

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
1 (Septiembre 2017)	ESTRUCTURACIÓN Y EVALUACIÓN DE ACUERDOS DE GESTIÓN	Inexistencia de información organizada e inoportuna para la construcción de los acuerdos	Operativo	3	3	Alta	Capacitar a los Subgerentes sobre el proceso, determinando los plazos de presentación y la información requerida para su estructuración	3	3	Alta	Capacitar a cada subgerente sobre la importancia y metodología firma de acuerdos	Número de capacitaciones realizadas/total de capacitaciones propuestas. Línea Base: 1 capacitación al año Meta: Cumplir con el 100% de las capacitaciones Observación: Está actividad se desarrollará anualmente	Asesor de Gerencia
2 (Septiembre 2017)	ESTRUCTURACIÓN Y EVALUACIÓN DE ACUERDOS DE GESTIÓN	Incumplimiento de las metas de los indicadores de los acuerdos	Cumplimiento	3	4	Extrema	Realizar seguimiento de forma semestral a los indicadores planteados	3	4	Extrema	Elaborar requerimiento escrito de manera mensual y anual a los Gerentes Públicos para que envíen los indicadores de los acuerdos de Gestión	Número de requerimientos escritos enviados a los Gerentes Públicos. Línea Base: 2 Meta: Cumplir con el 100% de los requerimientos escritos Observación: El seguimiento se realizará de forma semestral	Asesor de Gerencia
3 (Septiembre 2017)	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	Informes de las áreas presentados inoportunamente o con información inconsistente	Cumplimiento	3	4	Extrema	Seguimiento a las fechas establecidas por la normatividad para la elaboración de los informes de Gestión	3	4	Extrema	Enviar requerimientos escritos a las tres Subgerencias para que envíen el Informe con sus respectivas evidencias	Número de informes entregados oportunamente /No.requerimientos escritos enviados a los Subgerentes de la Institución. Línea Base: 3 requerimientos escritos a las subgerencias Meta: Cumplir con el 100% de la fecha de presentación de los Informes de Gestión.	Asesor de Gerencia
4 (Marzo 2017)	GESTIÓN DE PROYECTOS	Inadecuada estandarización del documento por Ficha técnica incompleta para la elaboración de los proyecto	Operativo	4	3	Alta	Verificar la ficha técnica con el fin de contar con toda la información requerida	4	3	Alta	Revisar ficha técnica para verificar que la información esté completa	Número de fichas tecnicas con la información completa/ Total de fichas técnicas recepcionadas * 100 Línea Base: 0 Meta: Que el 100% de las fichas técnicas se encuentren con toda la información diligenciadas	Asesor de Proyectos
4.1. (Marzo 2017)	GESTIÓN DE PROYECTOS	Inadecuada estandarización del documento por Ficha técnica incompleta para la elaboración de los proyecto	Operativo	4	3	Alta	Enviar oficio de requerimiento con copia a gerencia	4	3	Alta	Enviar oficio solicitando la información completa para la elaboración del proyecto con copia a gerencia	N° de Oficios enviados Línea Base: 0 Meta: Que el 100% de las fichas técnicas contengan la información requerida Observación: Esta actividad se realizará en caso de que la ficha tecnica llegue incompleta	Asesor de proyectos
5 (Abril 2017)	CONTROL DE DOCUMENTOS	Proceso que no cumple con lo establecido en la normatividad vigente.	Operativo	3	3	Alta	Actualizar el proceso que no cumple con la normatividad, en un tiempo no superior a 2 meses.	3	3	Alta	Realizar el ajuste del proceso de acuerdo al resultado de las autoevaluaciones, auditorías internas y/o auditorías externas en un tiempo no superior a 2 meses.	Indicador:N° Procesos actualizados con solicitud de ajuste por incumplimiento de normatividad /N° de Procesos con observaciones de incumplimiento de la normatividad solicitados Línea Base: 0 Meta: Actualización del 100% de los procesos que incumplen con la normatividad durante los 2 meses siguientes, al reporte de la modificación	Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional.

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
5.1 (Abril 2017)	CONTROL DE DOCUMENTOS	Proceso que no involucra las áreas que interactúan en el mismo.	Operativo	4	3	Alta	Actualizar el proceso que no involucra las áreas que interactúan en el mismo, en un tiempo no superior a 4 meses.	4	3	Alta	Realizar el respectivo ajuste del proceso de acuerdo al resultado de las autoevaluaciones, auditorías internas y/o auditorías externas en un tiempo no superior a 4 meses.	Indicador: N° Procesos actualizados con solicitud de ajuste por no involucrar las áreas que interactúan en el mismo/N° de solicitudes de ajuste a procesos que no involucran las áreas que interactúan en el mismo Linea Base: 0 Meta: Actualización del 100% de los procesos que involucra las áreas que interactúan en el mismo durante los 4 meses siguientes, al reporte de la modificación	Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional.
6 (Diciembre 2016)	GESTIÓN DEL RIESGO	Inadecuada identificación de los riesgos de los procesos por desconocimiento del proceso de la unidad	Operativo	5	4	Extrema	El líder de la unidad seleccione la persona idónea que conozca el servicio	5	4	Extrema	Seleccionar la persona responsable para diligenciar y alimentar matriz de riesgo de cada unidad o proceso	Matrices de riesgo elaboradas. *Linea Base: *Meta: 100% de las unidades con las personas responsables para el diligenciamiento de la matriz de riesgo	Lider de la unidad o del proceso
6.1 (Diciembre 2016)	GESTIÓN DEL RIESGO	Inadecuada identificación de los riesgos de los procesos por desconocimiento del proceso de Gestión del riesgo	Operativo	5	4	Extrema	Socializar el proceso de Gestión del Riesgo a los líderes de la Hospital Universitario de Neiva	5	4	Extrema	Capacitar a los líderes de las unidades en el Proceso de Gestión del Riesgo	Número de líderes capacitados/Número total de líderes de las unidades x 100 *Linea base: 0 *Meta: 100% de los líderes y personas responsables de diligenciar la matriz capacitadas *Observación: Se brindará una capacitación en el año a los líderes y responsables del diligenciamiento de la matriz de riesgo	Profesional Especializado de Planeación
7 (Marzo 2018)	EVALUACION Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Inadecuada implementación de la cultura de mejoramiento continuo	Estrategico	4	4	Extrema	Implementación de mejoras a los procesos, autoevaluación de estándares, estructuración del modelo de mejoramiento institucional, aplicación de las estrategias transversales establecidas desde PAMEC, seguimiento y presentación de avances al equipo de mejoramiento sistémico, presentación de los indicadores de gestión resultados de la aplicación de auditoría integral de calidad, presentación de la percepción del cliente interno y externo, reporte del estado a la importación del programa de seguridad del paciente y sus indicadores de obligatorio reporte	4	4	Extrema	Fortalecimiento de la participación de los equipos de primer y segundo nivel en las estrategias para el mejoramiento continuo mediante reuniones programadas con el líder del proceso.	No. de actas de asesoría y/o seguimiento involucrando a los líderes de los equipos de primer y segundo nivel a participar de las estrategias y demás temas relacionados con el mejoramiento continuo. Linea base: 26 Equipos primarios 7 Equipos Secundarios Meta: Involucrar al 100% de los líderes de los equipos de primer y segundo nivel, en la participación de las estrategias y demás temas relacionados con el mejoramiento continuo.	Profesional Universitario Area de Calidad
8 (Marzo 2018)	EVALUACION Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Inadecuada implementación de la cultura de mejoramiento continuo	Estrategico	4	4	Extrema	Implementación de mejoras a los procesos, autoevaluación de estándares, estructuración del modelo de mejoramiento institucional, aplicación de las estrategias transversales establecidas desde PAMEC, seguimiento y presentación de avances al equipo de mejoramiento sistémico, presentación de los indicadores de gestión resultados de la aplicación de auditoría integral de calidad, presentación de la percepción del cliente interno y externo, reporte del estado a la importación del programa de seguridad del paciente y sus indicadores de obligatorio reporte	4	4	Extrema	Asesorar la identificación de oportunidades de mejora y establecimientos de acciones derivadas de las auditorías internas y externas realizadas en la institución y realizar seguimiento según periodicidad establecida.	No. de acciones cumplidas relacionadas con las auditorías internas y externas realizadas en la institución / No. de acciones de mejora identificadas relacionadas con las auditorías internas y externas realizadas en la institución *100 Linea base: 0 Meta: 80% de las acciones se encuentren cumplidas	Profesional Universitario Area de Calidad
9 (Febrero 2017)	ESTRUCTURACIÓN, DISEÑO Y DIVULGACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS	Ofrecer servicios no habilitados o que no se presten en la actualidad porque la Subgerencia Técnico Científica no actualiza de manera periódica la relación de CUPS que el Hospital tiene habilitados	Estrategico	3	3	Alta	Solicitar trimestralmente a la subgerencia Técnico científica las novedades relacionadas con los cups (exclusiones o inclusiones)	3	3	Alta	Remitir oficio de solicitud a la Subgerencia Técnico científica	Oficios remitidos a Subgerencia Técnico científica *Linea Base:4 Meta: 100% Esta acción tiene una periodicidad trimestral	Profesional Universitario Oficina de Mercadeo

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
10 (Enero 2017)	GESTIÓN DE PQRFS Y BUZÓN DE SUGERENCIAS	Inoportunidad en el tiempo de respuesta de la PQRFS por olvido por parte del servicio responsable	Operativo	3	3	Alta	Respuesta preliminar al usuario informando el traslado de la misma y Reporte a control interno disciplinario de la no respuesta.	3	3	Alta	La funcionaria de SIAU llama telefonicamente a las areas recordando la proximidad de tiempos de vencimiento.	Nº total de PQRFS atendidas y tramitas antes de 15 dias / Nº de PQRFS radicadas x 100 *Linea Base: 0% Meta: 80%	Profesional Universitario de SIAU- Auxiliar de atención al usuario
11	GESTIÓN DEL TRABAJO SOCIAL	Falta de identificación del caso con vulneración social por el personal de salud tratante	Operativo	5	3	Extrema	Reinducción a los medicos coordinadores y hospitalarios, así como a los líderes de enfermeria asistenciales de los diferentes unidades, sobre la identificación de los casos de vulneracion dentro de la institucion	5	3	Extrema	* Socializar semestralmente la importancia de identificar e interconsultar a trabajo social una vez se identifique la vulneracion de derechos en los comites de autocontrol. * Reinducion del proceso a los líderes de enfermeria y a los coordinadores medicos en sus reuniones de autocontrol. * Campaña por medios electronicos	Número de socializaciones realizadas/ Número de socializaciones programadas x 100 Linea Base: 0 Meta: Realizar el 100% de las capacitaciones programadas Número de líderes capacitados en el proceso/ Número total de líderes de enfermeria y coordinadores médicos Linea Base: 0 Meta: Capacitar al 90% de los líderes de enfermeria y coordinadores médicos Observación: Se realizará la actividad semestralmente. Requerimiento para realizar la campaña por medios electronicos. Linea Base: 0 Meta: Realizar la campaña por medios electronicos	Trabajo social
11.1	GESTIÓN DEL TRABAJO SOCIAL	Falta de identificación del caso con vulneración social por el personal de salud tratante	Operativo	5	3	Extrema	De manera cuatrimestral (los 10 primeros dias de mayo, septiembre, enero) reportar a la subgerencia tecnico cientifica el consolidado de casos identificados con y sin interconsulta y el analisis de los mismos.	5	3	Extrema	Elaborar informe y enviar a la Subgerencia Tecnico-cientifica y Financiera	Número de informes elaborados y remitidos a las Subgerencias Tecnico-cientifica y Financieras/ Total de informes elaborados (3) x 100 Linea Base:0 Meta: 100% de los informes enviados a las subgerencias Subtécnica y financiera Observación: Esta actividad se realizará cada cuatro meses.	Trabajo social
12	GESTIÓN DEL TRABAJO SOCIAL	Estancias de hospitalización prolongada por deficiencia de oferta institucional para el abordaje de la población en abandono social.	Operativo	5	4	Extrema	Realizar informe descriptivo de los pacientes abandonados socialmente y las gestiones realizadas a fin reportar a las subgerencias tecnico cientifica y financiera con copia a Gerencia, solicitando acompañamiento para soluciones Efectivas	5	4	Extrema	Elaborar informe descriptivo de los usuarios abandonados y remitirlos a Subgerencia Tecnico-cientifica Y Financiera	Número de informes elaborados y remitidos a las Subgerencias Tecnico-cientifica y Financieras/ Total de informes elaborados x 100 Linea Base:0 Meta: 100% de los informes enviados a las subgerencias Subtécnica y financiera	Trabajo social
13 (Marzo 2018)	ATENCION EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Impuntualidad en la atención por parte del Médico Especialista	Operativo	5	3	Extrema	Aplicar un Ranking de Especialistas en relacion a atenciones puntuales, incentivando los mejores a través de diferentes estrategias definidas por el servicio.	5	3	Extrema	Realizar seguimiento en el software Indigo a la puntualidad de los Medicos Especialistas, determinando el ranking, implementando diferentes estrategias para incentivar los especialistas puntuales.	Proporción de usuarios atendidos puntualmente: Nº de usuarios atendidos puntualmente por el especialista/ Nº de atenciones del servicio de consulta externa* 100% Linea base: Meta:	Coordinador Servicios Ambulatorios.

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
14 (Marzo 2018)	ATENCION EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Trato deshumanizado al cliente interno y externo por parte del Médico Especialista.	Operativo	5	3	Extrema	Aplicar un Ranking de Especialistas en relacion al trato humanizado de parte del especialista al paciente y del especialista a los colaboradores del servicio de consulta externa, incentivando los mejores a través de diferentes estrategias definidas por el servicio.	5	3	Extrema	Aplicar un Ranking de Especialistas en relacion al trato humanizado de parte del especialista al paciente y del especialista a los colaboradores del servicio de consulta externa, incentivando los mejores a través de diferentes estrategias definidas por el servicio.	N° casos de tratos deshumanizado de parte del especialista al colaborador. Linea base: Meta: N° de PQRS presentadas en el servicio por trato deshumanizado de parte del especialista al usuario. Linea base: Meta:	Lider Programa de Humanización y Coordinador de Servicios Ambulatorios
15 (Marzo 2018)	ATENCION EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Mal diligenciamiento y entrega de paquete incompleto	Operativo	5	3	Extrema	Seguimiento a los paquetes de atención que se generan de manera incompleta o con errores por parte del médico especialista identificando las inconsistencias, retroalimentando a los involucrados, generando acciones de mejora.	5	3	Extrema	Retroalimentar a los médicos especialistas de los hallazgos identificados generando acciones de mejora.	Proporción de casos de mal diligenciamiento y entrega de paquete incompleto: N° de casos presentados por mal diligenciamiento y entrega de paquete incompleto / N° de atenciones del periodo * 100 Linea base: Meta:	Coordinador Servicios Ambulatorios.
16 (Febrero 2017)	ESTRATEGIA IAMII	No adherencia a la Estrategia IAMII por falta de compromiso del personal asistencial y administrativo para capacitarse	Cumplimiento	3	3	Alta	Cumplir con el cronograma de los programas de la estrategia IAMII	3	3	Alta	Dar cumplimiento al cronograma de capacitación de los programas de la estrategia IAMII.	Número de capacitaciones en la estrategia IAMII ejecutadas / Total de capacitaciones programadas * 100 Linea Base: 0% Meta: El 70% de los colaboradores capacitados en la Estrategia IAMII Observación: Se realizaran de acuerdo a la periodicidad establecida en la Estrategia IAMII	Coordinadora IAMII
16.1. (Febrero 2017)	ESTRATEGIA IAMII	No adherencia a la Estrategia IAMII por falta de compromiso del personal asistencial y administrativo para capacitarse	Cumplimiento	3	3	Alta	Coordinar con los líderes de cada servicio, que en las reuniones de autocontrol se socialice la Estrategia IAMII.	3	3	Alta	Realizar la capacitación en los Comité de autocontrol	Número de capacitaciones realizadas en Comité Autocontrol Linea Base: 3 capacitaciones Meta: Cumplir con el 100% de las capacitaciones en los Comité de Autocontrol	Coordinadora IAMII
16.2. (Febrero 2017)	ESTRATEGIA IAMII	No adherencia a la Estrategia IAMII por falta de compromiso del personal asistencial y administrativo para capacitarse	Cumplimiento	3	3	Alta	Coordinar con el líder de Sistemas de Información para que la política de IAMII, con sus respectivos pasos se encuentre en todos los escritorios de los computadores de la Institución	3	3	Alta	Gestionar con la oficina de Mercadeo para difundir la estrategia IAMII dos veces al año en las pantallas de los computadores institucionales.	Difusión de la estrategia en los PC institucionales Linea Base: 2 veces al año Meta: 100% de los escritorios de los computadores difundiendo la estrategia IAMII	Coordinadora IAMII
16.3. (Febrero 2017)	ESTRATEGIA IAMII	No adherencia a la Estrategia IAMII por falta de compromiso del personal asistencial y administrativo para capacitarse	Cumplimiento	3	3	Alta	Organizar los pendones de la estrategia IAMII en las diferentes unidades funcionales de la Institución.	3	3	Alta	Cumplir con el cronograma de rotación del Pendón para los servicios Materno- Infantil	Número de servicios por donde rotó el pendón de IAMII / Número de servicios Materno-Infantil programados x 100. Linea Base: 8 servicios Materno - Infantil (Consulta Externa- Urgencias Pediátricas, Sala de Partos, Infectología y Hospitalización Pediátrica, Alojamiento conjunto: Gineco.Obstetricia, UCI: Neonatal, Pediátrica e Ginecológica, Unidad Básica) Meta: Cumplir con el 100% del cronograma	Coordinadora IAMII

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
16.4. (Febrero 2017)	ESTRATEGIA IAMII	No adherencia a la Estrategia IAMII por falta de compromiso del personal asistencial y administrativo para capacitarse	Cumplimiento	3	3	Alta	Verificación de los conocimientos del personal mediante la aplicación de lista autoapreciación	3	3	Alta	Aplicar, evaluar y analizar las lista de autoapreciación .	Número de lista de autoapreciación de los pasos de la estrategia IAMII aplicadas en los servicios Linea Base: 3 pasos por mes Meta: Cumplir con el 100% de la aplicación de las listas de autoapreciación	Coordinadora de IAMII
17 (Febrero 2017)	ESTRATEGIA IAMII	Falta de entrenamiento en el Programa Ampliado de Inmunización por no contar con el personal idóneo y capacitado para vacunación	Operativo	2	4	Alta	Capacitar al personal auxiliar de IAMII en el Plan Ampliado de Inmunización	2	4	Alta	Cumplir cronograma de capacitaciones sobre el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y evaluar el conocimiento del personal IAMII	Número de sesiones educativas realizadas / número de sesiones educativas programadas x 100 Linea Base: 7 auxiliares de enfermería Meta: 100% de las auxiliares de enfermería de IAMII capacitadas en el PAI	Coordinadora de IAMII
18 (Abril 2018)	ATENCIÓN EN EL PROGRAMA CANGURO AMBULATORIO	Broncoaspiración del bebe prematuro o BPN durante la consulta en el programa canguro ambulatorio.	Operativo	1	4	Alta	Recomendar a la madre colocar al bebé en posición canguro, al momento de sacarlo de la posición canguro colocarlo en una superficie inclinada, quedará consignado en la historia clínica la constancia de la educación brindada a la madre o cuidador.	1	4	Alta	Suministrar superficies inclinadas para que los bebes sean colocados cuando no esten en posición canguro y cumplir con las actividades de atención individual al RNPT o con BPN en el PCA.	Número de bebes que asisten a la consulta de canguro que haya presentado broncoaspiración durante la consulta/ Número total de niños atendidos (consultas) durante ese período *100 Lineas Base = 0 Meta = <1 % de bebes broncoaspirados por cada mes	Equipo Canguro
19 (Marzo 16-2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIATRICAS	Inoportunidad en la atención integral del usuario (Tiempos de oportunidad)	Operativo	4	5	Extrema	Identificar por especialidades los tiempos de respuesta oportunos aprobados institucionalmente para las valoraciones iniciales e interconsultas (presenciales y disponibles)	4	5	Extrema	Disponer de un documento institucional de obligatorio (proceso de urgencias- interconsulta) cumplimiento donde se identifiquen los tiempos de atención oportunos tanto en valoración inicial e interconsulta. La información se realizara con base a datos generados por sistemas de información donde se establece la hora de solicitud, hora de respuesta.	Directriz institucional al respecto Linea base: 0 Meta: directriz socializada y puesta en marcha.	Subgerencia Tecnico-Científica y coordinadores médicos, Oficina Garantía de la Calidad, Planeacion.
19.1. (Marzo 16-2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIATRICAS	Inoportunidad en la atención integral del usuario (Tiempos de oportunidad)	Operativo	4	5	Extrema	Verificar mensualmente el cumplimiento de los tiempos de respuesta oportunos aprobados institucionalmente para las valoraciones iniciales e interconsultas (presenciales y disponibles) a través de la revisión de hcl y reportarlo a la subgerencia Tecnico-Científica.	4	5	Extrema	Realizar auditoria a historia clinicas del servicio de urgencias donde se corroboren los tiempos de atención inicial y de respuesta a interconsulta (tiempo de solicitud y tiempo de respuesta)	Tiempo real de respuesta por especialista en el mes / tiempo de respuesta según directriz institucional. Linea de base: Directriz gerencial de cumplimiento. Meta: cumplimiento de la directriz gerencial sobre tiempos de respuesta.	Subgerencia Tecnico-Científica y coordinadores médicos, Oficina Garantía de la Calidad, Planeacion.
20. (Marzo 16-2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIATRICAS	No adherencia a instructivos, guías y protocolos institucionales.	Operativo	4	5	Extrema	Identificar la falta de continuidad en el tratamiento antibiotico de los pacientes. Se realizara un consolidado mensual del los formatos de inicio de antibiotico que permita identificar los pacientes que no presentaron continuidad en el tratamiento antibiotico por falta del insumo o por no adherencia del especialista a la guía. remitiendo copia del analisis realizado en el comite de urgencias a la subgerencia tecnicocientífica y al coordinador de la especialidad involucrada para tomar los correctivos pertinentes.	4	5	Extrema	Realizar informe mensual (analizado en el comite de Urgencias) con el consolidado obtenido de los formatos de inicio de Antibiotico del mes, identificando la causa del cambio: no disponibilidad del antibiotico o falta de adherencia a la guía por parte del especialista (sin justificación en la historia clínica), y remitirlo a la Subgerencia Tecnico-Científica para que tome las medidas administrativas para subsanar el problema y a los coordinadores de las especialidades, según corresponda, para tomar correctivos.	N° de pacientes a quienes se les ajusto el antibiotico de acuerdo a la guía/ N° de pacientes a quienes se les ajusto el tto x 100 Linea base:0 Meta: 60% de los pacientes con ajuste de antibiotico fue con causa justificada en la guía.	Coordinador Urgencias - auditores.

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
21. (Marzo 16-2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Infecciones asociadas al cuidado de la salud : FLEBITIS	Operativo	5	5	Extrema	Aplicación de listas de chequeo de Canalización de Vena por parte de las enfermeras del servicio en cada turno, y remitir informe mensual a la coordinadora de enfermería del servicio. (modificar formato, incluyendo la verificación del sitio de realización de la venopunción).	5	5	Extrema	Elaborar informe mensual sobre la aplicación de las listas de chequeo de "Canalización de Vena" (agregar en el formato el sitio donde se realizó la venopunción), realizado por la coordinadora de enfermería del servicio y entregado para socializar en el comité de urgencias. Remitir trimestralmente al comité de historias Clínicas.	Número de flebitis que se presentan en un periodo de tiempo/ número total de listas de chequeo aplicadas x 100 Linea base:0 Meta: Disminuir el 10% de las flebitis infecciosas en el servicio de Urgencias	Coordinador Urgencias - personal de Enfermería-AUDITORIA
22. (Marzo 16-2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Agresiones de parte de usuarios y acompañantes	Operativo	4	4	Extrema	Personal asignado de atención al usuario y del servicio que maneje una comunicación asertiva y humanizada al usuario y su familia e implementación de una delimitación del área de sala de espera, mejorando las condiciones ambientales y con medios audiovisuales que difundan los temas de deberes y derechos, humanización, seguridad del paciente, promoción de la salud y otros de educación)	4	4	Extrema	Reasignar funciones de la auxiliar de enfermería de Triage para realizar labor de acompañamiento y atención en sala de espera.	Disminuir en un 10% las quejas de los usuarios asociadas a los tiempos de espera para la atención y por área física. Linea base: 0 Meta: Auxiliar de triage acompañe al 80% de usuarios que requieran acompañamiento	Coordinador del servicio - enfermería- psicóloga - trabajo social - servicios generales.
23 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Diligenciamiento inoportuno y/o equivocado de las ordenes medicas	Operativo	4	4	Extrema	Realización de Auditoria concurrente. capacitación en buenas practicas para el diligenciamiento de historias clinicas al personal medico generales y a coordinadores de especialidades. Gestión ante Subgerencia tecnica sobre la oportunidad en evolucion y ordenes medicas por parte de las especialidad medicas	4	4	Extrema	Realizar auditoria concurrente, oficiar a la subgerencia tecnica a maximo 31 de octubre informando la inoportunidad en las evoluciones medicas por parte de los especialistas. Capacitación sobre adecuado diligenciamiento de las historias clinicas	Número de casos de incidentes y eventos adversos realizados diligenciamiento e inoportuno de ordenes medicas / Total de eventos e incidentes reportados * 100 Linea base: 0 Meta: 5 % de los eventos e incidentes reportados	Jefes de Enfermería, Coordinadores de las diferentes especializadas y Jefe de Hospitalización.
24 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ADULTO Y PEDIÁTRICAS	interpretacion inadecuada e inoportuna de las ordenes medicas	Operativo	3	4	Extrema	Rondas de enfermería que incluya auditoria aleatoria de historias y registros de enfermería para búsqueda activa de casos. Capacitación al personal en la adecuada interpretación y oportunidad de las ordenes medicas. Analisis de los casos encontrados para determinar intervenciones	3	4	Extrema	Realizar auditoria aleatoria mensual a traves de las rondas de enfermería de los registros de enfermería. Realizar capacitaciones semestrales al personal de enfermería relacionado con los hallazgos encontrados en las auditorias realizadas.	1. proporción de sucesos de seguridad relacionados con la inadecuada interpretación e inoportunidades en el cumplimiento de las ordenes medicas. Linea base: 0 Meta: 8%	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
25 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Error en la administración de medicamentos.	Operativo	5	3	Extrema	Medición de la adherencia a los diez correctos mediante la aplicación de las listas de chequeo y administración segura de medicamentos. Identificación de los oportunidades de mejora priorizadas	5	3	Extrema	Aplicar lista de chequeo de recibo y entrega de turno para verificar la adherencia al procedimiento	Número de listas de chequeo que no cumplen con los criterios en el recibo y entrega de turno/ total de listas de chequeo aplicadas x 100 Linea Base: 0% Meta: Que el 80% cumplan con la adherencia al manual de enfermería Número de criterios cumplidos de los procedimientos de enfermería/No. Total de criterios evaluados de los procedimientos de enfermería x 100	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
26 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Flebitis infecciosas	Operativo	5	3	Extrema	Medición de la adherencia al Manual de enfermería mediante lista de chequeo a la canalización y mantenimiento del acceso venoso periférico.	5	3	Extrema	Aplicar lista de chequeo aleatoria para verificación de los 10 correctos, verificación búsqueda activa de flebitis, aplicar lista de chequeo para verificar adherencia al procedimiento de canalización	Número de pacientes con flebitis/ Total de pacientes hospitalizados x 100 Linea Base: 0% Meta: 1%	Profesional Universitario Departamento de Enfermería

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
27 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Caída de pacientes con lesión	Operativo	5	3	Extrema	Medición de adherencia a la prevención de caídas a través de listas de chequeo aplicadas de forma aleatoria.	5	3	Extrema	Aplicar la lista de chequeo de caídas de pacientes	TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Cociente entre el número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo y la sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000. Linea de Base: 0 Meta: 0,5	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
28 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Úlceras Por Presión- UPP	Operativo	5	3	Extrema	Medición de adherencia a la prevención de úlceras por presión a través de listas de chequeo aplicadas de forma aleatoria.	5	3	Extrema	Aplicar la lista de chequeo de úlceras por presión	TASA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Cociente entre el número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución y la sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000. Linea de Base: 0 Meta: 1	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
29 (Mayo 2018)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Caidas de pacientes con lesión	Operativo	5	5	Extrema	Identificación temprana de los usuarios que tienen medicación que producen sedación o inducción al sueño	5	5	Extrema	Aplicar escala de Escala Downton para valorar el nivel del riesgo a que está expuesto el usuario , colocar manilla de color verde para identificarlo y tomar medidas de contención física (inmovilización).	Número de pacientes identificados con la escalas de Downton/Número total de usuarios ingresados a la Unidad de Salud Mental. Linea de Base: 0 Meta: Aplicar la escala Downton al 100% de los usuarios que ingresen la Unidad de Salud Mental	Personal de enfermería
30 (Mayo 2018)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Error en la administración de medicamentos.	Operativo	5	5	Extrema	Medición de la adherencia a los diez correctos mediante la aplicación de las listas de chequeo y administración segura de medicamentos.	5	5	Extrema	Aplicar lista de chequeo de administración de medicamentos segura para verificar la adherencia al procedimiento	Número de listas de chequeo que no cumplen con los criterios en el recibo y entrega de turno total de listas de chequeo aplicadas x 100 Linea Base: 0 Meta: Que el 80% cumplan con la adherencia al Manual de enfermería. Número de criterios cumplidos de los procedimientos de Enfermería/ Número total de criterios evaluados de los procedimientos de enfermería x100	Auditor y Enfermero Profesional de la Unidad Salud Mental
31 (Mayo 2018)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Fuga por fallas en el sistema de seguridad del paciente	Operativo	4	5	Extrema	Identificación temprana de los usuarios con riesgo de fuga	4	5	Extrema	Aplicar medidas de contención verbal, mecánica y farmacología. Aplicar Guía de practica clínica Prevención y Manejo de fuga de pacientes previa socialización de la misma.	Socialización de la Guía de Practica Clínica Prevención y manejo de fuga de pacientes. Número de fugas en el mes /Número de pacientes que por algún motivo egresaron en el mes. Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 1% los casos de fugas en el servicio de Salud mental. Observación: Se realizará el analisis de los casos que se presenten con su respectivo plan de mejoramiento	Equipo interdisciplinario de la Unidad de Salud Mental
32 (Octubre 2017)	ATENCIÓN AL USUARIO EN EL PROGRAMA DE HOSPITAL DÍA	No se cumpla el proceso de Atención al usuario en el programa de Hospital día.	Operativo	3	5	Extrema	Seguimiento al proceso de atención al usuario en el programa de hospital día.	3	5	Extrema	Realizar 1 auditorias mensual de seguimiento al proceso de programa de hospital día, el cual se socializara en el comité mensual de autocontrol, generando planes de mejoramiento individuales al personal que no se adhiere al cumplimiento del proceso hospital día. Las 6 personas corresponde a los profesionales : Médico Psiquiatra, enfermera jefe, Auxiliar de enfermería, Terapeuta ocupacional, Psicología y Trabajo social.	Numero de personas involucradas en el proceso que dan cumplimiento al mismo/ Numero Total de personal que interviene en el proceso de hospital día Linea Base: 0 Meta: Las 6 personas deben ejecutarlo en la forma correcta.	Coordinador y Auditora de Unidad Mental

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
33 (Septiembre 2017)	MANUAL DE ENFERMERIA	Error en la administración de medicamentos.	Operativo	5	3	Extrema	Medición de la adherencia a los diez correctos mediante la aplicación de las listas de chequeo y administración segura de medicamentos. Identificación de los oportunidades de mejora priorizadas	5	3	Extrema	Aplicar lista de chequeo de recibo y entrega de turno para verificar la adherencia al procedimiento	Número de listas de chequeo que no cumplen con los criterios en el recibo y entrega de turno/ total de listas de chequeo aplicadas x 100 Línea Base: 0% Meta: Que el 80% cumplan con la adherencia al manual de enfermería Número de criterios cumplidos de los procedimientos de enfermería/No. Total de criterios evaluados de los procedimientos de enfermería x 100	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
34 (Septiembre 2017)	MANUAL DE ENFERMERIA	Flebitis infecciosas	Operativo	5	3	Extrema	Medición de la adherencia al Manual de enfermería mediante lista de chequeo a la canalización y mantenimiento del acceso venoso periférico.	5	3	Extrema	Aplicar lista de chequeo aleatoria para verificación de los 10 correctos, verificación búsqueda activa de flebitis, aplicar lista de chequeo para verificar adherencia al procedimiento de canalización	Número de pacientes con flebitis/ Total de pacientes hospitalizados x 100 Línea Base: 0% Meta: 1%	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
35 (Septiembre 2017)	MANUAL DE ENFERMERIA	Caida de pacientes con lesión	Operativo	5	3	Extrema	Medición de adherencia a la prevención de caídas a través de listas de chequeo aplicadas de forma aleatoria.	5	3	Extrema	Aplicar lista de chequeo de caídas de pacientes	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización Cociente entre el número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo y la sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000. Línea de Base: 0 Meta: 0,5	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
36 (Septiembre 2017)	MANUAL DE ENFERMERIA	Úlceras Por Presión- UPP	Operativo	5	3	Extrema	Medición de adherencia a la prevención de úlceras por presión a través de listas de chequeo aplicadas de forma aleatoria.	5	3	Extrema	Aplicar de la lista de chequeo de úlceras por presión	Tasa de úlceras por presión Cociente entre el número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución y la sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000. Línea de Base: 0 Meta: 1	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
37. (Diciembre 2017)	ATENCION DEL USUARIO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO EN SALAS DE CIRUGIA	Infecciones en el sitio operatorio del usuario Ambulatorio.	Operativo	5	5	Extrema	Seguimiento a la adherencia del protocolo de higienización de manos y preparación de área operatoria	5	5	Extrema	Aplicar lista de chequeo de llamado en casa de cirugía segura del usuario ambulatorio Participación en el comité de infecciones	Número de ISO identificadas/No. Total de paciente que ingresaron a salas de cirugía Línea Base: 0 Meta: 3% de pacientes con ISO	Coordinador de cirugía Personal de Enfermería
38. (Diciembre 2017)	ATENCION DEL USUARIO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO EN SALAS DE CIRUGIA	Administración inadecuada de medicamentos	Operativo	4	4	Extrema	Verificación de la Adherencia a los diez correctos en la administración medicamentos	4	4	Extrema	Aplicar lista de chequeo del procedimiento de administración de medicamentos segura	No. de pacientes reportados con inadecuada administración de medicamentos/No. Total de lista de chequeo de administración de medicamentos aplicadas Línea Base: 0 Meta: el 1% de sucesos de seguridad reportados por administración de seguridad de medicamentos	Coordinador de Cirugía Coordinadora de enfermería

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
39. (Diciembre 2017)	ATENCION DEL USUARIO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO EN SALAS DE CIRUGIA	Falla en la identificación del paciente, muestras y lateralidad quirúrgica	Operativo	2	4	Alta	Aplicación de lista de chequeo de Cirugía segura Medir adherencia a la aplicación de la lista de chequeo	2	4	Alta	Aplicar la lista de chequeo de cirugía segura Medir adherencia a la aplicación de las barreras del programa de seguridad del paciente	No. de listas de chequeo diligenciadas correctamente/ No. Total de pacientes atendidos Línea Base: 0 Meta: 100% de listas diligenciadas correctamente	coordinador de Salas de cirugía Profesional especializado
40 (Septiembre 2017)	MANUAL BUENAS PRÁCTICAS DE ESTERILIZACIÓN	Daños en los equipos de esterilización por falta de mantenimiento preventivo y/o correctivo	Operativo	4	5	Extrema	Verificación al cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento preventivo y/o correctivo	4	5	Extrema	Realizar seguimiento al cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento preventivo y/o correctivo	Número de mantenimientos preventivos y/o correctivos / Total de mantenimientos preventivos y/o correctivos programados x 100 Línea Base: 0 Meta: Cumplir con el 100% de los mantenimientos preventivos y/o correctivos programados	Lider de esterilización
41 (Septiembre 2017)	MANUAL BUENAS PRÁCTICAS DE ESTERILIZACIÓN	Falla en el proceso de esterilización por desconocimiento de los procedimientos de esterilización del personal	Operativo	4	3	Alta	Actualización del Manual de Buenas Practicas de esterilización y socialización al personal de la Unidad de Esterilización	4	3	Alta	Realizar la actualización y respetiva socialización del Manual de Buenas Prácticas de esterilización con el personal de la unidad	Documento actualizado Número de colaboradores capacitados/ Total de colaboradores de la unidad de esterilización x 100 Línea Base: 0 Meta: Capacitar al 100% de los colaboradores en el Manual de Buenas prácticas de Esterilización	Lider de esterilización
42 (Septiembre 2017)	MANUAL BUENAS PRÁCTICAS DE ESTERILIZACIÓN	Inoportunidad en los tiempos de esterilización por cortes en el sistema de vapor no comunicado en a la unidad funcional con el sistema de vapor	Operativo	4	4	Extrema	Solicitar a recursos físicos las fechas en las cuales van a realizar el corte en el sistema de vapor	4	4	Extrema	Enviar oficio solicitando se informe por anticipado cuando se va a realizar los cortes en el sistema de vapor	Oficio enviado a Recursos Físicos Línea Base: 0 Meta: Conocer los días en los cuales se presenta el corte en el sistema de vapor	Lider de esterilización Jefe de Recursos Físicos
43 (Septiembre 2017)	MANUAL BUENAS PRÁCTICAS DE ESTERILIZACIÓN	Pérdida del instrumental y material de osteosíntesis por no contar con el profesional idóneo para la recepción y verificación del material	Operativo	4	5	Extrema	Gestionar el personal necesario para la recepción del instrumental y material de osteosíntesis	4	5	Extrema	Enviar solicitud a talento humano y subgerencia tecnico científica para el contar con el personal idóneo en los turnos de la tarde y de la noche	Solicitud de requerimiento de recurso humano a talento humano y subgerencia tecnico-científica. Línea Base:0 Meta: Contar con los profesionales idóneos para dicha labor	Lider de esterilización
44 (Octubre 2017)	SALA DE PARTOS	Caida de la usuaria por levantarse de la cama y deambular hacia el baño sin acompañamiento	Operativo	5	4	Extrema	Disponer de un sistema de llamado en la cama que le permita a la paciente llamar al personal de enfermería cuando lo requiera.	5	4	Extrema	Dar cumplimiento al programa de seguridad del pte aprobado institucionalmente, iniciando con un diagnóstico de las necesidades del servicio orientadas por la líder del programa de seguridad del paciente realizando la gestión para lograr disponer de los diferentes elementos, en este caso que se ubiquen sistemas de llamado luminoso para enfermería en las camas y mejorar la iluminación.	Número de caídas de usuaria en el mes/ total de usuarias ingresadas en el mes x 100. Línea Base: 0 Meta: Disminuir en un 5% mensual las caídas de las usuarias en el servicio.	Enfermera jefe

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
45 (Octubre 2017)	SALA DE PARTOS	Confusion o extravio de un neonato	Operativo	2	5	Extrema	Verificacion aleatoria del cumplimiento de identificacion del recién nacido.	2	5	Extrema	Realizar una verificación semanal a través de una lista de chequeo sobre identificación redundante del recién nacido, los resultados serán socializados en la reunión de subcomité de autocontrol mensual, con la implementación de planes de mejora individual sino se da cumplimiento al mismo. Estas listas se conservarán en la carpeta de riesgos del servicio.	Número de recién nacidos o neonatos con identificación redundante completa según la aplicación de la lista de verificación en el mes/número de recién nacidos a los que se les aplicó la lista de verificación en el mes. Linea Base: 0 Meta: 100% de los recién nacidos auditados cuenten con identificación redundante.	Enfermera jefe
45.1. (Octubre 2017)	SALA DE PARTOS	Perdida de un neonato	Operativo	1	5	Alta	Contar con un sistema de seguridad en las puertas que limiten el acceso al servicio y sistemas de marcas de vigilancia permanente ubicadas en sitios específicos de ingreso al servicio y de ingreso a la sala de neonatos.	1	5	Alta	Solicitar a la Gerencia y a la Subgerencia Administrativa la necesidad de implementar sistemas de seguridad y de vigilancia a través de cámaras para garantizar la custodia de los recién nacidos en sala de partos, realizar el seguimiento en forma mensual hasta su instalación.	Número de recién nacidos perdidos en el mes. Linea Base: 0 Meta: 0 recién nacidos perdidos	Enfermera jefe
46 (Febrero 2018)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE UCI NEONATAL	Broncoaspiración de pacientes	Operativo	1	4	Alta	El procedimiento se debe realizar por la jefe de enfermería del servicio, Terapeuta respiratoria o Pediatra.	1	4	Alta	Realizar el procedimiento de acuerdo a los lineamientos establecidos. Verificar a través de registros clínicos que el peso de la sonda sea realizado por parte del personal responsable del procedimiento	Número de eventos adversos relacionados con Broncoaspiración de pacientes / Numero total de pacientes con sonda para alimentación hospitalizados en el periodo. Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 0% los casos o eventos adversos relacionados con Bacteremias.	Coordinador médico/Jefe del servicio/Terapeuta Respiratoria
47 (Febrero 2018)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE UCI NEONATAL	Bacteremias asociada al cateter venoso	Operativo	3	4	Extrema	Capacitación y educación de los protocolos para la Inserción de cateter centrales y protocolo de higienización de manos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos Neonatal.	3	4	Extrema	Elaborar un cronograma de capacitación. Ejecutar lo programado, verificando a través de una evaluación el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta información para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto. solicitar al grupo de seguridad el resultado de las rondas de seguridad.	Número de eventos adversos relacionados con Bacteremias en pacientes con cateter central venoso / Numero total de pacientes con cateter central venoso . Linea Base: 0 Meta: máximo 1 evento en el semestre	Coordinador médico
48 (Febrero 2018)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE UCI NEONATAL	Flebitis	Operativo	3	3	Alta	Capacitar sobre medicamentos irritantes y viscosantes al personal de enfermería, para que al momento de cumplir las ordenes medicas utilice la via adecuada. Capacitación y educación de los protocolos para la Inserción de cateters y protocolo de higienización de manos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos Neonatal.	3	3	Alta	Elaborar un cronograma de capacitación, con la selección adecuada de los temas, ejecutar lo programado, verificando a través de una evaluación el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta información para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto. solicitar al grupo de seguridad el resultado de las rondas de seguridad.	Número de eventos adversos relacionados con flebitis / Numero total de pacientes hospitalizados en el servicio. Linea Base: 0 Meta: Máximo 1 evento en el trimestre	Enfermera Jefe
49 (Febrero 2018)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO	Broncoaspiración de pacientes	Operativo	3	4	Extrema	El procedimiento se debe realizar por la jefe de enfermería del servicio, Terapeuta respiratoria o Pediatra.	3	4	Extrema	Realizar el procedimiento de acuerdo a los lineamientos establecidos. Verificar a través de registros clínicos que el peso de la sonda sea realizado por parte del personal responsable del procedimiento	*Número de eventos adversos relacionados con Broncoaspiración de pacientes / Numero total de pacientes hospitalizados en el periodo. Linea Base: 0 Meta: tener 0 casos o eventos adversos relacionados con broncoaspiración.	Coordinador médico/ Terapeuta respiratoria/enfermera del servicio

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
50 (Febrero 2018)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO	Infección asociada a dispositivos médicos (cateteres venoso central, sondas vesical, cateter de inserción periférica)	Operativo	5	4	Extrema	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos PEDIATRICO-	5	4	Extrema	Elaborar un cronograma de capacitación, con la selección adecuada de los temas . Ejecutar lo programado, verificando a través de una evaluación el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta información para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto. Aplicar lista de chequeo para los procedimientos (cateter venoso central, líneas arteriales, sondas vesicales) Realizar retroalimentación por parte del coordinador de la unidad a los cirujanos pediatras respecto a la inserción de los cateteres centrales en la región femoral ya que se tiene identificado que aumenta el riesgo de infecciones.	Número de eventos adversos relacionados con infecciones asociadas a dispositivos médicos / Numero total de pacientes con dispositivos invasivos . Linea Base: 6 casos en el año Meta: Disminuir a 2 casos o eventos adversos relacionados con infección de dispositivos médicos al año.	Coordinador médico/enfermera del servicio/auxiliar de enfermería
51 (Febrero 2018)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO	Caída de pacientes	Operativo	1	4	Alta	Evaluación continua de la escala de Downton, Educar al familiar sobre las medidas preventivas, realizar capacitaciones al personal de la unidad sobre protocolos para prevención de caídas.	1	4	Alta	Evaluación continua de la escala de Downton (durante el proceso de atención), Educar al familiar sobre las medidas preventivas, realizar capacitaciones al personal de la unidad sobre protocolos para prevención de caídas. verificar que el usuario cuente con la manilla de riesgo de caídas al ingreso y durante su estancia en el servicio.	Número de eventos adversos relacionados con caída de pacientes / Numero total de pacientes hospitalizados en el servicio. Linea Base: 0 Meta: tener 0 los casos o eventos adversos relacionados con caídas.	Coordinador médico/ Enfermera Jefe/auxiliar enfermería
52 (Octubre 2017)	ATENCIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICO	Neumonía asociada a la ventilación mecánica por no adherencia a los protocolos para la prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica	Operativo	5	4	Extrema	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos	5	4	Extrema	Elaborar un cronograma de capacitación, con la selección adecuada de los temas, ejecutar lo programado, verificando a través de una evaluación el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta información para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto.	Numero de Neumonias mensuales asociadas a la ventilación mecánica por no cumplir con el protocolo de prevención en pacientes, presentadas en pacientes intubados en el servicio o de lo que ingresan intubados y llevan mas de 72 horas hospitalizados. Linea de base: 0 Meta: Disminuir en un 10 % mensual la presentación de neumonias	Coordinador médico
53 (Octubre 2017)	ATENCIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICO	Bacteremias asociada al cateter venoso central	Operativo	3	3	Alta	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos	3	3	Alta	Elaborar un cronograma de capacitación, con la selección adecuada de los temas, ejecutar lo programado, verificando a través de una evaluación el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta información para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto.	Número de Bacteremias en pacientes asociadas a cateter venoso central. Niveles de segregación: 1- Ptes a quienes se les realiza inserción de sonda vesical en la unidad. 2-Ptes que ingresan con sonda vesical y presentan la infección luego de 72 horas de su ingreso. 3-Pte que 72 horas después de su egreso presenta sintomatología infecciosa asociado al sonda vesical. priors al ingreso o 72 horas posteriores al egreso de la unidad o a quienes se les realiza el paso de cateter dentro del servicio. Linea Base: 0% Meta: Disminuir en un 10% la presentación mensual de Bacteremias	Coordinador médico
54 (Octubre 2017)	ATENCIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICO	Infecciones Urinarias producidas por sondas vesicales	Operativo	4	3	Alta	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos	4	3	Alta	Elaborar un cronograma de capacitación, con la selección adecuada de los temas, ejecutar lo programado, verificando a través de una evaluación el conocimiento adquirido al respecto, luego analizar esta información para identificar las probables falencias en el tema para reforzar en este aspecto.	Número de Infecciones urinarias asociadas a sondas vesicales. Niveles de segregación: 1- Ptes a quienes se les coloca el cateter en la unidad. 2-Ptes que ingresan con cateter venoso central y presentan la infección luego de 72 horas de su ingreso. 3-Pte que 72 horas después de su egreso presenta sintomatología infecciosa asociado al cateter venoso central. priors al ingreso o 72 horas posteriores al egreso de la unidad o a quienes se les realiza el paso de cateter dentro del servicio. Linea Base: 0% Meta: Disminuir en un 10% la presentación mensual de Bacteremias	Coordinador médico
55 (Octubre 2017)	ATENCIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICO	Neumotorax por el paso de cateter venosos central	Operativo	4	3	Alta	Actualizar el protocolo de paso de cateter venoso central, donde se incluye el uso del ecografo, y darle aplicación.	4	3	Alta	Todo cateter venoso central, debe de ser pasado con apoyo de ecografo, verificando su cumplimiento en la lista de chequeo aplicada, la cual queda como soporte en la historia clinica.	Número de neumotorax presentados durante el paso de cateter venoso central/ total de pasos de cateteres venosos centrales * 100 nivel de segregación: Neumotorax paso de cateter con ayuda ecografica - Neumotorax x paso de cateter sin ayuda ecografica. Linea Base: 0% META: Disminuir en un 5% mensual la presentación de neumotorax en pacientes en los cuales se utiliza el ecografo durante el paso de cateter venoso central.	Coordinador médico

0
0

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
56 (Octubre 2017)	ATENCIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICO	Flebitis química asociadas a medicamentos	Operativo	4	2	Alta	Capacitar sobre medicamentos irritantes y viscosantes al personal de enfermería, para que al momento de cumplir las ordenes medicas utilice la via adecuada.	4	2	Alta	Ayudas audiovisuales en el servicio que permitan identificar rapidamente la via de administracion de los medicamentos, en esto caso los viscosantes o irritantes. Dar cumplimiento con el plan de mejoramiento generado en los casos en que se presenten estas flebitis, liderado por el programa de Seguridad del paciente y Epidemiologia	0 flebitis químicas Linea Base: 0% META: Disminuir a 0% la presentación de casos por flebitis química en el mes.	Enfermera Jefe
57 (Febrero 2017)	ATENCION UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Rechazo al trasplante por la no adherencia del paciente a la terapia inmunosupresora	Operativo	5	5	Extrema	Capacitar continuamente a pacientes y familia sobre cuidados y adherencia al tratamiento	5	5	Extrema	Capacitar mensualmente sobre autocuidados, adherencia al tratamiento y signos de alarma	Numero de capacitaciones realizadas/ total de capacitaciones programadas Linea base: 0 Meta: capacitar el 50% de los usuarios trasplantados	Jefe de Enfermería Auxiliar Operativa
57.1 (Febrero 2017)	ATENCION UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Rechazo al trasplante por la inoportunidad en la entrega de los medicamentos por parte de la EPS	Cumplimiento	5	5	Extrema	Capacitar para sensibilizar a los directivos de las EPS y entes jurídicos de la importancia de la entrega del tratamiento adecuado y oportuno a los usuarios trasplantados.	5	5	Extrema	Capacitar a los directivos y/o delegados de las EPS y entes jurídicos SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ENTREGA DEL TRATAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO A LOS USUARIOS TRASPLANTADOS y para generar estrategias de solución a la inoportunidad en la entrega de medicamentos.	Numero de capacitaciones realizadas/ total de capacitaciones programadas Linea base: 0 Meta: Capacitar el 30% de las EPS	Jefe der Enfermería Coordinador del Servicio
57.2 (Febrero 2017)	ATENCION UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Rechazo al trasplante por la inoportunidad en la entrega de los medicamentos por parte de la EPS	Cumplimiento	5	5	Extrema	Realizar reunión con los líderes de Unidades Especiales y Mercado para estudiar la viabilidad de la entrega de los medicamentos por parte de la institución para la disminución de los rechazos al trasplante por inoportunidad en la entrega de medicamentos por parte de la EPS	5	5	Extrema	Realizar reunión con el análisis de la viabilidad de la entrega de medicamentos a los usuarios trasplantados y las posibles estrategias para disminuir la inoportunidad por parte de las EPS	Acta de reunión con las estrategias planteadas Linea base: 0 Meta: Implementar 50% de la estrategia concertada Observación: esta reunión se realizará anual	Jefe der Enfermería Coordinador del Servicio
58 (Marzo 2017)	ATENCION UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Incumplimiento a la norma 1995 y politica de seguridad de la información relacionado con no contar con una historia clinica digitalizada en usuarios pre trasplante	Cumplimiento	5	3	Extrema	Solicitar a la Oficina de Sistemas para incluir la valoración pre-trasplante en el software institucional de la historia clínica	5	3	Extrema	Realizar reunión con el Lider de Sistemas de información hospitalario para reportar las necesidades de incluir e implementar la historia clinica pretrasplante	Acta de reunión Historia Clínica Pretrasplante Linea Base: 0 Meta: Que el 100% de las historias clinicas del usuario pretrasplante esten digitalizadas en el software institucional	Jefe der Enfermería Coordinador del Servicio
58.1 (Marzo 2017)	ATENCION UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Incumplimiento a la norma 1995 y politica de seguridad de la información relacionado con no contar con una historia clinica digitalizada en usuarios pre trasplante	Operativo	5	3	Extrema	Gestionar para la consecución del escaner	5	3	Extrema	Diligenciar y entregar oficio y el formato de requerimiento para la consecución del escaner para la unidad de trasplante Renal	Oficio y formato de requerimiento gestionado . Linea base: 0 Meta: Consecución del escaner	Jefe der Enfermería Coordinador del Servicio

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
59 (Agosto 2017)	ATENCIÓN EN LA UNIDAD RENAL AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	No cumplimiento de guías y protocolos institucionales	Cumplimiento	3	4	Extrema	Seguimiento a los registros de historias clínicas, donde se verifique el cumplimiento de los protocolos y guías socializadas.	3	4	Extrema	Realizar auditoría (aplicar lista de chequeo) a 25 historias clínicas semanales de pacientes atendidos en el servicio, para verificar el cumplimiento de las guías y protocolos.	Numero de historias clínicas con cumplimiento de protocolos y guías/ 25 historias clínicas auditadas semanalmente x 100 Línea Base: 0 Meta: El 100% de las historias clínicas revisadas deben cumplir con los protocolos y guías institucionales aprobadas y socializadas.	Coordinadora Médica Unidad Renal - Médico General y/o Auditor del servicio.
60 (Agosto 2017)	ATENCIÓN EN LA UNIDAD RENAL AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	Infecciones asociadas al cuidado de la salud	Operativo	4	3	Alta	Incentivar el reporte de eventos adversos e incidentes en el personal asistencial de la Unidad Renal	4	3	Alta	Analizar en los comités de autocontrol de todos y cada uno de los eventos e incidentes presentados en el servicio que afecten la salud del paciente, elaborando el plan de mejoramiento y su implementación al interior del servicio, se toma como fuente de información también el libro de entrega de turno de enfermería.	Número de eventos o incidentes analizados y con plan de mejoramiento en ejecución durante el mes / Número de eventos e incidentes identificados en el servicio por mes x 100 Línea Base: 0 Meta: El 80% de los eventos e incidentes presentados cuenten con plan de mejoramiento implementado.	Coordinadora Administrativa Unidad Renal
61 (Agosto 2017)	ATENCIÓN EN LA UNIDAD RENAL AMBULATORIO Y HOSPITALARIO	No manejar un registro institucional en los servicios que permita conocer lo que ocurrió durante la estadía del usuario en el servicio de unidad Renal.	Operativo	5	5	Extrema	Dar a conocer a al servicio a cargo del usuario lo que se le realizo al paciente a través de una nota rápida en la historia clínica digital.	5	5	Extrema	Gestionar a través de una solicitud a Sistemas de Información la disponibilidad de códigos de acceso a la historia clínica digital por parte del personal de enfermería de la unidad renal, de forma que se pueda consignar la evolución del paciente mientras estuvo en el servicio en el procedimiento de Terapia de reemplazo renal.	Numero de historias clínicas con nota de evolución consignada en la historia clínica digital/ 25 historias clínicas auditadas semanalmente x 100 Línea Base: 0 Meta: El 100% de las historias clínicas revisadas deben contar con una nota de enfermería de egreso del servicio.	Enfermera jefe Unidad Renal
62 (Enero 2018)	ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Cancelación de citas	Operativo	5	3	Extrema	Verificación vía telefónico o vía email de la preparación del usuario para el procedimiento asignado	5	3	Extrema	Confirmar por vía telefónica o vía email de la preparación del usuario para el procedimiento asignado, se consignara la información y la persona a quien se entrega dicha información.	Número de cancelación de citas por mala preparación / total de procedimientos asignados x 100 Línea Base: 0 Meta: Las cancelaciones por mala preparación sea menor o igual al 5%.	Enfermero(a) Jefe y/o Delegado
62.1 (Enero 2018)	ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Cancelación de citas	Operativo	3	3	Alta	Verificación de las autorizaciones generadas por parte de las E.A.P.B. al momento de asignar la cita	3	3	Alta	Realizar verificación de la orden médica v/s autorización de la E.A.P.B. previa asignación de la cita.	Número de cancelación de citas por Error en la autorización del procedimiento / total de procedimientos asignados x 100 Línea Base: 0 Meta: Las cancelaciones por mala preparación sea menor o igual al 5%.	Auxiliar Administrativo
62.2 (Enero 2018)	ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Cancelación de citas	Operativo	4	3	Alta	Planeación de las actividades de los subespecialistas y reprogramación de cita (anticipar la atención del usuario)	4	3	Alta	Reprogramar la atención del usuario de acuerdo a la oferta disponible de mano de obra en la institución.	Número de cancelación de citas por falta de subespecialistas / total de procedimientos asignados x 100 Línea Base: 0 Meta: Que las cancelaciones por falta de subespecialistas sea menor al 5%.	Enfermero(a) Jefe y/o Delegado

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
63 (Enero 2018)	ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Entrega de informe y/o cineangiograma al usuario equivocado	Operativo	4	5	Extrema	Verificar los datos del informe y/o imágenes antes de entregarlo al usuario	4	5	Extrema	Verificar que las imágenes guardadas y procesadas correspondan a los pacientes. Capacitar al personal auxiliar de enfermería en la grabación y marcación de los CD.	Número de imágenes entregadas erróneamente / Total de imágenes entregadas x 100. Linea Base:0 Meta: Que se entregue el 0% de imágenes al usuario equivocado.	Enfermero(a) Jefe
64 (Enero 2018)	ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Error en la administración de medicamentos	Operativo	3	5	Extrema	Medir adherencia a la administración segura de medicamentos donde incluya los 10 correctos	3	5	Extrema	Aplicación de la lista de chequeo de administración segura de medicamentos.	Número total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos detectados en el periodo / Número total de usuarios atendidos en el periodo x 100. Linea base : 0 Meta: Disminuir la aplicación de medicamentos erróneamente en un 5%.	Enfermero(a) Jefe, Anestesiólogo y/o Delegado
65 (Enero 2018)	ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	No realización del procedimiento	Operativo	5	5	Extrema	Verificar el listado de stock de los medicamentos, hemoderivados y/o dispositivos cardiovasculares remitido por farmacia	5	5	Extrema	Validar la existencia de los medicamentos, hemoderivados y/o dispositivos cardiovasculares requeridos para la realización del procedimiento pasando un listado de forma semestral de los necesarios a tener en el stock a farmacia. Verificar el cumplimiento del mantenimiento preventivo de los equipos, reportar oportunamente las fallas presentadas en los equipos.	Número de listados de stock validados en el periodo. Linea Base: 0 Meta: Que se valide el 100% de los listados de stock remitidos por farmacia.	Coordinador Unidad Cardiovascular y/o Delegado
66 (Enero 2018)	ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Eventos adversos relacionados con los procedimientos	Operativo	5	4	Extrema	Medir adherencia a los protocolos, guías y procedimientos institucionales	5	4	Extrema	Aplicación de la lista de chequeo mensual para medir adherencia a los protocolos, guías y procedimientos institucionales.	Número de listas de chequeo elaboradas / total de procedimientos realizados x 100. Linea base: 0 Meta: Que al 100% de los procedimientos que se realizan en la unidad cardiovascular se les aplique lista de chequeo.	Enfermero(a) Jefe
67 (Enero 2018)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CANCEROLOGIA	No cumplimiento de guías y protocolos institucionales	Cumplimiento	3	4	Extrema	Seguimiento a los registros de historias clínicas, donde se verifique el cumplimiento de los protocolos y guías socializadas.	3	4	Extrema	Actualizar guías, protocolos y procedimientos de la unidad de oncología. Socializar las guías, protocolos y procedimientos actualizados de la unidad de oncología. Realizar auditoría (aplicar lista de chequeo) a 18 historias clínicas mensuales de pacientes atendidos en el servicio, para verificar el cumplimiento de las guías y protocolos.	Guías, protocolos y procedimientos actualizados Linea Base: 0 Meta: Actualizar de acuerdo a las necesidades del servicio de la Unidad de Oncología las guías, protocolos y procedimientos. No. de guías, protocolos y procedimientos socializados en la Unidad de Oncología/No. Total de Guías, protocolos y procedimientos de la Unidad de Oncología Linea Base: 0 Meta: Socializar el 100% guías, protocolos y procedimientos de las que requiera actualizarse. Número de historias clínicas con cumplimiento de protocolos y guías/ Total historias clínicas auditadas Mensual x 100 Linea Base: 0 Meta: Las historias clínicas auditadas que se evidencie la adherencia DEL 90% en sus guías, protocolos y procedimientos de la Unidad de Oncología.	Coordinadora Médico de la Unidad de Oncología - Médico General y/o Auditor del servicio.
68 (Febrero 2018)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CANCEROLOGIA	No contar con historia clínica del software Institucional en el servicio de Oncología.	Operativo	5	5	Extrema	Gestionar y realizar seguimientos de los requerimientos de la solicitud de la historia clínica del software institucional con toda la evidencia dando a conocer las necesidades del servicio de la unidad de oncología.	5	5	Extrema	Realizar los requerimientos de la solicitud de la historia clínica en el software institucional Gestionar y hacer el seguimiento a la solicitud del software institucional apoyándose en los reportes de los sucesos de seguridad relacionados con la historia clínica.	Requerimientos radicados y los reportes de los sucesos de seguridad relacionados con la historia clínica. Linea Base: 0 Meta: Realizar el seguimiento al 100% de las solicitudes radicadas.	Coordinador Unidad de Oncología Enfermeras Unidad Oncológica

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
69 (Febrero 2018)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CANCEROLOGIA	Cancelación de citas.	Operativo	5	3	Extrema	Seguimiento telefónico a la preparación del usuario para el procedimiento asignado o cuando desmejore su condición	5	3	Extrema	Confirmar por vía telefónica de la preparación del usuario para el procedimiento asignado o de su condición en salud	Número de cancelación de citas por mala preparación / total de procedimientos asignados x 100 Línea Base: 4 Meta: Las cancelaciones por mala preparación sea menor al 1%	Auxiliar de enfermería
69.1. (febrero 2018)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CANCEROLOGIA	Cancelación de citas.	Operativo	5	3	Extrema	Previa verificación de las autorizaciones generadas por parte de las EPS al momento de asignar la cita	5	3	Extrema	Realizar verificación de la orden medica v/s autorización de la EPS el día asignación de la cita por el auxiliar administrativo de facturación.	Número de cancelación de citas por Error en la autorización del procedimiento y/o consulta / total de procedimientos y/o consultas asignados x 100 Línea Base: 0 Meta: Las cancelaciones por error de la autorización serán menor al 10%	Auxiliar administrativo de facturación Auxiliar de enfermería Enfermera jefe
69.2. (febrero 2018)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CANCEROLOGIA	Cancelacion de citas	Tecnología	5	5	Extrema	Verificación del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos	5	5	Extrema	Realizar seguimiento al cronograma del mantenimiento preventivo a los equipos biomédicos Reportar el daño de los equipos de forma inmediata al a biomédicas. Realizar gestión inmediata a la corrección del daño del equipo.	Número de citas canceladas por daño del equipo /total de citas programadas en el mes Línea Base: 0 Meta:Las cancelaciones por daño de los equipos seran menor al 20%	Biomedica y coordinador de la unidad de cancerologia
69.3. (febrero 2018)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CANCEROLOGIA	Cancelacion de las citas	Operativo	5	5	Extrema	Seguimientos de las solicitudes de los medicamentos	5	5	Extrema	Notificar inmediata de la no existencia de los medicamentos al área de unidad de cancerologia. Realizar seguimiento de la solicitud or arte del profesional de apoyo	Número de citas canceladas por falta de medicamentos /total de citas programadas en el mes Línea Base: 0 Meta:Las cancelaciones por falta de medicamentos serán menor al 10 %	Regente de farmacia coordinador de la unidad de cancerologia
70. (Agosto de 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA AMBULATORIO-HOSPITALIZACIÓN	Fallas en los equipos biomédicos utilizados para la realización de procedimientos y estudios diagnósticos.	Operativo	3	3	Alta	*Atención oportuna por parte de la Oficina encargada para el mantenimiento correctivo de equipos biomédicos. *Estandarizar el proceso de adquisición de insumos para los Equipos de la Unidad Funcional.	3	3	Alta	*Verificar que se entregue cronograma para verificar que se realice el mantenimiento de acuerdo al cronograma. *Archivar e informar si se encuentran observaciones de incumplimiento a la actividad.	Número de informes de mantenimientos preventivos presentados / Total de Manenimiento preventivos efectuados x 100 Línea Base: 0 Meta: Que el 100% de los informes de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos se evidencie.	Enfermera jefe especializada
71. (Agosto de 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA AMBULATORIO-HOSPITALIZACIÓN	Error en la entrega de resultados.	Operativo	1	4	Alta	*Capacitación y entrenamiento del personal a procedimientos de recepción y entrega de resultados. *Verificar que la información consignada en la orden médica para realizar el electrodiagnóstico coincida con la información de cada usuario.	1	4	Alta	*Realizar la identificación correcta del usuario. *Solicitar la ficha de soporte de entrega de resultados. *Realizar retroalimentación de la información.Realizar registro. Hacer firmar y escribir parentesco.	Número de resultados entregados de manera errónea/ total de resultados generados por 100. Línea Base: 0 Meta: que el 0% del estudio realizado en la unidad de neurofisiología se entreguen de manera errónea.	Enfermera jefe especializada

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
72 (Enero 2017)	BANCO DE SANGRE	No obtención de unidad de sangre total por flebotomía incompleta	Operativo	4	2	Alta	Resocializar el procedimiento de flebotomía	4	2	Alta	Socializar el procedimiento de Flebotomías con el personal de banco de sangre	Número de colaboradores asistenciales capacitados en el procedimiento de flebotomía/ total de colaboradores asistenciales de Banco de sangre x 100 Línea Base: 0% Meta: 100% de colaboradores asistenciales capacitados en el procedimiento de flebotomía Observación: La resocialización del procedimiento de Flebotomía se hará una al año.	Bacteriólogo (a)
72.1 (Enero 2017)	BANCO DE SANGRE	No obtención de unidad de sangre total por flebotomía incompleta	Operativo	4	2	Alta	Monitoreo de las flebotomías incompletas por técnica	4	2	Alta	Elaborar y analizar el informe mensual generando acciones correctivas si aplica.	Número de flebotomías incompletas por técnica/ total de flebotomías completas x 100 Línea Base: 2% Meta: Disminuir al 1.5% las flebotomías incompletas	Bacteriólogo (a)
73 (Mayo 2017)	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Falta de oportunidad en la asignación de la cita para la realización de los procedimientos.	Operativo	4	3	Alta	Realizar gestión a través de la solicitud del requerimiento institucional de apoyo o de producto	4	3	Alta	Realizar el seguimiento de las solicitudes de requerimiento institucional de apoyo o de producto	Número de solicitudes gestionadas Línea Base: 0 Meta: El 100% de las solicitudes gestionadas	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
73.1 (Mayo 2017)	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Falta de oportunidad en la asignación de la cita para la realización de los procedimientos.	Operativo	5	5	Extrema	Solicitud de requerimiento del programa de mantenimiento con la casa matriz del equipo.	5	5	Extrema	Realizar seguimiento y monitoreo del cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos y solicitud de requerimiento institucional para la compra del producto necesario.	Número de mantenimientos realizados/ número total de mantenimientos programados x 100 Línea Base: 0 Meta: Cumplir con el 100% de los mantenimientos programados	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
74 (Mayo 2017)	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	3	5	Extrema	análisis del caso (incidente o evento adverso) en reunión de autocontrol con el apoyo del par académico	3	5	Extrema	Realizar el análisis de los eventos adversos en las reuniones de autocontrol para realizar las correcciones a las desviaciones detectadas	Número de eventos adversos analizados /número de eventos adversos reportados x100 Línea Base: 0 Meta: Analizar el 100% de los eventos adversos que se presenten.	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
74.1 (Mayo 2017)	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	5	5	Extrema	Aplicación de los correctos, capacitación en seguridad del paciente, medición de la adherencia análisis del caso en reunión de autocontrol, realizar, plan de mejoramiento en las desviaciones encontradas	5	5	Extrema	Realizar el análisis de los eventos adversos en las reuniones de autocontrol para realizar las correcciones a las desviaciones detectadas	Número de eventos adversos analizados /número de eventos adversos reportados x100 Línea Base: 0 Meta: Analizar el 100% de los eventos adversos que se presenten.	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
74.2 (Mayo 2017)	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	5	5	Extrema	Aplicación de los correctos, capacitación en seguridad del paciente, medición de la adherencia análisis del caso en reunion de autocontrol, realizar, plan de mejoramiento en las desviaciones encontradas	5	5	Extrema	Realizar seguimiento a la adherencia al programa de seguridad del paciente mediante el análisis de los casos que se presenten en las reuniones de autocontrol	Análisis del número de incidentes por la asignación errónea de imágenes radiológicas Linea Base: 0 Meta: Analizar el 80% de los incidentes presentados	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
74.3 (Mayo 2017)	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	4	5	Extrema	Aplicación de los correctos, capacitación en seguridad del paciente, medición de la adherencia análisis del caso en reunion de autocontrol, realizar, plan de mejoramiento en las desviaciones encontradas	4	5	Extrema	Seguimiento a la adherencia al programa de seguridad del paciente mediante el análisis de los casos que se presenten en las reuniones de autocontrol	Análisis del número de incidentes por la realización del procedimiento al paciente incorrecto Linea Base: 0 Meta: Analizar el 80% de los incidentes presentados	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
74.4 (Mayo 2017)	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	4	2	Alta	Aplicación de los correctos, capacitación en seguridad del paciente, medición de la adherencia análisis del caso en reunion de autocontrol, realizar, plan de mejoramiento en las desviaciones encontradas	4	2	Alta	Seguimiento a la adherencia al programa de seguridad del paciente mediante el análisis de los casos que se presenten en las reuniones de autocontrol	Análisis del número de incidentes por la entrega errónea de reportes radiográficos Linea Base: 0 Meta: Analizar el 80% de los incidentes presentados	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
75 (Marzo 2018)	LABORATORIO CLINICO	Muestra de laboratorio mal tomada por no adherencia al proceso de toma de muestras	Cumplimiento	5	3	Extrema	Capacitaciones al personal del area sobre la técnica adecuada para la toma de muestras con posterior seguimiento mensual mediante aplicación de lista de chequeo a todo el personal auxiliar y bacteriólogos	5	3	Extrema	Aplicar lista de chequeo a todo el personal auxiliar y bacteriólogos asignados a la toma de muestras	N° de listas aplicadas con no adherencia al procedimiento de toma de muestras/ número total de listas aplicadas / 100 Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 10% el número de incidentes identificados durante la toma de muestras	Bacteriólogo y/o Coordinador de laboratorio
76 (Marzo 2018)	LABORATORIO CLINICO	Inoportunidad en la entrega de los resultados	Cumplimiento	5	3	Extrema	Verificar en sistema LABCORE el tiempo de validación de resultados Realizar auditoria aleatoria en tiempo real a 1 orden medica por semana	5	3	Extrema	Realizar seguimiento de forma semestral a los indicadores planteados	Número de auditorias en tiempo real con identificación de inoportunidad/ total de auditorias realizadas x 100 Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 10% la inoportunidad en la entrega de resultados en el servicio	Bacteriólogo y/o Coordinador de laboratorio
76.1 (Marzo 2018)	LABORATORIO CLINICO	Inoportunidad en la entrega de los resultados de los exámenes ordenados por daño eventual en equipos	Operativo	5	3	Extrema	Verificación del cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento preventivo de los equipos Reportar oportunamente el daño de los equipos al area de ingeniería biomédica	5	3	Extrema	Revisar las carpetas de mantenimiento preventivo de los equipos de forma mensual Registrar en la carpeta de equipo la hora y fecha en la cual se genera el reporte.	Número de mantenimientos realizados / Total de mantenimientos programados x 100 Linea Base: 0 Meta: Cumplir con el 100% de los mantenimientos preventivos	Bacteriólogo, Coordinador de laboratorio y/o auxiliar

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
77 (Marzo 2018)	LABORATORIO CLINICO	Error en el resultado entregado	Cumplimiento	5	5	Extrema	Realizar un día a la semana selección aleatoria del reporte de los resultados que se entregaran. socializar los hallazgos encontrados en reunión de autocontrol	5	5	Extrema	Realizar un día a la semana selección aleatoria del reporte de los resultados que se entregaran con el fin de verificar previo a la entrega las fallas que se hayan presentado en la digitación de los datos del usuario y resultados. socializar los hallazgos encontrados en reunión de autocontrol	Número de exámenes modificados/ total de exámenes x 10000 Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 10% las incoherencias en los resultados de laboratorio	Coordinador de laboratorio
78 (Enero 2018)	RECEPCIÓN DE MUESTRAS Y ENTREGA DE RESULTADOS (PATOLOGÍA)	No realización del reporte de Patología	Operativo	1	4	Alta	Implementacion cadena de custodia de todas las muestras	1	4	Alta	Implementar libro radicator de ingreso de muestras para confirmación de entrega en cada una de las areas del servicio de Patologia	Proporcion de Muestras con Cadena de Custodia Muestras con cadena de custodia / total de muestras x 100 META: 100% de las muestras registradas en la cadena de custodia Linea base: 0	Coordinador del servicio de patologia
78.1 (Enero 2018)	RECEPCIÓN DE MUESTRAS Y ENTREGA DE RESULTADOS (PATOLOGÍA)	No realización del reporte de Patología	Operativo	1	4	Alta	Retroalimentación al servicio Remitir oficio mensual a la Subgerencia Tecnico cientifica reportando los servicios que incurren en el error.	1	4	Alta	Llevar en un formato de excel el resgistro de las muestras que llegan a patologia mal conservadas, remitiendo mensualmente a la subgerencia tecnica y a las areas involucradas los reportes.	Índice de Informes enviados: numero de informes enviados al año / 12 x 100 META: 12 informes al año Linea Base: 0	Coordinador del servicio de patologia
78.2 (Enero 2018)	RECEPCIÓN DE MUESTRAS Y ENTREGA DE RESULTADOS (PATOLOGÍA)	No realización del reporte de Patología	Operativo	1	4	Alta	verificación en la base de datos de la oportunidad de resultados no validados en el PATCORE	1	4	Alta	Verificar en el PATCORE mensualmente la validación de los reportes	Proporcion de reportes no validados: Número de reportes no validados/ total de reportes emitidos x 100 META: 100% de las muestras registradas en la cadena de custodia Linea Base: 0	Coordinador del servicio de patologia
79 (Enero 2018)	RECEPCIÓN DE MUESTRAS Y ENTREGA DE RESULTADOS (PATOLOGÍA)	Error en la Identificación de la muestra	Operativo	2	4	Alta	Reporte en base de datos de incidentes, seguimiento y analisis de los mismos en reunion de autocontrol	2	4	Alta	Reportar diariamente en la base de datos los incidentes identificados, analizar y gestor dichos casos en el comité de autocontrol estableciendo las estrategias de mejoramiento.	Proporcion de Muestras mal identificadas: Número de muestars mal identificadas / total de muestras x 100 META: 5% de muestras mal identificadas Linea Base: 0	Coordinador del servicio de patologia
79.1 (Enero 2018)	RECEPCIÓN DE MUESTRAS Y ENTREGA DE RESULTADOS (PATOLOGÍA)	Error en la Identificación de la muestra	Operativo	2	4	Alta	Retroalimentación al servicio Remitir oficio mensual a la Subgerencia Tecnico cientifica reportando los servicios que incurren en el error.	2	4	Alta	Llevar en un formato de excel el resgistro de las muestras que llegan a patologia con identificacion erronea o incompleta, remitiendo mensualmente a la subgerencia tecnica y a las areas involucradas los reportes.	Índice de Informes enviados: Número de informes enviados al año / 12 x 100 META: 12 informes al año Linea Base: 0	Coordinador del servicio de patologia

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
80 (Septiembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Incidente o evento adverso en el usuario por daño de equipo biomédico.	Operativo	1	4	Alta	Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo. Revisión del equipo pre y post a la realización del procedimiento.	1	4	Alta	Revisar pre y pos- del equipo; registro en la lista de chequeo , seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo	Número de eventos relacionados con lesión en el usuario por daño en el equipo biomédico/ Total de procedimientos realizados x 100. Linea base:0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
81 (Septiembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Entrega de reporte al usuario equivocado	Operativo	2	4	Alta	Verificar los datos del reporte antes de entregarlo al usuario. Verificar en conjunto con el usuario los resultados y hacer firmar	2	4	Alta	Identificar redundante del usuario y del reporte a entregar, solicitar firma de recibido.	Numero de reporte entregados erroneamente/ Total de de reportes entregados x 100. Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
82 (Septiembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Caidas del usuario de la camilla	Operativo	2	4	Alta	Medición de adherencia a las barreras de seguridad donde incluya la prevención de las caídas, mediante la aplicación de lista de chequeo aleatoria.	2	4	Alta	Verificar el estado de la camilla al momento de recibir el usuario en la unidad de endoscopia y aplicación de las barreras de seguridad según escala de DOWNTON	Número total de caídas de pacientes hospitalizados que se presentan en el periodo./ Número total de usuarios atendidos en el periodo/X1000 Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
83 (Septiembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Broncoaspiración por efectos de sedación	Operativo	2	4	Alta	Verificar el estado de la camilla al momento de recibir el usuario en la unidad. Verificar el cumplimiento del mantenimiento preventivo de las camillas de recuperación de la unidad. Realizar verificación aleatoria de la posición en la que se deja al usuario post procedimiento	2	4	Alta	Mantener elevada la cabecera del usuario una vez salga del procedimiento, verificar el estado de conciencia en el área de recuperación.	Número de usuarios que presentaron broncoaspiración producto de la realización dl procedimiento/ total de procedimientos realizados. Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
84 (Septiembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Error en la administración de medicamentos	Operativo	2	4	Alta	Medir adherencia a la administración segura de medicamentos donde incluya los 10 correctos	2	4	Alta	Aplicar la lista de chequeo de administración segura de medicamentos	Número total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos detectados en el periodo./ Número total de usuarios atendidos en el periodo/X1000 Linea base : 0 Meta: 0%	Anestesiólogo, Enfermera Jefe
85 (Septiembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Inoportunidad en la realización del procedimiento	Operativo	4	2	Alta	Priorización del procedimiento de acuerdo a las necesidades y patología del usuario	4	2	Alta	Revisar HC, y verificación del estado del usuario a través de asistencia directa.	Sumatoria de días entre la solicitud y la realización del procedimiento/ Número total de citas asignadas en la institución durante el mismo periodo. X 1000 Linea base : 8 días Meta: 8 días.	Enfermera Jefe

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
86 (Septiembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	incidente o evento adverso en el usuario por daño de equipo biomédico.	Operativo	1	4	Alta	Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo. Revisión del equipo pre y post a la realización del procedimiento.	1	4	Alta	Revisar pre y pos- del equipo; registro en la lista de chequeo , seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo	Número de eventos relacionados con lesión en el usuario por daño en el equipo biomédico/ Total de procedimientos realizados x 100. Linea base:0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
87 (Septiembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Entrega de reporte al usuario equivocado	Operativo	2	4	Alta	Verificar los datos del reporte antes de entregarlo al usuario. Verificar en conjunto con el usuario los resultados y hacer firmar	2	4	Alta	Identificar redundante del usuario y del reporte a entregar, solicitar firma de recibido.	Numero de reporte entregados errroneamente/ Total de de reportes entregados x 100. Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
88 (Septiembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Caidas del usuario de la camilla	Operativo	2	4	Alta	Medición de adherencia a las barreras de seguridad donde incluya la prevención de las caídas, mediante la aplicación de lista de chequeo aleatoria.	2	4	Alta	Verificar el estado de la camilla al momento de recibir el usuario en la unidad y aplicación de las barreras de seguridad según escala de DOWNTON	Número total de caídas de pacientes hospitalizados que se presentan en el periodo./ Número total de usuarios atendidos en el periodo/X1000 Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
89 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Broncoaspiración por efectos de sedación	Operativo	2	4	Alta	Verificar el estado de la camilla al momento de recibir el usuario en la unidad. Verificar el cumplimiento del mantenimiento preventivo de las camillas de recuperación de la unidad. Realizar verificación aleatoria de la posición en la que se deja al usuario post procedimiento	2	4	Alta	Mantener elevada la cabecera del usuario una vez salga del procedimiento, verificar el estado de conciencia en el área de recuperación.	Número de usuarios que presentaron broncoaspiración producto de la realización dl procedimiento/ total de procedimientos realizados. Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
90 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Error en la administración de medicamentos	Operativo	2	4	Alta	Medir adherencia a la administración segura de medicamentos donde incluya los 10 correctos	2	4	Alta	Aplicar la lista de chequeo de administración segura de medicamentos	Número total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos detectados en el periodo./ Número total de usuarios atendidos en el periodo/X1000 Linea base : 0 Meta: 0%	Anestesiólogo, Enfermera Jefe
91 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Inoportunidad en la realización del procedimiento	Operativo	4	2	Alta	Priorización del procedimiento de acuerdo a las necesidades y patología del usuario	4	2	Alta	Revisar HC, y verificación del estado del usuario a través de asistencia directa.	Sumatoria de días entre la solicitud y la realización del procedimiento/ Número total de citas asignadas en la institución durante el mismo periodo. X 1000 Linea base : 8 días Meta: 8 días.	Enfermera Jefe

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
92 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	incidente o evento adverso en el usuario por daño de equipo biomédico.	Operativo	1	4	Alta	Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo. Revisión del equipo pre y post a la realización del procedimiento.	1	4	Alta	Revisar pre y pos- del equipo; registro en la lista de chequeo, seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo	Número de eventos relacionados con lesión en el usuario por daño en el equipo biomédico/ Total de procedimientos realizados x 100. Linea base:0 Meta: 0%	Enfermera Jefe
93 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Entrega de reporte al usuario equivocado	Operativo	2	4	Alta	Verificar los datos del reporte antes de entregarlo al usuario. Verificar en conjunto con el usuario los resultados y hacer firmar	2	4	Alta	Identificar redundante del usuario y del reporte a entregar, solicitar firma de recibido.	Numero de reporte entregados erróneamente/ Total de de reportes entregados x 100. Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
94 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Caidas del usuario de la camilla	Operativo	2	4	Alta	Medición de adherencia a las barreras de seguridad donde incluya la prevención de las caídas, mediante la aplicación de lista de chequeo aleatoria.	2	4	Alta	Verificar el estado de la camilla al momento de recibir el usuario en la unidad y aplicación de las barreras de seguridad según escala de DOWNTON	Número total de caídas de pacientes hospitalizados que se presentan en el periodo./ Número total de usuarios atendidos en el periodo/X1000 Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
95 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Broncoaspiración por efectos de sedación	Operativo	2	4	Alta	Verificar el estado de la camilla al momento de recibir el usuario en la unidad. Verificar el cumplimiento del mantenimiento preventivo de las camillas de recuperación de la unidad. Realizar verificación aleatoria de la posición en la que se deja al usuario post procedimiento	2	4	Alta	Mantener elevada la cabecera del usuario una vez salga del procedimiento, verificar el estado de conciencia en el área de recuperación.	Número de usuarios que presentaron broncoaspiración producto de la realización del procedimiento/ total de procedimientos realizados. Linea Base:0 Meta:0%	Enfermera Jefe
96 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Error en la administración de medicamentos	Operativo	2	4	Alta	Medir adherencia a la administración segura de medicamentos donde incluya los 10 correctos	2	4	Alta	Aplicar la lista de chequeo de administración segura de medicamentos	Número total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos detectados en el periodo./ Número total de usuarios atendidos en el periodo/X1000 Linea base : 0 Meta: 0%	Anestesiólogo, Enfermera Jefe
97 (Noviembre 2017)	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	Inoportunidad en la realización del procedimiento	Operativo	4	2	Alta	Priorización del procedimiento de acuerdo a las necesidades y patología del usuario	4	2	Alta	Revisar HC, y verificación del estado del usuario a través de asistencia directa.	Sumatoria de días entre la solicitud y la realización del procedimiento/ Número total de citas asignadas en la institución durante el mismo periodo. X 1000 Linea base : 8 días Meta: 8 días.	Enfermera Jefe

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
98 (Mayo 2017)	GESTIÓN DOCENCIA SERVICIO	Incumplimiento de los requisitos para iniciar practica formativa	Cumplimiento	3	3	Alta	Verificación mediante listas de chequeo y en la realización de los Comites de Docencia Servicio	3	3	Alta	Verificación mediante listas de chequeo de los requisitos exigidos con 30 días hábiles de antelación al ingreso de estudiantes a prácticas formativas.	Numero Total de listas de chequeo aplicadas/ total de instituciones que requiere realizar practica formativa en el Hospital * 100%. Linea base:0 Meta: 100 % de listas de chequeos aplicadas a las instituciones de educacion que solicitan realizar practica formativa.	Profesional Especializado - Unidad academica
98.1 (Mayo 2017)	GESTIÓN DOCENCIA SERVICIO	Incumplimiento de los requisitos para iniciar practica formativa	Cumplimiento	3	3	Alta	Verificación mediante listas de chequeo y en la realización de los Comites de Docencia Servicio	3	3	Alta	Realizar seguimiento de cumplimiento de los requisitos exigidos para el ingreso de los estudiantes a prácticas formativas con 15 días hábiles de antelación.	Seguimiento mediante oficios solicitando los documentos faltantes dirigido a las instituciones educativas Linea base:0 Meta: Enviar el 100% de los oficios para el cumplimiento de los documentos faltante para ingresar a realizar practica formativa.	Profesional especializado de unidad de convenios
99 (Octubre 2017)	PRODUCCIÓN DE GASES MEDICINALES	No dar cumplimiento al proceso en lo relacionado específicamente con: Perdida de trazabilidad de los registros generados en el proceso de producción y a la vez no realizar una adecuada limpieza y desinfección de áreas y equipos por cada lote producido, lo que generaría unos gases medicinales sin las condiciones esperadas.	Operativo	1	5	Alta	Verificación del cumplimiento del proceso a través del "Registro de verificación de batch record" relacionado con registros" y con "lista de Chequeo Despeje de Linea", esto relacionado con el aseo.	1	5	Alta	Dar cumplimiento con el proceso, a través de la aplicación de las siguientes listas de chequeo; antes de la producción se aplicara la lista de "Despeje de línea", y posterior a la liberación del lote de oxígeno medicinal la lista de "Verificación de batch record", los resultados se consignaran en una plantilla denominada "Control de Riesgos", los soportes en físico se archivan en la oficina de coordinación de gases medicinales y el análisis de la información se reportara al Director Técnico del Servicio farmacéutico, mensualmente, para que se tomen los correctivos necesarios si es el caso.	Número de Reporte de resultados fuera de especificación. (Cualquier desviación del proceso) por lote aire producido en el mes / número de listas de verificación que no cumplen con lo requerido en el mes para lotes de aire x 100 Linea base: 0 Meta: los equipos deben cumplir con el 100% de los requisitos de aseo y de parametros de funcionamiento por cada lote de producción.	Jefe de Calidad y Producción - Director Técnico
99.1 (Octubre 2017)	PRODUCCIÓN DE GASES MEDICINALES	No cumplimiento del proceso en lo relacionado específicamente con: Perdida 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.	Operativo	1	5	Alta	Verificación del cumplimiento del proceso a través del "Registro de verificación de batch record" relacionado con registros" y con "lista de Chequeo Despeje de Linea", esto relacionado con el aseo.	1	5	Alta	Dar cumplimiento con el proceso, a través de la aplicación de las siguientes listas de chequeo; antes de la producción se aplicara la lista de "Despeje de línea", y posterior a la liberación del lote de oxígeno medicinal la lista de "Verificación de batch record", los resultados se consignaran en una plantilla denominada "Control de Riesgos", los soportes en físico se archivan en la oficina de coordinación de gases medicinales y el análisis de la información se reportara al Director Técnico del Servicio farmacéutico, mensualmente, para que se tomen los correctivos necesarios si es el caso.	Número de Reporte de resultados fuera de especificación. (Cualquier desviación del proceso) por lote oxígeno producido en el mes / número de listas de verificación que no cumplen con lo requerido en el mes para lotes de oxígeno x 100 Linea base: 0 Meta: los equipos deben cumplir con el 100% de los requisitos de aseo y de parametros de funcionamiento por cada lote de producción.	Jefe de Calidad y Producción - Director Técnico
100 (Octubre 2017)	PRODUCCIÓN DE GASES MEDICINALES	No realizar la validación de los equipos críticos de la planta de gases medicinales.	Operativo	2	5	Extrema	Disponer de un cronograma de validación de equipos críticos y dar al cumplimiento con el mismo.	2	5	Extrema	Solicitar anualmente 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. Durante la presente vigencia del 2017, realizar la gestión para realizar la validación ante la Gerencia.	Validación anual de equipos críticos. Linea base: 1 validación en el año. Meta: Todos los equipos críticos de la central de aire medicinal y la central de oxígeno deben tener una validación del funcionamiento de los equipos que garanticen su calidad y por ende las buenas practicas de manufactura.	Jefe de Calidad - Director Técnico
101 (Octubre 2017)	GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO	Desabastecimiento de productos regulares, por más de 8 días calendario.	Operativo	5	3	Extrema	Notificación y seguimiento a las solicitudes de pedido de medicamentos y dispositivos regulares, a través de alertas (Semáforos) a las áreas implicadas en el proceso.	5	3	Extrema	Consultar cada 4 días las cantidades registradas en el sistema dinámica gerencial. El octavo (8) día se consolidan las cantidades vigentes con las registradas en los primeros 4 días, identificando como desabastecidos los productos en los cuales se presentó existencia 0 en dos cortes. Se realiza seguimiento a las ordenes de compra, y se envía a la oficina de Suministros la alerta (Semáforos) de agotamiento de productos.	Indicador: Nº de medicamentos y/o dispositivos médicos agotados por más de 8 días/Total de medicamentos y/o dispositivos médicos regulares Linea Base:0 Meta: Que el 90% de los medicamentos y/o dispositivos médicos no presenten desabastecimientos.	Regente de Farmacia

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
102 (Octubre 2017)	GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	Insuficiencia del Espacio físico en Bodega para almacenamiento en condiciones óptimas para situaciones de aprovisionamiento	Operativo	5	1	Alta	Verificación aleatoria a los lugares de almacenamiento	5	1	Alta	Realizar 3 verificaciones aleatorias durante el mes, con el fin de definir acciones que aseguren condiciones óptimas de almacenamiento con alto volumen de medicamentos y/o dispositivos almacenados.	Indicador: N° de verificaciones con observaciones / Total de verificaciones *100. Linea Base: 0 Meta: 60% de las verificaciones sin observaciones.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
103 (Octubre 2017)	GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	Medicamentos y dispositivos médicos, almacenados por más de 6 días en el área de cuarentena.	Operativo	4	3	Alta	Reporte a proveedores que presenten inconsistencias con los productos entregados, con un máximo de tiempo de 48 horas detectada la inconsistencia se le solicitará al proveedor mediante correo electrónico con evidencia fotográfica cuando se requiera, solución a la misma en un tiempo inferior a 72 horas y se cita que si pasada estas horas no se cumple con la solicitud, no se responderá por lo que pase con la mercancía.	4	3	Alta	Una vez identificada la inconsistencia en el producto recibido, se procede a reportar al proveedor la novedad, solicitando solución a la misma en un tiempo inferior a 72 horas.	Indicador: N° de proveedores con medicamentos y/o dispositivos almacenados en el área cuarentena por más de 6 días / Total de proveedores que presentaron inconsistencia en la recepción de los productos Linea Base: 0 Meta: Que el 80% de los proveedores que presentaron inconsistencias, den solución a las mismas en un tiempo inferior a 6 días	Coordinadora Bodega Farmacia
104 (Octubre 2017)	GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	Errores en la Dispensación	Operativo	5	3	Extrema	Semaforización de medicamentos LASA con color naranja, dispositivos médicos de mayor rotación (Color Moradoly menor rotación (Color Naranja) como también la identificación del producto con su código respectivo. Verificar que los productos se encuentran ubicados de acuerdo a los colores.	5	3	Extrema	Semaforizar al ser almacenados en las farmacias los medicamentos LASA, con color naranja, de igual manera los dispositivos médicos de mayor rotación (Color Moradoly menor rotación (Color Naranja).	Indicador: N° de Productos almacenados en los lugares asignados para ello/ N° de productos revisados aleatoriamente Linea Base: 0 Meta: Que el 95% de los productos revisados se encuentren bien almacenados.	Coordinadora de cada farmacia satélite
105 (Octubre 2017)	GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	Vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos	Operativo	3	3	Alta	Notificar mensualmente a los servicios asistenciales, los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer (180 días) para incentivar el uso en los tratamientos de los pacientes y desde farmacia bodega notificar a los diferentes proveedores para su cambio.	3	3	Alta	Notificar mensualmente los responsables de cada una de las farmacias satélites al Director Técnico o a quien este delegue, los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer (180 días) y desde farmacia bodega se realiza notificación a los diferentes proveedores para su cambio.	Indicador: N° de Productos relacionados en la notificación mensual/ N° de productos revisados aleatoriamente Linea Base: 0 Meta: Que el 97% de los productos revisados se encuentren relacionados en la notificación mensual.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
106 (Octubre 2017)	GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	Dispensar productos sin estar ingresados al sistema	Operativo	5	2	Alta	Solicitar al personal de enfermería, que dentro de las notas de enfermería se especifique la dispensación de la utilización del producto, especificando que por razones de vital importancia del tratamiento del paciente, se recibió y aplicó al paciente el medicamento y/o dispositivos que se disponía físicamente pero no en el sistema informativo.	5	2	Alta	Revisar todo medicamento y/o dispositivo que por alguna razón se dispone físicamente pero no en nuestro sistema informativo, 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 informativo 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 informativo	Indicador: N° de Productos con nota de enfermería aclarando el uso del mismo / N° de productos entregados que cumplen con las primeras 3 consideraciones, por no estar ingresado en el sistema informativo Linea Base: 0 Meta: Que el 100% de los productos entregados de manera diferente, por no estar ingresado en el sistema informativo, tengan nota de enfermería aclarando el uso del mismo.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
107 (Octubre 2017)	GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	Documentos digitados sin confirmar dentro del mismo turno	Operativo	5	1	Alta	Se identificará los documentos digitados sin confirmar, y se solicitará a la digitadora, que en un periodo máximo de 12 horas el documento quede confirmado.	5	1	Alta	Digitar los documentos en el sistema Dinamica Gerencial, deben ser registrados y posteriormente confirmados para contribuir en el proceso de una buena facturación, en algunas ocasiones la solución para confirmar el documento no depende directamente del digitador, pero su gestión es muy importante para su confirmación. La identificación de los documentos registrados son verificados en el sistema dinámica gerencial.	Indicador: N° Documentos confirmados en un tiempo inferior a 3 días / N° Documentos registrados en el mes Linea Base: 0 Meta: Que el 88% de los documentos registrados en el sistema dinámica gerencial se confirmen.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
108 (Octubre 2017)	PRODUCCIÓN DE UNIDOSIS Y NUTRICIONES PARENTERALES	Falta de seguimiento o adherencia precisa a los protocolos establecidos	Operativo	1	5	Alta	Seguimiento al cumplimiento de protocolos de desinfección de áreas y equipos, lavado de manos y estado de la ropa limpia y estéril	1	5	Alta	Aplicar acciones de Mejoramiento de acuerdo al resultado de los seguimientos	No. Acciones de Mejoramiento Implementada/No. De Hallazgos	Químico Farmacéutico Jefe de Calidad
109 (Octubre 2017)	PRODUCCIÓN DE UNIDOSIS Y NUTRICIONES PARENTERALES	Error en la transcripción de la Información a la orden de Producción	Operativo	2	5	Extrema	Elaboración correcta de la orden de producción. Aplicación de listas de chequeo verificando los datos de rigor del paciente y los técnicos.	2	5	Extrema	Aplicar listas de Chequeo para cada orden de producción	No. De Listas de chequeo implementadas/No. Orden de Producción	Químico Farmacéutico Jefe de Calidad y Jefe de Producción
110 (Octubre 2017)	PRODUCCIÓN DE UNIDOSIS Y NUTRICIONES PARENTERALES	Derrame de medicamentos oncológicos citotóxicos en las áreas de preparación de la central de mezclas oncológicas	Operativo	1	5	Alta	Aplicar verificaciones de Entrenamiento para garantizar habilidad y destreza para la manipulación de los medicamentos citotóxicos de alto riesgo, uso de elementos de protección personal (mascaras de protección respiratoria, monogafas, colocación de doble guantes)	1	5	Alta	Realizar verificaciones de entrenamiento en forma aleatoria	No. Verificaciones de entrenamiento aplicadas/No. Verificaciones de entrenamiento planeadas	Químico Farmacéutico Jefe de Calidad
111 (Agosto 2017)	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	No aplicación del sistema de Referencia y Contrarreferencia adoptado dentro de la institución	Operativo	3	3	Alta	Seguimiento a los registros generados en el archivo denominado "Solicitudes de referencia y contrarreferencia de red externa", donde se verifique el cumplimiento del manual, a través de la aplicación de una lista de chequeo, con una periodicidad semanal a 10 registros, generando una información que se socializará en comité de autocontrol mensual, y si es el caso se generan los planes de mejoramiento correspondientes.	3	3	Alta	Elaborar y aplicar lista de chequeo semanalmente a 10 registros aleatorios del archivo en excel denominado "Solicitudes de referencia y contrarreferencia" vigente, socializando los resultados en el comité de autocontrol y generando los planes de mejoramiento requeridos si es el caso, con seguimiento también a los planes que se generen.	N° de registros diligenciados correctamente / 40 registros revisados mensualmente x 100. Linea base: 0 Meta: 100% de registros diligenciados correctamente.	Coordinador medico de la unidad.
112 (Agosto 2017)	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	No cumplir con el transporte de un usuario por fallas técnicas de equipos.	Operativo	3	3	Alta	Seguimiento a los mantenimientos preventivos y correctivos realizados a los equipos y vehículos	3	3	Alta	Disponer de un listado de los equipos medicos a cargo, de este listado se dejara constancia en el acta de autocontrol del mes de septiembre, donde se identifique cuales estan sin funcionamiento por falta de repuestos y requerir lo necesario, luego de esto medir la oportunidad de respuesta para poner el equipo en funcionamiento, realizar esta actividad mensualmente. Socializarla en el comité de autocontrol.	N° de equipos dañados/ total de equipos a cargo Linea base: 0 Meta: 100% de los equipos funcionando.	Coordinador medico de la unidad.
112.1 (Agosto 2017)	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	No cumplir con el transporte de un usuario por fallas técnicas del vehículo	Operativo	3	3	Alta	Seguimiento a los mantenimientos preventivos y correctivos realizados a los equipos y vehículos	3	3	Alta	Dar cumplimiento del cronograma mensual de revision de vehículos y aplicación de listas de chequeo (semanal a cargo de la tripulación), con estos resultados solicitar lo requerido para que estén optimo funcionamiento. Analizar y consignar esta información en acta de autocontrol mensual.	N° de trasbordos de pacientes ocurridos en el mes debido a daño del vehículo / total de traslados en ambulancias de la institución realizados en el mes. Linea base: 0 Meta: 90% N° de traslados en ambulancia terrestre tercerizado por daño en ambulancia institucional. Linea base:0 Meta: 0% de uso de transporte tercerizado por daño de las ambulancias institucionales.	Coordinador medico de la unidad.

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
113 (Diciembre 2017)	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SALUD PUBLICA	Reporte inoportuno de eventos de salud publica	Cumplimiento	5	3	Extrema	Medir la adherencia en la notificación de los eventos de Salud Pública	5	3	Extrema	Elaborar y aplicar lista de chequeo a las fichas de notificación en Salud Pública para que cumplan con los criterios de INS	N° de eventos con reporte inoportuno/ N° total de eventos en el periodo Linea base: 0 Meta: menos del 15% de inoportunidad en la notificación de eventos en Salud Pública.	Auxiliares de epidemiología
114 (Diciembre 2017)	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SALUD PUBLICA	No se toma la muestra según protocolos de salud publica por evento	Cumplimiento	5	3	Extrema	Notificar al coordinador del servicio la omisión de la toma de muestra. Socialización de los protocolos y/o los nuevos lineamientos que emita los entes de control en Vigilancia en Salud Publica.	5	3	Extrema	Enviar oficios firmados por la subgerencia tecnico cientifica al area de Talento humano o las agremiaciones reportando las omisiones generadas durante el proceso de la toma de muestras.	N° de oficios enviados/ total de omisiones en la toma de muestra Linea base: 0 Meta: Reportar a Talento humano u agremiaciones el 80% de las omisiones encontradas	coordinador de epidemiología y enfermera
115 (Septiembre 2017)	PROCESO CONTRACTUAL	Inoportunidad en la liquidación del contrato	Cumplimiento	3	3	Alta	Establecer una alerta a los contratos terminados, para que el supervisor o interventor proceda a liquidarlo en los términos establecidos.	3	3	Alta	Requerir por cualquier medio al supervisor o interventor a la terminación de cada contrato, a efectos de recordar el deber de liquidar dentro de los términos legales.	N° de requerimientos / No. de contratos terminados * 100 Linea Base = 50% Meta = Que el 70% de los contratos terminados, presenten requerimientos a los supervisores o interventores.	Jefe Oficina Contratación.
116 (Febrero 2018)	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Fallas en seguridad de la información	Tecnología	3	3	Alta	Garantizar la seguridad informatica del Data center y de los canales de conectividad (Firewalls, IDS, antivirus, antispam). Generar controles de forma periodica en cuanto al cumplimiento de las politicas de seguridad de la información. Generar un cronograma de capacitacion entorno a las politicas de seguridad de la informacion aprobadas por el hospital. Alinear los procesos entorno al sistema de seguridad de la información, siguiendo buenas prácticas (ISO 27001, COBIT, IT4+, Gobierno en línea, entre otros).	3	3	Alta	Configurar y mantener actualizado periodicamente la seguridad informatica del datacenter y de los canales de conectividad (Firewalls, IDS, antivirus, antispam). Realizar auditorías periódicas para verificar el cumplimiento de las politidas de seguridad de la información. Brindar capacitaciones de forma periodica sobre las politicas de seguridad de la información. Alinear los procesos a estandares de buenas practicas.	Necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Linea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente Tratamiento de eventos relacionados en el marco de seguridad y privacidad de la información = (Numero de criterios vulnerados en seguridad de la información / total de criterios evaluados) x 100 Linea base: 0 Meta: 30% <= de criterios vulnerados Población capacitada en seguridad y privacidad de la información = (numero de colaboradores capacitados en sistemas de información / total de colaboradores susceptibles de ser capacitados en sistemas de información) x 100 Necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Linea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente	Área TIC
117 (Febrero 2018)	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	No disponer de una arquitectura de infraestructura tecnológica en la entidad.	Tecnología	3	5	Extrema	Garantizar la operación y administración del datacenter. Contar con la administración de servidores. Contar con un sistema de seguridad activo. Contar con sistema de almacenamiento continuo. Disponer de un procedimiento para la generación de backups. Definir una arquitectura de hardware.	3	5	Extrema	Administrar, configurar y actualizar el datacenter, los servidores y sistemas de seguridad. Realizar backups conforme al procedimiento estipulado. Definir la proyección de operación de la infraestructura de hardware operante en la entidad.	Necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Linea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente Disponibilidad de los aplicativos TIC = (numero de horas de disponibilidad de los sistemas de información / total de horas mes disponibles) x 100 Linea base: 0 Meta: 90% de disponibilidad de aplicativos Mantenimientos preventivos a equipos de cómputo = (numero de mantenimientos preventivos ejecutados a equipos de computo / total de mantenimientos programados a estaciones de trabajo) x 100 Linea base: 0	Área TIC
118 (Febrero 2018)	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	No contar con un plan de contingencia ante la caída de los servicios de TI	Tecnología	2	5	Extrema	Contar con un plan de contingencia aprobado por la entidad que asegure la continuidad en la gestión de los aplicativos de TI. Contar con un sistema de respaldo de información activo.	2	5	Extrema	Implementar un plan de contingencia que garantice la continuidad en la prestación de los aplicativos TI. Realizar backups conforme al procedimiento estipulado.	Necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Linea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente	Área TIC

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
119 (Febrero 2018)	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	No poseer un modelo de atención en las solicitudes de TI	Tecnología	1	4	Alta	Estructurar una mesa de servicio de solicitudes de TI. Definir acuerdos de niveles de servicio. Definir un modelo en la operación de gestión de incidentes. Definir procedimientos de gestión del service desk.	1	4	Alta	Implementar una mesa de servicios como punto unico de contacto para solicitudes de TI. Definir tiempos de respuesta y atención. Disponer de procedimientos de operación de la mesa de servicio.	<p>Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Linea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente.</p> <p>Tiempo promedio de resolución del incidente. (sumatoria del tiempo empleado en solucionar el incidente / total de incidentes) Linea base:0 Meta: 4 < tiempo minimo requerido para resolución del incidente</p> <p>Disponibilidad de los aplicativos TIC = (numero de horas de disponibilidad de los sistemas de información / total de horas mes disponibles) x 100 Linea base: 0 Meta: 90% de disponibilidad de aplicativos</p>	Área TIC
120 (Febrero 2018)	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Falta de habilidades en el manejo y uso de las tecnologías de la información	Tecnología	5	3	Extrema	Estructurar un plan de formación, capacitación y sensibilización en el uso y apropiación de las tecnologías de TI.	5	3	Extrema	Brindar capacitaciones de forma periodica sobre las tecnologias de TIC y politicas de seguridad de la información. Habilitar la plataforma e-learning para formación continua en habilidades TIC.	<p>Población capacitada en seguridad y privacidad de la información = (numero de colaboradores capacitados en sistemas de información / total de colaboradores susceptibles de ser capacitados en sistemas de información) x 100 Linea base: 0 Meta: 90% de la población capacitada en seguridad de la información</p> <p>Población capacitada en uso y apropiación de TIC = (numero de colaboradores capacitados en uso y apropiación TIC / total de colaboradores susceptibles de ser capacitados) x 100 Linea base:0 Meta: 90% de la población capacitada</p> <p>Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Linea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente</p>	Área TIC
121 (Marzo 2017)	ELABORACIÓN DE ROPA HOSPITALARIA	Inoportunidad en la entrega de la ropa hospitalaria	Operativo	3	3	Alta	Mantener la disponibilidad de los recursos necesarios que garanticen la correcta operación para la higienización de la ropa hospitalaria	3	3	Alta	Verificar mensualmente que se cuente con los recursos necesarios que garanticen que el proceso de higienización de ropa hospitalaria se efectúe correctamente. En caso que esto no ocurra se debe gestionar oportunamente la contratación.	<p>Número de Kilos de Ropa Hospitalaria distribuidos antes de 24 horas posteriores a su recepción para ser higienizada / Número de Kilos de ropa hospitalaria recibida para ser higienizada * 100 Linea Base = 0 Meta: Que el 95% de la ropa hospitalaria higienizada se entregue oportunamente.</p>	Jefe Oficina de Recursos Físicos
122 (Marzo 2017)	MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Presentación de eventos adversos debido al mal funcionamiento o daño en la dotación hospitalaria o vehículos por un mantenimiento preventivo ineficiente, no ejecutado o con demoras en su ejecución	Operativo	5	4	Extrema	Realizar las labores de mantenimiento preventivo de acuerdo a los protocolos establecidos por el fabricante para cada equipo o vehículo.	5	4	Extrema	Verificar los protocolos de mantenimiento establecidos por el fabricante para cada equipo o vehículos antes de efectuar el mantenimiento preventivo	<p>Número de mantenimientos preventivos con no conformidades reportadas en el mes / Número de mantenimientos preventivos ejecutados en el mes * 100.</p> <p>Número de mantenimientos preventivos realizados / Número de mantenimientos preventivos programados * 100 Linea Base = 0 Meta: Que no se presenten eventos adversos una vez finalicen las labores de mantenimiento preventivo.</p>	Operario o Contratista
123 (Marzo 2017)	MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Disminución de la vida útil de la dotación hospitalaria o vehículos por mantenimiento preventivo ineficiente	Operativo	4	4	Extrema	Mantener actualizada la Hoja de Vida de equipos básicos y equipos biomédicos e industriales	4	4	Extrema	Verificar el estado de los equipos básicos, equipos biomédicos e industriales en las hojas de vida.	<p>Número de hojas de vida de dotación hospitalaria y vehículos actualizadas / Total de Hojas de vida de dotación hospitalaria y vehículos. Linea Base = 0 Meta: Que estén actualizadas el 100% de las hojas de vida de los equipos básicos, equipos biomédicos e industriales.</p>	Supervisor o Interventor

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
124 (Marzo 2017)	MANTENIMIENTO CORRECTIVO	Demoras al momento de solucionar las fallas presentadas	Operativo	5	5	Extrema	Gestionar oportunamente la contratación y los recursos necesarios para efectuar el mantenimiento correctivo de la dotación hospitalaria, infraestructura física y vehículos.	5	5	Extrema	Elaboración de estudios previos para cada uno de los contratos, solicitud de cotizaciones por parte de los contratistas y la documentación necesaria para su contratación, solicitud oportuna de insumos, materiales, herramientas o equipos de acuerdo a la necesidad presentada.	Número de días transcurridos desde el momento de la solicitud de mantenimiento hasta el momento de la solución del requerimiento / Total de requerimientos solicitados en un periodo de tiempo * 100 Línea Base = 0 Meta: Que el mantenimiento correctivo sea solucionado en un tiempo no mayor a 3 días.	Supervisor o Interventor
125 (Abril 2017)	PRÉSTAMO DOCUMENTAL	Pérdida y mala manipulación del documento por parte de la unidad funcional que solicitó el préstamo	Operativo	3	4	Extrema	Informar a la unidad funcional las condiciones de cuidado y conservación del documento	3	4	Extrema	Agregar dentro del formato de préstamo de documento las advertencias de cuidado y manipulación que el usuario debe tener con el documento	No. De documentos extraviados y devueltos en mal estado / N° total de documentos prestados x100%. Línea base: 0 Meta: Disminuir en un 10% la pérdida de documentos	Auxiliar Administrativo
126 (Abril 2017)	ARCHIVO, CONSERVACIÓN, VALORACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS	Deterioro de los documentos por las condiciones ambientales.	Operativo	4	4	Extrema	Controlar las condiciones ambientales realizando limpieza y fumigando periódicamente.	4	4	Extrema	Gestionar ante la subgerencia administrativa las actividades de limpieza y fumigación.	Proporción de actividades de limpieza y fumigación ejecutadas/N°total de actividades de limpieza y fumigación programadas * 100% . Línea base: 0 Meta: Gestionar el 100% de las actividades de limpieza y desinfección	Auxiliar Administrativo- Recursos físicos
127 (Abril 2017)	COMUNICACIONES OFICIALES INTERNAS Y EXTERNAS	Falta de conocimiento para determinar la competencia de las comunicaciones	Operativo	4	4	Extrema	Capacitar al personal e ilustrarlos de los procedimientos ejecutados por las unidades funcionales de la Institución	4	4	Extrema	Velificar los indicadores de ocurrencia de las comunicaciones entregadas erroneamente, diseñar las capacitaciones según la necesidad y realizar cronograma de capacitación	Número de comunicaciones entregadas erroneamente / N° total de capacitaciones realizadas *100 % Línea base: 0 Meta: Disminuir en un 10% la ocurrencia de comunicaciones entregadas erroneamente	Auxiliar Administrativo de Correspondencia
128 (Abril 2017)	ARCHIVO, CONSERVACIÓN, VALORACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS	Falta de conocimiento y concientización de los funcionarios del Sistema de Gestión Documental	Operativo	4	3	Alta	Capacitar al personal de la unidades funcionales encargado del manejo documental dentro del proceso de inducción	4	3	Alta	Realizar capacitación al personal que ingresa, dentro del programa de Inducción	Número de personas capacitadas/ No. Total de personas que ingresan al área administrativa * 100%. Línea base: 0 Meta: Capacitar al 80% del personal que ingresa al programa de Inducción	Auxiliar Administrativo
129 (Septiembre 2017)	ABASTECIMIENTO DE BIENES Y PRODUCTOS	Incumplimiento de la oportunidad de entrega del total de los productos comprados al proveedor	Operativo	3	3	Alta	Realizar seguimiento en la entregas de los pedidos por parte de los proveedores, mediante llamadas y correos electrónicos dejando como evidencia el registro y observaciones en el formato preestablecido para tal fin.	3	3	Alta	Verificar el seguimiento via telefonica o correo electronico.	Items comprados / entregas parciales x 100 Línea Base: 70% Meta: cumplir con el 70% del seguimiento a las entregas.	Profesional Universitario Suministros

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
130 (Septiembre 2017)	ABASTECIMIENTO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	Solicitud de material de osteosintesis entregada posteriormente al horario establecido	Operativo	5	4	Extrema	Implementar un horario de recepción de las solicitudes	5	4	Extrema	Generar circular estableciendo horario para la recepción de solicitudes	N° de Solicitudes de material de osteosintesis recibidas extemporaneamente / N° total de solicitudes de material de osteosintesis radicadas x 100 Linea Base = 0 Meta: Que el 90% de las solicitudes se radiquen oportunamente	Profesional Universitario Suministros
131 (Septiembre 2017)	ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS CARDIOVASCULARES E INTERVENIONISTAS DE ALTO COSTO Y VARIABLE ROTACION	Entrega de la orden médica u orden de procedimiento quirúrgico posterior al horario establecido	Operativo	5	4	Extrema	Implementar un horario de recepción de las solicitudes	5	4	Extrema	Generar circular estableciendo horario para la recepción de solicitudes	N° de órdenes médicas u órdenes de procedimiento quirúrgico recibidas extemporaneamente / N° total de órdenes médicas u órdenes de procedimiento quirúrgico radicadas x 100 Linea Base = 0 Meta: Que el 90% de las órdenes médicas u órdenes de procedimiento quirúrgico se radiquen oportunamente	Profesional Universitario Suministros
132 (Septiembre 2017)	DEVOLUCIÓN Y BAJA DE BIENES	Realización de traslados a otras áreas sin consultar o reportar al almacén	Operativo	5	4	Extrema	Exigir a talento humano el requerimiento de la presentación del Paz y Salvo cuando se presente el egreso de un funcionario.	5	4	Extrema	Enviar comunicado a Talento humano solicitando el reporte de personas retiradas de la institución y precisar el requerimiento de Paz y Salvo para los trámites pertinentes.	No. Total de traslados sin reporte a activos fijos / No. Total de traslados de bienes realizados x 100 Linea base:0 Meta: Disminuir en un 70% los traslados sin reporte de activos	Coordinadora oficina de almacen- prof. Universitario de activos fijos.
132.1 (Octubre 2017)	DEVOLUCIÓN Y BAJA DE BIENES	Acumulación, almacenaje de bienes sin reporte técnico.	Operativo	5	4	Extrema	No realizar recepción del bien sin el cumplimiento del diligenciamiento del reporte técnico.	5	4	Extrema	Capacitar a los Coordinadores de área responsable de los inventarios	Numero de coordinadores capacitados/ total de coordinadores por centro de costos * 100 Linea base:84 centros de costos. Meta: capacitar al 100% de los coordinadores responsables del centro de costos.	Coordinadora oficina de almacen- prof. Universitario de activos fijos.
133 (Octubre 2017)	ABASTECIMIENTO DE BIENES Y PRODUCTOS	Entrega a almacén de bienes y productos sin soporte de compra	Operativo	4	4	Extrema	No recibir el bien o producto sin el correspondiente soporte de compra.	4	4	Extrema	Revisión en la documentación requerida para el ingreso de bienes.	Número de bienes con documentos incompletos/total de bienes ingresados en la institución*100% Linea base:0 Meta:100% de la revisión de la documentación requerida para el ingreso de bienes	Coordinadora oficina de almacen- prof. Universitario de activos fijos.
133.1 (Octubre 2017)	ABASTECIMIENTO DE BIENES Y PRODUCTOS	Solicitudes de bienes para la compra sin las especificaciones y características precisas .	Operativo	5	4	Extrema	No recibir la solicitud sino cuenta con las especificaciones del producto o bien.	5	4	Extrema	Revisión de solicitudes de bienes verificando el cumplimiento de las especificaciones de compra.	No. De solicitudes sin especificaciones técnicas/ No. Total de solicitudes recibidas Linea Base : 0 META: 100% de la revisión de solicitudes verificando el cumplimiento de las especificaciones de la compra	Coordinadora oficina de almacen- prof. Universitario de activos fijos.

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
134 (Mayo 2017)	GESTIÓN DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE SINIESTROS	Reporte inoportuno del siniestro presentado ante la aseguradora	Cumplimiento	4	3	Alta	1. Identificar los activos siniestrados a través de la realización de inventarios periódicos. 2. Emitir circulares recordando a los responsables de los bienes la verificación constante de los mismos a fin de identificar y reportar lo activos siniestrados oportunamente. 3. Emitir circular a los diferentes servicios informando el proceso para reclamación de siniestro y los términos para los reportes	4	3	Alta	1. Realizar 1 inventario aleatorio en cualquiera de los servicios del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo para verificar los bienes siniestrados. 2. Socializar 2 circulares en el año para informar a los responsables de los bienes sobre las condiciones del reporte. OBSERVACIÓN: Las circulares se realizarán de acuerdo a la necesidad.	* No. Inventarios realizados/No. De Inventarios Programados *No. De circulares socializadas/No. Circulares proyectadas Linea Base: 0 Meta: 100%	Oficina de Almacén - Activos Fijos/Profesional Universitario Subgerencia Administrativa
135 (Mayo 2017)	GESTIÓN DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE SINIESTROS	Demora en el reconocimiento y pago del siniestro por parte de la Aseguradora	Financiero	3	3	Alta	1. realizar la trazabilidad constante de los siniestros reportados a la aseguradora a través de comunicaciones (oficios y/o email).	3	3	Alta	Enviar comunicaciones y requerimientos a la Aseguradora de acuerdo a la demanda del proceso	No. Comunicaciones enviadas a la Aseguradora	Profesional Universitario Subgerencia Administrativa
136 (Mayo 2017)	GESTIÓN DE REPOSICION DEL BIEN SINIESTRADO	No reconocimiento y pago del siniestro por parte de la Aseguradora	Cumplimiento	4	4	Extrema	1. Verificar que el deducible aplicado corresponda al contratado en la póliza 2. Solicitar las investigaciones respectivas en cada caso ocurrido que lo amerite 3. Verificar el clausulado de la póliza e informar a las áreas competentes para su cumplimiento	4	4	Extrema	1. Verificar los clausulados de la póliza y emitir comunicaciones a las áreas. 2. Solicitar a Control Interno las investigaciones a que haya lugar. 3. Reportar a la Oficina Jurídica los casos de no reconocimiento para iniciar procesos correspondiente OBSERVACIÓN: La verificación del clausulado se realizará una vez esten legalizadas las pólizas adquiridas	1. No. Comunicaciones Emitidas a las Areas/No. Comunicaciones programadas 2. No. Investigaciones Solicitadas/No. Casos ocurridos 3. No. Reportes hechos a Jurídica/No. de casos de no reconocimiento	Profesional Universitario Subgerencia Administrativa
137 (2016)	LIQUIDACIÓN Y PAGO DE NOMINA	Que no se registren las novedades de la nómina de forma íntegra, exacta y oportuna.	Operativo	4	3	Alta	Realizar revisión del 10% de las novedades que se carguen al sistema durante el mes.	4	3	Alta	Verificar mensual del 10% de las novedades cargadas.	Número de actas de revisión / 12 *100 Linea Base: 0 Meta: Realizar el 100% de las verificaciones las cuales se soportan con las actas de seguimiento.	Profesional Universitario de talento Humano
138 (2016)	GESTIÓN Y TRAMITE DE PQRSF INTERNAS	Inadecuada identificación de la PQRSF, y respuesta con inobservancia de la norma, inadecuada, e inoportuna a las PQRSF Internas.	Operativo	5	3	Extrema	Implementar un sello de recibido a las PQRSF donde se identifique claramente quien recibe, hora y fecha del recibido. Seguimiento permanente a las fechas de cumplimiento de las PQRSF Internas.	5	3	Extrema	Enviar a cada responsable por correo electrónico cada cuatro días antes de vencer la fecha de respuesta oportunamente a la PQRSF recibidas.	Numero de PQRSF contestadas oportunamente / Numero de PQRSF radicadas *100 Linea base: 100% Meta: Constar oportunamente el 100% de las PQRSF internas radicadas.	Profesional Universitario de talento Humano
139 (2016)	LIQUIDACIÓN Y PAGO DE NOMINA	Nómina generada erróneamente.	Operativo	3	3	Alta	Generar hojas de liquidación de novedades de vacaciones y soportarlas en la nómina, como medio de verificación antes de su pago.	3	3	Alta	Verificar Nómina Vs hojas de liquidación de novedades de vacaciones soportadas en la nómina antes de su pago.	Número de nóminas generadas con soportes de hojas de liquidación de vacaciones / 12 *100 Linea base: 12 Meta: Cumplir con el 100% de la generación de la nómina.	Profesional Universitario de talento Humano

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
140 (Abril 2017)	MANUAL DE NOTIFICACIÓN, REPORTE E INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES, ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES	Vencimiento de términos para la notificación del accidente de trabajo a la ARL.	Cumplimiento	3	4	Extrema	Realizar capacitaciones a los funcionarios a fin de conocer el proceso de reporte.	3	4	Extrema	Induccion y Reinduccion del personal que labora en la institucion.	Proporción de capacitaciones realizadas: N° de capacitaciones realizadas / N° de capacitaciones programadas Linea base: 0 Meta:70%	Profesional Universitario Oficina de SST
141 (Abril 2017)	MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y VIGILANCIA DE LA SALUD	Incumplimiento en la realización de los exámenes ocupacionales.	Operativo	3	3	Alta	Remitir oficio a la oficina de Talento Humano informando el incumplimiento del funcionario.	3	3	Alta	Una vez identificado el funcionario que incumple, se debera remitir oficio a la oficina de Talento Humano.	Proporción de exámenes realizados: N° de exámenes realizados a los funcionarios / N° de exámenes programados x 100 Linea base:0 Meta: 70%	Coordinador oficina de SST
142 (Abril 2017)	IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS RIESGOS SE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Incumplimiento de la normatividad en SST por parte de los terceros. (obras civiles, mantenimiento, etc).	Operativo	4	4	Extrema	Verificar en las minutas de los contratos el cumplimiento de las normas de SST según manual establecido en los anexos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.	4	4	Extrema	Revisar y avalar el cumplimiento de las normas de SST a los terceros previa contratación.	Proporción de contratos revisados y avalados por a oficina de SST según manual de contratistas: N° de contratos revisados y avalos por la oficina de SST/ N° de contratos que ameritan revisión x 100 Linea base: 0 Meta: 50%	Coordinador oficina de SST
143 (Abril 2017)	DISPOSICIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Acumulación de residuos peligrosos en lel almacenamiento temporal del hospital.	Operativo	1	4	Alta	Verificacion constante del almacenamiento temporal por parte de los vigias.	1	4	Alta	Inspecciones no planeadas al almacenamiento temporal.	No. De inspecciones no planeadas al almacenamiento temporal. Linea Base: 0 Meta: Realizar el 100% de las inspecciones no planeadas al almacenamiento temporal	Profesional Universitario
144 (Abril 2017)	DISPOSICIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Acumulación de residuos peligrosos en el almacenamiento de residuos central del hospital.	Operativo	1	4	Alta	Verificacion constante del almacenamiento central por parte de los vigias.	1	4	Alta	Inspecciones no planeadas al almacenamiento central.	No. De inspecciones no planeadas al almacenamiento central. Linea Base: 0 Meta: Realizar el 100% de las inspecciones no planeadas al almacenamiento central	Profesional Universitario
145 (Abril 2017)	DISPOSICIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Sanciones por incumplimiento de la normatividad ambiental vigente	Cumplimiento	2	4	Alta	Seguimiento al manejo de los residuos en la institucion	2	4	Alta	Capacitacion, inspecciones no planeadas.	No. De capacitaciones realizadas a los colaboradores del HUHMP. No. De inspecciones no planeadas realizadas al proceso. Linea Base:0 Meta: Cumplir con el 90% de las capacitaciones e inspecciones no planeadas	Profesional Universitario

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
146 (Septiembre 2017)	GESTIÓN DE CARTERA	No se logre establecer a tiempo el deudor y el regimen para realizar el abono a la cartera, utilizando constantemente la cuenta 290580 de Recaudos de cartera por identificar.	Financiero	5	4	Extrema	1.Efectuar seguimiento permanente a los depósitos a través de la red bancaria, complementando esta actividad mediante emisión de estados de cuenta. 2. Realizar Circularizaciones a los diferentes clientes	5	4	Extrema	1. Identificar en las actas de Conciliación de cartera y contabilidad el valor detallado y disminuido de la cuenta 290580.	Valor total identifiaco mensual / total del valor por identificar. Linea Base: Saldo con corte a 31 de agosto de 2017. Meta: Que la cuenta 290580 no supere el 1% del total de la cartera al cierre de cada mes.	Profesional Universitario-Cartera
147 (Septiembre 2017)	GESTIÓN DE CARTERA	Que la cartera se deje vencer y se convierta en cartera de difícil cobro	Financiero	3	3	Alta	1.Classificar la cartera por edades. 2.efectuar permanentemente cobros persuasivos, circularizaciones, cobro pre y jurídicos.	3	3	Alta	1. Dar cumplimiento al Reglamento Interno de Recaudo de Cartera Res 0916 noviembre 2013. 2. Realizar seguimiento mensual a la cartera por edades en los subcomites de acontrol y mejoramiento.	Valor total de la cartera superior a 180 días / Valor total de la cartera en el periodo Cuentas por cobrar promedio x 365 / Ventas a credito del periodo Linea Base: Saldo de la cartera mayor a 180 días con corte a 31 de agosto de 2017, excluyendo las entidades en proceso de liquidación y liquidadas. Meta: que la cartera mayor a180 días no supere 45% Excluyendo las entidades en proceso de liquidación y liquidadas.	Profesional Universitario-Cartera
148 (Septiembre 2017)	GESTIÓN DE CARTERA	Incumplimiento en los compromisos de pago.	Financiero	4	3	Alta	Realizar el seguimiento permanente a los compromisos de pago suscritos.	4	3	Alta	Reportar el incumplimiento a la Subgerencia Financiera y Secretaria de Salud Departamental para ejercer el cobro Juridico de estos recursos.	Compromisos de pago incumplidos / Total compromisos de pago suscritos. Linea Base: 0 Meta: Reportar el 90% de los incumplimientos a la Subgerencia Financiera	Profesional Universitario-Cartera
149 (Diciembre 2017)	ESTRUCTURACIÓN DE TARIFAS PARA LA VENTA DE SERVICIOS	No parametrizar las tarifas en el sistema de los contratos suscritos por el hospital. Excepto medicamentos, suministros, insumos y dispositivos médicos (que son parametrizados por farmacia).	Operativo	2	4	Alta	Realizar programa de capacitación a: al manual de procesos y procedimientos de facturación del HUN; a la normatividad vigente; a la socialización de contratos y/o convenios recibidos por las oficinas de mercadeo, contratación y subgerencia técnico científica (red externa) para la venta de servicios de salud; panorama de contratación; tarifario institucional. Comité de glosas - informe del área de glosas	2	4	Alta	Realizar capacitación -Inducción y Reinducción AL Manual de Procesos y Procedimientos de Facturación del HUN	(Número de solicitudes de tarifas (institucionales, por contrato y red externa) parametrizadas / número total de solicitudes recibidas para parametrizar) * 100%	Profesional de apoyo de facturación Supervisor operativo de facturación Coordinador de facturación, Coordinador y auditor del servicio
150 (Septiembre 2017)	GESTIÓN DE PRESUPUESTO	Que los recaudos proyectados sean superiores a los recaudos efectivos.	Financiero	3	3	Alta	Seguimiento mensual a la ejecución presupuestal	3	3	Alta	Elaborar informe mensual para las subgerencias Administrativa y Técnico - Científica y Oficina de Talento Humano y seguimiento en reunión mensual de autocontrol.	No. de informes enviados sobre Total de informes programados por cien Linea base = 12 Meta = Cumplir con el 100% de la entrega de los informes	Subgerente Financiero - Profesional UniversitarioPresupuesto
151 (Septiembre 2017)	GESTIÓN DE PRESUPUESTO	No dar cumplimiento al Indicador del Equilibrio Presupuestal.	Financiero	3	3	Alta	Seguimiento mensual al comportamiento del indicador de equilibrio presupuestal	3	3	Alta	Realizar informe mensual de equilibrio presupuestal enviado a Gerencia y seguimiento en reunión mensual de autocontrol.	No. de informes enviados sobre Total de informes programados por cien Linea base = 12 Meta = Cumplir con el 100% de la entrega de los informes	Profesional UniversitarioPresupuesto

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
152 (Septiembre 2017)	GESTIÓN DE PRESUPUESTO	Falta de gestión y control presupuestal por parte de las áreas de tal forma que este alineado con la planeación institucional.	Estrategico	3	3	Alta	Que el plan de adquisiciones sea reportado periodicamente a la Oficina de Planeación. Presupuesto informará periodicamente a la Oficina de Planeación sobre la ejecución del presupuesto.	3	3	Alta	Enivar la Oficina de Presupuesto el reporte de la ejecución del plan de adquisiciones a la Oficina de Planeación. La Oficina de Presupuesto remita informe mensual a la Oficina de Planeación sobre la ejecución del presupuesto.	No. de informes enviados sobre Total de informes programados por cien Linea base = 12 Meta = Cumplir con el 100% de los informes entregados dentro de la oportunidad.	Profesional UniversitarioPresupuesto Jefe de Planeación Calidad y Desarrollo Institucional
153	INGRESOS MONETARIOS	Pérdida del efectivo y/o realización de prácticas como jineeo atraco o hurto en las diferentes cajas o mientras se realiza el recorrido para la recolección del dinero.	Operativo	1	4	Alta	Mantener la oficina de caja cerradas todo el tiempo. No mantener en la caja montos mayores a \$300.000. Mantener el recaudo de los dineros en la caja fuerte de cada servicio y mantener esta siempre cerrada. Para realizar el recorrido ir siempre con el personal de seguridad de la entidad.	1	4	Alta	Efectuar cierres de cajas diarias. Realizar arqueos de caja periodicos y sorpresivos. Acceso restringido al área de cajas de tesoreria.	Valor recaudado mensual en las cajas de servicios / valor total recibido en tesoreria x 100. Linea base : 0% Meta: 0% de perdida de dinero.	Profesional Universitario
153	GESTIÓN DE PAGO A PROVEEDORES	Realización de pago al proveedor sin el cumplimiento de los requisitos establecidos por el contrato, orden de servicio o de compra	Financiero	1	4	Alta	Aplicación de listas de chequeo (soportes de la cuenta según contrato, orden de compra o de servicio) antes de la realización del pago al proveedor.	1	4	Alta	Aplicar listas de chequeo (soportes de la cuenta según contrato, orden de compra o de servicio) antes de la realización del pago al proveedor.	Proporción de cuentas pagadas sin el cumplimiento de los requisitos (no aplicación de la lista de chequeo) / N° total de cuentas pagadas x 100% Linea base: 0% Meta: 0% de cuentas pagadas sin el cumplimiento de los requisitos	Profesional Universitario Agremiado (revisión de cuentas) /Supervisor e Interventor/ Auxiliar Administrativo de Contabilidad
154 (Diciembre 2017)	GESTION DE FACTURACIÓN	Incumplimiento al Manual de Procesos y Procedimientos de facturación	Operativo	2	4	Alta	Capacitación - Inducción - Reinducción, Al Manual De Procesos Y Procedimientos De Facturación Del HUN.	2	4	Alta	Dar cumplimiento al programa de capacitación anual del personal de facturación; evaluación del personal de facturación capacitado en el manual de procesos y procedimientos de facturación del HUN; en normatividad vigente y en la socialización de contratos y convenios.	(Número de capacitaciones realizadas y evaluadas en el periodo / total de capacitaciones programadas del periodo)*100%	Supervisor Operativo De Facturación Coordinación De Facturación Coordinador y Auditores del Servicio
155 (Diciembre 2017)	GESTION DE FACTURACIÓN	Inconsistencias en los informes con otras áreas del Hospital (Conciliaciones)	Operativo	2	4	Alta	Promover La Metodología para que las áreas que generan la información la procesen, la concilien y la entreguen a tiempo.	2	4	Alta	Promover la metodología para que las áreas que generan la información la analicen, la procesen, la concilien y la entreguen a tiempo.	(Número de informes que presentaron inconsistencia en el periodo / número total de informes presentados en el periodo)*100	Auxiliar Administrativo De Facturación Supervisor Operativo De Facturación Coordinador De Facturación
156 (Diciembre 2017)	GESTION DE FACTURACIÓN	La no refacturación a tiempo de servicios	Operativo	2	4	Alta	Cumplir con el procedimiento de gestión de glosas y devoluciones y con la normatividad en el cumplimiento de tiempos para su trámite normal ante las ERP.	2	4	Alta	Aplicar el procedimiento de glosas y devoluciones y cumplir con la normatividad vigente y sus plazos establecidos.	(Número de refacturas generadas en el periodo) / (número total de facturas que se recibieron para refacturar por el área de glosas en el periodo)*100	Supervisor operativo de facturación, Coordinador de facturación

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
157 (Diciembre 2017)	ESTRUCTURACIÓN DE TARIFAS PARA LA VENTA DE SERVICIOS	No parametrizar las tarifas en el sistema de los contratos suscritos por el hospital. Excepto medicamentos, suministros, insumos y dispositivos médicos (que son parametrizados por farmacia).	Operativo	2	4	Alta	Realizar programa de capacitación a: al manual de procesos y procedimientos de facturación del HUN; a la normatividad vigente; a la socialización de contratos y/o convenios recibidos por las oficinas de mercadeo, contratación y subgerencia técnico científica (red externa) para la venta de servicios de salud; panorama de contratación; tarifario institucional. Comité de glosas - informe del área de glosas	2	4	Alta	Realizar programa de capacitación a: al manual de procesos y procedimientos de facturación del HUN; a la normatividad vigente; a la socialización de contratos y/o convenios recibidos por las oficinas de mercadeo, contratación y subgerencia técnico científica (red externa) para la venta de servicios de salud; panorama de contratación; tarifario institucional. Comité de glosas - informe del área de glosas	(Número de solicitudes de tarifas (institucionales, por contrato y red externa) parametrizadas / número total de solicitudes recibidas para parametrizar) * 100%	Profesional de apoyo de facturación Supervisor operativo de facturación Coordinador de facturación, Coordinador y auditor del servicio
158 (Diciembre 2017)	GESTION DE FACTURACIÓN	Incumplimiento al manual de procesos y procedimientos de facturación, derivado del incumplimiento al manual de procesos y procedimientos de las áreas que se interrelacionan con el proceso de facturación. (áreas asistenciales y administrativas).	Operativo	5	4	Extrema	Elaborar oficios con relación a los hallazgos encontrados y enviados a los responsables asistenciales y administrativos, de los servicios o áreas respectivas.	5	4	Extrema	Elaborar oficios con relación a los hallazgos encontrados y enviados a los responsables asistenciales y administrativos, de los servicios o áreas respectivas.	Número de hallazgos subsanados / número total de hallazgos informados) * 100%	Supervisor Operativo de Facturación Coordinador de Facturación Coordinador y Auditor del Servicio
159 (Septiembre 2017)	GESTION DE GLOSAS	Respuesta de objeciones por fuera de los términos establecidos por las normas legales.	Financiero	4	3	Alta	Verificación de registro adecuado y cumplimiento de tiempos de respuesta de glosas y devoluciones.	4	3	Alta	Revisar diariamente por parte del Auxiliar administrativo-Trámite el archivo "Relación de glosas radicadas", con el fin de verificar la fecha de radicado de la objeción, para realizar la respuesta de éstas, en el tiempo establecido normativamente. Realizar revisión semanal por parte del Funcionario encargado del Sistema de información, y consolidar mensualmente los hallazgos de oportunidad de radicación y trámite de objeciones, así como del adecuado registro.	Numero de glosas gestionadas oportunamente / total glosas de glosas radicadas. Línea Base: 99% Meta: Que el 100% de la glosa radicada se gestione oportunamente de conformidad con los tiempos establecidos en la normatividad vigente.	Funcionario Sistema de Información de Glosas.
160 (Septiembre 2017)	GESTION DE GLOSAS	Demora en el tramite de las devoluciones	Financiero	5	2	Alta	Verificación oportuna de devoluciones pendientes de tramitar y aplicación de criterios definidos para gestión de devoluciones.	5	2	Alta	Revisar por parte del auxiliar administrativo-Trámite el estado de la devolución y tramita según la siguiente instrucción: Las segundas devoluciones deben ser respondidas y soportadas normalmente; sin embargo, se debe analizar algunos casos excepcionales en los que se puede determinar que la reiteración de glosa o devolución es injustificada que hacen que deban ser pasadas a cobro por Cartera; las terceras y cuartas devoluciones deben ser automáticamente pasadas a cobro por Cartera, aunque pueda haber algunas excepciones que pueden ser informadas por el tramitador. Coordinador de Glosas realiza revisión mensual del cumplimiento de esta acción.	N° de devoluciones con tramite definitivo en el año n+1 a la radicación de la factura / N° total de devoluciones radicadas en el año n. Línea Base:0 Meta: Realizar el 100%trámite definitivo de las devoluciones en el año n+1 a la radicación de la factura.	Auxiliar administrativo - Trámite.
161 (Diciembre 2017)	TRAMITE DE DERECHOS DE PETICIÓN	No contestar el derecho de petición de acuerdo a los términos establecidos en la normatividad legal vigente	Cumplimiento	3	3	Alta	Emitir alertas vía email con 3 días de antelación al vencimiento del término de contestación.	3	3	Alta	Enviar las alertas vía email a quien corresponda dar respuesta al derecho de petición con 3 días de antelación.	N° de alertas enviadas / N° total de derechos de petición radicados en la oficina asesora jurídica * 100 Línea Base = 0 Meta = Que se envíe el 100% de las alertas.	Secretaría Oficina Asesora Jurídica
162 (Abril 2017)	MANUAL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	Incumplimiento de la presentación de las auditorías de ley según fechas establecidas.	Cumplimiento	1	4	Alta	Seguimiento mensual en los subcomités de autocontrol y mejoramiento a la actividades a realizar por parte de la oficina de Control Interno.	1	4	Alta	Dar cumplimiento a la resolución 0550 del 16 de junio de 2016, se realizará mensualmente subcomité de autocontrol y mejoramiento, en el cual se analizará las actividades que fueron realizadas en el mes anterior y las actividades que deberán ser realizadas por parte de la oficina de Control Interno.	N° de Informes de auditorías de ley reportados dentro de las fechas establecidas por normatividad /N° de Informes a reportar en la Vigencia *100 Línea base: 100% Meta: Reportar el 100% de los informes de auditorías de ley dentro de las fechas establecidas por la normatividad.	Jefe de la Oficina de Control Interno

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
163 (Septiembre 2017)	PROCESO DISCIPLINARIO	No identificar de manera correcta la calidad del sujeto que remite la información que da origen a la acción disciplinaria	Operativo	5	5	Extrema	Identificación , seguimiento y control del sujeto que remite el documento que da origen a la acción disciplinaria.	5	5	Extrema	Elaborar lista de chequeo en la cual se identifique claramente la calidad de quien representa el documento que da origen a la acción disciplinaria Realizar seguimiento y control mediante lista de chequeo de la identificación del sujeto que remite el documento que da origen a la acción disciplinaria	Elaborar y aprobar lista de chequeo de identificación del sujeto que presenta información que da origen a la acción que da origen a la acción disciplinaria N° de procesos disciplinarios/ N° listas de chequeo de identificación de sujeto que da origen a la acción disciplinaria. Línea Base: Lista de chequeo de identificación de sujeto que da origen a la acción disciplinaria. Meta: Aplicación de la lista de chequeo al 100% de las acciones disciplinarias	Sustanciadores
164 (Enero 2018)	PROCESO DE TALENTO HUMANO	Inadecuada selección de personal, permitir, tolerar o facilitar el ejercicio ilegal de profesiones reguladas por la ley	Anticorrupción	3	10	Alta	Verificar las Hojas de Vida de colaboradores de planta y personal externo	3	10	Alta	Verificar las hojas de vida periódicamente de los colaboradores de la E.S.E. y confrontarla con la lista de chequeo de habilitación conforme a la normatividad vigente de habilitación. Resolución No. 2003 del 28 de mayo de 2014, y así poder acreditar al funcionario en el ejercicio de su actividad laboral y remitir un informe trimestral a Gerencia con copia a Control Interno y Planeación del grado de avance.	Informe del grado de avance en la verificación de las HV de los colaboradores / informes programados de revision HV (4) X 100	Oficina de Talento Humano
				3	10	Alta	Identificar las vacantes institucionales	3	10	Alta	Identificar semestralmente los cargos en vacancia con los que cuenta la planta de la Institución como insumo del procedimiento de selección y vinculación.	Informe de identificación de vacantes presentado y remitido a la gerencia / Informes programados de identificación de vacantes (2) X 100	Oficina de Talento Humano
165 (Enero 2018)	PROCESO ESTRATEGICO MISIONAL APOYO EVALUACION	Amiguismo, Clientelismo y Tráfico de Influencias	Anticorrupción	5	10	Alta	Implementación del proceso de selección de personal	5	10	Alta	Cumplir estrictamente con el proceso de selección y vinculación de personal.	No. de funcionarios vinculados con el cumplimiento de requisitos y perfil requerido mediante el proceso de selección de personal / No. Total de funcionarios vinculados *100%	Gerencia Oficina de Talento Humano
				5	10	Alta	Realizar auditorías a los procesos de contratación y selección de personal	5	10	Alta	1. Realizar auditoría al cumplimiento del proceso GTH-TH-C-002 denominado "Incorporación de Personal", a cargo de la Oficina de Talento Humano. 2. Realizar auditoría a la supervisión del cumplimiento de las obligaciones de los contratos suscritos con agremiaciones sindicales, tanto administrativas como asistenciales	Nº. De auditorías realizadas al proceso de Incorporación de personal / 1 x 100 Nº. de auditorías realizadas a la supervisión del cumplimiento de las obligaciones de los contratos suscritos con agremiaciones sindicales, 2 X100	Oficina Asesora de Control Interno Oficina Asesora de Control Interno
				5	10	Alta	Continuar con el procedimiento de inducción y reintegración	5	10	Alta	Socializar el código de ética y buen gobierno institucional durante el proceso de inducción y reintegración.	Número de aspirantes que aprobaron la evaluación / Número total de aspirantes durante el cuatrimestre x 100	Oficina de Talento Humano
166 (Enero 2018)	PROCESO ESTRATEGICO MISIONAL APOYO EVALUACION	Pérdida, Uso indebido, o Deterioro de los Bienes , Recursos, o Intereses Patrimoniales de la Institución.	Anticorrupción	5	10	Alta	Realizar inventarios en almacén y Activos Fijos	5	10	Alta	Realizar un (1) inventario Anual de Activos Fijos. Realizar inventario Semestral a la bodega de bienes de consumo. Realizar pruebas aleatorias para revisión de los activos fijos y almacén del Hospital HUN.	Un informe de la ejecución del Inventario Anual de Activos Fijos. Informe de ejecución de inventario semestral a la bodega de bienes de consumo. Lista de inventario aleatorio y selectivo de activos fijos y almacén debidamente firmados.	Almacén
				5	10	Alta	Realizar inventarios de medicamentos	5	10	Alta	Realizar un (1) inventario total al año en las cinco Servicio Farmacéuticos satélites adscritas al servicio farmacéutico con la participación de la Oficina Asesora de Control Interno y revisora Fiscal.	Inventarios totales realizados/5 * 100	Servicio Farmacéutico
				5	10	Alta	Verificar la ejecución de las agendas medicas	5	10	Alta	Verificación aleatoria del cumplimiento, de al menos el 25% de las agendas programadas y autorizadas al personal médico.	Número de Agendas revisadas / (25%) Total de agendas programadas*100	Subgerencia Técnica
				5	10	Alta	Identificar los medicamentos con fecha de vencimiento crítica	5	10	Alta	Identificar mensualmente los productos próximos a vencer para su gestión de rotación con las áreas asistenciales.	Número de Listados mensuales de Medicamentos próximos a vencer / 12 * 100	Servicio Farmacéutico
				5	10	Alta	Documento asignado para prestamos de medicamentos, dispositivos médicos entre instituciones.	5	10	Alta	Solicitar a la Subgerencia respectiva o al administrativo de turno, la autorización del documento asignado para el prestamos de medicamentos y dispositivos médicos desde y hacia otras instituciones.	Número de Préstamos autorizados / Total de préstamos X 100	Servicio Farmacéutico
				5	10	Alta	Formato de ingreso y retiro de elementos devolutivos y/o bienes por personal o funcionario ESEHUN	5	10	Alta	Diligenciar el formato GAF-ALF-001A INGRESO Y RETIRO DE ELEMENTOS DEVOLUTIVOS previo visto bueno de la Subgerencia respectiva	Número de formatos diligenciados/ Total de formatos autorizados	Almacén - Activos Fijos
				5	10	Alta	Identificar y valorizar los medicamentos despachados mensualmente a pacientes	5	10	Alta	Informar mensual a la oficina de Costos sobre la totalidad de productos (medicamentos y dispositivos médicos) suministrados a los pacientes.	Informes con valor total mensual de los productos entregados por Servicio Farmacéutico para suministro a los pacientes / 12 * 100	Servicio Farmacéutico
				5	10	Alta	Realizar la verificación de los servicios prestados versus los servicios facturados.	5	10	Alta	Facturar el 100% de todos los servicios efectivamente prestados por el Hospital de forma mensual.	Valor total de servicios facturados / valor total de servicios prestados X100.	Facturación
				5	10	Alta	Capacitar al personal admisionista	5	10	Alta	Desarrollar dos capacitaciones en las actividades de admisión relacionadas con la identificación del usuario, con el fin de evitar suplantaciones y con la participación del personal de admisiones, facturación y autorizaciones.	Número de capacitaciones ejecutadas / Número de capacitaciones programadas (2) X100	Facturación
				5	10	Alta	Crear un inventario exclusivo de los medicamentos de alto costo que se utilizan en la institución	5	10	Alta	Monitorear semanalmente el inventario de los medicamentos de alto costo utilizando el formato de relacion de existencias de productos de alto costo en la Servicio Farmacéutico principal	Informe mensual de los resultados de los monitoreos de medicamentos de alto costo realizados	Servicio Farmacéutico
				5	10	Alta	Crear un inventario exclusivo de los medicamentos de control especial que se utilizan en la institución	5	10	Alta	Monitorear semanalmente el inventario de los medicamentos de control especial en la Servicio Farmacéutico principal	Informe mensual de los resultados de los monitoreos de medicamentos de control especial realizados	Servicio Farmacéutico
				5	10	Alta	Auditorias aleatorias a los medicamentos en cadena de frio en los servicios	5	10	Alta	Realizar auditorias aleatorias a los medicamentos que se encuentran en cadena de frio en los servicios	Informe mensual de los resultados de las auditorias realizadas de medicamentos en cadena de frio en los servicios	Servicio Farmacéutico
							Realizar semestralmente auditorias a los medicamentos de alto costo y de control				1. Realizar cuatro (4) inventarios aleatorios, no planeados, a medicamentos de alto costo (2) y medicamentos de control (2).	Nº de Inventarios aleatorios, no planeados, realizados/4 x 100	Oficina Asesora de Control Interno

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

N° RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACION	RIESGO INHERENTE		NIVEL DEL RIESGO	DESCRIPCION DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)			PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
				5	20	Extrema	Realizar seguimiento mensual a los inventarios de uso y de bienes que se utilizan en la institución	5	20	Extrema	2. Realizar dos (2) inventarios aleatorios, no planeados, a productos de Almacén (1) y Activos Fijos (1).	N° de Inventarios aleatorios, no planeados, realizados/2 x 100	Oficina Asesora de Control Interno
167 (Enero 2018)	PROCESO DISCIPLINARIO	Dilatación de los procesos con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo	Anticorrupción	3	10	Alta	Realizar informe de procesos activos a la Gerencia.	3	10	Alta	Presentar a la alta Gerencia los respectivos informes trimestrales de estadística de procesos activos .	Número de informes estadísticos de los procesos disciplinarios presentados / 4 X 100	Oficina Asesora de Control Interno disciplinario
168 (Enero 2018)	PROCESO ESTRATEGICO MISIONAL APOYO EVALUACION	Uso y acceso indebido de la información para la obtención de un beneficio.	Anticorrupción	3	10	Alta	Fortalecer la socialización de las políticas de seguridad de la información	3	10	Alta	Capacitar a colaboradores y líderes de Unidades funcionales en temas de seguridad de la información y el uso de aplicaciones.	Número de capacitaciones ejecutadas/Número de capacitaciones programadas *100	Sistema de Información Hospitalaria
				3	10	Alta	Reportar novedades de retiro de personal.	3	10	Alta	Notificar mensualmente si aplica, a la oficina de sistemas de información hospitalaria SIH el retiro de personal de Planta o agremiado con el fin de cancelar o suspender los usuarios o contraseñas que tengan en el sistema.	Un Reporte Mensual (Si se presentan novedades de egreso de personal).	Oficina de Talento Humano
				3	10	Alta	Capacitar a los usuarios internos en temas disciplinarios, ética del empleado	3	10	Alta	Capacitar a los colaboradores del Hospital en temas relacionados con faltas y sanciones disciplinarias haciendo énfasis con el inadecuado uso de la información, deberes y derechos, inhabilidades e incompatibilidades, ética en la función pública y función preventiva.	Número de colaboradores capacitados/ 30% de los colaboradores de la Institución*100	Oficina Asesora de Control Interno disciplinario
169 (Enero 2018)	PROCESO DE CONTRATACION	Trafico de influencias para adjudicación de contratos	Anticorrupción	3	10	Alta	Dar estricto cumplimiento a las modalidades de selección establecidas en el Estatuto de Contratación vigente.	3	10	Alta	Cumplir cada uno de los requisitos, procesos y procedimientos de las diferentes modalidades de selección, establecidas en el estatuto de contratación vigente del Hospital.	No. De contratos con verificación de la lista de chequeo / No. Total de contratos suscritos en la vigencia X 100 %	Oficina de Contratación
170 (Enero 2018)	PROCESO DE CONTRATACION	Supervisiones insuficientes o no idóneas y concentrar las labores de supervisión de múltiples contratos en poco personal	Anticorrupción	4	10	Alta	Fortalecimiento de la figura del supervisor e interventor de contratos suscritos por el Hospital.	4	10	Alta	Fortalecer la figura de la interventoría y la supervisión a través capacitación a los funcionarios en las responsabilidades y aspectos generales de las interventorías y supervisiones. Definir las condiciones para la supervisión técnica, administrativa y financiera con roles y parámetros claros. Fortalecer los procesos de capacitación relacionados con las responsabilidades que conlleva el ejercicio de supervisión e interventoría.	Número de capacitaciones realizadas a los supervisores e interventores / Número de capacitaciones programadas X 100%.	Oficina de Contratación
171 (Enero 2018)	PROCESO APOYO	Contratar suministros e insumos con proveedores sin reconocimiento en el mercado o sin estar habilitados legalmente	Anticorrupción	2	20	Alta	Certificado de cumplimiento de requisitos (Sabana) para legalizar las órdenes de compra y órdenes de servicio	2	20	Alta	Diligenciar el formato certificado de cumplimiento de requisitos (Lista de chequeo) y verificar el cumplimiento de requisitos para legalizar órdenes de Compra y órdenes Servicios.	Número de órdenes de compra y de servicios con certificado de cumplimiento / Total de órdenes de compra y de servicios *100%	Suministros
				2	20	Alta	Estudios previos con el cumplimiento del formato de estudios previos de conveniencia y oportunidad órdenes de servicio y de compra.	2	20	Alta	Verificar el diligenciamiento del formato de estudios previos de conveniencia y oportunidad para órdenes de compra y órdenes de servicio	Número de órdenes de compra y de servicios con formato de estudios previos de conveniencia y oportunidad / Total de órdenes de compra y de servicios *100%	Suministros
				2	20	Alta	Informar y socializar el proceso y procedimientos de órdenes de compra y de servicios.	2	20	Alta	Realizar una socialización en el año, en Comité de autocontrol de la dependencia los procesos y procedimientos de órdenes de compra y de servicios, requisitos y lista de chequeo	Evidencia de socialización en comité de autocontrol de la dependencia los procesos y procedimientos de órdenes de compra y de servicios, requisitos y lista de chequeo	Suministros
				2	20	Alta	Divulgar las contrataciones de órdenes de servicio y órdenes de compra	2	20	Alta	Publicar en el SECOP las contrataciones realizadas por órdenes de servicio y por órdenes de compra	Número de O.C y O.S publicados en el SECOP en el periodo / Total O.C y O.S del periodo *100%	Suministros
172 (Enero 2018)	PROCESO ESTRATEGICO MISIONAL APOYO EVALUACION	Ejecutar actos de violencia contra superiores, subalternos o compañeros de trabajo, demás servidores públicos o injuriarlos o calumniarlos	Anticorrupción	3	10	Alta	Capacitar a los colaboradores en temas relacionados con el trato Humanizado y relaciones interpersonales.	3	10	Alta	Capacitar a los colaboradores del Hospital en temas relacionados con el trato humanizado y relaciones interpersonales	Número de colaboradores capacitados/ 60% del Total de colaboradores de la Institución*100	Garantía de Calidad
173 (Enero 2018)	PROCESO ESTRATEGICO MISIONAL APOYO EVALUACION	Omitir, retardar o no suministrar debida y oportunamente respuesta a las peticiones respetuosas de particulares o a solicitudes de autoridades, así como retenerlas, enviarlas a destinatario diferente de aquel a quien correspondía su conocimiento	Anticorrupción	3	10	Alta	Hacer seguimiento y trazabilidad a las peticiones	3	10	Alta	Convocar de manera semestral a las oficinas asesora de Jurídica y Sistemas de Información Hospitalaria para brindar capacitación acerca del proceso, trámite, implicaciones legales y respuesta por el software de gestión documental de las PQRS, dirigida a Coordinadores de las unidades funcionales Reportar funcionarios y líderes inasistentes a las capacitaciones a control interno Disciplinario y agremiaciones según corresponda.	N° de jornadas de capacitación realizadas/ N° de Jornadas de Capacitación Programadas x 100%. Evidencia de la convocatoria Listados de asistencia Evidencia del reporte de inasistentes a control Interno Disciplinario y Agremiaciones.	Atención al Usuario
				3	10	Alta	Hacer seguimiento y trazabilidad a las peticiones	3	10	Alta	Generar reporte Cuatrimestral de trazabilidad sobre Oportunidad y eficiencia por dependencia respecto a PQRS y reportarlo a gerencia con copia a las subgerencias, oficinas asesoras y oficina de Talento Humano y Contratación.	Evidencia del reporte cuatrimestral a la subgerencias, oficinas asesoras y oficina de Talento Humano y Contratación.	Gestión Documental
				3	10	Alta	Hacer seguimiento y trazabilidad a las peticiones	3	10	Alta	Proyectar circular para firma de la gerencia recordando la obligatoriedad en el uso del software de gestión Documental y solicitando la socialización con los equipos de trabajo en comités de Autocontrol. Divulgar circular de manera Semestral.	Circular legalizada y divulgada a las subgerencias, oficinas asesoras y oficina de Talento Humano y Contratación. Evidencia de la divulgación de manera semestral.	Gestión Documental
				4	10	Alta	Hacer seguimiento y trazabilidad a las peticiones, quejas y reclamos	4	10	Alta	Presentar a la Gerencia tres informes de Auditoría (Corte a abril, agosto y diciembre) al cumplimiento del Proceso de Gestión PQRSF internas, por parte de la oficina de Talento Humano. Presentar a la Gerencia tres informes de Auditoría (Corte a abril, agosto y diciembre) al cumplimiento del Proceso de Gestión PQRSF por parte de la oficina SIAU.	N° de informes presentados /3 x 100 N° de informes presentados /3 x 100	Oficina Asesora de Control Interno Oficina Asesora de Control Interno