

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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 (2016)	SEGUIMIENTO Y EVALUACION A LA GESTION INSTITUCIONAL (GERENCIA)	Inoportunidad en el reporte de la información a las entidades de Vigilancia y Control en los términos establecidos.	Cumplimiento	4	3	Alta	Establecer cronograma para atender oportunamente a las solicitudes de las Entidades de Vigilancia y Control.	4	3	Alta	Implementación del sistema de Gestión Documental con el fin de centralizar y hacer seguimiento a todas las solicitudes Elaborar cronograma de actividades con el fin de establecer las entidades de vigilancia y terminode presentación de informes	Número de respuestas oportunas antes de control/Total de respuestas emitidas a entes de control Línea Base: 0 Meta: Cumplir con el 100% de las actividades del cronograma propuesto	Gerente
2 (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 las actividades a realizar por parte de la oficina de Control Interno.	1	4	Alta	Dando cumplimiento a la resolución 0550 del 16 de junio de 2016, se realizará mensualmente subcomité de autocontrol y mejoramiento, en el cual se analizará las actividades que fueron realizadas en el mes anterior y las activadaes que deberán ser realizadas por parte de la oficina de Control Interno.	Nº de Informes de auditorías de ley reportados dentro de las fechas establecidas por normatividad /Nº de Informes a reportar en la Vigencia *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
3 (Marzo 2017)	GESTION DE PROYECTOS (PLANEACIÓN)	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
3.1. (Marzo 2017)	GESTION DE PROYECTOS (PLANEACIÓN)	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	Nº 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

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO

FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
4 (Abril 2017)	CONTROL DE DOCUMENTOS (PLANEACIÓN)	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	De acuerdo a l resultado de las autoevaluaciones, auditorías internas y/o auditorías externas se realizará el respectivo ajuste del proceso 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 Linea 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.
4.1 (Abril 2017)	CONTROL DE DOCUMENTOS (PLANEACIÓN)	Proceso que no involucra las áreas que interactuan en el mismo.	Operativo	4	3	Alta	Actualizar el proceso que no involucra las áreas que interactuan en el mismo, en un tiempo no superior a 4 meses.	4	3	Alta	De acuerdo a l resultado de las autoevaluaciones, auditorías internas y/o auditorías externas se realizará el respectivo ajuste del proceso en un tiempo no superior a 4 meses.	Indicador:N° Procesos actualizados con solicitud de ajuste por no involucrar las áreas que interactuan en el mismo/N° de solicitudes de ajuste a procesos que no involucran las áreas que interactuan en el mismo Linea Base: 0 Meta: Actualización del 100% de los procesos que no involucra las áreas que interactuan en el mismo durante los 4 meses siguientes, al reporte de la modificación	Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional.
5 (Diciembre 2016)	GESTIÓN DEL RIESGO (PLANEACIÓN)	Inadecuada identificación de los riesgos de los procesos por desconocimiento del proceso de la unidad	Operativo	5	4	Extrema	El lider de la unidad seleccione la persona idónea que conozca el servicio	5	4	Extrema	Selección de la persona responsable para diligenciar y alimentar matriz de riesgo de cada unidad o proceso	Número de asesorías realizadas/ Número de solicitudes x 100 *Linea Base: 0 *Meta: 100% de las unidades con las personas responsables para el diligenciamiento de la matriz de riesgo	Lider de la unidad o del proceso
5.1 (Diciembre 2016)	GESTIÓN DEL RIESGO (PLANEACIÓN)	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

MAPA DE RIESGOS

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)				
6 (Mayo 2017)	AUTOEVALUACIÓN DE HABILITACIÓN (CALIDAD)	El cierre de un servicio al no cumplir los requisitos mínimos de habilitación	Cumplimiento	4	4	Extrema	Verificar el cumplimiento de los requisitos de habilitación.	4	4	Extrema	Realizar mensualmente seguimiento en el formato denominado "Matriz de seguimiento" a cada servicio para verificar el avance en el plan de cumplimiento de Habilitación. Reportar esta información al líder del servicio para que sea analizada en subcomité de autocontrol y de mejoramiento.	N° total de criterios cumplidos / N° de criterios requeridos en la normatividad * 100%. Niveles de desagregación del indicador por servicio habilitado. Línea base: 66.67% institucional Meta :100% de los criterios cumplidos.	Líder de Habilitación-Calidad
6.1 (Mayo 2017)	AUTOEVALUACIÓN DE HABILITACIÓN (CALIDAD)	El cierre de un servicio al no cumplir los requisitos mínimos de habilitación	Cumplimiento	4	4	Extrema	Subsanar los hallazgos encontrados en las visitas de verificación	4	4	Extrema	Requerir mensualmente a la subgerencia correspondiente los insumos y /o elementos necesarios para dar cumplimiento con el consolidado denominado "Matriz de seguimiento", asociado a cumplimiento de requisitos mínimos de Habilitación, y que no dependan directamente del servicio. Consolidando esta información en una matriz que permita tener la información de la gestión realizada y socializando las respuestas correspondientes en los subcomités de autocontrol y mejoramiento.	N° total de criterios cumplidos / N° de criterios requeridos en la normatividad * 100%. Niveles de desagregación del indicador por servicio habilitado. Línea base: 66.67% institucional Meta :100% de los criterios cumplidos.	Líder del proceso
6.2 (Mayo 2017)	AUTOEVALUACIÓN DE HABILITACIÓN (CALIDAD)	El cierre de un servicio al no cumplir los requisitos mínimos de habilitación	Cumplimiento	4	4	Extrema	Subsanar los hallazgos encontrados en las visitas de verificación	4	4	Extrema	Realizar autocontrol a través de auditorías internas para verificar el cumplimiento de los requisitos de habilitación, que correspondan en su ejecución a cada servicio, definiendo cuales son en acta de subcomité de autocontrol y mejoramiento, y consignando aquí los resultados obtenidos en forma mensual.	N° total de criterios cumplidos / N° de criterios requeridos en la normatividad * 100%. Niveles de desagregación del indicador por servicio habilitado. Línea base: 66.67% institucional Meta :100% de los criterios cumplidos.	Líder del proceso
7 (Marzo 2017)	HIGIENIZACIÓN DE ROPA HOSPITALARIA (RECURSOS FÍSICOS)	Inoportunidad en la entrega de la ropa hospitalaria	Operativo	3	3	Alta	Mantener la disponibilidad de los recursos necesarios que garanticen la correcta operación para la higienización de la ropa hospitalaria	3	3	Alta	Verificar mensualmente que se cuente con los recursos necesarios que garanticen que el proceso de higienización de ropa hospitalaria se efectúe correctamente. En caso que esto no ocurra se debe gestionar oportunamente la contratación.	Número de Kilos de Ropa Hospitalaria distribuidos antes de 24 horas posteriores a su recepción para ser higienizada / Número de Kilos de ropa hospitalaria recibida para ser higienizada * 100 Línea Base = 0 Meta: Que el 95% de la ropa hospitalaria higienizada se entregue oportunamente.	Jefe Oficina de Recursos Físicos

MAPA DE RIESGOS

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)				
8 (Marzo 2017)	MANTENIMIENTO CORRECTIVO (RECURSOS FISICOS)	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	Verificar mensualmente que se cuente con los recursos necesarios que garanticen que el proceso de higienización de ropa hospitalaria se efectúe correctamente. En caso que esto no ocurra se debe gestionar oportunamente la contratación.	Número de Kilos de Ropa Hospitalaria distribuidos antes de 24 horas posteriores a su recepción para ser higienizada / Número de Kilos de ropa hospitalaria recibida para ser higienizada * 100 Línea Base = 0 Meta: Que el 95% de la ropa hospitalaria higienizada se entregue oportunamente.	Supervisor o Interventor
9 (Marzo 2017)	MANTENIMIENTO PREVENTIVO (RECURSOS FISICOS)	Presentación de eventos adversos debido al mal funcionamiento o daño en la dotación hospitalaria y vehículos por un mantenimiento preventivo ineficiente, no ejecutado o con demoras en su ejecución	Operativo	5	4	Extrema	Realizar las labores de mantenimiento preventivo de acuerdo a los protocolos establecidos por el fabricante para cada equipo o vehículo.	5	4	Extrema	Se verifican los protocolos de mantenimiento establecidos por el fabricante para cada equipo o vehículos antes de efectuar el mantenimiento preventivo	Número de mantenimientos preventivos con no conformidades reportadas en el mes / Número de mantenimientos preventivos ejecutados en el mes * 100. Número de mantenimientos preventivos realizados / Número de mantenimientos preventivos programados * 100 Línea Base = 0 Meta: Que no se presenten eventos adversos una vez finalicen las labores de mantenimiento preventivo.	Operario o Contratista
10 (Marzo 2017)	MANTENIMIENTO PREVENTIVO (RECURSOS FISICOS)	Disminución de la vida útil de la dotación hospitalaria o vehículos por mantenimiento preventivo ineficiente	Operativo	4	4	Extrema	Mantener actualizada la Hoja de Vida de equipos básicos y equipos biomédicos e industriales	4	4	Extrema	Verificar el estado de los equipos básicos, equipos biomédicos e industriales en las hojas de vida.	Número de hojas de vida de dotación hospitalaria y vehículos actualizadas / Total de Hojas de vida de dotación hospitalaria y vehículos. Línea Base = 0 Meta: Que estén actualizadas el 100% de las hojas de vida de los equipos básicos, equipos biomédicos e industriales.	Supervisor o Interventor
11 (2016)	REQUERIMIENTO PARA ABASTECIMIENTO DEL SERVICIO FARMACEUTICO Y ALMACEN (SUMINISTROS)	Inoportunidad en la entrega del producto	Operativo	5	4	Extrema	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. (es de aclarar que los pedidos se realizar para 2,5 meses)	5	4	Extrema	Verificar las 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. (es de aclarar que los pedidos se realizar para 2,5 meses)	Items comprados / entregas parciales x 100 Línea Base: 0 Meta: Verificar el 70% de las entregas del producto solicitado	Profesionales de apoyo

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
12 (2016)	TALENTO HUMANO	Inasistencia a las jornadas de Capacitación por parte de los funcionarios.	Estrategico	5	4	Extrema	Divulgar oportunamente la fecha, hora y lugar a desarrollar la capacitación.	5	4	Extrema	Que el Coordinador del Area garantice la participacion del personal	No. Funcionarios asistentes a las capacitaciones/ No funcionarios programados a capacitación X 100 Línea Base: 0 Meta: Que el 100% de los coordinadores garanticen la asistencia a las capacitaciones	Profesional Universitario Bienestar Laboral
13 (2016)	TALENTO HUMANO	Archivo de las historias laborales sin la correspondiente verificación de antecedentes academicos	Cumplimiento	1	5	Alta	Gestionar y hacer seguimiento de las solicitudes de verificaciones de antecedentes academicos	1	5	Alta	Oficio enviado por el Gerente justificando jurídicamente la importancia de la verificación a las instituciones academicas y SSD	No de respuestas de las Instituciones academicas y SSD/No de oficios enviados*100 Línea Base: 0 Meta: 100% de lasa historias laborales verificadas	Profesional Universitario a cargo de la verificación.
14 (2016)	VIGILANCIA EN CONTROL DE INFECCIONES (EPIDEMIOLOGIA)	No identificación de los casos sospechosos de infección intrahospitalaria.	Operativo	5	3	Extrema	Revista diaria a los servicios por el personal de la oficina. Verificar que en los servicios asignados se realice el reporte de los casos de infecciones intrahospitalarias.	5	3	Extrema	(BUSQUEDAD ACTIVA) Revisión semanal del aplicativo de consulta de antibiotico que se encuentra en INDIGO con el fin de identificar casos sospechosos de IAAS y reportes en fisico entregados a la oficina de Infectologia de los resultados de los cultivos con RAM atipica por parte del laboratorio clinico, para la determinar los casos que cumplen criterios de IAAS y realizar la ficha de notificacion	Numero de casos identificados durante la BUSQUEDAD ACTIVA / Total de casos de IAAS notificadas en el mes Línea Base: 25% Meta: Disminuir la omisión en un 15%	Enfermera Especialista de la oficina de control de infecciones y Auxiliar de enfermería
15 (2016)	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	Desconocimiento de los protocolos de vigilancia epidemiológica en el personal de Salud. Poca receptividad de los profesionales a los procesos de vigilancia epidemiológica	Operativo	5	2	Alta	Revista diaria a los servicios por el personal de la oficina. Revisión semanal de la mortalidad y registro de nacidos (RUAF).	5	2	Alta	Revisión de la matriz BAID (Busqueda activa institucional diaria) para eventos de interes en Salud Publica.	Numero de casos NO notificados, identificados en BAID / Total de casos Notificados al SIVIGILA (Activa+Pasiva) mes. *100 Línea Base: 15% Meta: Menor del 10%	Auxiliar administrativa de Epidemiologia e infectología
16 (2016)	HOSPITALIZACION	Diligenciamiento e interpretacion inadecuado e inoportuno de ordenes médicas	Operativo	4	4	Extrema	Auditoría de historias clinicas, formato de incidentes y eventos adversos.	4	4	Extrema	Realizar seguimiento mediante auditorias del adecuado y oportuno cumplimiento de ordenes médicas	Número de casos de incidentes y eventos adversos reportados x diligenciamiento e interpretación inadecuado e inoportuno de ordenes médicas/ Total de eventos e incidentes reportados x 100. Línea de base: 0 Meta: 5%. Observación: seguimiento Trimestral.	Jefes de enfermería, coordinadores de las diferente especialidades y jefe de Hospitalizacion. Calidad.

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
17 (2016)	HOSPITALIZACION	No verificación de los 10 correctos para administración de medicamentos al usuario.	Operativo	4	2	Alta	Auditoria de historias clinicas, formato de incidentes y eventos adversos,	4	2	Alta	Realizar seguimiento mediante auditorias del cumplimiento de los 10 correctos en la administración de medicamentos, reportar incidentes y eventos adversos	Número de casos de incidentes y eventos adversos realizados por no verificación de los 10 correctos para administración de medicamentos al usuario/ Total de eventos e incidentes reportados x 100 Linea de base: 0 Meta: no registra. Se estipulo seguimiento trimestral.	Jefes de enfermeria, coordinadores de las diferente especialidades y jefe de Hospitalizacion. Calidad.
18 (2016)	HOSPITALIZACION	Prolongacion de la estancia por demora en el egreso.	Operativo	5	2	Alta	Solicitud de intervencion de trabajo social para conceptualizar el nivel socioeconomico del usuario y su familia, su red de apoyo o notificacion a las dependencias o estancias competentes para la red social o de servicios.	5	2	Alta	Solicitar la valoración por trabajo social para determinar la causa de la estancia prolongada	Número de conceptos sociales / total de ingresos de usuarios al servicio en el mes x 100. Linea de base:0 Meta: 5%. Se estipulo seguimiento trimestral.	Trabajo social, jefe de Hospitalizacion
19 (Marzo 16-2017)	ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	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 atencion oportunos tanto en valoracion 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-Cientifica y coordinadores médicos, Oficina Garantia de la Calidad, Planeacion.
19.1. (Marzo 16-2017)	ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	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 revision de hcl y reportarlo a la subgerencia Tecnico-Cientifica.	4	5	Extrema	Realizar auditoria a historia clinicas del servicio de urgencias donde se corroboren los tiempos de atencion 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-Cientifica y coordinadores médicos, Oficina Garantia de la Calidad, Planeacion.

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
20. (Marzo 16-2017)	ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	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 guia. remitiendo copia del analisis realizado en el comite de urgencias a la subgerencia tecnicocientifica y al coodinador 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 guia por parte del especialista (sin justificacion en la historia clinica), y remitirlo a la Subgerencia Tecnico-Cientifica para que tome las medidas administrativas para subsanar el problema y a los coordinadores de las especialidades, segun corresponda, para tomar correctivos.	N° de pacientes a quienes se les ajusto el antibiotico de acuerdo a la guia/ N° de pacientes a quienes se les ajusto el to x 100 Linea base:0 Meta: 60% de los pacientes con ajuste de antibiotico fue con causa justificada en la guia.	Coordinador Urgencias - auditores.
21. (Marzo 16-2017)	ATENCION 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 Canalizacion de Vena por parte de las enfermeras del servicio en cada turno, y remitiendo informe mensual a la coordinadora de enfermeria del servicio. (modificar formato, incluyendo la verificacion del sitio de realizacion de la venopuncion).	5	5	Extrema	Informe mensual sobre la aplicación de las listas de chequeo de "Canalización de Vena" (agregar en el formato el sitio donde se realizo la venopuncion), realizado por la coordinadora de enfermeria del servicio y entregado para socializar en el comité de urgencias. Remitir trimestralmente al comite de historias Clinicas.	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 Enfermeria-AUDITORIA
22. (Marzo 16-2017)	ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Agresiones de parte de usuarios y acompañantes	Operativo	4	4	Extrema	Personal asignado de atencion al usuario y del servicio que maneje una comunicacion asertiva y humanizada al usuario y su familia e implementacion de una delimitacion del area de sala de espera, mejorando las condiciones ambientales y con medios audiovisuales que difundan los temas de deberes y derechos, humanizacion, seguridad del paciente, promocion de la salud y otros de educacion)	4	4	Extrema	Reasignar funciones de la auxiir de enfermeria de Triage para realizar labor de acompañamiento y atencion en sala de espera.	Disminuir en un 10% las quejas de los usuarios asociadas a los tiempos de espera para la atencion y por area fisica. Linea base: 0 Meta: Disminuir en un 10% las quejas de los usuarios asociadas a los tiempos de espera para la atencion y por area fisica	Coordinador del servicio - enfermeria-psicologa - trabajo social - servicios generales.
23 (2016)	GESTIÓN DOCENCIA DE SERVICIO	Rotación de estudiantes sin Convenios legalmente establecidos	Cumplimiento	3	5	Extrema	Mediante la legalización de Convenios. Socialización a lideres de servicios	3	5	Extrema	Documentación de soportes y convenio firmado	Numero de estudiantes que ingresan sin convenio/número de estudiantes que ingresan con convenio legalizado *100 Linea Base: 0 Meta: 100% de los estudiantes cumpliendo con los requisitos	Profesional Universitario Unidad de Convenios

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD
MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
24 (2016)	GESTIÓN DOCENCIA DE SERVICIO	No cumplimiento en condiciones de Bienestar	Cumplimiento	5	2	Alta	Actividades de Inducción, supervisión y Seguimiento a Eventos adversos. Socialización a líderes de servicios	5	2	Alta	Documentación de soportes y convenio firmado	Número de estudiantes insatisfechos /número de estudiantes satisfechos *100 Línea Base: 0 Meta: 100% de los estudiantes satisfechos con locaciones	Profesional Universitario Unidad de Convenios
25 (2016)	GESTIÓN DOCENCIA DE SERVICIO	Falta de adherencia de los procesos asistenciales por personal docente y estudiantes	Operativo	4	5	Extrema	Mediante la legalización de Convenios. Socialización a líderes de servicios	4	5	Extrema	Documentación de soportes y convenio firmado	Número de eventos adversos generados por estudiantes y docentes/ Total de eventos adversos generados dentro de la institución *100 Línea Base: 0 Meta: 100% de los eventos adversos generados dentro de la práctica formativa reportados	Profesional Universitario Unidad de Convenios
26 (2016)	GESTIÓN DOCENCIA DE SERVICIO	No realizar Valoración adecuada de las necesidades institucionales y posibles aportes de convenio por parte de la institución	Operativo	3	3	Alta	Encuesta de satisfacción. Informar limitantes a estudiantes en inducciones	3	3	Alta	Documentación de soporte de beneficios y aportes por parte de la institución educativa a l hospital.	Número de soportes aprobadas / numero de soportes tramitados*100 Línea Base: 0 Meta: Contar con el 100% de los soportes que sustenten la conveniencia de firma de convenio	Gerente, Subgerente, Técnico o administrativo, Director de Oficina de Educación Médica, Docentes o delegado
27 (2016)	GESTIÓN DOCENCIA DE SERVICIO	No Realizar ajuste y revisión de minutas según necesidades y observaciones generadas e inicio de trámite para revisión y visado encomendadas	Cumplimiento	3	3	Alta	Actividades de Inducción, supervisión y Seguimiento a Eventos adversos. Socialización a líderes de servicios	3	3	Alta	documentación de solicitudes escritas y tramite a convenios	Número de eventos adversos generados por estudiantes y docentes/ Total de eventos adversos generados dentro de la institución *100 Línea Base: 0 Meta: Que el 100% de los docentes y estudiantes participen de la inducción	Gerente, Subgerente, Técnico o administrativo, Director de Oficina de Educación Médica, Docentes o delegado
28 (Febrero 2017)	ESTRUCTURACIÓN, DISEÑO Y DIVULGACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS (MERCADEO)	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 Hopsital 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 *Línea Base:4 Meta: 100% Esta acción tiene una periodicidad trimestral	Profesional Universitario Oficina de Mercadeo

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
29 (2016)	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Reporte de información errónea	Operativo	5	4	Extrema	Revisión periódica a los reportes de información para verificar el correcto registro de los datos, tanto en físico como los generados a través del software.	5	4	Extrema	Reportes diligenciados correctamente, reportes de tickets	No de reportes erróneos/ Total de reportes X 100 Línea Base: 0 Meta: 100% de los reportes generados	Auxiliar del área de estadística y profesional Especializado
30 (2016)	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Reporte extemporáneo de la Información a los entes de vigilancia y control	Cumplimiento	2	4	Alta	Verificación permanente de las fechas de publicación Cumplimiento dentro de los tiempos oportunos del reporte de información por parte de los servicios	2	4	Alta	Reportes cargados dentro de los tiempos oportunos	No de reportes generados dentro de los tiempos oportunos/ Total de reportes a publicar dentro de los tiempos oportunos X 100	Profesional especializado
31 (2016)	ESTADÍSTICAS VITALES	Perdida de los certificados de nacidos vivos y de defunción ocasionando problemas jurídicos.	Operativo	4	4	Extrema	1. Almacenamiento bajo custodia (Locker de los servicios bajo llave) 2. Entrega de certificados de NV y de Defunción a cada servicio diligenciando previamente el formato Control de certificados el cual debe estar firmado por la jefe y por el medico que recibe el certificado para diligenciarlo. 3 Se ordena a los jefes responsables del documento no entregar los certificados a personas ajenas a la Institucion.	4	4	Extrema	Formato de revista de certificados de NV y de Defuncion	Certificados de NV y de defuncion perdidos/No.certificados entregadosx100 Línea Base: 0 días Meta: Cumplimiento de los tiempos oportunos	Auxiliar Administrativa de Estadística
32 (2016)	ESTADÍSTICAS VITALES	Diligenciamiento incompleto ó no diligenciamiento de los certificados de nacido vivo y defunción dentro de los tiempos establecidos.	Operativo	5	4	Extrema	1. Se realizan capacitaciones por parte de la Secretaria de Salud Municipal, Dptal y Dane, 2. Se realiza correccion de los certificados devueltos 3. Funcionaria de estadística del hospital ingresa a la plataforma del ministerio para verificar el ingreso del certificado pendiente. 4. Al ingresar a la plataforma a diligenciar el certificado estan enumerados los pasos para el correcto diligenciamiento y evitar la anulacion de estos.	5	4	Extrema	Formato de revista de certificados de NV y de Defuncion	Diligenciamiento incompleto de certificados de NV y de Defuncion= No. De certificados diligenciados en forma incompleta en cada servicio /Total de certificados entregados en el serviciox100. No diligenciamiento de los certificados de NV y de Defuncion= No de certificados no diligenciados por servicio/Total de certificados entregados en el servicio x100 Línea Base: 0 Meta: Cero certificados mal diligenciados o no diligenciados	Auxiliar Administrativa de Estadística
33 (ENERO 2017)	GESTION DE PQRFS Y BUZON DE SUGERENCIAS (SIAU)	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 días / N° de PQRFS radicadas x 100 *Línea Base: 0% Meta: 80%	Profesional Universitario de SIAU- Auxiliar de atención al usuario

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
34 (2016)	GESTION DE COSTOS	Error en la información suministrada por la áreas proveedoras de la informacion.	Operativo	3	4	Extrema	<p>Socializar los resultados obtenidos con los Coordinadores de las áreas que presentan resultados negativos.</p> <p>Los Coordinadores de cada Área realicen seguimiento a los procesos junto con los auditores de facturación.</p> <p>Realizar cuadros comparativos con los resultados de vigencias anteriores para su analisis.</p>	3	4	Extrema	Documentos de Socializacion de los resultados negativos.	<p>Número de documentos de socialización de resultados a los Coordinadores de los centros de costos que presentaron resultados negativos y/o las áreas que deben adelantar las acciones pertinentes para obtener resultados confiables/Número de centros de costos que presentaron resultados negativos x 100</p> <p>Línea Base: 4 Informes Trimestrales de Producción, Costos y Gastos Anuales</p> <p>Meta: Tener la información real de Producción, costos y Gastos por Centros de Costos y Unidades Funcionales de manera oportuna para la toma de decisiones de la Alta Gerencia.</p>	Áreas involucradas en el proceso
35 (2016)	GESTION DE CARTERA	No se logre establecer a tiempo los cruces de abono a la facturación utilizando constantemente la cuenta de Recaudado a Favor de Terceros	Financiero	5	4	Extrema	<p>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</p>	5	4	Extrema	Se continuaran con las barreras de seguridad existentes, solicitar la inclusion de una clausula adicional en los contratos que haga la exigencia del reporte inmediato del pago junto con el reporte de la relacion de las facturas según lo establecido en el Decreto 1095 de 2013. La información se debe enviar al correo de cartera@huhmp.gov.co	<p>Valor total consignaciones a favor de terceros/ Valor total de la Cartera x 100</p> <p>Línea Base: 1.31</p> <p>Meta: 1%</p>	Profesional Universitario-Cartera
36 (2016)	GESTION DE CARTERA	Desvío de recursos consignaciones en cuentas que no pertenecen a la Institución	Financiero	1	4	Alta	<p>1. Efectuar cruces de información permanente con clientes. 2. Revizar la respuesta a las circularizaciones y cobros prejudicados</p>	1	4	Alta	<p>1.Continuar con el proceso de conciliación con las Entidades.2. Revision y analisis de la respuesta de las circularizaciones y cobros prejudicados</p>	<p>No. de conciliaciones y depuraciones realizadas / 80% de Entidades con cartera a diciembre 2014</p> <p>Línea Base: 153 entidades conciliadas para el 2015</p> <p>Meta: 153 entidades</p>	Profesional Universitario-Cartera

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
37 (2016)	GESTION DE CARTERA	Que la cartera se deje vencer y se convierta en cartera de difícil cobro	Financiero	3	3	Alta	1. Clasificar la cartera por edades, 2. efectuar permanentemente cobros persuasivos, circularizaciones, cobro pre y jurídicos.	3	3	Alta	1. Dar cumplimiento al Reglamento Interno de Recaudo de Cartera Res 0916 noviembre 2013. 2. Seguimiento permanente para disminuir el periodo de cobro de la cartera	Valor total de la cartera superior a 180 días / Valor total de la cartera en el periodo X 100 Cuentas por cobrar promedio x 365 / Ventas a credito del periodo X 100 Línea Base: 52% cartera mayor a 180 días Meta: 50% cartera mayor a 180 días	Profesional Universitario-Cartera
38 (2016)	GESTION 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 para ejercer el cobro Jurídico de estos recursos	Compromisos de pago incumplidos / Total compromisos de pago suscritos Línea Base: 70% Meta: Realizar el 90% de los seguimientos	Profesional Universitario-Cartera
39 (2016)	GESTION DE CARTERA	No identificar la Entidad que realizó el pago	Financiero	5	3	Extrema	Dar a conocer el correo institucional de cartera a las Entidades para que reporten los pagos.	5	3	Extrema	Revisión diaria de pagos realizado por la Entidades y reportados por el área de tesorería	Valor total consignaciones a favor de terceros/ Valor total de la Cartera X 100 Línea Base: 1.31% Meta: 1%	Profesional Universitario-Cartera
40 (2016)	GESTION DE CARTERA	No obtener el reporte oportuno de la relacion de facturas para aplicar el abono por parte de las Entidades	Financiero	5	4	Extrema	Solicitar a la Entidad el reporte de la Relacion de facturas para aplicar el pago en cumplimiento del Decreto 1095 de 2013	5	4	Extrema	Se continuaran con las barreras de seguridad existentes, solicitar la inclusion de una clausula adicional en los contratos que haga la exigencia del reporte inmediato del pago junto con el reporte de la relacion de las facturas según lo establecido en el Decreto 1095 de 2013. La información se debe enviar al correo de cartera@huhmp.gov.co	Valor total consignaciones a favor de terceros/Valor total de la Cartera X 100 Línea Base: 1.31% Meta: 1%	Profesional Universitario-Cartera
41 (2016)	GESTION DE CARTERA	Que la información de interface no se efectúe completamente	Financiero	4	3	Alta	Realizar oportunamente la conciliación de los datos de cartera con los datos de contabilidad	4	3	Alta	Continuar con el proceso de conciliacion de los datos de cartera y contabilidad	No. de conciliacion realizadas oportunamente / No. Conciliaciones programadas durante la vigencia X 100 Línea Base: 73% Meta: 100%	Profesional Universitario-Cartera

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
42 (2016)	GESTION DE CARTERA	Que la cartera prescriba al no realizarse ningún tipo de Gestión.	Financiero	3	4	Extrema	1.Efectuar cruces de información contable. 2.Realizar conciliación medica permanente y suscribir acuerdos de pago.3. Seguimiento permanente a la cartera por Entidades.	3	4	Extrema	1.Continuar con el proceso de conciliacion con las Entidades. 2. Revision y analisis de la respuesta de las circularizaciones y cobros prejudicados. 3. En los acuerdos exigir el pago de la cartera mayor a 360 dias	No. de conciliaciones y depuraciones realizadas / 80% de Entidades con cartera a diciembre 2014 Línea Base: 153 entidades conciliadas para el 2015 Meta: 153 entidades	Profesiona Universitario-Cartera
43 (2016)	GESTION DE CARTERA	No se presenten los informes a los Entes de control Externo dentro del plazo fijado.	Financiero	2	4	Alta	Efectuar seguimiento permanente a los informes que se deban presentar para que se reporten en las fechas establecidas por los entes de control	2	4	Alta	Continuar con el seguimiento permanente al reporte de estos informes	No. de reportes oportunos /No. reportes requeridos X 100 Línea Base: 100% Meta: El 100% de los seguimientos a los informes reportados	Profesiona Universitario-Cartera
44 (2016)	GESTION CONTABLE	Pérdida de información	Financiero	3	3	Alta	Implementar acta de Cierre de período contable	3	3	Alta	Documentar y socializar procedimiento de cierre contable.	Acta elaborada e implementada *Línea Base: 1% Meta: 12%	Profesional Universitario de Contabilidad
45 (2016)	GESTION CONTABLE	Que no se causen todos los hechos que afecten la razonabilidad de los Estados Financieros del Hospital	Financiero	3	3	Alta	CD con Bacup de la Información	3	3	Alta	Seguimiento a la realización del Backup por parte de la oficina de sistemas.	No. De Copias de seguridad realizadas / Número de copias Programadas *100 *Línea Base: 0% Meta: 0%	Profesional Universitario de Contabilidad
46 (2016)	GESTION DE PRESUPUESTO	No dar cumplimiento al Indicador del Equilibrio Presupuestal	Cumplimiento	5	4	Extrema	Mensualmente remitir a la Gerencia el resultado del indicador del equilibrio presupuestal con recaudo, para que la Gerencia establezca directrices a seguir.	5	4	Extrema	Analisis real de comportamiento del recaudo	Recaudos efectivos/ compromisos del periodo Línea Base: 1 Meta: 12 análisis del comportamiento del recaudo	Profesional Universitario de Presupuesto
47 (2016)	GESTION DE PRESUPUESTO	Que los recaudos proyectados sean superiores a los recaudos efectivos	Financiero	3	4	Extrema	Mensualmente remitir a la Gerencia el resultado del indicador del equilibrio presupuestal con recaudo, para que la Gerencia establezca directrices a seguir.	3	4	Extrema	Analisis real de comportamiento del recaudo	Recaudos efectivos/ compromisos del periodo Línea Base: 1 Meta: > 1	Profesional Universitario de Presupuesto

MAPA DE RIESGOS

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)				
48 (2016)	INGRESO, ATENCIÓN DE USUARIOS Y ENTREGA DE RESULTADOS (APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA)	Que no se brinde la información adecuada al usuario en los servicios de Rehabilitación, Imagenología, Neumología Gastroenterología, Cardiología no Invasiva y Neurofisiología	Operativo	4	3	Alta	Coordinar y verificar la información suministrada al usuario por parte de los auxiliares administrativos y de enfermería según el caso, teniendo en cuenta el proceso establecido en cada unidad y la normatividad vigente.	4	3	Alta	*Verificar el libro de entrega de preparaciones y cuidados posteriores	Numero de citas canceladas/ total de citas asignadas en el servicio x100 Línea Base: 22% Meta: < 3% de cancelaciones	Coordinadora de Imagenología Auxiliares Administrativas y de enfermería Enfermera encargada del servicio de Neurofisiología Enfermera encargada de la Unidad de Endoscopia y Cardiología no Invasiva Coordinadora de servicio de rehabilitación
49 (2016)	INGRESO, ATENCIÓN DE USUARIOS Y ENTREGA DE RESULTADOS (APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA)	Que no se brinde la información adecuada al usuario en los servicios de Rehabilitación, Imagenología, Neumología Gastroenterología, Cardiología no Invasiva y Neurofisiología	Operativo	4	3	Alta	Coordinar y verificar la información suministrada al usuario por parte de los auxiliares administrativos y de enfermería según el caso, teniendo en cuenta el proceso establecido en cada unidad y la normatividad vigente.	4	3	Alta	*Seguimiento al Libro de verificación de información y entrega de folleto al usuario	No de radicaciones confirmadas por el usuario y Auxiliar de Enfermería/ Total de usuarios atendidos en el servicio * 100 Línea Base: 80% Meta: 100% de las radicaciones confirmadas por el auxiliar de enfermería	Coordinadora de Imagenología Auxiliares Administrativas y de enfermería Enfermera encargada del servicio de Neurofisiología Enfermera encargada de la Unidad de Endoscopia y Cardiología no Invasiva Coordinadora de servicio de rehabilitación
49.1 (2016)	INGRESO, ATENCIÓN DE USUARIOS Y ENTREGA DE RESULTADOS (APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA)	Que no se brinde la información adecuada al usuario en los servicios de Rehabilitación, Imagenología, Neumología Gastroenterología, Cardiología no Invasiva y Neurofisiología	Operativo	4	3	Alta	Coordinar y verificar la información suministrada al usuario por parte de los auxiliares administrativos y de enfermería según el caso, teniendo en cuenta el proceso establecido en cada unidad y la normatividad vigente.	4	3	Alta	*Seguimiento al libro de registro de entrega de folleto de recomendaciones	Numero de usuarios a quien se les entrego el folleto / total de usuario que asisten al paquete de terapias 100 Línea Base: 0% Meta: 100% de los usuarios con folleto de recomendaciones	Coordinadora de Imagenología Auxiliares Administrativas y de enfermería Enfermera encargada del servicio de Neurofisiología Enfermera encargada de la Unidad de Endoscopia y Cardiología no Invasiva Coordinadora de servicio de rehabilitación

MAPA DE RIESGOS

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)				
49.2. (2016)	INGRESO, ATENCIÓN DE USUARIOS Y ENTREGA DE RESULTADOS (APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA)	Que no se brinde la información adecuada al usuario en los servicios de Rehabilitación, Imagenología, Neumología Gastroenterología, Cardiología no Invasiva y Neurofisiología	Operativo	4	3	Alta	Coordinar y verificar la información suministrada al usuario por parte de los auxiliares administrativos y de enfermería según el caso, teniendo en cuenta el proceso establecido en cada unidad y la normatividad vigente.	4	3	Alta	*Verificar en el libro correspondiente la entrega de preparaciones para procedimientos de Gastroenterología, Neumología y Cardiología no Invasiva . Elaboracion y seguimiento del indicador de cancelacion de procedimientos.	# de usuarios a quienes se les cancela el procedimiento por mala preparacion/ # total de pacientes programados con preparación entregada. Línea Base: 0% Meta: 100% de los usuarios con folleto de recomendaciones	Coordinadora de Imagenología Auxiliares Administrativas y de enfermería Enfermera encargada del servicio de Neurofisiología Enfermera encargada de la Unidad de Endoscopia y Cardiología no Invasiva Coordinadora de servicio de rehabilitación
50 (2016)	INGRESO, ATENCIÓN DE USUARIOS Y ENTREGA DE RESULTADOS (APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA)	Falta de oportunidad en la asignación de la cita para la realización de los procedimientos.	Operativo	5	5	Extrema	Realizar seguimiento a la agenda de citas para procedimientos.	5	5	Extrema	Requerimiento para: *Renovacion tecnologica *Hacer seguimiento al mantenimiento correctivos y preventivos de los equipos directamente con las casas matrices	Sumatoria de dias transcurridos entre la solicitud del servicio primera vez imagenologia-tac y el momento en el cual es prestado el servicio/ Total de atenciones en servicios de imagenologia-tac simple Línea Base: 2 días Meta: < 24 horas	Coordinadora de Imagenología Enfermera encargada del servicio de Neurofisiología Coordinador de la Unidad de Endoscopia y Coordinador de Servicios Ambulatorios
50.1 (2016)	INGRESO, ATENCIÓN DE USUARIOS Y ENTREGA DE RESULTADOS (APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA)	Falta de oportunidad en la asignación de la cita para la realización de los procedimientos.	Operativo	5	5	Extrema	Realizar seguimiento a la agenda de citas para procedimientos.	5	5	Extrema	Realizar requerimiento de personal necesario para cumplir con los requisitos de capacidad instalada humana	Documento elaborado y entregado Línea Base: 0 Meta: Realizar el 100% de los requerimientos necesarios	Coordinadora de Imagenología Enfermera encargada del servicio de Neurofisiología Coordinador de la Unidad de Endoscopia y Coordinador de Servicios Ambulatorios
50.2 (2016)	INGRESO, ATENCIÓN DE USUARIOS Y ENTREGA DE RESULTADOS (APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA)	Falta de oportunidad en la asignación de la cita para la realización de los procedimientos.	Operativo	5	5	Extrema	Realizar seguimiento a la agenda de citas para procedimientos.	5	5	Extrema	Realizar requerimiento de horas anestesiólogo para brindar el servicio de sedación	Documento elaborado y entregado Línea Base: 0 Meta: 100% de los seguimientos a la agenda de cita para procedimientos	Coordinadora de Imagenología Enfermera encargada del servicio de Neurofisiología Coordinador de la Unidad de Endoscopia y Coordinador de Servicios Ambulatorios

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
51 (2016)	INGRESO, ATENCIÓN DE USUARIOS Y ENTREGA DE RESULTADOS (APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA)	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	5	5	Extrema	Realizar encuestas de satisfacción del Usuario posterior a la prestación del servicio.	5	5	Extrema	Solicitar a la persona lider del proceso de Humanizacion, capacitacion sobre motivacion del personal	Oficio elaborado y entregado Línea Base: 0 Meta: 100%	Enfermera encargada del servicio de Neurofisiologia Coordinadora de servicio de rehabilitacion
51.1 (2016)	INGRESO, ATENCIÓN DE USUARIOS Y ENTREGA DE RESULTADOS (APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA)	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	5	5	Extrema	Realizar encuestas de satisfacción del Usuario posterior a la prestación del servicio.	5	5	Extrema	Seguimiento en reunion de autocontrol del servicio a los indicadores de obligatorio cumplimiento y PQR reportadas por SIAU	Actas del comité de autocontrol Línea Base: 0 Meta: 5	Enfermera encargada del servicio de Neurofisiologia Coordinadora de servicio de rehabilitacion
52 (2016)	INGRESO, ATENCIÓN DE USUARIOS Y ENTREGA DE RESULTADOS (APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA)	Entrega erronea de reportes radiograficos, estudios de electrodiagnostico	Operativo	4	3	Alta	Comprobar con documento de identificacion del usuario o formato de autorización de entrega de resultados en el sistema de informacion radiologica el estudio que se entregará y se dejara el registro en el Archivo "Entrega de Resultados" (hoja Excel).	4	3	Alta	Comprobar con documento de identificacion del usuario o formato de autorización de entrega de resultados en el sistema de informacion radiologica el estudio que se entregará y se dejara el registro en el Archivo "Entrega de Resultados" (hoja Excel).	No de reportes erroneamente entregados/ total de reportes entregados en el mes x100 Línea Base: 0% Meta: 100% de la entrega de reportes verificados	Coordinadora de Imagenologia, Tecnologos en imágenes diagnosticas. Auxiliares Administrativas y de Enfermería Enfermera encargada del servicio de Neurofisiologia
52.1 (2016)	INGRESO, ATENCIÓN DE USUARIOS Y ENTREGA DE RESULTADOS (APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA)	Entrega erronea de reportes radiograficos, estudios de electrodiagnostico	Operativo	4	3	Alta	Comprobar con documento de identificacion del usuario o formato de autorización de entrega de resultados en el sistema de informacion radiologica el estudio que se entregará y se dejara el registro en el Archivo "Entrega de Resultados" (hoja Excel).	4	3	Alta	Seguimiento al libro de soportes de entrega de resultados y confirmacion AZ de archivo copia de entrega de reportes.	No de confirmacion de soporte entregados correctamente/Total de usuarios atendidos * 100 Línea Base: 80% Meta: 100% de seguimiento a la entrega de reportes	Coordinadora de Imagenologia, Tecnologos en imágenes diagnosticas. Auxiliares Administrativas y de Enfermería Enfermera encargada del servicio de Neurofisiologia
53 (2016)	ASIGNACION DE CITA, REGISTRO Y ATENCION DEL USUARIO PARA VALORACIÓN MEDICA ESPECIALIZADA (CONSULTA EXTERNA)	Desconocimiento del proceso de ingreso, registro y atención de los usuarios en el servicio de Consulta Externa	Operativo	5	5	Extrema	Realizar socialización y seguimiento a la implementación del Manual de Procesos y Procedimientos "Ingreso, Registro y Atención del Usuario en Consulta Externa"	5	5	Extrema	Garantizar la capacitacion del Proceso	% de capacitados= No de personas capacitadas/Total de personas a capacitar X100 Línea Base: 0 Meta: 100% del personal capacitado en el proceso	Coordinador del Servicio

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
54 (2016)	ASIGNACION DE CITA, REGISTRO Y ATENCION DEL USUARIO PARA VALORACION MEDICA ESPECIALIZADA (CONSULTA EXTERNA)	Incumplimiento por parte del Médico Especialista.	Operativo	5	5	Extrema	Oportunidad en la comunicación entre la Coordinación de Consulta Externa y los médicos especialistas para evitar la no atención de los usuarios, Administración, el servicio de facturación y la universidad.	5	5	Extrema	Evaluar el incumplimiento por parte de los especialistas	% de incumplimiento de los especialistas=No. De especialistas incumplidos/ total de especialistas del servicio.X100 Línea Base: 0 Meta: 100%	Coordinador del Servicio
55 (2016)	ASIGNACION DE CITA, REGISTRO Y ATENCION DEL USUARIO PARA VALORACION MEDICA ESPECIALIZADA (CONSULTA EXTERNA)	Cita mal asignada	Operativo	5	5	Extrema	Verificar el diagnostico, edad y especialista para asignar la cita correspondiente.	5	5	Extrema	Verificar previo a la entrega de documentos al usuario el correcto diligenciamiento de la solicitud de citas. Retroalimentar a los especialistas acerca de la necesidad de diligenciar correctamente las ordenes a los pacientes.	% de citas mal diligenciadas= No de ordenes mal diligenciadas /Total de citas asignadas Línea Base: 0 Meta: 100% de las citas asignadas con la especialidad correspondiente	Coordinador del Servicio
56 (2016)	ASIGNACION DE CITA, REGISTRO Y ATENCION DEL USUARIO PARA VALORACION MEDICA ESPECIALIZADA (CONSULTA EXTERNA)	Elaboración incompleta y/o total de órdenes médicas y formatos requeridos	Operativo	5	5	Extrema	Revisión del correcto y completo diligenciamiento de las órdenes médicas y formatos.	5	5	Extrema	Verificar previo a la entrega de documentos al usuario el correcto diligenciamiento de la solicitud de citas. Retroalimentar a los especialistas acerca de la necesidad de diligenciar correctamente las ordenes a los pacientes.	% de citas mal diligenciadas= No de ordenes mal diligenciadas /Total de citas asignadas Línea Base: 0 Meta: 100% de las citas asignadas con la especialidad correspondiente	Coordinador del Servicio
57 (FEBRERO 24- 2017)	ATENCION UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Rechazo al trasplante por la no adherencia del paciente a la terapia inmunosupresora	Operativo	5	5	Extrema	Capacitación continua a paciente s y familia sobre cuidados y adherencia al tratamiento	5	5	Extrema	Capacitacion mensual continua sobre autocuidados, adherencia al tratamiento y signos de alarma	Numero de capacitaciones realizadas/ total de capacitaciones programadas Linea base: 0 Meta: capacitar el 50% de los usuarios trasplantados	Jefe de enfermera Auxiliar operativa
58 (FEBRERO 24- 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	Capacitación para sensibilizar a los directivos de las EPS y entes jurídicos de la importancia de la entrega del tratamiento adecuado y oportuno a los usuarios trasplantados.	5	5	Extrema	Capacitación con los directivos y/o delegados de las EPS y entes jurídicos SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ENTREGA DEL TRATAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO A LOS USUARIOS TRASPLANTADOS y para generar estrategias de solución a la inoportunidad en la entrega de medicamentos.	Numero de capacitaciones realizadas/ total de capacitaciones programadas Linea base: 0 Meta: Capacitar el 30% de las EPS	Jefe de enfermera Coordinador del servicio

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
58.1 (FEBRERO 24- 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	Realización de reunión con los líderes de Unidades Especiales y Mercadeo para estudiar la viabilidad de la entrega de los medicamentos por parte de la institución para la disminución de los rechazos al trasplante por inoportunidad en la entrega de medicamentos por parte de la EPS	5	5	Extrema	Reunión con el análisis de la viabilidad de la entrega de medicamentos a los usuarios trasplantados y las posibles estrategias para disminuir la inoportunidad por parte de las EPS	Acta de reunión con las estrategias planteadas Linea base: 0 Meta: Implementar 50% de la estrategia concertada Observación: esta reunión se realizará anual	Jefe de enfermera Coordinador del servicio
59 (MARZO 15- 2017)	ATENCION UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Incumplimiento a la norma 1995 y política de seguridad de la información relacionado con no contar con una historia clínica digitalizada en usuarios pre trasplante	Cumplimiento	5	3	Extrema	Solicitud a la Oficina de Sistemas para incluir la valoración pre-trasplante en el software institucional de la historia clínica	5	3	Extrema	Reunión con el Lider de Sistemas de información hospitalario para reportar las necesidades de incluir e implementar la historia clínica pretrasplante	Acta de reunión Historia Clínica Pretrasplante Linea Base: 0 Meta: Que el 100% de las historias clínicas del usuario pretrasplante esten digitalizadas en el software institucional	Jefe de enfermera Coordinador del servicio
59.1. (MARZO 15- 2017)	ATENCION UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Incumplimiento a la norma 1995 y política de seguridad de la información relacionado con no contar con una historia clínica digitalizada en usuarios pre trasplante	Operativo	5	3	Extrema	Gestión 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 de enfermera Coordinador del servicio
60 (2016)	CIRUGIA	Demora en la programación del usuario para la realización del procedimiento quirúrgico	Operativo	5	4	Extrema	Programar jornadas quirúrgicas	5	4	Extrema	Implmentar jornadas quirurgicas extras	Oportunidad y/o tiempo de espera en la realización de cirugía programada. *Linea Base: 0 * Meta: 100%	Coordinador de Cirugia Subgerencia Tecico Cientifica Subgerencia Finaciera
61 (2016)	INGRESO Y ATENCIÓN DE LA USUARIA A SALA DE PARTOS	Elaboración de ordenes de apoyo diagnostico y complementación terapéutica incompleta o ilegible	Operativo	3	3	Alta	Revisión de la ordenes elaboradas	3	3	Alta	Solicitud al Lider de Sistemas de Información de implementacion de la historia sistematizada en el servicio	Oficio elaborado y entregado Linea Base: 0 Meta: 100% de las historias se encuentren sistematizadas	Medico Especialista
62 (2016)	INGRESO, ATENCIÓN Y EGRESO DEL USUARIO A LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	La no asignación de cama teniendo el recurso disponible	Operativo	2	4	Alta	Verificar la disponibilidad de cama en la unidad funcional	2	4	Alta	Revisión diaria, en el turno de la mañana, de la carpeta con las interconsultas recibidas, seleccionando las que han sido rechazadas por no disponibilidad de cama, y verificando que esta información sea correcta con el Kardex de Entrega de Turno de Enfermería, consignando la información en un informe semanal.	Número de referencias e interconsultas rechazadas y verificadas que realmente no se contaba con la disponibilidad de cama / Total de referencias e interconsultas recibidas y rechazadas por no disponibilidad de cama. Linea Base: 0 Meta: 100%	Médico Intensivista y/o especialista - Coordinadora de Enfermería - Auditor médico.

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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 (2016)	INGRESO, ATENCIÓN Y EGRESO DEL USUARIO A LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	Prolongación de la estancia por demora en el proceso de egreso a piso o a otra institución.	Operativo	3	4	Extrema	Circular por parte de la Subgerencia Tecnico-Científica, donde se priorice la asignación de camas en pisos a los pacientes egresados de las UCIs.	3	4	Extrema	Realizar reporte por parte de Enfermería en el formato de incidentes, ítem "Falla en la adherencia a los procesos guías protocolos y procedimientos", consignando en espacio de observaciones la no disponibilidad de la cama y la gestión realizada de solicitud, la cual va a recibir seguimiento por parte del auditor de calidad.	Número mensual de incidentes reportados por falta de oportunidad en la disponibilidad de camas para los usuarios de la UCI-A en los servicios hospitalarios menor que el reporte del mes inmediatamente anterior. Línea Base: 0 Meta: 100%	Auditor médico.
64 (ABRIL 2017)	GESTIÓN TRABAJO SOCIAL	Falta de identificación del caso con vulneración social por el personal de salud tratante	Operativo	5	3	Extrema	Reinducción a los médicos coordinadores y hospitalarios, así como a los líderes de enfermería asistenciales de los diferentes unidades, sobre la identificación de los casos de vulneración dentro de la institución	5	3	Extrema	* Socializar semestralmente la importancia de identificar e interconsultar a trabajo social una vez se identifique la vulneración de derechos en los comités de autocontrol. * Reinducción del proceso a los líderes de enfermería y a los coordinadores médicos en sus reuniones de autocontrol. * Campaña por medios electrónicos	Número de socializaciones realizadas/ Número de socializaciones programadas x 100 Línea Base: 0 Meta: Realizar el 100% de las capacitaciones programadas Número de líderes capacitados en el proceso/ Número total de líderes de enfermería y coordinadores médicos Línea Base: 0 Meta: Capacitar al 90% de los líderes de enfermería y coordinadores médicos Observación: Se realizará la actividad semestralmente. Requerimiento para realizar la campaña por medios electrónicos. Línea Base: 0 Meta: Realizar la campaña por medios electrónicos	Trabajo social
64.1 (ABRIL 2017)	GESTIÓN 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 días de mayo, septiembre, enero) reportar a la subgerencia técnico científica el consolidado de casos identificados con y sin interconsulta y el análisis de los mismos.	5	3	Extrema	Elaborar informe y enviar a la Subgerencia Técnico-científica y Financiera	Número de informes elaborados y remitidos a las Subgerencias Técnico-científica y Financieras/ Total de informes elaborados (3) x 100 Línea Base: 0 Meta: 100% de los informes enviados a las subgerencias Subtécnica y financiera Observación: Esta actividad se realizará cada cuatro meses.	Trabajo social

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD
MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
65 (ABRIL 2017)	GESTIÓN 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 científica 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-científica Y Financiera	Número de informes elaborados y remitidos a las Subgerencias Tecnico-científica 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
66 (ABRIL 2017)	GESTIÓN 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 científica y financiera con copia a Gerencia, solicitando acompañamiento para soluciones Efectivas	5	4	Extrema	De acuerdo a las cantidades de materias primas y articulos recibidos por el proveedor y los utilizados en la preparación de los menus requeridos para el mes, se realizará cuadro de control en formato Excel, lo anterior en áreas de identificar y prevenir un desabastecimiento.	Materias primas y articulos utilizados/ Materias primas y articulos recibidos al proveedor * 100 Linea Base: 0 Meta: Pedido del mes con un adicional de cantidades menor o igual al 7% , referente al resultado de la medición de indicador del mes anterior.	Trabajo social
67 (MARZO 2017)	PREPARECIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS (SERVICIO DE ALIMENTOS)	Dietas mal suministradas	Operativo	5	3	Extrema	Identificar las auxiliares operativas que no cumplan con la entrega correcta de la dieta solicitada para el paciente.	5	3	Extrema	De acuerdo a las cantidades de materias primas y articulos recibidos por el proveedor y los utilizados en la preparación de los menus requeridos para el mes, se realizará cuadro de control en formato Excel, lo anterior en áreas de identificar y prevenir un desabastecimiento.	Materias primas y articulos utilizados/ Materias primas y articulos recibidos al proveedor * 100 Linea Base: 0 Meta: Pedido del mes con un adicional de cantidades menor o igual al 7% , referente al resultado de la medición de indicador del mes anterior.	Profesional Universitario Oficina Alimentos
68 (ABRIL 2017)	ABASTECIMIENTO DE MATERIAS PRIMAS Y ARTICULOS (SERVICIO DE ALIMENTOS)	Desabastecimiento de materias primas y articulos	Operativo	3	3	Alta	Controlar las cantidades de materias primas y articulos solicitados contra los utilizados en el Servicio de Alimentos.	3	3	Alta	De acuerdo a las cantidades de materias primas y articulos recibidos por el proveedor y los utilizados en la preparación de los menus requeridos para el mes, se realizará cuadro de control en formato Excel, lo anterior en áreas de identificar y prevenir un desabastecimiento.	Materias primas y articulos utilizados/ Materias primas y articulos recibidos al proveedor * 100 Linea Base: 0 Meta: Pedido del mes con un adicional de cantidades menor o igual al 7% , referente al resultado de la medición de indicador del mes anterior.	Profesional Universitario Oficina Alimentos

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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 (ENERO 2017)	PROCESO DE TALENTO HUMANO	Inadecuada selección de personal, permitir, tolerar o facilitar el ejercicio ilegal de profesiones reguladas por la ley	Anticorrupcion	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
			Anticorrupcion	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
			Anticorrupcion	3	10	Alta	Actualizar el procedimiento de Planeación del Talento Humano	3	10	Alta	Estructurar e iniciar la implementación de un programa de planeacion del talento humano que responda a las necesidades de acuerdo a los estandares de acreditación.	Documento del Programa de planeación del talento humano actualizado con criterios de acreditación que incluya el proceso con las agremiaciones	Oficina de Talento Humano
70 (ENERO 2017)	PROCESO ESTRATEGICO MISIONAL APOYO EVALUACION	Amiguismo, Clientelismo y Tráfico de Influencias	Anticorrupcion	5	10	Alta	Utilización 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
			Anticorrupcion	3	10	Alta	Cumplimiento de los requisitos precontractuales para cada uno de los contratos, de conformidad con lo establecido en las normas aplicables para cada caso.	3	10	Alta	Cumplir estrictamente con cada uno de los requisitos precontractuales.	No. De contratos con verificación de la lista de chequeo / No. Total de contratos suscritos X 100 %	Oficina Asesora jurídica
			Anticorrupcion	5	10	Alta	Realizar auditorías a los procesos de contratación y selección de personal	5	10	Alta	Verificar el cumplimiento de los procesos de contratación y el proceso de selección y vinculación de personal.	No. De auditorías realizadas a los procesos de contratación y selección de personal / No. De Auditorías Programadas X100	Oficina Asesora de Control Interno
			Anticorrupcion	5	10	Alta	Reforzarr el procedimiento de inducción y reinducción	5	10	Alta	Socializar el código de ética y buen gobierno institucional durante el proceso de inducción y reinducción.	Número de aspirantes que aprobaron la evaluación / Número total de aspirantes durante el cuatrimestre x 100	Oficina de Talento Humano.

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
71 (ENERO 2017)	PROCESO ESTRATEGICO MISIONAL APOYO EVALUACION	Pérdida, Uso indebido, o Deterioro de los Bienes , Recursos, o Intereses Patrimoniales de la Institución.	Anticorrupcion	5	10	Alta	Realizar inventarios en almacén	5	10	Alta	Realizar un (1) inventario Anual . Realizar pruebas aleatorias para revisión de los activos fijos del Hospital Universitario de Neiva	Número de inventarios realizados / número de Inventarios programados x 100 Número de centros de costo con pruebas aleatorias / total centros de costox100	almacén - Suministros.
			Anticorrupcion	5	10	Alta	Realizar inventarios de medicamentos	5	10	Alta	Realizar dos (2) inventarios totales al año en las cinco farmacias satélites adscritas al servicio farmacéutico.	Inventarios totales realizados/10 * 100	Farmacia
			Anticorrupcion	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
			Anticorrupcion	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	Farmacia
			Anticorrupcion	5	10	Alta	Formato de las salidas-entradas de medicamentos, dispositivos médicos entre instituciones. Formato de ingreso y retiro de elementos devolutivos por personal o funcionario ESEHUN	5	10	Alta	Solicitar a la Subgerencia respectiva o al administrativo de turno, la autorización en el formato para la salida de bienes de la institución como para los préstamos de medicamentos y dispositivos médicos hechos desde y hacia otras instituciones.	Número de Préstamos autorizados / total de préstamos X 100 Número de salidas de bienes autorizadas / total de salidas de bienes de la institución X100	Farmacia Suministros
			Anticorrupcion	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 Farmacia para suministro a los pacientes / 12 *100	Farmacia
			Anticorrupcion	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
			Anticorrupcion	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, autorizaciones, trabajo social, coordinadores consulta externa, urgencias y enfermería.	Número de capacitaciones ejecutadas / Número de capacitaciones programadas (2) X100	Facturación

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)	PROCESO ESTRATEGICO MISIONAL APOYO EVALUACION	Pérdida, Uso indebido, o Deterioro de los Bienes , Recursos, o Intereses Patrimoniales de la Institución.	Anticorrupcion	5	10	Alta	Crear un inventario exclusivo de los medicamentos de alto costo que se utilizan en la institucion	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 farmacia principal	Informe mensual de los resultados de los monitoreos de medicamentos de alto costo realizados	Farmacia
			Anticorrupcion	5	10	Alta	Crear un inventario exclusivo de los medicamentos de control que se utilizan en la institucion	5	10	Alta	Monitorear semanalmente el inventario de los medicamentos de control en la farmacia principal	Informe mensual de los resultados de los monitoreos de medicamentos de control realizados	Farmacia
			Anticorrupcion	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	Farmacia
			Anticorrupcion	5	20	Extrema	Realizar seguimientos aleatorios a los medicamentos de alto costo y de control que se utilizan en la institucion	5	20	Extrema	Realizar 2 inventarios aleatorios no planeados a medicamentos de alto costo y/o de control.	N° de Inventarios aleatorio realizados/2 x 100	Oficina Asesora de Control Interno
73 (ENERO 2017)	PROCESO DISCIPLINARIO	Dilatación de los procesos con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo	Anticorrupcion	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
74 (ENERO 2017)	PROCESO ESTRATEGICO MISIONAL APOYO EVALUACION	Uso y acceso indebido de la información para la obtención de un beneficio.	Anticorrupcion	3	10	Alta	Fortalecer la socializacion de las politicas de seguridad de la información	3	10	Alta	Capacitar a los usuarios institucionales en temas de seguridad de la información y el uso de aplicaciones	Número de capacitaciones ejecutadas/Número de capacitaciones programadas *100	TIC
			Anticorrupcion	3	10	Alta	Reportar cada vez que se presenten las novedades de personal.	3	10	Alta	Notificar a la oficina de sistemas de información hospitalaria SIH cada vez que se presente el retiro de algun funcionario o agremiado para que ésta oficina realice lo pertinente.	Reporte a SIH sobre la novedades de personal / novedades de personal X 100	Talento Humano
			Anticorrupcion	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/ 50% de los colaboradores de la Institución*100	Oficina Asesora de Control Interno disciplinario

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO



FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD

MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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)				
75 (ENERO 2017)	PROCESO DE CONTRATACIÓN	Trafico de influencias para adjudicación de contratos	Anticorrupcion	3	10	Alta	Revisión y fortalecimiento del proceso precontractual.	3	10	Alta	Cumplir estrictamente con cada una de las reglas del proceso precontractual establecidas en el estatuto de contratación, manual de contratación y mapa de procesos	No. Contratos con adherencia al proceso de la etapa precontractual (mapa de procesos y procedimientos) / No. Contratos suscritos X 100 %	Oficina Jurídica
			Anticorrupcion	3	10	Alta	Elaboración de estudios previos con el cumplimiento de requisitos legales.	3	10	Alta	Revisar y verificar que los estudios previos cumplan con los requisitos legales.	Número de contratos con estudios previos con visto bueno del componente jurídico / Número de contratos suscritos X 100%	Oficina Jurídica
			Anticorrupcion	3	10	Alta	Valoración integral (técnica, financiera y jurídica) de propuestas en las convocatorias públicas, de conformidad al pliegos de condiciones.	3	10	Alta	Convocar a un comité de apoyo técnico para valoración de propuestas y toma de decisiones en los procesos que se adelantan por convocatoria pública, de conformidad a los requisitos exigidos en el pliego de condiciones.	Número de actas del comité evaluador realizadas y firmadas por cada uno de los miembros / Número de procesos de contratación en la modalidad de convocatoria pública X 100%	Oficina Jurídica
76 (ENERO 2017)	PROCESO DE CONTRATACIÓN	Supervisiones insuficientes o no idóneas y concentrar las labores de supervisión de múltiples contratos en poco personal	Anticorrupcion	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 Jurídica
77 (ENERO 2017)	PROCESO APOYO	Contratar suministros e insumos con proveedores sin reconocimiento en el mercado o sin estar habilitados legalmente	Anticorrupcion	2	20	Alta	Certificado de cumplimiento de requisitos para legalizar las órdenes de compra y órdenes de servicio	2	20	Alta	Exigir el diligenciamiento y revisión del formato certificado de 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
			Anticorrupcion	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	Elaborar el 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

MATRIZ DE RIESGOS POR PROCESO

FECHA DE EMISION

ABRIL DE 2016

VERSION : 03

CODIGO : GD-ME-F 004-001A

UNIDAD
MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2017

MAPA DE RIESGOS

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 (ENERO 2017)	PROCESO APOYO	Contratar suministros e insumos con proveedores sin reconocimiento en el mercado o sin estar habilitados legalmente	Anticorrupcion	2	20	Alta	Informar y socializar el proceso y procedimientos de órdenes de compra y de servicios.	2	20	Alta	Socializar semestralmente en los Comités de autocontrol de la dependencia los procesos y procedimientos de órdenes de compra y de servicios, requisitos y lista de chequeo	Número de reuniones de autocontrol con socialización de los procesos y requisitos de Ordenes de compra y Ordenes de servicios / 2 *100%	Suministros
			Anticorrupcion	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
78 (ENERO 2017)	PROCESO ESTRATEGICO MISIONAL APOYO EVALUACION	Uso y acceso indebido de la información para la obtención de un beneficio.	Anticorrupcion	3	10	Alta	Capacitar a los usuarios internos en temas disciplinarios, ética del empleado	3	10	Alta	Dos capacitaciones a los servidores públicos del Hospital en temas relacionados con faltas y sanciones disciplinarias haciendo énfasis con el inadecuado uso de la información, el manejo de la información y correspondencia dentro y fuera de la institución.	Capacitaciones realizadas acerca del manejo de la información / dos capacitaciones programadas*100	Oficina Asesora de Control Interno disciplinario
79 (ENERO 2017)	PROCESO ESTRATEGICO MISIONAL APOYO EVALUACION	Ejecutar actos de violencia contra superiores, subalternos o compañeros de trabajo, demas servidores publicos o injuriarlos o calumniarlos	Anticorrupcion	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
80 (ENERO 2017)	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 corresponda su conocimiento	Anticorrupcion	3	10	Alta	Hacer seguimiento y trazabilidad a las peticiones	3	10	Alta	Capacitacion dirigida a los coordinadores de las unidades funcionales acerca de los terminos de respuesta como de la resolucion completa y de fondo de las peticiones .	N° de jornadas de capacitacion realizadas/ N° de Jornadas de Capacitacion Programadas x 100%.	SIAU
81 (ENERO 2017)			Anticorrupcion	4	10	Alta	Hacer seguimiento y trazabilidad a las peticiones, quejas y reclamos	4	10	Alta	Realizar 2 Informes de Seguimiento al Proceso de Gestión de Peticiones, Quejas y Reclamos y Apertura de Buzón de Sugerencias, de manera aleatoria.	N° de informes presentados /2 x 100	Oficina Asesora de Control Interno