborador. Información que será recopilada de manera mensual. Como evidencia se presenta la bitácora de control	El admissionista, autorizador, auxiliar administrativo
106			Inadecuada lectura de la historia clínica y desatención de las actividades asignadas al reporte diario.	GESTIÓN	FINANCIERO	3	1	Bajo	Omisión en la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias	Inoportunidad en la prestación del servicio ordenado. Discontinuidad en la atención Glosa administrativa por falta de autorización de servicios.	El autorizador, auxiliar administrativo de filtro y auditor, de manera diaria realizarán la verificación de las autorizaciones de los servicios prestados a través de notificación vía correo electrónico, plataformas y vía telefónica por parte de las entidades responsables del pago, con el propósito que los servicios estén autorizados para la prestación, en caso de que se identifiquen inconsistencias se ajustarán de ser necesario y se generará un reporte en la bitácora de control de cada colaborador. Información que será recopilada de manera mensual. Como evidencia se presenta la bitácora de control	El autorizador, auxiliar administrativo
107			Probabilidad de registro inadecuado de la prestación de los servicios durante el proceso de atención.	GESTIÓN	FINANCIERO	3	1	Bajo	Registro erróneo y/o incompleto en la historia clínica	Glosa administrativa por facturación de servicios no prestados. Subregistro de prestación de servicios	El analista y auditor, de manera diaria realizarán la verificación en el registro de la historia clínica y ajustarán de ser necesario las inconsistencias presentadas en el registro de los servicios prestados durante el proceso de atención, en caso que se presenten inconsistencias se generará un reporte en la bitácora de control de cada colaborador. Información que será recopilada de manera mensual. Como evidencia se presenta la bitácora de control	El analista y auditor
108	CARTERA Y GLOSAS	GESTION DE CARTERA Y GLOSAS	Inoportunidad en la identificación del deudor y las facturas detalladas objetos para aplicar los abonos de cartera, que genere datos de cartera no depurados	GESTIÓN	financiero	5	1	ALTO	Externo porque las Entidades bancarias no reportan el deudor que realiza el pago.	Genere datos no depurados Estados de Cartera desactualizados	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, con el propósito de identificar la ERP para realizar la aplicación de los abonos de manera oportuna a las facturas pertinentes. En caso de no lograrse identificar la ERP que realice la consignación, se procede a enviar solicitud por escrito al Banco que notifica el pago. La Evidencia sera el oficio enviando al Banco durante el mes.	Profesional Universitario - Cartera
109			Vencimiento de cartera mayor a 180 días que genere cartera de difícil cobro	GESTIÓN	financiero	5	2	Alto	No obtener el reporte oportuno de la relación de facturas para aplicar el abono por parte de las ERP.	Interno por omisión por parte del responsable del seguimiento a la Entidad	Afecta el recaudo y los indicadores de Gerencia Incumplimiento de las Obligaciones con terceros	El profesional universitario agremiado que tiene a cargo la EPS realizará dos (2) circularizaciones, una por semestre, y dos (2) cobro prejurídicos a las ERP que no den respuesta a la circularización; en cumplimiento al Manual de Recaudos vigente. Adicionalmente se esta participando en mesas de depuración de cartera convocados por la Supersalud y Secesalud Dptal; con el propósito de ejercer control permanente de la cartera vencida con edad superior a los 180 días. En los casos de que la cartera supere la edad superior a 180 días y el ERP no haya suscrito compromiso de pago, se enviara a cobro jurídico a la Oficina Jurídica para lo pertinente. La evidencia de estas acciones se documentan en la Matriz MATRIZ DE SEGUIMIENTO A CARTERA - CÓDIGO: GF-C-F-001D que se diligencia de forma trimestral.
110		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.	GESTIÓN	financiero	4	3	Alto	Fallas en la trazabilidad de las glosas radicadas.	No reconocimiento del pago del valor Glosado por la ERP	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.	Profesional Universitario - Auxiliar administrativo Cartera
111	PRESUPUESTO	Gestión de Presupuesto	Inadecuado seguimiento a la ejecución presupuestal que genere desequilibrio financiero.	GESTIÓN	financiero	3	3	Alto	Falta de monitoreo permanente a la ejecución presupuestal.	Desequilibrio presupuestal Déficit fiscal No dar cumplimiento a las obligaciones financieras.	Profesional Universitario - Presupuesto encargado de la elaboración de informes, de manera mensual realizará el seguimiento mediante informe comparativo con la vigencia anterior en el cual analiza comportamiento presupuestal y se alerta sobre desviaciones que impacten la ejecución del presupuesto, remitidas a través del aplicativo Gestión Documental con el propósito de entregar herramientas que apoyen la gestión de la gerencia. En caso de requerimientos adicionales a lo presupuestado se enviará oficio por Gestión Documental informando la no disponibilidad de recursos al área solicitante.	Subgerente Financiero - Profesional Universitario Presupuesto
112			Error en la información suministrada por las áreas proveedoras de la información.	GESTIÓN	Operativo	3	4	Extremo	Que el reporte de información mensual de las áreas de Almacén, Activos Fijos, Contabilidad, Estadística, Talento Humano, Recursos Físicos, Servicio Farmacéutico, Servicio de Alimentos, Ropería, Lavandería, Mantenimiento, no sea entregada o registrada en el software en los plazos establecidos. Que la información suministrada por las diferentes áreas no corresponda al periodo a analizar. Que la asionación de los costos y gastos no se haya registrado en el	Los resultados financieros obtenidos por centro de costos No serían reales (Ingresos - costos = Utilidad) por lo cual el Informe Trimestral de Producción, Costos y Gastos no sería la base para la toma de decisiones de la Alta Gerencia.	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.	Áreas de Costos

UNIVERSITARIO		FORMATO											
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL													
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)						
113	COSTOS	GESTION DE COSTOS	Error en la parametrización de los costos y gastos por centros de costos.	GESTIÓN	Tecnología	4	4	Extremo	Que los procedimientos no estén parametrizados correctamente teniendo en cuenta las cuentas contables, unidades de medida, entre otros por centro de costos.	Los resultados financieros obtenidos por centro de costos No serían reales (Ingresos - costos = Utilidad) por lo cual el Informe Trimestral de Producción, Costos y Gastos no sería la base para la toma de decisiones de la Alta Gerencia.	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.	Área de Costos	
114			Centros de costos que presenten resultados operativos negativos, sin justificación.	GESTIÓN	Operativo	4	3	Alto	Que se generen costos fijos superiores a los ingresos generados por la prestación del servicio	Que no se alcance equilibrio financiero en la unidad funcional-institución	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	Área de Costos	
115	MANTENIMIENTO HOSPITALARIO	Incumplimiento en el cronograma mantenimiento preventivo de la dotación hospitalaria e infraestructura	GESTIÓN	Operativo	3	3	ALTO	Demoras en la contratación para el suministro de repuestos y mano de obra	Fallas administrativas, incidentes o eventos adversos asociados a la prestación de servicio	La Profesional Especializada y Profesional Universitaria (Ing. biomédica) de acuerdo con las fechas establecidas en el Plan de Mantenimiento para garantizar la contratación oportuna de los mantenimientos preventivos de los equipos de la institución realizará oportunamente los estudios previos, en caso de no poderse realizar se informará la novedad a la Subgerencia Administrativa dejando evidencia del trámite adelantado ante la Oficina de Contratación.	La Profesional Especializada y Profesional Universitaria (Ing. biomédica) de acuerdo con las fechas establecidas en el Plan de Mantenimiento para garantizar la contratación oportuna de los mantenimientos preventivos de los equipos de la institución realizará oportunamente los estudios previos, en caso de no poderse realizar se informará la novedad a la Subgerencia Administrativa dejando evidencia del trámite adelantado ante la Oficina de Contratación.	La Profesional Especializada y Profesional Universitaria	
								Dificultad o demoras en la importación de repuestos			La Profesional Especializada y Profesional Universitaria (Ing. biomédica) de acuerdo con las fechas establecidas en el Plan de Mantenimiento para garantizar la contratación oportuna de los mantenimientos preventivos de los equipos de la institución realizará oportunamente los estudios previos, en caso de no poderse realizar se informará la novedad a la Subgerencia Administrativa dejando evidencia del trámite adelantado ante la Oficina de Contratación.	La Profesional Especializada y Profesional Universitaria	
								Inadecuada manipulación de los equipos que causan daños			La Profesional Especializada y Profesional Universitaria (Ing. biomédica) anualmente para garantizar el manejo adecuado de la Infraestructura y Dotación hospitalaria realizará un Plan de Capacitación de inducción, reinducción y educación continua al personal en el manejo adecuado de la infraestructura y dotación hospitalaria, trimestralmente se realizará seguimiento a la ejecución del mismo y se reportará a la Subgerencia Administrativa y Técnico Científica, dejando evidencia de la capacitación y evaluación.	La Profesional Especializada y Profesional Universitaria	
116	RECURSOS FÍSICOS	ROPERIA	No suministro de ropa hospitalaria de manera oportuna y suficiente	GESTIÓN	Operativo	3	3	ALTO	Falta de insumos necesarios para la elaboración de prendas hospitalarias	Entrega insuficiente y/o inoportuna de ropa hospitalaria a los diferentes servicios de la institución	La Profesional Especializada semestralmente para garantizar la contratación oportuna de los insumos realizará los estudios previos, en caso de no poderse realizar se informará la novedad a la Subgerencia Administrativa dejando evidencia del trámite adelantado ante la Oficina de Contratación.	La Profesional Especializada	
									Fallas en los equipos de lavandería y/o calderas			La Profesional Especializada de acuerdo con las fechas establecidas en el Plan de Mantenimiento para garantizar la contratación oportuna de los mantenimientos preventivos de los equipos de lavandería de la institución realizará oportunamente los estudios previos, en caso de no poderse realizar se informará la novedad a la Subgerencia Administrativa dejando evidencia del trámite adelantado ante la Oficina de Contratación.	La Profesional Especializada
									Interrupción en servicios públicos			la profesional de Recursos físicos, cuando se presente interrupción de servicios públicos, con el objetivo de implementar plan de contingencia, informara a los servicios asistenciales sobre la suspensión de los servicios públicos que pueden generar demora en la entrega de la ropa, para para que se realice optimización de la ropa hospitalaria existente o utilización de ropa desechable, y se informara a las subgerencias administrativa y subgerencia técnico científica, dejando evidencia en correos institucionales y gestión documental	la profesional de Recursos físicos
117	GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	Probabilidad de inoportunidad o no pertinencia en la adquisición, puesta en funcionamiento y administración de equipos biomédicos	GESTIÓN	Operativo	4	4	EXTRO	Estudios de mercado sin el analisis adecuado que genera compra de equipos no pertinentes	equipos biomédicos no pertinentes, que presenten fallas por mal manejo, sucesos de seguridad, demora en la instalación de equipos biomédicos que puede generar pérdida de la garantía o daño	La ingeniera biomédica cada vez que se presente la necesidad con el objetivo de garantizar la adquisición del equipo pertinente realizara revisión de las especificaciones con los líderes de los servicios donde se genera la solicitud si se generan desviaciones se realizan los ajustes pertinentes con el área encargada de realizar la cotización, evidencia de la entrega de las especificaciones en el correo institucional	La ingeniera biomédica		
								Infraestructura física y de soporte que no se adapta a los nuevos equipos biomédicos			la ingeniera biomédica, cada vez que se va adquirir un nuevo equipo para garantizar la instalación correcta del equipo, solicitará al proveedor los requisitos de preinstalación para ser revisados con infraestructura, sistemas de información, y mantenimiento, y se reportara a la subgerencia administrativa las adecuaciones que se deban realizar previas a la adquisición del equipo, e dejara evidencia en el correo institucional y/o gestión documental	La ingeniera biomédica	
								manejo inadecuado de equipos biomédicos por falta de sentido pertenencia o capacitación			La ingeniera biomédica, una vez instalado el equipo, para garantizar el uso adecuado, realizara capacitación y sensibilización al personal del servicio, entregara la guía rápida del equipo, cuando no se logre realizar la capacitación a todo el personal se reportara subgerencia técnico científica y talento humano, se dejara evidencia en listado de asistencia y gestión documental	La ingeniera biomédica	
118	SERVICIO DE ALIMENTOS	PREPARACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE DIETAS Y MERIENDAS	Inadecuado alistamiento y preparación de los alimentos que afecten la salud de los usuarios	GESTIÓN	Operativo	3	3	Alto	Desconocimiento en la preparación y distribución de los alimentos en el personal que labora en el servicio de alimentos.	Presencia de una Enfermedad transmitida por Alimentos (ETA) Pérdida de la Imagen Reputacional	El profesional universitario agremiado asignado en la supervisión de la calidad de los alimentos, diariamente verificará la inocuidad de los alimentos preparados mediante el formato de control de calidad de producto terminado, con el propósito de que los alimentos que se distribuyan cumplan con las condiciones organolépticas y de temperatura para el consumo de los usuarios. En caso de que los alimentos presenten alteración en su preparación se retiran y no se suministran y se da la opción de ser reemplazado por otro alimento.	Profesional Universitario Oficina Alimentos	
119	ALMACÉN	DEVOLUCION Y BAJAS DE BIENES	Inadecuado seguimiento de las devoluciones y bajas de bienes que se encuentre bajo custodia del área que generen pérdida del activo.	GESTIÓN	Operativo	4	4	Alto	Realización del documento del traslado, sin la recepción del activo.	Inventario incompleto. Inventario desactualizado. Proceso disciplinario Pérdida del activo	Profesional universitario asignado a la actividad de devoluciones para dar de baja, cada vez que recepcione la documentación validará que la información contenida corresponda con el activo mediante el documento de traslado de activo, con el propósito de dar trámite al traslado respectivo. En caso que la documentación este incompleta o este erronea se le informara al responsable el paso a seguir para la devolución, mediante correo electrónico.	Profesional universitario almacén	
120		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 que genere detrimento patrimonial	GESTIÓN	Operativo	1	3	Moderado	Recolección inoportuno de la documentación exigida por la aseguradora	Procesos disciplinarios Detrimento patrimonial	El Profesional Especializado de la Subgerencia Administrativa cada vez que le reportan el siniestro a la Subgerente Administrativa, realiza por e-mail o mediante oficio el aviso, la reclamación y solicitud del pago del siniestro y seguimiento mensual de la reclamación mediante el formato matriz de seguimiento a siniestros, para recuperar el valor el bien siniestrado. En caso de no reportar el siniestro la unidad funcional informará al ente de control competente	Subgerencia Administrativa	
121	SUMINISTROS	Abastecimiento de bienes y productos	Incumplimiento de la oportunidad de entrega del total de los productos comprados al proveedor	GESTIÓN	Operativo	3	3	Alto	Desabastecimiento del producto en el mercado e incumplimiento de las políticas de entrega establecidas por la institución	Desabastecimiento de los productos en la institución, insatisfacción de los usuarios, mala imagen para la institución y posibles tutelas, derechos de petición y demandas. Inoportunidad en la entrega del producto	Verificación del seguimiento vía telefónica o correo electrónico.	Profesional Universitario Suministros	
122		Elaboración de Ordenes de Servicio	Incumplimiento en la Prestación del Servicio por parte del Proveedor	GESTIÓN	Operativo	2	2	Bajo	Falta de planeación	Insatisfacción de los usuarios, mala imagen para la institución, Inoportunidad en la prestación del Servicio	Notificar oportunamente al contratista y líder de la unidad funcional o servicio asistencial donde nació la necesidad mediante correo electrónico	Profesional Universitario Suministros	
123		Abastecimiento de Material de Osteosíntesis	Solicitud de material de osteosíntesis entregada posteriormente al horario establecido	GESTIÓN	Operativo	5	4	Extremo	Requerimiento realizado sin tener en cuenta la programación de cirugía	CANCELACIÓN de cirugías, pérdida de imagen corporativa, PQRS presentadas por los usuarios, demandas.	Generar circular estableciendo horario para la recepción de solicitudes	Profesional Universitario Suministros	
124		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	GESTIÓN	Operativo	5	4	Extremo	Requerimiento realizado sin tener en cuenta la programación de cirugía	CANCELACIÓN de cirugías, pérdida de imagen corporativa, PQRS presentadas por los usuarios, demandas.	Generar circular estableciendo horario para la recepción de solicitudes	Profesional Universitario Suministros	

HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021 VERSIÓN: 03 CÓDIGO: GD-ME-F-004-001C
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL												
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)					
125	CONTRATACIÓN	PROCESO CONTRACTUAL	Inoportunidad en el perfeccionamiento del contrato, que genere incertidumbre en la adquisición de bienes, servicios y obras requeridos por la Entidad.	GESTIÓN	Operativo	3	2	Moderado	Desacuerdo del contratista con los términos del contrato.	Incómodo en la adquisición de bienes, servicios y obras requeridos por la Entidad.	El jefe de la Oficina de Contratación y las áreas donde surge la necesidad contractual, cada vez que se presenten observaciones a la minuta del contrato, analizarán la viabilidad y conveniencia de los requerimientos, a efectos de llegar a punto de concertación. *En caso de no lograr un acuerdo, se escalará a la Alta Gerencia. *Se empleará como evidencia de la ejecución del control, los correos electrónicos cruzados entre Proveedor y Entidad.	Jefe del Área donde surge la necesidad y/o Jefe Oficina de contratación.
126		PROCESO CONTRACTUAL	Inoportunidad en el inicio de la ejecución del contrato, que genere afectación en la prestación de los servicios prestados por la Entidad.	GESTIÓN	Operativo	4	2	Alto	Demora en la formalización del contrato.	Afectación en la programación de la prestación de los servicios prestados por la Entidad.	El jefe de la Oficina de Contratación, cada vez que se suscriba un contrato, verificará las garantías presentadas por los contratistas para la formalización del contrato, mediante correo electrónico institucional, a efectos de dar continuidad al proceso de inicio a la ejecución. *En caso de presentar demora en la formalización del contrato, se informará al área donde surge la necesidad contractual. *Se empleará como evidencia de la ejecución del control, los correos electrónicos de revisión de garantías cruzados entre contratista y entidad.	Jefe Oficina Contratación.
127	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	PROCESO DISCIPLINARIO	Inadecuado análisis jurídico-legal del acervo probatorio recaudado dentro de la indagación preliminar que genere una decisión sin fundamento	GESTIÓN	Operativo	4	4	Extremo	Desconocimiento de los principios del proceso disciplinario	Decisión sin fundamento 2. Vulneración del debido proceso al sujeto disciplinable	El Profesional Universitario asignado como Abogado Sustanciador cada vez que se llegue a la etapa de cierre de la indagación preliminar, realizará la proyección de la providencia que decide la etapa de indagación preliminar, y posteriormente verificará el diligenciamiento del formato de proyección, revisión y aprobación de providencia decisoria de indagación preliminar, mediante las firmas de los responsables. Este control se hace con el propósito de que la decisión se realice de manera objetiva y ajustada a los preceptos legales de la normatividad disciplinaria. En caso de no contar con el Abogado para la revisión de la providencia, el Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario realizará la respectiva revisión y aprobación del mismo. La evidencia es el Formato de Control de Auto que decide Indagación Preliminar.	Profesional Universitario asignado como Abogado Sustanciador
									Desconocimiento temas específicos: técnicos científicos			Profesional Universitario asignado como Abogado Sustanciador
									Falta de organización en la sustanciación de los expedientes			Profesional Universitario asignado como Abogado Sustanciador
128		GDI-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.	GESTIÓN	Cumplimiento	4	2	Alto	Falta de la disponibilidad del recurso humano asistencial	PQRSD Detrimiento financiero Sucesos inseguros Personal de salud con conocimientos asistenciales desactualizados Imagen reputacional Glosas	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 GDI-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 oficina solicitud y el formato GDI-INV-F-001K BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO (GPC, CONSETIMIENTOS INFORMADOS, PROTOCOLOS).	coordinador de la oficina de Educación Médica
									incumplimiento a las normatividades lineamientos del ministeri de las salud decreto 2376/2010 norma de habilitación 2303/2019 estándares de acreditación	El coordinador de la Oficina de Educación Médica cada vez que ingresa personal en entrenamiento a la institución se programa y se desarrolla la inducción, mediante la invitación y capacitación, con el propósito que se adhieran en los temas transversales de la institución (seguridad del paciente, residuos hospitalarios, plataforma estratégica - IAMI, SIALI, SEGURIDAD SALUD Y TARABAJO EPIDEMIOLOGIA, SIH, PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN entre otros). En caso de que el personal entrenado no tenga un resultado satisfactorio se realizara nuevamente el proceso evaluativo. Las evidencias listado asistencia virtual del personal, la evaluación virtual y los resultados .  El coordinador de la Oficina de Educación Médica programara comité docencia-servicio trimestral con la instituciones educativas con las cuales tiene convenio activo, con el propósito de realizar seguimiento a los estudiantes permitidos en las practicas asistenciales en ocasión a la pandemia COVID 19. En caso de que se presente una hallazgo se realizara de manera articulada la formulación el plan de mejora, pero si este no se puede resolver en primera instancia se remite la necesidad al comité interno para lo pertinente.	El coordinador de la Oficina de Educación Médica	



HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO										 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021 VERSIÓN: 03 CÓDIGO: GD-ME-F-004-001C	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL													
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIA	ACCIONES DEL CONTROL	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)						
129	EDUCACIÓN MEDICA	GDI-DS-C-001 GESTIÓN DE DOCENCIA - SERVICIO	Inadecuada ejecución de los convenios Docencia - Servicio, comprometiendo la prestación del servicio	GESTIÓN	Cumplimiento	3	2	Moderado	falta de adherencia en lo establecido en los convenios Docencia- servicio	PQRS INOportunidad EN LA ATENCIÓN SUCEOS INSEGUROS( EVENTOS ADVERSOS E incidentes) reproceso en acreditación	<p>1. El coordinador de la Oficina de Educación Médica cada vez que ingresa personal en entrenamiento a la institución se programa y se desarrolla la inducción, mediante la invitación... y capacitación, con el propósito que se adhieran en los temas transversales de la institución (seguridad del paciente, residuos hospitalarios, plataforma estratégica, IAMI, SIAU, SEGURIDAD SALUD Y TARABAJO EPIDEMIOLOGIA, SIH, PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN entre otros). En caso de que el personal entrenado no tenga un resultado satisfactorio se realizara nuevamente el proceso evaluativo. Las evidencias listado asistencia virtual del personal, la evaluación virtual y los resultados.</p> <p>El coordinador de la Oficina de Educación Médica programara comité docencia-servicio trimestral con la instituciones educativas con las cuales tiene convenio activo, con el propósito de realizar seguimiento a los estudiantes permitidos en las practicas asistenciales en ocasión a la pandemia COVID 19. En caso de que se presente una hallazgo se realizara de manera articulada la formulación el plan de mejora, pero si este no se puede resolver en primera instancia se remite la necesidad al comité interno para lo pertinente.</p> <p>2. El coordinador de la Oficina de Educación Médica cada vez que ingresa personal en entrenamiento a la institución se programa y se desarrolla la inducción, mediante la invitación... y capacitación, con el propósito que se adhieran en los temas transversales de la institución (seguridad del paciente, residuos hospitalarios, plataforma estratégica, IAMI, SIAU, SEGURIDAD SALUD Y TARABAJO EPIDEMIOLOGIA, SIH, PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN entre otros). En caso de que el personal entrenado no tenga un resultado satisfactorio se realizara nuevamente el proceso evaluativo. Las evidencias listado asistencia virtual del personal, la evaluación virtual y los resultados.</p> <p>El coordinador de la Oficina de Educación Médica programara comité docencia-servicio trimestral con la instituciones educativas con las cuales tiene convenio activo, con el propósito de realizar seguimiento a los estudiantes permitidos en las practicas asistenciales en ocasión a la pandemia COVID 19. En caso de que se presente una hallazgo se realizara de manera articulada la formulación el plan de mejora, pero si este no se puede resolver en primera instancia se remite la necesidad al comité interno para lo pertinente.</p>	coordinador de la oficina de Educación Medica	
130	MERCADERO	DETECCIÓN Y GESTIÓN DE NECESIDADES DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL	Manejo inapropiado de la comunicación institucional que pueda afectar la buena imagen corporativa	GESTIÓN	Reputación o imagen	5	4	Extremo	Comunicación no formal	Desinformación de los grupos de interés Insatisfacción de los grupos de interés P.Q.R.S.D. Pérdida de la buena imagen corporativa	El Profesional en Comunicación Social de la Oficina de Mercadeo y Comunicaciones de forma trimestral, gestiona una circular la cual contiene los lineamientos establecidos en el Modelo de Comunicación Institucional, para fortalecer la comunicación organizacional e informativa. En caso de detectar incumplimiento a lo establecido en el Modelo de Comunicación Institucional, notifiquelo vía correo electrónico a la Oficina de Talento Humano.	Profesional en Comunicación Social de la Oficina de Mercadeo	
131		CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Oferta de un portafolio de servicios desactualizado respecto al Inventario de CUPS que puede generar incumplimiento de las obligaciones contractuales	GESTIÓN	Operativo	5	4	Extremo	Desactualización del inventario de CUPS por parte del responsable de la Subgerencia Técnico científica	Incumplimiento de las obligaciones contractuales que conlleva a la terminación contractual con el cliente corporativo P.Q.R.S.D. Insatisfacción de los grupos de interés	El Profesional de la Oficina de Mercadeo y Comunicaciones de manera bimensual, solicitará mediante correo electrónico institucional a la Subgerencia Técnico Científica las novedades sobre el inventario de CUPS con el propósito de presentar propuestas acordes a los servicios ofertados por la Institución. En caso de no obtener respuesta se validará con la persona responsable mediante correo electrónico. Como evidencia queda el correo institucional enviado junto con la solicitud.	Profesional Universitario Oficina de Mercadeo	
132	CONTABILIDAD	Elaboración y presentación de Estados Financieros	Inoportunidad o errores en la presentación de los Estados Financieros	GESTIÓN	financiero	3	1	bajo	Registros posteriores a la generación de los informes	Posibles hallazgos y sanciones de parte de los entes de control	El jefe de la oficina de contabilidad mensualmente con posterioridad al envío de los estados financieros para garantizar que las cifras no sean modificadas realizará el cierre del periodo contable, si se presentan cambios posteriores al cierre se informara al subgerente financiero, la evidencia del cierre se dejará constancia mediante acta.	Jefe de la oficina de contabilidad	
									Error humano en al digitación de la información		El profesional Universitario de contabilidad de manera mensual con el objetivo de garantizar la confiabilidad de la información que va a ser reportada realizará la verificación de los estados financieros a reportar con la información contable del software, si encuentra inconsistencias reportar al jefe de contabilidad para su corrección, se dejará evidencia en el correo institucional de la revisión.	Profesional Universitario de Contabilidad	
									Inoportunidad en los informes y conciliaciones con los responsables de la información		El jefe de la oficina de contabilidad generará la circular del cronograma de reportes de información y de manera mensual enviará correos solicitando el cumplimiento de la misma con el propósito de lograr oportunidad en el reporte de la información, enviará correos u oficios por gestión documental, informando al subgerente información de las áreas que no cumplen con el reporte, se dejará evidencia en los correos y gestión documental.	Jefe de la oficina de contabilidad	
133	CONTROL INTERNO	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	Probabilidad de una inadecuada evaluación, monitoreo y seguimiento a los procesos y hallazgos detectados durante las auditorías	GESTIÓN	Cumplimiento	2	3	Moderado	Carencia de criterios en la elaboración de los informes	Sanciones por entes de control * Atención de la imagen corporativa del HUHMP	El Jefe Asesor de la oficina de Control Interno siempre que presente un informe, con el proposito de garantizar la eficacia, eficiencia y efectividad, verificará la calidad de la información revisando que los hallazgos esten debidamente soportados. En caso de presentar inconsistencias, el informe será devuelto al auditor con sus respectivas observaciones a traves de la extranet y/o correo electrónico	Jefe Asesor de la oficina de Control Interno	
									Deficiente objetividad del auditor para realizar los informes		El Jefe Asesor de la oficina de Control Interno siempre que realice un informe, con el proposito de garantizar la objetividad del auditor solicitará al auditor la suscripción de formato Conflictos de Interes. En caso de existir conflicto se procederá a asignar otro auditor, si durante el proceso de identifica algún conflicto se asignará un nuevo auditor y si se presenta una actitud reiterativa por parte del auditor se notificará a Talento Humano; dejando como evidencia los formatos de suscripción de conflicto de interés, las notificaciones al auditor y notificaciones al área de Talento Humano para el debido proceso a traves de la extranet y/o correo electrónico	Jefe Asesor de la oficina de Control Interno	
									Asignación de personal no idoneo		El jefe Asesor de la oficina de Control Interno siempre que se vaya a designar la realización un informe, con el proposito de garantizar la eficacia, eficiencia y efectividad de los informes, asignará el personal idoneo de acuerdo a los perfiles de los auditores. Si no se cuenta con el perfil pertinente se solicitará a la Gerencia que realice la contratación de una auditoria externa, notificandolo a traves de la extranet y/o correo electrónico	Jefe Asesor de la oficina de Control Interno	