

HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO													
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL															
													FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019 VERSIÓN: 01 CÓDIGO: GD-ME-F-004-001C		
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
1	GERENCIA	ESTRUCTURACIÓN Y EVALUACIÓN DE ACUERDOS DE GESTIÓN	Inexistencia de información organizada e inoportuna para la construcción de los acuerdos.	Operativo	3	3	Alto	Capacitar a los Subgerentes sobre el proceso, determinando los plazos de presentación y la información requerida para su estructuración.	Capacitar a los Subgerentes sobre el proceso, determinando los plazos de presentación y la información requerida para su estructuración.	3	3	Alto	Capacitar a los Subgerentes sobre el proceso, determinando los plazos de presentación y la información requerida para su estructuración.	Número de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones propuestas. Línea Base: 1 capacitación al año Meta: Cumplir con el 100% de las capacitaciones Observación: Está actividad se desarrollará anualmente	Asesor de Gerencia
2		ESTRUCTURACIÓN Y EVALUACIÓN DE ACUERDOS DE GESTIÓN	Incumplimiento de las metas de los indicadores de los acuerdos.	Cumplimiento	3	4	Extrema	Realizar seguimiento de forma semestral a los indicadores planteados.	Realizar seguimiento de forma semestral a los indicadores planteados.	3	4	Extrema	Realizar seguimiento de forma semestral a los indicadores planteados.	Número de requerimientos escritos enviados a los Gerentes Públicos. Línea Base: 2 Meta: Cumplir con el 100% de los requerimientos escritos Observación: El seguimiento se realizará de forma semestral	Asesor de Gerencia
3		SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	Informes de las áreas presentados inoportuno o con información inconsistente.	Cumplimiento	3	4	Extrema	Seguimiento a las fechas establecidas por la normatividad para la elaboración de los informes de Gestión.	Seguimiento a las fechas establecidas por la normatividad para la elaboración de los informes de Gestión.	3	4	Extrema	Seguimiento a las fechas establecidas por la normatividad para la elaboración de los informes de Gestión.	Número de informes entregados oportunamente / No. requerimientos escritos enviados a los Subgerentes de la institución. Línea Base: 3 requerimientos escritos a las subgerencias Meta: Cumplir con el 100% de la fecha de presentación de los Informes de Gestión.	Asesor de Gerencia
4		GESTIÓN DEL RIESGO	Probabilidad de seguimiento inapropiado de los riesgos del proceso por parte del líder y colaboradores de la unidad funcional que generan la materialización de los riesgos.	Operativo	4	3	Alto	Desconocimiento de la Metodología de Gestión del Riesgo.	El profesional universitario asignado para la asesoría metodológica en la Gestión del riesgo de manera mensual enviará alertas mensuales (mediante correo institucional) a los líderes de las unidades funcionales asistenciales y administrativas recordándoles el seguimiento a la matriz de riesgo de acuerdo a la periodicidad establecida y cuatrimestralmente Monitorizará los controles establecidos por la primera línea de defensa acorde con la información suministrada por los líderes de procesos con el propósito de gestionar los ajustes que se requieran derivados del seguimiento efectuado y dejando evidencia mediante acta. En caso de que se identifique por requerimiento actualizar alguna matriz de riesgo de gestión por procesos antes del monitoreo cuatrimestral, se realizará la asistencia y orientación metodológica a la unidad que lo requiera. La evidencia los correos mensuales y actas acordes a los requerimientos de las unidades funcionales asistenciales y administrativas.	4	3	Alto	El profesional universitario asignado para la asesoría metodológica en la Gestión del riesgo de manera mensual enviará alertas mensuales (mediante correo institucional) a los líderes de las unidades funcionales asistenciales y administrativas recordándoles el seguimiento a la matriz de riesgo de acuerdo a la periodicidad establecida y cuatrimestralmente Monitorizará los controles establecidos por la primera línea de defensa acorde con la información suministrada por los líderes de procesos con el propósito de gestionar los ajustes que se requieran derivados del seguimiento efectuado y dejando evidencia mediante acta. En caso de que se identifique por requerimiento actualizar alguna matriz de riesgo de gestión por procesos antes del monitoreo cuatrimestral, se realizará la asistencia y orientación metodológica a la unidad que lo requiera. La evidencia los correos mensuales y actas acordes a los requerimientos de las unidades funcionales asistenciales y administrativas.	Indicador de Eficacia: Proporción de alertas enviadas a las unidades funcionales: N° de alertas enviadas a las unidades funcionales por correos electrónicos / N° total de unidades funcionales *100 Línea Base: 48 unidades funcionales Meta: Enviar los correos al 100% de los líderes de las unidades funcionales Indicador de Eficacia: Número de informe de seguimientos realizados / total de informe de seguimientos programados Línea Base: informes cuatrimestrales Indicador de Efectividad: Número de solicitudes sin respuesta ajusto a las oportunidades de mejora/ total de solicitudes reespuestas en el periodo x 100% Meta: 90%*	Profesional Especializado Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional
5		GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Fallas en seguridad de la información	Tecnología	3	3	ALTO	Garantizar la seguridad informática del Data center y de los canales de conectividad (Firewalls, IDS, antivirus, antisipam). Generar controles de forma periodica en cuanto al cumplimiento de las políticas de seguridad de la información. Generar un cronograma de capacitación entorno a las políticas de seguridad de la información aprobadas por el hospital. Alinear los procesos entorno al sistema de seguridad de la información, siguiendo buenas prácticas /ISO.	Garantizar la seguridad informática del Data center y de los canales de conectividad (Firewalls, IDS, antivirus, antisipam). Generar controles de forma periodica en cuanto al cumplimiento de las políticas de seguridad de la información. Generar un cronograma de capacitación entorno a las políticas de seguridad de la información aprobadas por el hospital. Alinear los procesos entorno al sistema de seguridad de la información, siguiendo buenas prácticas (ISO 27001, COBIT, IT4+, Gobierno en línea, entre otros).	3	3	ALTO	Configurar y mantener actualizado periodicamente la seguridad informática del datacenter y de los canales de conectividad (Firewalls, IDS, antivirus, antisipam). Realizar auditorías periódicas para verificar el cumplimiento de las políticas de seguridad de la información. Realizar capacitaciones de forma periodica sobre las políticas de seguridad de la información. Alinear los procesos a estándares de buenas practicas.	Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente Tratamiento de eventos relacionados en el marco de seguridad y privacidad de la información = (Numero de criterios vulnerados en seguridad de la información / total de criterios evaluados) x 100 Línea base: 0 Meta: 70% de los criterios vulnerados	Área TIC
6		GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Indisponibilidad de una arquitectura de infraestructura tecnológica en la entidad.	Tecnología	3	5	extremo	Garantizar la operación y administración del datacenter. Contar con la administración de servidores. Contar con un sistema de seguridad activo. Contar con sistema de almacenamiento continuo. Disponer de un procedimiento para la generación de backups. Definir una arquitectura de hardware	Garantizar la operación y administración del datacenter. Contar con la administración de servidores. Contar con un sistema de seguridad activo. Contar con sistema de almacenamiento continuo. Disponer de un procedimiento para la generación de backups. Definir una arquitectura de hardware	3	5	extremo	Administrar, configurar y actualizar el datacenter, los servidores y sistemas de seguridad. Realizar backups conforme al procedimiento estipulado. Definir la proyección de operación de la infraestructura de hardware operante en la entidad.	Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente	Área TIC
7		GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Ausencia de un plan de contingencia ante la caída de los servicios de TIC	Tecnología	2	5	extremo	Contar con un plan de contingencia aprobado por la entidad que asegure la continuidad en la gestión de los aplicativos de TIC. Contar con un sistema de respaldo de información activo.	Contar con un plan de contingencia aprobado por la entidad que asegure la continuidad en la gestión de los aplicativos de TIC. Contar con un sistema de respaldo de información activo.	2	5	Extremo	Implementar un plan de contingencia que garantice la continuidad en la prestación de los aplicativos TI. Realizar backups conforme al procedimiento estipulado. Disponer de servidores que garanticen el resguardo de información	Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente	Área TIC
8		GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Ausencia de un modelo de atención en las solicitudes de TIC	Tecnología	1	4	ALTO	Estructurar una mesa de servicio de solicitudes de TIC. Definir acuerdos de niveles de servicio. Definir un modelo en la operación de gestión de incidencias.	Estructurar una mesa de servicio de solicitudes de TIC. Definir acuerdos de niveles de servicio. Definir un modelo en la operación de gestión de incidencias. Definir procedimientos de gestión del service desk.	1	4	ALTO	Implementar una mesa de servicios como punto unico de contacto para solicitudes de TIC. Definir tiempos de respuesta y atención. Disponer de procedimientos de operación de la mesa de servicio.	Necesidades de servicios tecnológicos atendidos oportunamente = (numero de necesidades de servicios tecnologicos atendidos oportunamente / total de necesidades de servicios tecnologicos solicitados) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de las necesidades atendidas oportunamente	Área TIC
9		GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Errores por falta de habilidades en el manejo y uso de las tecnologías de la información	Tecnología	5	3	Extremo	Estructurar un plan de formación, capacitación y sensibilización en el uso y apropiación de las tecnologías de TI. Definir por parte de los proveedores y disponer a los usuarios finales manuales de operación orientados al correcto uso de los mismos	Estructurar un plan de formación, capacitación y sensibilización en el uso y apropiación de las tecnologías de TI. Definir por parte de los proveedores y disponer a los usuarios finales manuales de operación orientados al correcto uso de los mismos	5	3	Extremo	Brindar capacitaciones de forma periodica sobre las tecnologías de TIC y políticas de seguridad de la información. Habilitar la plataforma e-learning para formación continua en habilidades TIC.	Población capacitada en seguridad y privacidad de la información = (numero de colaboradores capacitados en sistemas de información / total de colaboradores susceptibles de ser capacitados en sistemas de información) x 100 Línea base: 0 Meta: 90% de la población capacitada en seguridad de la información	Área TIC
10		Gestión de la Información	Reporte de información errónea.	Operativo	4	4	Extremo	Verificación de matrices contra historias clínicas	Verificación de matrices contra historias clínicas	4	4	Extremo	Verificación de matrices contra historias clínicas	1. Total de informes de alto costo que tuvieron que ser corregidos/ Total de informes entregados *100	Profesional especializado en sistemas de información.
11		Gestión de la Información	Pérdida de los certificados de nacidos vivos y de defunción ocasionando problemas jurídicos.	Cumplimiento	4	4	Extremo	1 Almacenamiento bajo custodia (Locker de los servicios bajo llave) 2. Entrega de certificados de NV y de Defunción a cada servicio diligenciando previamente el formato Control de certificados el cual debe estar firmado por la jefe y por el medico que recibe el certificado para diligenciarlo. 3 Se ordena a los jefes responsables del documento no entregar los certificados a personas ajenas a la Institucion	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	Extremo	1 Almacenamiento bajo custodia (Locker de los servicios bajo llave) 2. Entrega de certificados de NV y de Defunción a cada servicio diligenciando previamente el formato Control de certificados el cual debe estar firmado por la jefe y por el medico que recibe el certificado para diligenciarlo. 3 Se ordena a los jefes responsables del documento no entregar los certificados a personas ajenas a la Institucion	Certificados de NV y de defunción perdidos/No certificado + entregadosx100	Auxiliar Administrativo Estadísticas vitales
12		Gestión de la Información	Diligenciamiento incompleto ó no diligenciamiento de los certificados de nacido vivo y defunción dentro de los tiempos establecidos.	Cumplimiento	4	4	Extremo	1. Se realizan capacitaciones por parte de la Secretaria de Salud Municipal, Dptal y Dane. 2. Se realiza corrección de los certificados devueltos 3. Funcionaria de estadística del hospital ingresa a la plataforma del ministerio para verificar el ingreso del certificado pendiente. 4. Al ingresar a la plataforma a diligenciar el certificado están enumerados los pasos para el correcto diligenciamiento y evitar la anulación de estos.	1. Se realizan capacitaciones por parte de la Secretaria de Salud Municipal, Dptal y Dane. 2. Se realiza corrección de los certificados devueltos 3. Funcionaria de estadística del hospital ingresa a la plataforma del ministerio para verificar el ingreso del certificado pendiente. 4. Al ingresar a la plataforma a diligenciar el certificado están enumerados los pasos para el correcto diligenciamiento y evitar la anulación de estos.	4	4	Extremo	1. Se realizan capacitaciones por parte de la Secretaria de Salud Municipal, Dptal y Dane. 2. Se realiza corrección de los certificados devueltos 3. Funcionaria de estadística del hospital ingresa a la plataforma del ministerio para verificar el ingreso del certificado pendiente. 4. Al ingresar a la plataforma a diligenciar el certificado están enumerados los pasos para el correcto diligenciamiento y evitar la anulación de estos.	1. Diligenciamiento incompleto de certificados de NV y de Defunción= No. De certificados diligenciados en forma incompleta en cada servicio/Total de certificados entregados en el serviciox100. 2. No diligenciamiento de los certificados de NV y de Defunción= No de certificados no diligenciados por servicio/Total de certificados entregados en el servicio x100	Auxiliar Administrativo Estadísticas vitales
13		Gestión de la información	Reporte extemporáneo de la información a los entes de vigilancia y control y/o EAPB.	Cumplimiento	4	4	Extremo	Entrega de informes, con recibido de cada una de las EAPB y/o ente de control, según lo estipulado en el procedimiento.	Entrega de informes, con recibido de cada una de las EAPB y/o ente de control, según lo estipulado en el procedimiento.	4	4	Extremo	Entrega de informes, con recibido de cada una de las EAPB y/o ente de control, según lo estipulado en el procedimiento.	1. Total de reportes EAPB remitidos en los tiempos oportunos / Total de reportes remitidos a las EAPB *100	Profesional especializado en sistemas de información.

UNIVERSITARIO		FORMATO										 FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019 VERSIÓN: 01 CÓDIGO: GD-ME-F-004-001C				
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL																
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)					
14	GESTIÓN DOCUMENTAL	PRESTAMO DOCUMENTAL	Posibilidad de pérdida de los registros en las bases de datos por deficiencias de condiciones de seguridad en las herramientas digitales que genere un inadecuado seguimiento de los registros de los préstamos documentales.	Operativo	4	3	Alto	Deficiencia de las Condiciones de Seguridad en las Herramientas Digitales	1.El Profesional Universitario de la Oficina de Gestión documental gestionará los requerimientos en el plan de adquisiciones anual relacionados a los herramientas digitales, Canales de comunicación y equipos de cómputo y posterior a este realizará de manera mensual el seguimiento de los requerimientos a través del correo institucional al subgerente administrativo, con el propósito de tener las herramientas que permitan un seguimiento adecuado de custodia del prestamos de los documentos. En caso de que no cumplan la actividad anterior, nuevamente se solicitará como una acción prioritaria en el plan de acción vigencia 2021. La evidencia mediante los correos institucionales. 2. El auxiliar administrativo asignado al seguimiento del registro en la base datos del préstamo de los Documentos de manera diaria realiza la verificación y monitoreo del préstamo a los documentos que han cumplido el tiempo estipulado (48 horas) mediante el formato planilla de préstamo archivo central, con el propósito de evitar la pérdida de los documentos. En caso de que haya cumplido las 48 horas de préstamo y el documento no haya regresado, se realiza solicitud mediante correo institucional al líder y/o coordinador y al funcionario de planta y/o contratación según lo pertinente, para la devolución o si el caso la solicitud nuevamente de ampliación del préstamo del documento. La evidencia planilla de préstamo archivo central y formato: GI-ARC-F-001C solicitud de préstamo archivo central.	4	3	Alto	1.El Profesional Universitario de la Oficina de Gestión documental gestionará los requerimientos en el plan de adquisiciones anual relacionados a los herramientas digitales, Canales de comunicación y equipos de cómputo y posterior a este realizará de manera mensual el seguimiento de los requerimientos a través del correo institucional al subgerente administrativo, con el propósito de tener las herramientas que permitan un seguimiento adecuado de custodia del prestamos de los documentos. En caso de que no cumplan la actividad anterior, nuevamente se solicitará como una acción prioritaria en el plan de acción vigencia 2021. La evidencia mediante los correos institucionales. 2. El auxiliar administrativo asignado al seguimiento del registro en la base datos del préstamo de los Documentos de manera diaria realiza la verificación y monitoreo del préstamo a los documentos que han cumplido el tiempo estipulado (48 horas) mediante el formato planilla de préstamo archivo central, con el propósito de evitar la pérdida de los documentos. En caso de que haya cumplido las 48 horas de préstamo y el documento no haya regresado, se realiza solicitud mediante correo institucional al líder y/o coordinador y al funcionario de planta y/o contratación según lo pertinente, para la devolución o si el caso la solicitud nuevamente de ampliación del préstamo del documento. La evidencia planilla de préstamo archivo central y formato: GI-ARC-F-001C solicitud de préstamo archivo central.	Número de seguimientos realizados mediante correo institucional / número de seguimientos programados x100% Indicador eficacia: Número de solicitudes de préstamos gestionadas dentro las 48 horas hábiles posteriores a la radicación de manera mensual / Número Total de solicitudes realizadas en el periodo por 100%	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión documental	
								Falta y/o obsolescencia de equipos digitales	El profesional de gestión documental cada vez que la mesa de ayuda nos emita un concepto técnico de los equipos tecnológicos que ya cumplieron su vida útil, mediante requerimiento de formato de activos se realiza la solicitud a la oficina de sistemas de información hospitalaria, la cual se le realizara seguimiento mensual, con el propósito de mejorar los procesos internos del área. En caso de que no se dé una respuesta a lo solicitado se le informara al Subgerente administrativo con copia a la Gerencia				El profesional de gestión documental cada vez que la mesa de ayuda nos emita un concepto técnico de los equipos tecnológicos que ya cumplieron su vida útil, mediante requerimiento de formato de activos se realizara la solicitud a la oficina de sistemas de información hospitalaria, la cual se le realizara seguimiento mensual, con el propósito de mejorar los procesos internos del área. En caso de que no se dé una respuesta a lo solicitado se le informara al Subgerente administrativo con copia a la Gerencia			Indicador de Eficacia: Numero de requerimientos enviados a sistemas de informacion con respuesta
15	ARCHIVO, CONSERVACIÓN, VALORACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE DOCUMENTOS.	Posibilidad de deterioro de los documentos por las malas condiciones ambientales, generando pérdida de la información	Operativo	4	2	Alto	Malas condiciones en el ambiente físico	El profesional Universitario del área de Gestión Documental solicitara se incluya durante el año de manera mensual la fumigación y Limpieza terminal al área de los depósitos Documentales, a través de correo institucional, con el propósito Controlar las condiciones ambientales. En caso de que no se puedan realizar la fumigación y limpieza se informará al área recursos físicos y subgerencia Administrativa par lo pertinente. La evidencia son las solicitudes que se realizan mediante correo institucional.	4	2	Alto	El profesional Universitario del área de Gestión Documental solicitara se incluya durante el año de manera mensual la fumigación y Limpieza terminal al área de los depósitos Documentales, a través de correo institucional, con el propósito Controlar las condiciones ambientales. En caso de que no se puedan realizar la fumigación y limpieza se informará al área recursos físicos y subgerencia Administrativa par lo pertinente. La evidencia son las solicitudes que se realizan mediante correo institucional.	Número de solicitudes de limpieza y fumigación mediante correo institucional realizadas /totalde solicitudes de fumigación y limpieza programadas x100% en el periodo. Indicador de Efectividad: Número de fumigaciones y limpiezas no realizadas / totalde solicitudes de fumigación y limpieza programadas x100% en el periodo.	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión documental		
							Deficiencia en la infraestructura	El profesional Universitario del área de Gestión Documental solicitará al Subgerente Administrativo el mejoramiento ambiental y físico mediante oficio de extranet planteando las posibles mejoras que se puedan realizar y además realizará seguimiento a esta solicitud con el propósito de mejorar las condiciones físicas del área de archivo. En caso de que no poder evidenciar las mejoras en el primer semestre de esta vigencia se emitirá oficio con copia a la gerencia y a planeación. La evidencia la ficha técnica identificación del proyecto de inversión y el reporte del avance del proyecto.				El profesional Universitario del área de Gestión Documental solicitará al Subgerente Administrativo el mejoramiento ambiental y físico mediante oficio de extranet planteando las posibles mejoras que se puedan realizar y además realizará seguimiento a esta solicitud con el propósito de mejorar las condiciones físicas del área de archivo. En caso de que no poder evidenciar las mejoras en el primer semestre de esta vigencia se emitirá oficio con copia a la gerencia y a planeación. La evidencia la ficha técnica identificación del proyecto de inversión y el reporte del avance del proyecto.			Indicador Eficacia: Número de oficios enviados a la subgerencia administrativa planteando las posibles mejoras en el periodo	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión documental
							Alta rotación del personal	El profesional universitario del area de gestion documental solicitara a la jefe de talento humano cada vez que ingrese un funcionario u agremiado a esta area se de la aplicabilidad de la Resolución 629/2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública y Archivo General de la Nación con el proposito de que la persona que ingrese tenga las competencias. En caso de que ingrese personal no idoneo y competente se informara al Jefe de talento Humano para lo pertinente				El profesional universitario del area de gestion documental solicitara a la jefe de talento humano cada vez que ingrese un funcionario u agremiado a esta area se de la aplicabilidad de la Resolución 629/2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública y Archivo General de la Nación con el proposito de que la persona que ingrese tenga las competencias. En caso de que ingrese personal no idoneo y competente se informara al Jefe de talento Humano para lo pertinente			Indicador de eficacia: Oficio enviado a la oficina de talento humano con criterio tecnico	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión documental
16	LIQUIDACIÓN Y PAGO DE NOMINA	Que no se registren las novedades de la nómina de forma íntegra, exacta y oportuna.	Operativo	4	3	Alto	Reporte inoportuno de las novedades por parte de los funcionarios. Error en la digitación de las novedades por concepto de vacaciones, incapacidades y novedades de	Realizar revisión del 10% de las novedades que se carguen al sistema durante el mes.	4	3	Alto	Verificación mensual del 10% de las novedades cargadas.	Número de actas de revisión / 12 x 100 Línea Base: 0 Meta: Realizar el 100% de las verificaciones las cuales se soportan con las actas de seguimiento.	Profesional Universitario de Talento Humano		
17	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	extremo	No realizar seguimiento a las PQRSF internas radicadas. Falta de idoneidad de quien responde la PQRSF interna. Falta claridad en la identificación del recibido de la PQRSF en la fecha y hora.	Implementar un sello de recibido a las PQRSF donde se identifique claramente quien recibe, hora y fecha del recibido. Seguimiento permanente a las fechas de cumplimiento de las PQRSF internas.	5	3	extremo	Enviar a cada responsable por correo electrónico cada cuatro días antes de vencer la fecha de respuesta oportunamente a la PQRSF recibidas.	Numero de PQRSF contestadas oportunamente / Numero de PQRSF radicadas *100 Meta: Constar oportunamente el 100% de las PQRSF internas radicadas.	Profesional Universitario de Talento Humano		
18	LIQUIDACIÓN Y PAGO DE NOMINA	Nómina generada erróneamente.	Operativo	3	3	ALTO	Digitación errónea de valores en la nómina.	Generar hojas de liquidación de novedades de vacaciones y soportarlas en la nómina, como medio de verificación antes de su pago.	3	3	ALTO	Verificación Nómina Vs hojas de liquidación de novedades de vacaciones soportadas en la nómina antes de su pago.	Numero de hojas de liquidación de vacaciones no de funcionarios que usaron a vacaciones *100. Línea base: 12	Profesional Universitario de Talento Humano		
19	REUBICACIÓN DE PERSONAL	Se reubique el personal de planta en áreas operativas y administrativas no acorde a las competencias exigidas en los requisitos de habilitación y manual de funciones que generen una inadecuada prestación de los servicios.	Cumplimiento	2	4	Alto	a reubicación del personal sin la respectiva verificación	Los profesionales universitarios de talento humano de nómina y habilitación cada vez que recepcionen una solicitud de reubicación, verificarán los requisitos de habilitación y el manual de funciones institucional, con el propósito que el personal cumpla con lo requerido para el cargo reubicado, se deja evidencia en el acto administrativo de reubicación, la verificación con el visto bueno de los profesionales de talento humano de nómina, habilitación y el jefe oficina de talento humano. En caso de que se reubique el personal sin el cumplimiento de las competencias laborales y requisitos de habilitación se informara al gerente.	2	4	Alto	Los profesionales universitarios de talento humano de nómina y habilitación cada vez que recepcionen una solicitud de reubicación, verificarán los requisitos de habilitación y el manual de funciones institucional, con el propósito que el personal cumpla con lo requerido para el cargo reubicado, se deja evidencia en el acto administrativo de reubicación, la verificación con el visto bueno de los profesionales de talento humano de nómina, habilitación y el jefe oficina de talento humano. En caso de que se reubique el personal sin el cumplimiento de las competencias laborales y requisitos de habilitación se informara al gerente.	Eficacia: No. Numero de actos administrativos de reubicación con visto bueno del cumplimiento de los requisitos / No. Total de actos administrativos de reubicación. 100% Efectividad: No. Numero de actos administrativos de reubicación sin el visto bueno del cumplimiento de los requisitos / No. Total de actos administrativos de reubicación.	Profesional Universitario de Talento Humano		
20	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	Reporte inoportuno del accidente laboral. Desconocimiento del tiempo para reporte de accidente laboral.	Realizar capacitaciones a los funcionarios a fin de conozcan el proceso de reporte.	3	4	Extrema	Inducción y Reinducción del personal que labora en la institución.	Proporción de capacitaciones realizadas: N° de capacitaciones realizadas / N° de capacitaciones programadas Línea Base: 0 Meta:70%	Profesional Universitario Oficina de SST		

HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO											FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019		VERSION: 01		CÓDIGO: GD-MEF-004-001C	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL																		
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)							
21	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y VIGILANCIA DE LA SALUD	Incumplimiento en la realización de los exámenes ocupacionales.	Operativo	3	3	Alto	Que los funcionarios no se presenten al examen.	Remitir oficio a la oficina de Talento Humano informando el incumplimiento del funcionario.	3	3	Alto	Una vez identificado el funcionario que incumple, se deberá remitir oficio a la oficina de Talento Humano.	Proporción de exámenes realizados: N° de exámenes realizados a los funcionarios / N° de exámenes programados x 100 Línea Base:0	Coordinador Oficina de SST			
22		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	En los contratos celebrados con terceros no se incluya la clausula relacionada con el cumplimiento del decreto 1072.	Verificar en las minutas de los contratos el cumplimiento de las normas de SST según manual establecido en los anexos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.	4	4	Extrema	Revisar y avalar el cumplimiento de las normas de SST a los terceros previa contratación.	Proporción de contratos revisados y avalados por a oficina de SST según manual de contratistas: N° de contratos revisados y avalos por la oficina de SST / N° de contratos que ameritan revisión x 100 Línea Base: 0 Meta: 50%	Coordinador Oficina de SST			
23		DISPOSICIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Acumulación de residuos peligrosos en el almacenamiento temporal del hospital.	Operativo	1	4	Alto	La no recolección de residuos hospitalarios y similares en los almacenamientos temporales de la Institución por parte de los vigías ambientales.	Verificación constante del almacenamiento temporal por parte de los vigías.	1	4	Alto	Inspecciones no planeadas al almacenamiento temporal.	No. De inspecciones no planeadas al almacenamiento temporal. Línea Base: 0	Profesional Universitario			
24		DISPOSICIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Acumulación de residuos peligrosos en el almacenamiento de residuos central del hospital.	Operativo	1	4	Alto	La no recolección de residuos hospitalarios y similares en los almacenamientos centrales por parte de las empresas de aseo y las especiales de aseo.	Verificación constante del almacenamiento central por parte de los vigías.	1	4	Alto	Inspecciones no planeadas al almacenamiento central.	No. De inspecciones no planeadas al almacenamiento central. Línea Base: 0 Meta: Realizar el 100% de las inspecciones no planeadas al almacenamiento central.	Profesional Universitario			
25		DISPOSICIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Sanciones por incumplimiento de la normatividad ambiental vigente.	Cumplimiento	2	4	Alto	incumplimiento de la normatividad vigente ambiental	Seguimiento al manejo de los residuos en la institución.	2	4	Alto	Capacitación, inspecciones no planeadas.	No. de capacitaciones realizadas a los colaboradores del HUHP. No. de inspecciones no planeadas realizadas al proceso Línea Base: 0 Meta: Cumplir con el 90% de las capacitaciones e inspecciones no planeadas	Profesional Universitario			
26		GESTIÓN Y TRÁMITE DE P.Q.R.S.D.	Inoportunidad en el tiempo de respuesta de las P.Q.R.S.D. generan sanciones con los entes de control.	Operativo	5	2	Alto	Vencimiento de términos en la respuesta a P.Q.R.S.D por parte de líderes y coordinadores de las unidades funcionales asistenciales y administrativas responsables.	El auxiliar administrativo asignado a la Recepción y notificación interna de la P.Q.R.S.D. De manera diaria recepción por los diferentes canales de comunicación institucional y notificará las P.Q.R.S.D a los diferentes líderes y coordinadores de las unidades funcionales asistenciales y administrativas, mediante la aplicación Gestión Documental, realizando seguimiento diario a las solicitudes mediante el formato AQ-PQR-F-004E Control de riesgo vencimiento P.Q.R.S.D. con el propósito de dar respuestas oportunas a las diferentes solicitudes planteadas por los usuarios. En caso de que no se de respuesta en los primeros 8 días de la notificación, se realiza alertas mediante los medios de comunicación institucional la proximidad del vencimiento a término. La evidencia el formato de AQ-PQR-F-004E Control de riesgo vencimiento P.Q.R.S.D.	5	2	Alto	El auxiliar administrativo asignado a la Recepción y notificación interna de la P.Q.R.S.D. De manera diaria recepción por los diferentes canales de comunicación institucional y notificará las P.Q.R.S.D a los diferentes líderes y coordinadores de las unidades funcionales asistenciales y administrativas, mediante la aplicación Gestión Documental, realizando seguimiento diario a las solicitudes mediante el formato AQ-PQR-F-004E Control de riesgo vencimiento P.Q.R.S.D. con el propósito de dar respuestas oportunas a las diferentes solicitudes planteadas por los usuarios. En caso de que no se de respuesta en los primeros 8 días de la notificación, se realiza alertas mediante los medios de comunicación institucional la proximidad del vencimiento a término. La evidencia el formato de AQ-PQR-F-004E Control de riesgo vencimiento P.Q.R.S.D.	Indicador de Eficacia: Número de P.Q.R.S.D con respuesta oportuna / Números de P.Q.R.S.D recepciones y tramitadas x100% Línea base: 0 Meta: el 98% de las P.Q.R.S.D. con respuesta oportuna según términos establecidos. Indicador de Efectividad: Número de P.Q.R.S.D con respuesta generada fuera de términos / Total de P.Q.R.S.D. recepcionadas x100% Línea de base: 0 Meta: 2% de las P.Q.R.S.D. con respuestas con vencimiento de términos.	Profesional Universitario de SIAU Auxiliar de Atención al Usuario			
27		INTERVENCIÓN SOCIO FAMILIAR	Inoportunidad de la identificación del usuario con necesidad socio familiar, que puede generar barreras en el proceso de atención..	Operativo	5	2	Alto	Inadecuada identificación de los usuarios por el profesional universitario/trabajo social en el proceso de atención	1.El profesional universitario/trabajo social, cada mes aplicará la lista de chequeo a las intervenciones registradas en las historias clínicas de los usuarios de manera aleatoria, con el propósito de verificar el cumplimiento de cada uno de los criterios, que permita fortalecer la adherencia del proceso y manual de intervención sociofamiliar. En caso de que se identifique el incumplimiento de los criterios establecidos en la lista de chequeo, se procederá a informar al profesional responsable de la intervención quien deberá formular un plan de mejora, y lo socializará en subcomité de autocontrol del área.	5	2	Alto	1.El profesional universitario/trabajo social, cada mes aplicará la lista de chequeo a las intervenciones registradas en las historias clínicas de los usuarios de manera aleatoria, con el propósito de verificar el cumplimiento de cada uno de los criterios, que permita fortalecer la adherencia del proceso y manual de intervención sociofamiliar. En caso de que se identifique el incumplimiento de los criterios establecidos en la lista de chequeo, se procederá a informar al profesional responsable de la intervención quien deberá formular un plan de mejora, y lo socializará en subcomité de autocontrol del área.	1.Indicador de eficacia: No. de lista de chequeo aplicadas / Total de lista de chequeo programadas * 100 Línea Base: 0 Meta: Que las listas de chequeo aplicadas sean por lo menos el 90% de las programadas. 1.Indicador de Efectividad: Nro. historias clínicas con criterios incumplidos en lista de adherencia al proceso y manual de intervención sociofamiliar / Total de historias con lista de chequeo aplicadas * 100 Línea Base: 0 Meta: Que las listas de chequeo aplicadas evidencien un cumplimiento de por lo menos el 90% de los criterios evaluados.	Profesional universitario Trabajo Social			
28	TRABAJO SOCIAL	INTERVENCIÓN SOCIO FAMILIAR	Estancias hospitalarias prolongadas por deficiencia de oferta institucional para el abordaje de la población en abandono social.	Operativo	5	1	Alto	Falta de cobertura por parte de las entidades encargadas de la población en abandono social o falta de instituciones designadas para alojar a este tipo de población. El profesional universitario/trabajo social, cada mes elaborará un informe de los usuarios abandonados por su red familiar, el cual será remitido a la oficina Jurídica, Subgerencia Técnico-científica y Subgerencia Financiera, con el propósito de informar y de que se adopten las medidas pertinentes. En caso de que el usuario continúe en situación de abandono, se convocará un Comité Inter servicios para análisis de caso para establecer los compromisos pertinentes a cada unidad. La evidencia de la ejecución del control serán los informes remitidos.	El profesional universitario/trabajo social, cada mes elaborará un informe de los usuarios abandonados por su red familiar, el cual será remitido a la oficina Jurídica, Subgerencia Técnico-científica y Subgerencia Financiera, con el propósito de informar y de que se adopten las medidas pertinentes. En caso de que el usuario continúe en situación de abandono, se convocará un Comité Inter servicios para análisis de caso para establecer los compromisos pertinentes a cada unidad. La evidencia de la ejecución del control serán los informes remitidos.	5	1	Alto	El profesional universitario/trabajo social, cada mes elaborará un informe de los usuarios abandonados por su red familiar, el cual será remitido a la oficina Jurídica, Subgerencia Técnico-científica y Subgerencia Financiera, con el propósito de informar y de que se adopten las medidas pertinentes. En caso de que el usuario continúe en situación de abandono, se convocará un Comité Inter servicios para análisis de caso para establecer los compromisos pertinentes a cada unidad. La evidencia de la ejecución del control serán los informes remitidos.	Indicador de Eficacia: Número de informes elaborados y remitidos a la oficina jurídica, y las Subgerencias Técnico-científica y Financiera/ Total de informes elaborados x 100 Línea Base:12 Meta: Que se envíen el 100% de los informes a la oficina jurídica, y la subgerencias técnico científica y subgerencia financiera.	Profesional universitario Trabajo Social			
							Debíl red de apoyo familiar	El profesional universitario/Trabajo social cada vez que identifique un usuario en condición de abandono social, realizará actividades de gestión y apoyo con búsqueda de red familiar, vincular, comunitaria e institucional del usuario (a través de correo institucional se realiza solicitud de comunicado(s) radial(es)), con el propósito de movilizar la responsabilidad y solidaridad familiar. Si se logra ubicar familia y ésta no asume la corresponsabilidad, deberá denunciarse el caso como una violencia intrafamiliar ante comisaría de familia. En caso de que no se logre ubicar la red de apoyo, deberá realizarse articulación interinstitucional mediante oficio remitido por correo institucional, con ente de control (personería), y posteriormente a se informará al coordinador de hospitalización y oficina jurídica, la gestión realizada. Las evidencias de la ejecución del control será solicitud de comunicado(s) radial(es), informes remitidos.	El profesional universitario/Trabajo social cada vez que identifique un usuario en condición de abandono social, realizará actividades de gestión y apoyo con búsqueda de red familiar, vincular, comunitaria e institucional del usuario (a través de correo institucional se realiza solicitud de comunicado(s) radial(es)), con el propósito de movilizar la responsabilidad y solidaridad familiar. Si se logra ubicar familia y ésta no asume la corresponsabilidad, deberá denunciarse el caso como una violencia intrafamiliar ante comisaría de familia. En caso de que no se logre ubicar la red de apoyo, deberá realizarse articulación interinstitucional mediante oficio remitido por correo institucional, con ente de control (personería), y posteriormente a se informará al coordinador de hospitalización y oficina jurídica, la gestión realizada. Las evidencias de la ejecución del control será solicitud de comunicado(s) radial(es), informes remitidos.	5	1	Alto	Indicador de Eficacia: Número de informes enviados y/o correos electrónicos de solicitud de comunicado radial / Total de informes elaborados y/o correo electrónico de solicitud de comunicación radial x 100 Línea Base:0 Meta: 100%	Profesional universitario Trabajo Social				
29	CALIDAD	EVALUACION Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Inadecuada implementación de la cultura de mejoramiento continuo.	Estratégico	4	4	Extrema	Implementación de mejoras a los procesos, autoevaluación de estándares, estructuración del modelo de mejoramiento institucional, aplicación de las estrategias transversales establecidas desde PAMEC, seguimiento y presentación de avances al equipo de mejoramiento sistémico, presentación de los indicadores de gestión resultados de la aplicación de auditoría integral de calidad, presentación de la percepción del clientes interno y externo, reporte del estado a la importación del programa de seguridad del paciente y sus indicadores de obligatorio reporte.	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 clientes 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 actos de asesoría y/o seguimiento involucrando a los líderes de los equipos de primer y segundo nivel a participar de las estrategias y demás temas relacionados con el mejoramiento continuo. Línea Base: 26 Equipos primarios, 7 Equipos Secundarios Meta: Involucrar al 100% de los líderes de los equipos de primer y segundo nivel, en la participación de las estrategias y demás temas relacionados con el mejoramiento continuo.	Profesional Universitario Área de Calidad			
30		EVALUACION Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Inadecuada implementación de la cultura de mejoramiento continuo.	Estratégico	4	4	Extrema	Implementación de mejoras a los procesos, autoevaluación de estándares, estructuración del modelo de mejoramiento institucional, aplicación de las estrategias transversales establecidas desde PAMEC, seguimiento y presentación de avances al equipo de mejoramiento sistémico, presentación de los indicadores de gestión resultados de la aplicación de auditoría integral de calidad, presentación de la percepción del clientes interno y externo, reporte del estado a la importación del programa de seguridad del paciente y sus indicadores de obligatorio reporte.	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 clientes interno y externo, reporte del estado a la importación del programa de seguridad del paciente y sus indicadores de obligatorio reporte.	4	4	Extrema	Asesorar la identificación de oportunidades de mejora y establecimientos de acciones derivadas de las auditorías internas y externas realizadas en la institución y realizar seguimiento según periodicidad establecida.	No. de acciones cumplidas relacionadas con las auditorías internas y externas realizadas en la institución / No. de acciones de mejora identificadas relacionadas con las auditorías internas y externas realizadas en la institución x 100 Línea Base: 0 Meta: 80% de las acciones se encuentren cumplidas.	Profesional Universitario Área de Calidad			

HOSPITAL UNIVERSITARIO UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO		FORMATO											FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019		
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL													VERSION: 01		
CÓDIGO: GD-MEF-004-001C															
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
31		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Impuntualidad en la atención por parte del Médico Especialista	Operativo	5	3	Extremo	Falta de compromiso con la institución.	Verificar el cumplimiento en la hora de atención a través del software Indigo Crystal, retroalimentando el resultado a los profesionales que superen los 30 minutos para iniciar la atención.	5	3	Extremo	Realizar una revisión a través de Indigo crystal donde se identifique los profesionales que tardan más de 30 minutos en generar la primera atención, no necesariamente es la primera cita de la agenda, remitiendo estos resultados al personal involucrado.	Número de médicos que se tardaron más de 30 minutos en realizar la atención del paciente al mes. Linea Base: xx Meta: Disminuir en un 5% mensual el número de médicos que tardan más de 30 minutos en iniciar la atención de pacientes.	Coordinador Servicios Ambulatorios Profesional Médico Especializado de Apoyo en Servicios Ambulatorios
32		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Impuntualidad en la atención por parte del Médico Especialista	Operativo	5	3	Extremo	Falta de compromiso con la institución.	Realizar una retroalimentación de las quejas presentadas por impuntualidad a cada médico y generar una acción de mejora personal.	5	3	Extremo	Realizar una retroalimentación de las quejas presentadas por impuntualidad a cada médico, con la realización de una acción de mejora para que esta situación no se repita. En caso de reiterarse la situación más de 2 veces se remitirá informe a la Subgerencia técnica - Científica para que se tomen las medidas administrativas pertinentes.	Número de médicos con más de una queja por impuntualidad al mes. Linea Base: 0 Meta: Disminuir mensualmente en un 5% las quejas por impuntualidad.	Personal de Enfermería y Enfermera Coordinadora del Servicio Coordinador de Servicios Ambulatorios y Profesional Médico Especializado de Apoyo
33		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Trato deshumanizado al cliente interno y externo por parte del Médico Especialista.	Operativo	5	3	Extremo	No adherencia al Programa de humanización y falta de compromiso por parte del Médico Especialista.	Socializar la política de humanización a todo el personal médico que labora en el servicio.	5	3	Extremo	Socializar la política de humanización a todo el personal médico que labora en el servicio, generando un documento que soporte esta actividad y posteriormente evaluar su aplicación en la atención, a través de la aplicación de encuestas a pacientes utilizando material visual sencillo que represente el grado de complacencia ante la atención recibida. Esta actividad evaluativa se realizará al azar 2 veces al mes, aplicándolo a los pacientes atendidos por 9 médicos del día, incluyendo siempre los que más generan PQR según el informe emitido por la oficina de Atención a Usuario. Su resultado se socializará al final de la jornada al médico, avalando que reciba la información con su firma en la hoja de agendamiento del día que contiene la información recogida de los usuarios.	Proporción de PQR asociadas a la atención a una atención deshumanizada con respecto al total de PQRS en el servicio de consulta externa. Linea base: 0 Meta: Disminuir mensualmente en un 3% los médicos con resultado menor a satisfactorio según las encuestas aplicadas a los pacientes mensualmente.	Coordinador Servicios Ambulatorios Profesional Médico Especializado de Apoyo en Servicios Ambulatorios Enfermera Coordinadora y Auxiliares de Enfermería.
34		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Mal diligenciamiento y entrega incompleta del paquete de egreso	Operativo	5	3	Extremo	Falta de Adherencia y compromiso por parte del médico especialista para la realización de la documentación requerida.	Revisión a los paquetes de atención que se generan en la consulta médica especializada.	5	3	Extremo	Revisión a los paquetes de atención que se generan, identificado los que estén incompletos o con errores por parte del médico especialista, registrando diariamente las inconsistencias presentadas en el libro diseñado para tal fin, posteriormente esta información se consolidará en forma semanal y se remitirá la coordinación de servicios ambulatorios para retroalimentarla a los involucrados, generando acciones de mejora.	Número de paquetes mal diligenciados generados durante la atención del paciente. Linea base: 0 Meta: Disminuir en un 5% mensual los paquetes mal diligenciados generados durante la atención del paciente. Montar ficha técnica del indicador.	
35		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Complicación del usuario derivada de la inadecuada clasificación de los pacientes en el TRIAGE.	Operativo	4	5	Extremo	No adherencia al procedimiento institucional de TRIAGE, por parte de del médico y la auxiliar de enfermería.	Socialización y evaluación del procedimiento del triage al personal médico y de enfermería	4	5	Extremo	Analizar el indicador de triage II y realizar planes de mejoramiento derivados de los hallazgos	Indicador: Acciones de mejoramiento cumplidas / acciones de mejora programadas * 100. Linea Base: 0 Meta: Por encima del 90% de las acciones cumplidas.	Auditor de Pediatría y Adultos
36		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Infecciones asociadas al cuidado de la salud: FLEBITIS	Operativo	4	5	Extremo	Mala técnica aséptica en la canalización, falta de insumos para la realización del procedimiento.	Seguimiento y búsqueda activa de sucesos de seguridad relacionados con infecciones asociadas al cuidado de la salud (flebitis).	4	5	Extremo	Reportar y analizar de los sucesos de seguridad relacionada con la FLEBITIS	Indicador N°1: Número de flebitis presentadas en el servicio de urgencias. Linea base: 7. Meta: Disminuir los casos de flebitis ≤5 casos al mes. Indicador N°2: Número de casos de flebitis analizados / total de flebitis identificadas al mes *100. Linea base: 90%.	Auditor de Pediatría y Adultos
37		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Lesiones derivadas de la atención en salud: CAIDAS CON LESION	Operativo	5	5	Extremo	No adherencia a las barreras de seguridad establecidas en el Programa de Seguridad del Paciente.	Seguimiento y búsqueda activa de sucesos de seguridad relacionados lesiones derivadas de la atención en salud (caídas con lesión).	5	5	Extremo	Reportar y analizar de los sucesos de seguridad relacionada con CAIDAS CON LESION	Indicador N°1: Número de CAIDAS CON LESION presentadas en el servicio de urgencias Linea base: 2. Meta: 1 Indicador N°2 Número de casos de CAIDAS CON LESION analizados / total de CAIDAS CON LESION identificadas al mes *100. Linea base: 90%. Meta: Analizar el 100% de los casos presentados	Auditor de Pediatría y Adultos
38		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Lesiones derivadas de la atención en salud: LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA	Operativo	4	4	Extremo	No adherencia a las barreras de seguridad establecidas en el Programa de Seguridad del Paciente.	Seguimiento y búsqueda activa de sucesos de seguridad relacionados lesiones derivadas de la atención en salud (lesiones asociadas a la dependencia).	4	4	Extremo	Reportar y analizar de los sucesos de seguridad relacionada con la LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA	Indicador N°1: Número de LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA presentadas en el servicio de urgencias. Linea base 3. Meta: Disminuir los casos de lesiones asociadas a la dependencia a ≤ 2 casos	Auditor de Pediatría y Adultos
39		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	Trato deshumanizado por parte del personal asistencial del Servicio de Urgencias	Operativo	5	2	Alto	No adherencia del las estrategias del programa de humanización establecida por la institución	Identificación y análisis de pqrs derivadas del trato deshumanizado en el servicio de urgencias	5	2	Alto	Socializar las estrategias de humanización y elaborar planes de mejoramiento derivada las PQRS por el personal implicado.	Indicador: Acciones de mejoramiento cumplidas / acciones de mejora programadas * 100. Linea Base: 0 META: Por encima del 90% de las acciones cumplidas. Indicador N°2: Una estrategia de Humanización, socializada y evaluada al mes. Linea Base: 0. Meta: 12 socializaciones al año de las estrategias de Humanización.	Coordinador del Servicio Enfermería Equipo de Humanización
40		Atención en el servicio de Hospitalización Adulto y Pediátricas	Diligenciamiento inoportuno y/o equivocado de las ordenes medicas	Operativo	4	4	Extremo	Falta de conocimiento en el manejo del software, diligenciamiento por personal en Convenio docencia servicio, demora en la realización de la evolución y ordenes medicas.	Realización de Auditoria concurrente. Capacitación en buenas practicas para el diligenciamiento de historias clinicas al personal medico generales y a coordinadores de especialidades. Gestión ante Subgerencia tecnica sobre la oportunidad en evolucion y ordenes medicas por parte de las especialidad medicas.	4	4	Extremo	Realizar auditoria concurrente, oficiar a la subgerencia tecnica a maximo 31 de octubre informando la inoportunidad en las evoluciones medicas por parte de los especialistas. Capacitacion 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.
41		Atención en el servicio de Hospitalización Adulto y Pediátricas	interpretación inadecuada e inoportuna de las ordenes medicas	Operativo	3	4	Extremo	falta de liderazgo y compromiso por parte del personal de enfermería Falta de conocimiento por parte del personal de enfermería	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.	3	4	Extremo	Realizar auditoria aleatoria mensual a través de las rondas de enfermería de los hallazgos encontrados en las auditorias realizadas. Realizar capacitaciones semestrales al personal de enfermería relacionado con los hallazgos encontrados en las auditorias realizadas.	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

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
42	ENFERMERÍA	MANUAL DE ENFERMERIA	Error en la administración de medicamentos	Operativo	5	5	Extremo	Falta de adherencia al manual de procedimientos de enfermería (Administración segura de medicamentos). Falta de cumplimiento de los diez correctos. No adherencia de la política de Seguridad del Paciente.	Medición de la adherencia a los diez correctos mediante la aplicación de las listas de chequeo y administración segura de medicamentos.	5	5	Extremo	Aplicar lista de chequeo de Administración segura de medicamentos.	Nro. de criterios cumplidos en lista de chequeo de administración segura de medicamentos / Total de criterios evaluados * 100 Línea Base: 0 Meta: Que las listas de chequeo aplicadas evidencien un cumplimiento de por lo menos el 80% de los criterios evaluados.	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
43		MANUAL DE ENFERMERIA	Flebitis infecciosas	Operativo	5	3	Extremo	Falta de adherencia al Manual de Enfermería (Canalización y mantenimiento de accesos venosos periféricos). No adherencia al protocolo de higienización y lavado de manos.	Medición de la adherencia al Manual de enfermería mediante lista de chequeo a la canalización y mantenimiento del acceso venoso periférico.	5	3	Extremo	Aplicar lista de chequeo aleatoria para verificar adherencia al procedimiento de canalización y mantenimiento del acceso venoso periférico.	Nro. de criterios cumplidos en lista de chequeo de canalización y mantenimiento de accesos venosos periféricos / Total de criterios evaluados * 100 Línea Base: 0 Meta: Que las listas de chequeo aplicadas evidencien un cumplimiento de por lo menos el 80% de los criterios evaluados.	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
44		MANUAL DE ENFERMERIA	Caída de pacientes con lesión	Operativo	5	5	Extremo	No aplicación de la escala DOWNTON para determinar riesgo de caída. Inadecuada valoración clínica del usuario y planeación de los cuidados de acuerdo con la condición del paciente.	Medición de adherencia a la prevención de caídas a través de listas de chequeo aplicadas de forma aleatoria.	5	5	Extremo	Aplicar lista de chequeo aleatoriamente de prevención de caídas de pacientes	Nro. de criterios cumplidos en lista de chequeo de prevención de caídas de pacientes / Total de criterios evaluados * 100 Línea Base: 0 Meta: Que las listas de chequeo aplicadas evidencien un cumplimiento de por lo menos el 80% de los criterios evaluados.	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
45		MANUAL DE ENFERMERIA	Úlceras Por Presión (UPP)	Operativo	5	3	Extremo	No aplicación de la escala de Braden para identificar riesgo de padecer UPP. Inadecuada valoración clínica del usuario y planeación de los cuidados de acuerdo con la condición del paciente	Medición de adherencia a la prevención de úlceras por presión a través de listas de chequeo aplicadas de forma aleatoria.	5	3	Extremo	Aplicar de la lista de chequeo de úlceras por presión	Nro. de criterios cumplidos en lista de chequeo de prevención de UPP / Total de criterios evaluados * 100 Línea Base: 0 Meta: Que las listas de chequeo aplicadas evidencien un cumplimiento de por lo menos el 80% de los criterios evaluados.	Profesional Universitario Departamento de Enfermería
46	UNIDAD DE SALUD MENTAL	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Caidas debido a efectos de la medicación	Operativo	5	5	Extremo	Efectos secundarios de la medicación No aplicación de la Escala Downton	Identificación temprana de los usuarios que tienen medicación que producen sedación o inducción al sueño	5	5	Extremo	Aplicar escala de Escala Downton para valorar el nivel del riesgo a que está expuesto el usuario , colocar manilla de color verde para identificarlo y tomar medidas de contención física (inmovilización).	Número de pacientes identificados con las escalas de Downton/Número total de usuarios ingresados a la Unidad de Salud Mental. Línea de Base: 0 Meta: Aplicar la escala Downton al 100% de los usuarios que ingresen la Unidad de Salud Mental	Personal de enfermería
47		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Error en la administración de medicamentos.	Operativo	5	5	Extremo	Falta de adherencia al manual de procedimientos de enfermería Falta de conciliación medicamentosos. Falta al cumplimiento de los Diez correctos No adherencia de la política de Seguridad del paciente.	Medición de la adherencia a los diez correctos mediante la aplicación de las listas de chequeo y administración segura de medicamentos.	5	5	Extremo	Aplicar lista de chequeo de administración de medicamentos segura para verificar la adherencia al procedimiento	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	Auditor y Enfermero Profesional de la Unidad Salud Mental
48		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Fuga por fallas en el sistema de seguridad del paciente	Operativo	4	5	Extremo	Fallas en el sistema de seguridad del paciente	Identificación temprana de los usuarios con riesgo de fuga	4	5	Extremo	Aplicar medidas de contención verbal, mecánica y farmacológica de la guía de práctica clínica Prevención y Manejo de fuga de pacientes previa socialización de la misma.	Socialización de la Guía de Práctica Clínica Prevención y manejo de fuga de pacientes. Minimizar en un 10% las agresiones de los usuarios al personal asistencial. Línea Base: 0 Meta: Disminuir en un 10% los casos de agresiones de los usuarios y familiares hacia a los colaboradores Número de colaboradores reentrenados en inmovilización/total de colaboradores de la Unidad de Salud Mental	Equipo Interdisciplinario de la Unidad de Salud Mental
49	ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL	Agresiones al personal asistencial por parte de usuarios y acompañantes	Operativo	5	5	Extremo	Falta de tolerancia por parte del usuario y su familiares y la aplicación de los deberes de los usuarios Agresividad propia de alguna Patologías mentales	Manejar la medicación y técnicas de inmovilización a los usuarios con enfermedades mentales	5	5	Extremo	Realizar re-entrenamiento en manejo de inmovilizaciones de usuarios y aplicar esquema de sedación según orden médica y guía de paciente con agitación psicomotora.	Línea base: 0 Meta: Inmovilizar al 100% de los usuarios con agitación psicomotora Observación: El re-entrenamiento se realizará de forma semestral a todos los colaboradores de la Unidad de Salud Mental	Coordinador del servicio - Personal de Enfermería- Equipo Psicosocial	
50	ATENCIÓN DEL USUARIO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO EN SALAS DE CIRUGÍA	Infecciones en el sitio operatorio del usuario Ambulatorio.	Operativo	5	5	Extremo	Estado nutricional del paciente Lavado de manos Lavado del paciente Falta de esterilización de equipos Desinfección de sales post contaminación Circulación en áreas estériles con ropa contaminada	Seguimiento a la adherencia del protocolo de higienización de manos y preparación de area operatoria	5	5	Extremo	Aplicar lista de chequeo de llamado en casa de cirugía segura del usuario ambulatorio Participación en el comité de infecciones	Número de ISO identificadas/No. Total de paciente que ingresaron a salas de cirugía Línea Base: 0 Meta: 3% de pacientes con ISO	Coordinador de cirugía Personal de Enfermería	
51	ATENCIÓN DEL USUARIO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO EN SALAS DE CIRUGÍA	Administración inadecuada de medicamentos	Operativo	4	4	Extremo	Desconocimiento o Falta de adherencia al protocolo institucional para la administración de medicamentos	Verificación de la Adherencia a los diez correctos en la administración medicamentos	4	4	Extremo	Aplicar lista de chequeo del procedimiento de administración de medicamentos segura	No. de pacientes reportados con inadecuada administración de medicamentos/No. total de lista de chequeo de administración de medicamentos aplicadas Línea Base: 0 Meta: el 1% de errores de seguridad reportados por administración de seguridad de	Coordinador de Cirugía Coordinadora de enfermería	
52	ATENCIÓN DEL USUARIO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO EN SALAS DE CIRUGÍA	Falla en la identificación del paciente, muestras y lateralidad quirúrgica	Operativo	2	4	Alto	Falta de revision de la historia clínica. Ayudas diagnosticas Lista de chequeo y mapeo Área quirúrgica sin marcaciones previas. No adherencia a las barreras del programa de seguridad del paciente	Aplicación de lista de chequeo de Cirugía segura Medir adherencia a la aplicación de la lista de chequeo	2	4	Alto	Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura Medir adherencia a la aplicación de las barreras del programa de seguridad del paciente	No. de listas de chequeo diligenciadas correctamente/ No. Total de pacientes atendidos Línea Base: 0 Meta: 100% de listas diligenciadas correctamente	coordinador de Salas de cirugía Profesional especializado	
53	ESTERILIZACIÓN	Manual Buenas Prácticas de Esterilización	Daños en los equipos de esterilización por falta de mantenimiento preventivo y/o correctivo	Operativo	4	5	Extremo	Falta de mantenimiento preventivo y/o correctivo	Verificación al cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento preventivo y/o correctivo	4	5	Extremo	Realizar seguimiento al cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento preventivo y/o correctivo	Número de mantenimientos preventivos y/o correctivos / Total de mantenimientos preventivos y/o correctivos programados x 100 Línea Base: 0 Meta: Cumplir con el 100% de los mantenimientos preventivos y/o correctivos programados	Lider de esterilización
54		Manual Buenas Prácticas de Esterilización	Falla en el proceso de esterilización por desconocimiento de los procedimientos de esterilización del personal	Operativo	4	3	Alto	Desconocimiento de los procedimientos de esterilización del personal	Actualización del Manual de Buenas Practicas de esterilización y socialización al personal de la Unidad de Esterilización	4	3	Alto	Realizar la actualización y respectiva 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

HOSPITAL UNIVERSITARIO														FORMATO														 FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019 VERSIÓN: 01 CÓDIGO: GD-ME-F-004-001C
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL																												
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO													
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)																	
55		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	Extremo	Por cortes en el sistema de vapor no comunicados a la unidad funcional	Solicitar a recursos físicos las fechas en las cuales van a realizar el corte en el sistema de vapor	4	4	Extremo	Enviar oficio solicitando se informe por anticipado cuando se va a realizar los cortes en el sistema de vapor	Oficio enviado a Recursos Físicos Linea Base: 0 Meta: Conocer los días en los cuales se presenta el corte en el sistema de vapor	Lider de esterilización Jefe de Recursos Físicos													
56		Manual Buenas Prácticas de Esterilización	Pérdida del instrumental y material de osteosíntesis por No contar con el profesional idóneo para la recepción y verificación del material	Operativo	4	5	Extremo	No contar con el profesional idóneo en las tardes y noches para la recepción y verificación del material de osteosíntesis	Gestionar el personal necesario para la recepción del instrumental y material de osteosíntesis	4	5	Extremo	Enviar solicitud a talento humano y subgerencia tecnico científica para el contar con el personal idóneo en los turnos de la tarde y de la noche	Solicitud de requerimiento de recurso humano a talento humano y subgerencia tecnico-científica. Linea Base:0 Meta: Contar con los profesionales idóneos para dicha labor	Lider de esterilización													
57		Sala de Partos	Caída de la usuaria por levantarse de la cama y deambular hacia el baño sin acompañamiento	Operativo	5	4	Extremo	Caída de la usuaria dentro del servicio por falta de adherencia a las recomendaciones impartidas sobre su movilización dentro del servicio	Disponer de un sistema de llamado en la cama que le permita a la paciente llamar al personal de enfermería cuando lo requiera.	5	4	Extremo	Dar cumplimiento al programa de seguridad del ple aprobado institucionalmente, iniciando con un diagnóstico de las necesidades del servicio orientadas por la lider del programa de seguridad del paciente realizando la gestion para lograr disponer de los diferentes elementos, en este caso que se ubiquen sistemas de llamado luminoso para enfermería en las camas y mejorar la iluminación.	Número de caídas de usuaria en el mes/ total de usuarias ingresadas en el mes x 100. Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 5% mensual las caídas de las usuarias en el servicio.	Enfermera Jefe													
58	SALA DE PARTOS	Sala de Partos	Confusion o extravío de un neonato	Operativo	2	5	Extremo	No dar cumplimiento a lo egisrado en el proceso de Atención de la usuaria en sala de partos, en cuanto a identificación redundante de un recién nacido.	Verificación aleatoria del cumplimiento de identificación del recién nacido.	2	5	Extremo	Realizar una verificación semanal a través de una lista de chequeo sobre identificación redundante del recién nacido, los resultados serán socializados en la reunión de subcomite de autocontrol mensual, con la implementación de planes de mejora individual sino se da cumplimiento al mismo. Estas listas se conservaran 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 le aplica la lista de verificación en el mes. Linea Base: 0 Meta: 100% de los recién nacidos auditados cuenten con identificación redundante.	Enfermera Jefe													
59		Sala de Partos	Perdida de un neonato	Operativo	1	5	Alto	No disponer de controles de acceso a sala de partos y seguridad dentro de la misma.	Contar con un sistema de seguridad en las puertas que limiten el acceso al servicio y sistemas de cámaras de vigilancia permanente ubicadas en sitios específicos de ingreso al servicio y de ingreso a la sala de neonatos.	1	5	Alto	Solicitar a la Gerencia y a la Subgerencia Administrativa la necesidad de implementar sistemas de seguridad y de vigilancia a través de cámaras para garantizar la custodia de los recién nacidos en sala de partos, realizar el seguimiento en forma mensual hasta su instalación.	Número de recién nacidos perdidos en el mes. Linea Base: 0 Meta: 0 recién nacidos perdidos	Enfermera Jefe													
60		ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	Broncoaspiración de pacientes	Operativo	1	4	Alto	Instalación inadecuada de sonda para alimentación del paciente o posición inadecuada para la alimentación en paciente que no tiene sonda.	El procedimiento se debe realizar por la jefe de enfermería del servicio, Terapeuta respiratoria o Pediatra de acuerdo al protocolo establecido. Verificación por auscultación de la posición de la sonda	1	4	Alto	Realizar el procedimiento de acuerdo al manual de enfermería establecido	Número de eventos adversos relacionados con Broncoaspiración de pacientes / Numero total de pacientes con sonda para alimentación hospitalizados en servicio Linea Base: 1 caso en el mes Meta: Disminuir en un 0% los casos o eventos adversos relacionados con la Broncoaspiración.	Coordinador médico													
61	UCI PEDIATRICA	ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	Infección asociada a dispositivos médicos	Operativo	4	4	Extremo	No adherencia a los protocolos para la prevención de infecciones asociadas a dispositivos medicos	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos Pediatricos: aplicación de lista de chequeo para los procedimientos (cateter venoso central, líneas arteriales, sondas vesicales)	4	4	Extremo	Elaborar un cronograma de capacitación, con la selección adecuada de los temas, ejecutar 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. Aplicación de lista de chequeo para los procedimientos (cateter venoso central, líneas arteriales, sondas vesicales)	Número de eventos adversos relacionados con infecciones asociadas a dispositivos medicos / Numero total de pacientes con dispositivos invasivos . Linea Base: 1 caso en el mes Meta: Disminuir en un 0% los casos o eventos adversos relacionados con infecciones	Coordinador médico													
62		ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	Caída de pacientes	Operativo	4	4	Extremo	No adherencia a los protocolos para la prevención de caídas teniendo en cuenta la edad del paciente (menor de 5 años)	Evaluación continua de la escala de Downton, Educar al familiar sobre las medidas preventivas, realizar capacitaciones al personal de la unidad sobre protocolos para prevención de caídas	4	4	Extremo	Evaluación continua de la escala de Downton (durante el proceso de atención), Educar al familiar sobre las medidas preventivas, realizar capacitaciones al personal de la unidad sobre protocolos para prevención de caídas	Número de eventos adversos relacionados con caída de pacientes / Numero total de pacientes hospitalizados en el servicio. Linea Base: 1 caso en el mes Meta: Disminuir en un 0% los casos o eventos adversos relacionados con flebitis química	Coordinador médico/ Enfermera Jefe													
63		ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	Flebitis química asociadas a medicamentos	Operativo	4	3	Alto	Aplicación de medicamentos que producen flebitis por parte del personal de enfermería.	Capacitar sobre medicamentos irritantes y visecantes al personal de enfermería, para que al momento de cumplir las ordenes medicas utilice la vía adecuada. Implementar el uso de cateter PICO para la administración de medicamentos en pacientes con estancias prolongadas	4	3	Alto	Capacitar sobre medicamentos irritantes y visecantes al personal de enfermería, para que al momento de cumplir las ordenes medicas utilice la vía adecuada. Implementar el uso de cateter PICO para la administración de medicamentos en pacientes con estancias prolongadas	Número de eventos adversos relacionados con flebitis química / Numero total de pacientes hospitalizados en el servicio. Linea Base: 1 caso en el mes	Enfermera Jefe													
64		Atencion en el Servicio de UCI Neonatal	Broncoaspiración de pacientes	Operativo	1	4	Alto	Instalación inadecuada de sonda para alimentación del paciente	El procedimiento se debe realizar por la jefe de enfermería del servicio, Terapeuta respiratoria o Pediatra.	1	4	Alto	Realizar el procedimiento de acuerdo a los lineamientos establecidos. Verificar a través de registros clinicos que el paso de la sonda sea realizado por parte del personal responsable del procedimiento	Número de eventos adversos relacionados con Broncoaspiración de pacientes / Numero total de pacientes con sonda para alimentación hospitalizados en el periodo. Linea Base: 0 Meta: Disminuir en un 0% los casos o eventos adversos relacionados con Bacteremias.	Coordinador médico/Jefe del servicio/Terapeuta Respiratoria													
65	UCI NEONATAL	Atencion en el Servicio de UCI Neonatal.	Bacteremias asociada al cateter venoso	Operativo	3	4	Extremo	No adherencia a los protocolos para la Insercion de cateter centrales. No adherencia al protocolo de higienizacion de manos	Capacitación y educación de los protocolos para la Insercion de cateter centrales y protocolo de higienizacion de manos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos Neonatal.	3	4	Extremo	Elaborar un cronograma de capacitación, ejecutando 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													
66		Atencion en el Servicio de UCI Neonatal	Flebitis	Operativo	3	3	Alto	Aplicación de medicamentos que producen flebitis por parte del personal de enfermería. Flebitis por administración inapropiada de medicamentos No adherencia al protocolo de higienizacion de manos No adherencia a los protocolos para la Insercion de cateter	Capacitar sobre medicamentos irritantes y visecantes al personal de enfermería, para que al momento de cumplir las ordenes medicas utilice la vía adecuada. Capacitación y educación de los protocolos para la Insercion de cateteres y protocolo de higienizacion de manos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos Neonatal.	3	3	Alto	Elaborar un cronograma de 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													
67		Atención en Cuidados Intensivos Adulto y Gineco-obstétrico	Neumonía asociada a la ventilación mecánica por no adherencia a los protocolos para la prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica	Operativo	5	4	Extremo	No adherencia a los protocolos para la prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos	5	4	Extremo	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 intubados en el servicio o de lo que ingresan intubados y llevan más de 72 horas hospitalizados. Linea de base: 0 Meta: Disminuir en un 10 % mensual la presentación de neumonias	Coordinador médico													

HOSPITAL UNIVERSITARIO CORPORACIÓN EDUCACIONAL Y CULTURAL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN		FORMATO											FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019		VERSION: 01		CÓDIGO: GD-ME-F-004-001C	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL																		
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)							
68	UCI ADULTO Y GINECO-OBSTÉTRICA	Atención en Cuidados Intensivos Adulto y Gineco-obstétrico	Bacteremias asociada al cateter venoso central	Operativo	3	3	Alto	No adherencia a los protocolos para la prevención de Bacteremias asociadas al cateter	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos	3	3	Alto	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 fallencias 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 despues de su egreso presenta sintomatología infecciosa asociado al sonda vesical. priorios 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			
69		Atención en Cuidados Intensivos Adulto y Gineco-obstétrico	Infecciones Urinarias producidas por sondas vesicales	Operativo	4	3	Alto	No adherencia a los protocolos para la prevención de las infecciones urinarias	Capacitación y educación de los protocolos al personal asistencial de la unidad Cuidados Intensivos	4	3	Alto	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 fallencias 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 despues de su egreso presenta sintomatología infecciosa asociado al cateter venoso central. priorios 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			
70		Atención en Cuidados Intensivos Adulto y Gineco-obstétrico	Neumotorax por el paso de cateter venosos central	Operativo	4	3	Alto	Dificultad técnica (paciente de difícil acceso vascular)	Actualizar el protocolo de paso de cateter venoso central, donde se incluye el uso del ecografo, y darle aplicación.		4	3	Alto	Todo cateter venoso central, debe de ser pasado con apoyo de ecografo, vericando su cumplimiento en la lista de chequeo aplicada, la cual queda como soporte en la historia clinica.	Número de neumotorax presentados durante el paso de cateter venoso central/ total de pasos de cateteres venosos centrales * 100 nivel de segregación: Neumotorax paso de cateter con ayuda ecografica - Neumotora 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		
71		Atención en Cuidados Intensivos Adulto y Gineco-obstétrico	Flebitis química asociadas a medicamentos	Operativo	4	2	Alto	Aplicación de medicamentos que producen lesión al endotelio venoso periférico.	Capacitar sobre medicamentos irritantes y viscosantes al personal de enfermería, para que al momento de cumplir las ordenes medicas utilice la via adecuada.		4	2	Alto	Ayudas audiovisuales en el servicio que permitan identificar rapidamente la via de administración 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 Epidemiología	0 flebitis químicas Linea Base: 0% META: Disminuir a 0% la presentación de casos por flebitis química en el mes.	Enfermera Jefe		
72	UNIDAD DE TRASPLANTE	ATENCIÓN UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Rechazo al trasplante por la no adherencia del paciente a la terapia inmunosupresora	Operativo	5	5	Extremo	No adherencia al tratamiento inmunosupresor,	Capacitación continua a paciente s y familia sobre cuidados y adherencia al tratamiento	5	5	Extremo	Capacitación mensual continua sobre autocuidados, adherencia al tratamiento y signos de alarma	Número de capacitaciones realizadas/ total de capacitaciones programadas Linea base: 0 Meta: capacitar el 50% de los usuarios trasplantados	JEFE DE ENFERMERA AUXILIAR OPERATIVA			
73		ATENCIÓN UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Rechazo al trasplante por la inoportunidad en la entrega de los medicamentos por parte de la EPS	Cumplimiento	5	5	Extremo	inoportunidad en la entrega de los medicamentos por parte de la EPS	Capacitación para sensibilizar a los directivos de las EPS y entes jurídicos de la importancia de la entrega del tratamiento adecuado y oportuno a los usuarios trasplantados.	5	5	Extremo	Capacitación con los directivos y/o delegados de las EPS y entes jurídicos SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ENTREGA DEL TRATAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO A LOS USUARIOS TRASPLANTADOS y para generar estrategias de solución a la inoportunidad en la entrega de medicamentos.	Número de capacitaciones realizadas/ total de capacitaciones programadas Linea base: 0 Meta: Capacitar el 30% de las EPS	JEFE DE ENFERMERA COORDINADOR DEL SERVICIO			
74		ATENCIÓN UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Rechazo al trasplante por la inoportunidad en la entrega de los medicamentos por parte de la EPS	Cumplimiento	5	5	Extremo		Realización de reunión con los líderes de Unidades Especiales y 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	Extremo	Reunión con el análisis de la viabilidad de la entrega de medicamentos a los usuarios trasplantados y las posibles estrategias para disminuir la inoportunidad por parte de las EPS Linea base: 0 Meta: Implementar 50% de la estrategia concertada Observación: esta reunión se realizará anual	JEFE DE ENFERMERA COORDINADOR DEL SERVICIO				
75		ATENCIÓN UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Incumplimiento a la norma 1995 y política de seguridad de la información relacionado con no contar con una historia clínica digitalizada en usuarios pre trasplante	Cumplimiento	5	3	Extremo		Solicitud a la Oficina de Sistemas para incluir la valoración pre-trasplante en el software institucional de la historia clínica	5	3	Extremo	Reunión con el Líder de Sistemas de información hospitalario para reportar las necesidades de incluir e implementar la historia clínica pretrasplante 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				
76		ATENCIÓN UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL	Incumplimiento a la norma 1995 y política de seguridad de la información relacionado con no contar con una historia clínica digitalizada en usuarios pre trasplante	Operativo	5	3	Extremo		Gestión para la consecución del escaner	5	3	Extremo	Diligenciar y entregar oficio y el formato de requerimiento para la consecución del escaner para la unidad de trasplante Renal Linea base: 0 Meta: Consecución del escaner	JEFE DE ENFERMERA COORDINADOR DEL SERVICIO				
77	UNIDAD CARDIOVASCULAR	ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Cancelación de citas y/o procedimientos.	Operativo	5	4	Extremo	Mala preparación del usuario ambulatorio y/o hospitalario, por desmejoramiento de las condiciones de salud.	Verificación vía telefónico o vía email de la preparación del usuario previo al procedimiento y/o cita asignada.	5	4	Extremo	Confirmar por vía telefónica o vía email de la preparación del usuario para el procedimiento y/o cita asignados, se consignará la información y la persona a quien se entrega dicha información en el formato establecido.	Número de cancelación de citas y procedimientos por mala preparación / Total de procedimientos y citas asignadas en el periodo x 100 Linea Base: 0 Meta: Que las cancelaciones por mala preparación sea menor o igual al 5%.	Enfermero(a) Jefe y/o Auxiliar administrativo.			
78		ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Entrega del informe y/o cineangio al usuario equivocado o quema del CD con el resultado que no correspondía al usuario.	Operativo	3	5	Extremo	Error en la digitación y/o error en procesamiento de imágenes	Verificar los datos del informe y/o imágenes antes de grabarlos y entregarlos al usuario.	3	5	Extremo	Verificar los datos del informe y/o imágenes antes de grabarlos y entregarlos al usuario. Linea Base: 0 Meta: Que no se entreguen imágenes erróneamente al usuario.	Enfermero(a) Jefe y/o Auxiliares de enfermería.				
79		ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Error en la administración de medicamentos.	Operativo	3	5	Extremo	Falta de adherencia a los diez correctos	Medir adherencia a la administración segura de medicamentos donde incluya los 10 correctos.	3	5	Extremo	Aplicación de la lista de chequeo de administración segura de medicamentos. Linea base: 0	Enfermero(a) Jefe				
80		ATENCIÓN EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR	Sucesos de seguridad relacionados con la atención de los usuarios de la unidad cardiovascular.	Operativo	5	4	Extremo	No adherencia a los protocolos de atención en salud y procedimientos institucionales.	Medir adherencia a los protocolos de atención en salud y procedimientos institucionales.	5	4	Extremo	Aplicación de listas de chequeo mensuales a los colaboradores según programación, para medir la adherencia a los protocolos de atención en salud y procedimientos institucionales. Linea base: 0 Meta: Que el 100% de los colaboradores programados sean auditados según periodicidad establecida.	Enfermero(a) Jefe y coordinación de la unidad				

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
81		Atención en la Unidad Renal Ambulatorio y Hospitalario	No cumplimiento de guías y protocolos institucionales	Cumplimiento	3	4	Extremo	Desconocimiento de las guías y protocolos institucionales lo que puede ocasionar disminución en las habilidades, competencias, ejecución y confiabilidad de los procesos.	Seguimiento a los registros de historias clínicas, donde se verifique el cumplimiento de los protocolos y guías socializados.	3	4	Extremo	Realizar auditoría (aplicar lista de chequeo) a 25 historias clínicas semanales de pacientes atendidos en el servicio, para verificar el cumplimiento de las guías y protocolos.	Numero de historias clínicas con cumplimiento de protocolos y guías/ 25 historias clínicas auditadas semanalmente x 100 Linea Base: 0 Meta: El 100% de las historias clínicas revisadas deben cumplir con los protocolos y guías institucionales aprobadas y socializadas. Numero de historias clínicas con cumplimiento de protocolos y guías/ 25 historias clínicas auditadas semanalmente x 100 Linea 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
82	UNIDAD RENAL	Atención en la Unidad Renal Ambulatorio y Hospitalario	Infecciones asociadas al cuidado de la salud	Operativo	4	3	Alto	Omisión o cumplimiento parcial de las estrategias del Programa de Seguridad del paciente	Incentivar el reporte de eventos adversos e incidentes en el personal asistencial de la Unidad Renal	4	3	Alto	Análisis en los comités de autocontrol de todos y cada uno de los eventos e incidentes presentados en el servicio que afecten la salud del paciente, elaborando el plan de mejoramiento y su implementación al interior del servicio, se toma como fuente de información también el libro de entrega de turno de enfermería.	Número de eventos o incidentes analizados y con plan de mejoramiento en ejecución durante el mes / Número de eventos e incidentes identificados en el servicio por mes x 100 Linea Base: 0 Meta: El 80% de los eventos e incidentes presentados cuenten con plan de mejoramiento implementado. Número de eventos o incidentes analizados y con plan de mejoramiento en ejecución durante el mes / Número de eventos e incidentes identificados en el servicio por mes x 100 Linea Base: 0 Meta: El 80% de los eventos e incidentes presentados cuenten con plan de mejoramiento implementado.	Coordinadora Administrativa Unidad Renal
83		Atención en la Unidad Renal Ambulatorio y Hospitalario	No manejar un registro institucional en los servicios que permita conocer lo que ocurrió durante la estadía del usuario en el servicio de unidad Renal.	Operativo	5	5	Extremo	No dar cumplimiento al manejo de la historia clínica en lo que hace referencia a la oportunidad y continuidad en el tratamiento, dado que en el servicio a cargo del usuario desconocimiento lo que le ha ocurrido en la unidad renal.	Dar a conocer a al servicio a cargo del usuario lo que se le realizó al paciente a través de una nota rápida en la historia clínica digital.	5	5	Extremo	Gestionar a través de una solicitud a Sistemas de Información la disponibilidad de códigos de acceso a la historia clínica digital por parte del personal de enfermería de la unidad renal, de forma que se pueda consignar la evolución del paciente mientras estuvo en el servicio en el procedimiento de Terapia de reemplazo renal.	Numero de historias clínicas con nota de evolución consignada en la historia clínica digital/ 25 historias clínicas auditadas semanalmente x 100 Linea Base: 0 Meta: El 100% de las historias clínicas revisadas deben contar con una nota de enfermería de egreso del servicio. Número de historias clínicas con nota de evolución consignada en la historia clínica digital/ 25 historias clínicas auditadas semanalmente x 100 Linea 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
84	UNIDAD DE CANCEROLOGÍA	Atención en el servicio de Oncología	Discontinuidad en tratamiento de quimioterapia por programación sin verificación de disponibilidad de medicamentos que comprometería la atención de los usuarios.	Operativo	5	3	Extremo	No disponibilidad del medicamento	El Enfermero Jefe asignado al área de Quimioterapia de la Unidad de Oncología, cada vez que requiere programar un usuario para la administración de medicamentos, verificará previamente la disponibilidad del medicamento e insumos médicos con Servicio farmacéutico, exceptos (los pacientes nuevos y pacientes que cambian protocolo durante la atención) en el formato AJE-UC-F-001J Plan y Verificación para programar administración en sala de quimioterapia, con el propósito de tener oportunamente el tratamiento. En caso de que no tenga disponibilidad del medicamento, el enfermero jefe reportará mediante correo Institucional al Profesional Apoyo de la Unidad de Oncología para que a su vez reporte al Coordinador jefe del Servicio Farmacéutico y Subgerencia Médica - científica para lo que corresponda. La evidencia es el Formato AJE-UC-F-001J Plan y Verificación para Administrar en sala de Quimioterapia.	El Enfermero Jefe asignado al área de Quimioterapia de la Unidad de Oncología, cada vez que requiere programar un usuario para la administración de medicamentos, verificará previamente la disponibilidad del medicamento e insumos médicos con Servicio farmacéutico, exceptos (los pacientes nuevos y pacientes que cambian protocolo durante la atención) en el formato AJE-UC-F-001J Plan y Verificación para programar administración en sala de quimioterapia, con el propósito de tener oportunamente el tratamiento. En caso de que no tenga disponibilidad del medicamento, el enfermero jefe reportará mediante correo Institucional al Profesional Apoyo de la Unidad de Oncología para que a su vez reporte al Coordinador jefe del Servicio Farmacéutico y Subgerencia Médica - científica para lo que corresponda. La evidencia es el Formato AJE-UC-F-001J Plan y Verificación para Administrar en sala de Quimioterapia.	5	3	Extremo	Indicador de eficacia: Numero de controles implementados/Numero de controles programadosx100% Indicador Efectividad: No. De pacientes de continuidad de tratamiento a quienes se les verificó disponibilidad del medicamento e insumos médicos y se les canceló la programación/ No. Total de usuarios programados	Coordinadora de la Unidad de Oncología
85		Radiología e Imágenes Diagnósticas	Falta de oportunidad en la asignación de la cita para la realización de los procedimientos.	Operativo	4	3	Alto	Capacidad instalada humana y física insuficiente	Realizar gestión a través de la solicitud del requerimiento institucional de apoyo o de producto	4	3	Alto	Realizar el seguimiento de las solicitudes de requerimiento institucional de apoyo o de producto	Número de solicitudes gestionadas Linea Base: 0 Meta: El 100% de las solicitudes gestionadas	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
86		Radiología e Imágenes Diagnósticas	Falta de oportunidad en la asignación de la cita para la realización de los procedimientos.	Operativo	5	5	Extremo	Equipos inoperantes	Solicitud de requerimiento del programa de mantenimiento con la casa matriz del equipo.	5	5	Extremo	Realizar seguimiento y monitoreo del cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos y solicitud de requerimiento institucional para la compra del producto necesario.	Número de mantenimientos realizados/ numero total de mantenimientos programados x 100 Linea Base: 0 Meta: Cumplir con el 100% de los mantenimientos programados	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
87		Radiología e Imágenes Diagnósticas	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	3	5	Extremo	Error en la determinación o conclusiones diagnósticas de los procedimientos	análisis del caso (indicante o evento adverso) en reunión de autocontrol con el apoyo del par académico	3	5	Extremo	Realizar el análisis de los eventos adversos en las reuniones de autocontrol para realizar las correcciones a las desviaciones detectadas	Número de eventos adversos analizados /número de eventos adversos reportados x100 Linea Base: 0 Meta: Analizar el 100% de los eventos adversos que se presenten.	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
88		Radiología e Imágenes Diagnósticas	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	5	5	Extremo	Marcación inadecuada de los procedimientos por imágenes	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	Extremo	Realizar el análisis de los eventos adversos en las reuniones de autocontrol para realizar las correcciones a las desviaciones detectadas	Número de eventos adversos analizados /número de eventos adversos reportados x100 Linea Base: 0 Meta: Analizar el 100% de los eventos adversos que se presenten.	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
89		Radiología e Imágenes Diagnósticas	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	5	5	Extremo	Marcación inadecuada de los procedimientos por imágenes	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	Extremo	Realizar seguimiento a la adherencia al programa de seguridad del paciente mediante el análisis de los casos que se presenten en las reuniones de autocontrol	Análisis del número de incidentes por la asignación errónea de imágenes radiológicas Linea Base: 0 Meta: Analizar el 80% de los incidentes presentados	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
90		Radiología e Imágenes Diagnósticas	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	4	5	Extremo	Asignación errónea de imágenes radiológicas	Aplicación de los correctos, capacitación en seguridad del paciente, medición de la adherencia análisis del caso en reunión de autocontrol, realizar plan de mejoramiento en las desviaciones encontradas	4	5	Extremo	Seguimiento a la adherencia al programa de seguridad del paciente mediante el análisis de los casos que se presenten en las reuniones de autocontrol	Análisis del número de incidentes por la realización del procedimiento al paciente incorrecto Linea Base: 0 Meta: Analizar el 80% de los incidentes presentados	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
91		Radiología e Imágenes Diagnósticas	Fallas en la prestación del servicio.	Operativo	4	2	Alto	Realización del procedimiento en el paciente incorrecto	Aplicación de los correctos, capacitación en seguridad del paciente, medición de la adherencia análisis del caso en reunión de autocontrol, realizar plan de mejoramiento en las desviaciones encontradas	4	2	Alto	Seguimiento a la adherencia al programa de seguridad del paciente mediante el análisis de los casos que se presenten en las reuniones de autocontrol	Análisis del número de incidentes por la entrega errónea de reportes radiográficos Linea Base: 0 Meta: Analizar el 80% de los incidentes presentados	Coordinadora de Imágenes Diagnósticas

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
92	NEUROFISIOLOGÍA	Atención en el servicio de Neurofisiología Ambulatorio-Hospitalización	Fallas en los equipos biomédicos utilizados para la realización de procedimientos y estudios diagnósticos.	Operativo	3	3	Alto	Demora en la realización del diagnóstico Deterioro del estado de salud de los pacientes. Demora en el inicio del tratamiento Aumento de la estancia hospitalaria. Complicación del estado de salud.	*Atención oportuna por parte de la Oficina encargada para el mantenimiento correctivo de equipos biomédicos. *Estandarizar el proceso de adquisición de insumos para los Equipos de la Unidad Funcional.	3	3	Alto	*Verificar que se entregue cronograma de mantenimiento a los equipos biomédicos con el fin de verificar el correcto funcionamiento de los equipos de acuerdo al cronograma. *Archivar, informar y realizar seguimiento si se encuentran observaciones de incumplimiento a la actividad de mantenimiento. *solicitud de requerimientos a insumos y equipos necesarios en la atención oportuna al usuario.	Número de informes de mantenimientos preventivos presentados / Total de Mantenimiento 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
93		Atención en el servicio de Neurofisiología Ambulatorio-Hospitalización	Error en la entrega de resultados.	Operativo	1	4	Alto	*Aumento en la estancia hospitalaria Complicación del estado de salud del usuario.	*Capacitación y entrenamiento del personal a procedimientos de recepción y entrega de resultados. *Verificar que la información consignada en la orden médica corresponda al electrodiagnóstico solicitado y coincida con la información de cada usuario.	1	4	Alto	*Realizar la identificación correcta del usuario mediante la aplicación de la lista de chequeo. *Solicitar la ficha de soporte de entrega de resultados. *Realizar retroalimentación de la información. *Realizar registro de entrega. Hacer firmar y escribir parentesco.	Número de resultados entregados de 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
94	LABORATORIO CLÍNICO	Laboratorio Clínico	Muestra de laboratorio mal tomada	Operativo	5	2	Alto	No adherencia al procedimiento de toma y transporte de muestras (muestras coaguladas, mal marcadas, hemolizadas, hemodiluidas, cantidad insuficiente)	Capacitar al personal del servicio sobre la técnica adecuada para la toma y transporte de muestras con posterior seguimiento mensual mediante aplicación de listas de chequeo.	5	2	Alto	Aplicar lista de chequeo semanal al personal asignado para la toma y transporte de muestras.	Número de listas de chequeo con no adherencia al procedimiento de toma y transporte de muestras / Número total de listas de chequeo aplicadas en el periodo * 100 Línea Base: 0 Meta: Que el 100% del personal asignado esté adherido al procedimiento de toma y transporte de muestras.	Bacteriólogo y/o Coordinador de Laboratorio Clínico
95		Laboratorio Clínico	Inoportunidad en la entrega de los resultados	Operativo	5	3	Extremo	Retraso en el ingreso de la orden médica al sistema.	Realizar validación y análisis mensual de la estadística de exámenes de laboratorio clínico urgentes.	5	3	Extremo	Realizar validación y análisis mensual de la estadística de oportunidad en el reporte de exámenes de laboratorio clínico urgentes.	Número total de validaciones realizadas en el mes. Línea Base: 0 Meta: Que se realice el 100% de las validaciones en el periodo establecido.	Bacteriólogo y/o Coordinador de Laboratorio Clínico
96		Laboratorio Clínico	Inoportunidad en la entrega de los resultados	Operativo	5	3	Extremo	Daño eventual de los equipos.	Verificación del cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento preventivo de los equipos.	5	3	Extremo	Revisar la ejecución de los mantenimientos preventivos de los equipos según cronograma, de forma mensual.	Número de mantenimientos preventivos realizados / Total de mantenimientos preventivos programados x 100 Línea Base: 0 Meta: Que se realicen el 100% de los mantenimientos preventivos programados.	Bacteriólogo, Coordinador de Laboratorio Clínico y/o Auxiliar de Laboratorio Clínico
97	Laboratorio Clínico	Error en el resultado entregado	Operativo	5	4	Extremo	No adherencia al procedimiento de entrega de resultados.	Socializar al personal del servicio de forma mensual los hallazgos encontrados en el procedimiento de entrega de resultados.	5	4	Extremo	Socializar al personal del servicio de forma mensual los hallazgos encontrados en el procedimiento de entrega de resultados y dejar evidencia en acta de autocontrol.	Número total de socializaciones efectuadas en el periodo. Línea Base: 0 Meta: Que se realice el 100% de las socializaciones.	Coordinador de Laboratorio Clínico	
98	PATOLOGÍA	Recepción de muestras y entrega de resultados	No realización del reporte de patología	Operativo	1	4	Alto	Pérdida de la muestra	Implementación de cadena de custodia de todas las muestras	1	4	Alto	Implementar libro radicador de ingreso de muestras para confirmación de entrega en cada una de las áreas del servicio de Patología	Indicador: proporción de muestras con cadena de custodia Muestras con cadena de custodia/total de muestras x 100 Meta: 100% de las muestras registradas en la cadena de custodia.	Coordinador del servicio de Patología
99		Recepción de muestras y entrega de resultados	No realización del reporte de patología	Operativo	1	4	Alto	Muestra mal conservada	Retroalimentación al servicio. Remitir a la Subgerencia técnica científica los servicios que incurren en el error	1	4	Alto	Llevar en un formato de excel el registro de las muestras que llegan a patología mal conservadas enviando mensualmente a la subgerencia técnica y a las áreas involucradas los reportes.	Indicador de Índice de Informes enviados Número de informes enviados al año/12x100 Meta: 12 informes al año línea base 0	Coordinador del servicio de Patología
100		Recepción de muestras y entrega de resultados	Que no se realice el reporte de Patología	Operativo	1	4	Alto	No validación de los resultados	Verificación en la base de datos de la oportunidad de resultados no validados en el Patcore	1	4	Alto	Verificar en el Patcore mensualmente la validación de los reportes.	Indicador Proporción de reportes no validados Número de reportes no validados/total de reportes emitidosx100 Meta:100% de las muestras registradas en la cadena de custodia. Línea base 0	Coordinador del servicio de Patología
101		Recepción de muestras y entrega de resultados	Error en la identificación de la muestra	Operativo	2	4	Alto	Error en la marcación al ingreso o durante el proceso de las muestras	Reporte en base de datos de incidentes, seguimiento y análisis de los mismos en reunión de autocontrol	2	4	Alto	Reportar diariamente en la base de datos los incidentes identificados, analizar y gestionar dichos casos en el comité de autocontrol estableciendo las estrategias de mejoramiento.	Indicador: Proporción de muestras mal identificadas. Número de muestras mal identificadas/total de muestrasx100 Meta: 5% de muestras mal identificadas línea de base 0	Coordinador del servicio de Patología
102		Recepción de muestras y entrega de resultados	Error en la identificación de la muestra	Operativo	2	4	Alto	Muestra con marcación errónea o incompleta desde el servicio de toma	Retroalimentación al servicio. Remitir a la Subgerencia técnica científica los servicios que incurren en el error	2	4	Alto	Llevar en un formato de excel el registro de las muestras que llegan a patología con identificación errónea o incompleta, remitiendo mensualmente a la subgerencia técnica y a las áreas involucradas los informes.	Indicador: Índice de informes enviados número de informes enviados al año/12x100 meta: 12 informes al año línea base 0	Coordinador del servicio de Patología

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
103		ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA NO INVASIVA HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	In oportunidad en la asignación de cita para procedimientos cardiología NO invasiva hospitalario y ambulatorio.	Operativo	4	2	Alto	Falta de horas especialista para realización de procedimientos	1. El profesional de enfermería líder del área del servicio de cardiología No invasiva verificará entre la vista de indigo el número de pacientes hospitalizados ordenados para procedimientos endoscópicos y el módulo de agendamiento de indigo Crystal el número de horas especialista disponible, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia técnico-científica según necesidad, la disponibilidad de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos. Como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas. 2. El profesional de enfermería líder del área de servicio de cardiología No invasiva de manera diaria realizará la asignación para citas a pacientes ambulatorios en el módulo de agendamiento y verifica las horas médicas disponibles para atención ambulatoria en el módulo de agendamiento de indigo Crystal, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia técnico - científica según necesidad, la disponibilidad de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos. Como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la realización de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas.	4	2	Alto	1. El profesional de enfermería líder del área del servicio de cardiología No invasiva verificará entre la vista de indigo el número de pacientes hospitalizados ordenados para procedimientos endoscópicos y el módulo de agendamiento de indigo Crystal el número de horas especialista disponible, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia técnico-científica según necesidad, la disponibilidad de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos. Como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas. 2. El profesional de enfermería líder del área de servicio de cardiología No invasiva de manera diaria realizará la asignación para citas a pacientes ambulatorios en el módulo de agendamiento y verifica las horas médicas disponibles para atención ambulatoria en el módulo de agendamiento de indigo Crystal, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia técnico - científica según necesidad, la disponibilidad de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos. Como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la realización de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas.	Número de pacientes verificados y atendidos en el mes / número de total de pacientes verificados en el mes * 100 Linea Base: 90% de los pacientes que se programan Meta: 90% 1.Indicador de Eficacia: Número de pacientes identificados como no programados, atendidos en jornadas adicionales /Número total de pacientes identificados como no programados en la vista Indigo Crystal * 100 2.Indicador de Eficacia: Número de pacientes verificados y atendidos en el mes / número de total de pacientes verificados en el mes * 100 Linea Base: 90% de los pacientes que se programan Meta: 90% 2.Indicador de Efectividad: Número de pacientes identificados como no programados, atendidos en jornadas adicionales /Número total de pacientes identificados como no programados en la vista Indigo Crystal * 100	Enfermera Jefe
104		PROCESO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA (HOSPITALARIO Y AMBULATORIO)	In oportunidad en la asignación de cita para procedimientos endoscópicos hospitalarios y ambulatorios	Operativo	4	2	Alto	falta de horas especialista para realización de procedimientos	1.El profesional de enfermería líder del área del servicio de endoscopias verificara entre la vista de indigo el número de pacientes hospitalizados ordenados para procedimientos endoscópicos y el módulo de agendamiento de indigo Crystal el número de horas especialista disponible, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia técnico-científica según necesidad, las disponibilidades de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos. como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas. 2.El profesional de enfermería líder del área del servicio de endoscopias de manera diaria realizara la asignación para citas a pacientes ambulatorios en el módulo de agendamiento y verifica las horas médicas disponible para atención ambulatoria en el módulo de agendamiento de indigo Crystal, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia Técnico-científica según necesidad, las disponibilidades de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos. como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas.	4	2	Alto	1.El profesional de enfermería líder del área del servicio de endoscopias verificara entre la vista de indigo el número de pacientes hospitalizados ordenados para procedimientos endoscópicos y el módulo de agendamiento de indigo Crystal el número de horas especialista disponible, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia técnico-científica según necesidad, las disponibilidades de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos. como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas. 2.El profesional de enfermería líder del área del servicio de endoscopias de manera diaria realizara la asignación para citas a pacientes ambulatorios en el módulo de agendamiento y verifica las horas médicas disponible para atención ambulatoria en el módulo de agendamiento de indigo Crystal, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia Técnico-científica según necesidad, las disponibilidades de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos. como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas.	Número de pacientes verificados y atendidos en el mes / número de total de pacientes verificados en el mes * 100 Linea Base: 90% de los pacientes que se programan Meta: 90% 1.Indicador de Eficacia: Número de pacientes identificados como no programados, atendidos en jornadas adicionales /Número total de pacientes identificados como no programados en la vista Indigo Crystal * 100 2.Indicador de Eficacia: Número de pacientes verificados y atendidos en el mes / número de total de pacientes verificados en el mes * 100 2.Indicador de Efectividad: Número de pacientes identificados como no programados, atendidos en jornadas adicionales /Número total de pacientes identificados como no programados en la vista Indigo Crystal * 100	Enfermera
105		PROCESO: ATENCIÓN EN EL SERVICIO NEUMOLOGÍA (HOSPITALARIO Y AMBULATORIO)	In oportunidad en la asignación de cita para procedimientos Neumología hospitalarios y ambulatorios	Operativo	4	2	Alto	falta de horas especialista para realización de procedimientos	El profesional de enfermería líder del área del servicio de Neumología verificará entre la vista de indigo el número de pacientes hospitalizados ordenados para procedimientos endoscópicos y el módulo de agendamiento de indigo Crystal el número de horas especialista disponible, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia técnico-científica según necesidad, la disponibilidad de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos. como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas. El profesional de enfermería líder del área del servicio de Neumología de manera diaria realizara la asignación para citas a pacientes ambulatorios en el módulo de agendamiento y verifica las horas médicas disponible para atención ambulatoria en el módulo de agendamiento de indigo Crystal, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia técnico-científica según necesidad, la disponibilidad de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos. como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas.	4	2	Alto	El profesional de enfermería líder del área del servicio de Neumología verificará entre la vista de indigo el número de pacientes hospitalizados ordenados para procedimientos endoscópicos y el módulo de agendamiento de indigo Crystal el número de horas especialista disponible, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia técnico-científica según necesidad, la disponibilidad de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos. como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas. El profesional de enfermería líder del área del servicio de Neumología de manera diaria realizara la asignación para citas a pacientes ambulatorios en el módulo de agendamiento y verifica las horas médicas disponible para atención ambulatoria en el módulo de agendamiento de indigo Crystal, con el propósito de programar según demanda y disponibilidad. En caso de identificar pacientes no agendados con oportunidad, se gestionará ante la subgerencia Técnico-científica según necesidad, la disponibilidad de jornadas adicionales para la realización de procedimientos endoscópicos. como evidencia se diligenciará el formato de control de asignación de citas de procedimientos endoscópicos, oficio presentado con la relación de pacientes sin agendar dirigido a la subgerencia técnico científico, rips de jornadas especiales realizadas según necesidades identificadas.	Número de pacientes verificados y atendidos en el mes / número de total de pacientes verificados en el mes * 100 Linea Base: 90% de los pacientes que se programan Meta: 90% 1.Indicador de Eficacia: Número de pacientes identificados como no programados, atendidos en jornadas adicionales /Número total de pacientes identificados como no programados en la vista Indigo Crystal * 100 2.Indicador de Eficacia: Número de pacientes verificados y atendidos en el mes / número de total de pacientes verificados en el mes * 100 2.Indicador de Efectividad: Número de pacientes identificados como no programados, atendidos en jornadas adicionales /Número total de pacientes identificados como no programados en la vista Indigo Crystal * 100	Enfermera Jefe
106		Producción de Gases Medicinales	No dar cumplimiento al proceso en lo relacionado específicamente con: Pérdida de trazabilidad de los registros generados en el proceso de producción y a la vez no realizar una adecuada limpieza y desinfección de áreas y equipos por cada lote producido, lo que generaría unos gases medicinales sin las condiciones esperadas.	Operativo	1	5	Alto	Documentación mal archivada, diligenciamiento inoportuno de registros, cambio frecuente del personal. Personal sin capacitación en limpieza y desinfección de áreas y equipos. Proceso mal ejecutado	Verificación del cumplimiento del proceso a través del "Registro de verificación de batch record" relacionado con registros" y con "lista de Chequeo Despeje de Línea", esto relacionado con el aseó.	1	5	Alto	Dar cumplimiento con el proceso, a través de la aplicación de las siguientes listas de chequeo: antes de la producción se aplicara la lista de "Despeje de línea", y posterior a la liberación del lote de oxígeno medicinal la lista del "Verificación de batch record"; los resultado se consignaran en una pantalla denominada "Control de Riesgos", los soportes en físico se archivan en la oficina de coordinación de gases medicinales y el analisis de la información se reportara al Director Técnico del Servicio farmacautico, 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 aseó y de parametros de funcionamiento por cada lote de producción.	Jefe de Calidad y Producción - Director Técnico
107		Producción de Gases Medicinales	No realizar la validación de los equipos críticos de la planta de gases medicinales.	Operativo	2	5	Extremo	No dar cumplimiento al cronograma de validaciones de equipos críticos.	Disponer de un cronograma de validación de equipos críticos y dar al cumplimiento con el mismo.	2	5	Extremo	Solicitar cada dos años la inclusión en el Plan de Presupuesto institucional, la asignación del rubro para la realización de la validación de equipos críticos de la central de gases medicinales y la planta de oxígeno.	Validación cada 2 años de equipos críticos. Linea base: 1 validación cada 2 años Meta: Todos los equipos críticos de la central de aire medicinal y la central de oxígeno deben tener una validación del funcionamiento de los equipos que garanticen su calidad y por ende las buenas practicas de manufactura.	Jefe de Calidad - Director Técnico

FORMATO													 FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019 VERSIÓN: 01 CÓDIGO: GD-ME-F-004-001C		
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL															
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
108	SERVICIO FARMACÉUTICO	Gestión del Servicio Farmacéutico	Desabastecimiento de productos regulares, por más de 8 días calendario	Operativo	5	3	Extremo	Mala Planeación, demoras de los proveedores, demoras en la solicitud por parte de suministros brotes epidemiológicos, desabastecimiento a nivel nacional.	Notificación y seguimiento a las solicitudes de pedido de medicamentos y dispositivos regulares, a través de alertas (Semaforos) a las áreas implicadas en el proceso.	5	3	Extremo	Se debe consultar cada 4 días las cantidades registradas en el sistema 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 presente existencia 0 en dos cortes. Se realiza seguimiento a las órdenes de compra, y se envía a la oficina de Suministros la alerta (Semaforos) de agotamiento de productos.	Indicador: N° de medicamentos y/o dispositivos médicos agotados por más de 8 días/Total de medicamentos y/o dispositivos médicos regulares Linea Base:0 Meta: Que el 90% de los medicamentos y/o dispositivos médicos no presenten desabastecimientos.	Regente de Farmacia
109		Gestión del Servicio Farmacéutico	Insuficiencia del Espacio físico en Bodega para almacenamiento en condiciones óptimas para situaciones de aprovisionamiento	Operativo	5	1	Alto	Mala Planeación, Factor de empaques, Aprovisionamiento de productos en temporadas por cierre de laboratorios, manipulación inadecuada de los embalajes, desconocimiento de normas de almacenamiento	Verificación aleatoria a los lugares de almacenamiento	5	1	Alto	Se realizan 3 verificaciones aleatorias durante el mes, con el fin de definir acciones que aseguren condiciones óptimas de almacenamiento con alto volumen de medicamentos y/o dispositivos almacenados.	Indicador: 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
110		Gestión del Servicio Farmacéutico	Medicamentos y dispositivos médicos, almacenados por más de 6 días en el área de cuarentena.	Operativo	4	3	Alto	Medicamentos y dispositivos que no cumplen con las especificaciones técnico administrativas, productos enviados de más por el proveedor, productos enviados erróneamente por un proveedor	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	Alto	Una vez identificada la inconsistencia en el producto recibido, se procede a reportar al proveedor la novedad, solicitando solución a la misma en un tiempo inferior a 72 horas.	Indicador: 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
111		Gestión del Servicio Farmacéutico	Errores en la Dispensación	Operativo	5	3	Extremo	Espacio insuficiente, Falta de compromiso del personal, mala ubicación de productos en lugares diferentes para ello, ejecución mecánica del proceso por parte del personal, mala digitación, falta de identificación de los estantes	Semaforización de medicamentos LASA con color naranja, dispositivos médicos de mayor rotación (Color Morado) y menor rotación (Color Naranja) como también la identificación del producto con su código respectivo. Verificar que los productos se encuentran ubicados de acuerdo a los colores.	5	3	Extremo	Al ser almacenados en las farmacias los medicamentos LASA, se deberá semaforizar con color naranja, de igual manera los dispositivos médicos de mayor rotación (Color Morado) y menor rotación (Color Naranja).	Indicador: N° de Productos almacenados en los lugares asignado 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
112		Gestión del Servicio Farmacéutico	Vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos	Operativo	3	3	Alto	Falta de rotación de inventario, tratamientos de pacientes con enfermedades de alto costo que fallan, falta de gestión con los proveedores, incumplimiento de los proveedores.	Notificar mensualmente a los servicios asistenciales, los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer (180 días) para incentivar el uso en los tratamientos de los pacientes y desde farmacia bodega notificar a los diferentes proveedores para su cambio.	3	3	Alto	Los responsables de cada una de las farmacias satélites notifican mensualmente al Director Técnico o a quien este delegue, los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer (180 días) y desde farmacia bodega se realiza notificación a los diferentes proveedores para su cambio.	Indicador: 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
113		Gestión del Servicio Farmacéutico	Dispensar productos sin estar ingresados al sistema	Operativo	5	2	Alto	Urgencia manifiesta de los servicios	Solicitar al personal de enfermería, que dentro de las notas de enfermería se especifique la observación de la utilización del producto, especificando que por razones de vital importancia del tratamiento del paciente, se recibió y aplicó al paciente el medicamento y/o dispositivos que se disponía físicamente pero no en el sistema informático.	5	2	Alto	Todo medicamento y/o dispositivo que por alguna razón se dispone físicamente pero no en nuestro sistema informático, solo podrá ser suministrado si cumple con las siguientes consideraciones: 1. Producto de vital importancia en el tratamiento del paciente. 2. Producto que no puede ser ingresado al sistema dinámica gerencial durante el mismo turno de la solicitud. 3. Formato diligenciado donde se relaciona el nombre completo del producto(Si existe en el sistema informático se registra el nombre como se se identifica en el mismo), cédula del paciente, nombre del paciente, fecha de entrega del producto, servicio que recibe el producto, persona que recibe el producto y persona que entrega el producto. 4. Posterior a la entrega deberá realizar nota de enfermería especificando que por razones de vital importancia del tratamiento del paciente, se recibió y aplicó al paciente el medicamento y/o dispositivos que se disponía físicamente pero no en el sistema informático	Indicador: N° de Productos con nota de enfermería aclarando el uso del mismo / N° de productos entregados que cumplen con las primeras 3 consideraciones, por no estar ingresado en el sistema informático Linea Base: 0 Meta: Que el 100% de los productos entregados de manera diferente, por no estar ingresado en el sistema informático, tengan nota de enfermería aclarando el uso del mismo.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
114		Gestión del Servicio Farmacéutico	Documentos digitados sin confirmar dentro del mismo turno	Operativo	5	1	Alto	Productos requeridos por lo servicios asistenciales por fuera de la cobertura del plan de beneficios de la EPS, productos nuevos, contratos suspendidos, prestación de servicios con carta de intención por contratos vencidos y sin una prorroga.	Se identificará los documentos digitados sin confirmar, y se solicitará a la digitadora, que en un periodo máximo de 12 horas el documento quede confirmado.	5	1	Alto	Los documentos que se digitan en el sistema Dinámica Gerencial, deben ser registrados y posteriormente confirmados para contribuir en el proceso de una buena facturación, en algunas ocasiones la solución para confirmar el documento no depende directamente del digitador, pero su gestión es muy importante para su confirmación. La identificación de los documentos registrados son verificados en el sistema dinámica gerencial.	Indicador: N° Documentos confirmados en un tiempo inferior a 3 días / N° Documentos registrados en el mes Linea Base: 0 Meta: Que el 88% de los documentos registrados en el sistema dinámica gerencial se confirmen.	Profesional Universitario de apoyo del Servicio Farmacéutico
115		Producción de Unidosis y Nutriciones Parenterales	Falta de seguimiento o adherencia precisa a los protocolos establecidos	Operativo	1	5	Alto	Fallas en la técnica de preparación de unidosis y nutriciones parenterales, no cumplimiento de protocolos de lavado de manos, fallas en la técnica de esterilización de batas, técnica de lavado de ropa de tránsito, fallas en la técnica de aseo y desinfección de equipos y de áreas, fallas en el suministro de aire estéril desde la Unidad Manejadora de Aire	Seguimiento al cumplimiento de protocolos de desinfección de áreas y equipos, lavado de manos y estado de la ropa limpia y estéril	1	5	Alto	Se aplicarán Acciones de Mejoramiento de acuerdo al resultado de los seguimientos	No. Acciones de Mejoramiento Implementada/No. De Hallazgos	Químico Farmacéutico Jefe de Calidad
116	Producción de Unidosis y Nutriciones Parenterales	Error en la transcripción de la Información a la orden de Producción	Operativo	2	5	Extremo	Fallas en la elaboración y verificación de la etiqueta desde los datos de la orden de producción y la fórmula médica	Elaboración correcta de la orden de producción. Aplicación de listas de chequeo verificando los datos de rigor del paciente y los técnicos.	2	5	Extremo	Aplicar listas de Chequeo para cada orden de producción	No. De Listas de chequeo implementadas/No. Orden de Producción	Químico Farmacéutico Jefe de Calidad y Jefe de Producción	
117	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	Alto	Fallas en la manipulación de los frascos, ampollas de vidrio de los medicamentos oncológicos	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	Alto	Realizar verificaciones de entrenamiento en forma aleatoria	No. Verificaciones de entrenamiento aplicadas/No. Verificaciones de entrenamiento planeadas	Químico Farmacéutico Jefe de Calidad	
118	Manual de referencia y contrarreferencia	No aplicación del sistema de Referencia y Contrarreferencia adoptado dentro de la institución	Operativo	3	3	Alto	Manual de procesos obsoleto y/o sin seguimiento de implementación.	Seguimiento a los registros generados en el archivo denominado "Solicitudes de referencia y contrarreferencia de red externa", donde se verifique el cumplimiento del manual, a través de la aplicación de una lista de chequeo, con una periodicidad semanal a 10 registros, generando una información que se socializara en comité de autocontrol mensual, y si es el caso se generan los planes de mejoramiento correspondientes.	3	3	Alto	Elaborar y aplicar lista de chequeo semanalmente a 10 registros aleatorios del archivo en 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.	

HOSPITAL UNIVERSITARIO		FORMATO											FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019		VERSIÓN: 01		CÓDIGO: GD-ME-F-004-001C	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL																		
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO			
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)							
119	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Manual de referencia y contrarreferencia	No cumplir con el transporte de un usuario por fallas técnicas de equipos.	Operativo	3	3	Alto	No disponer de los equipos o mal funcionamiento de los mismos.	Seguimiento a los mantenimientos preventivos y correctivos realizados a los equipos y vehículos	3	3	Alto	Disponer de un listado de los equipos médicos a cargo, de este listado se dejara constancia en el acta de autocontrol, donde se identifique cuales estan sin funcionamiento por falta de repuestos y requerir lo necesario, luego de esto medir la oportunidad de respuesta para poner el equipo en funcionamiento, realizar esta actividad mensualmente. Socializarla en el comité de autocontrol.	N° de equipos dañados/ total de equipos a cargo Línea base= 0 Meta 100% de los equipos funcionando.	Coordinador medico de la unidad.			
120		Manual de referencia y contrarreferencia	No cumplir con el transporte de un usuario por fallas técnicas del vehículo	Operativo	3	3	Alto	No disponer de los vehículos, o las fallas técnicas del vehículo durante la prestación de un servicio.	Seguimiento a los mantenimientos preventivos y correctivos realizados a los equipos y vehículos	3	3	Alto	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. Línea base: 0 Meta: 90%	Coordinador medico de la unidad.			
121	EPIDEMIOLOGÍA	EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA	Inoportunidad o reporte de los eventos de intereses en Salud Pública.	Cumplimiento	5	3	Extremo	No reporte oportuno por parte de las unidades	El equipo de Epidemiología durante el mes buscara la identificación de casos no reportados a partir de la vigilancia epidemiológica en las UCIS, revisión de historias, bases de datos, se informara al coordinador de la unidad los casos identificados para su respectivo reporte, la evidencia se podra verificar en los correos institucionales.	5	3	Extremo	El equipo de Epidemiología durante el mes buscara la identificación de casos no reportados a partir de la vigilancia epidemiológica en las UCIS, revisión de historias, bases de datos, se informara al coordinador de la unidad los casos identificados para su respectivo reporte, la evidencia se podra verificar en los correos institucionales.	Indicador de Eficacia: N° de eventos con reporte inoportuno/ N° total de eventos en el periodo	Auxiliares de epidemiología			
								Desconocimiento de los profesionales sobre los eventos de Obligatorio reporte	El equipo de Epidemiología realizará capacitaciones dentro del proceso de inducción y reintroducción del personal que ingresa a la institución, con el fin de socializar los eventos que se deben reportar, se dejara evidencias en los listados de asistencia (virtual y presencial).				El equipo de Epidemiología realizará capacitaciones dentro del proceso de inducción y reintroducción del personal que ingresa a la institución, con el fin de socializar los eventos que se deben reportar, se dejara evidencias en los listados de asistencia (virtual y presencial).	Indicador de Eficacia: N° de personas capacitadas en el periodo	Auxiliares de epidemiología			
								Mala calidad del dato en el diligenciamiento de las fichas epidemiológicas	El equipo de Epidemiología realizará capacitaciones dentro del proceso de inducción y reintroducción del personal que ingresa a la institución, con el fin de socializar los eventos que se deben reportar, se dejara evidencias en los listados de asistencia (virtual y presencial).				El equipo de Epidemiología realizará capacitaciones dentro del proceso de inducción y reintroducción del personal que ingresa a la institución, con el fin de socializar los eventos que se deben reportar, se dejara evidencias en los listados de asistencia (virtual y presencial).	Indicador de Eficacia N° de personas capacitadas en el periodo	Auxiliares de epidemiología			
122	JURÍDICA	Tramite de demandas y acción de repetición	Probabilidad que el comité de conciliación no tome determinación pertinente frente a la acción de repetición	Cumplimiento	2	4	Alto	Que no se cuente con los soportes necesarios para la toma de decisiones	Profesional Universitario de Comité de Conciliación, Secretario Técnico del Comité de Conciliación, cada vez que se presente un pago de sentencia, con el objetivo de garantizar la documentación completa para su análisis, aplicando la lista de chequeo documentos soportes acciones de repetición, si se encuentra alguna desviación se reporta al Comité de Conciliación, la evidencia de las actas en medio físico y magnético	2	4	Alto	Profesional Universitario de Comité de Conciliación, Secretario Técnico del Comité de Conciliación, cada vez que se presente un pago de sentencia, con el objetivo de garantizar la documentación completa para su análisis, aplicando la lista de chequeo documentos soportes acciones de repetición, si se encuentra alguna desviación se reporta al Comité de Conciliación, la evidencia de las actas en medio físico y magnético	Numero de listas de chequeo aplicadas / Total de posibles acciones de repetición * 100	Secretaria Oficina Asesora Jurídica			
Constestación, Impugnación y Desacato de la acción de tutela		Probabilidad de responder la tutela en forma inoportuna	Cumplimiento	3	3	Alto	Demora por fallas administrativas	Profesional Especializado asignado para dar respuesta a las tutelas, cada vez que nos notifiquen una tutela, para garantizar la respuesta oportuna, revisión diaria y continua del correo de notificación judicial@huhmp.gov.co, se procede a identificar el término que establece el juzgado para la contestación de la tutela y se procede a la respuesta formal y de fondo al correo electrónico del juzgado, si se presenta alguna desviación se le reporta al jefe de la Oficina Asesora Jurídica, el control se lleva en el cuadro de excel de Radicación y respuesta de acciones de Tutelas.	Profesional Especializado asignado para dar respuesta a las tutelas, cada vez que nos notifiquen una tutela, para garantizar la respuesta oportuna, revisión diaria y continua del correo de notificación judicial@huhmp.gov.co, se procede a identificar el término que establece el juzgado para la contestación de la tutela y se procede a la respuesta formal y de fondo al correo electrónico del juzgado, si se presenta alguna desviación se le reporta al jefe de la Oficina Asesora Jurídica, el control se lleva en el cuadro de excel de Radicación y respuesta de acciones de Tutelas.	3	3	Alto	Indicador Eficacia: N° de respuestas remitidas al juzgado en término / Total de acciones de tutela radicadas en la oficina asesora jurídica * 100	Profesional Universitario Oficina Asesora Jurídica				
124		Gestión de pago a proveedores	Probabilidad de pago incorrecto a proveedores	Operativo	5	1	alto	Falta de información en la autorización de pago indicando el rubro o recurso por donde debe girarse	El personal de tesorería, antes de hacer un pago con el fin de garantizar que se haga por la cuenta bancaria correcta revisará el rubro o recurso que viene en la autorización de pago. Si encuentra inconsistencias deberá regresar la autorización de pago para corrección a la subgerencia financiera. Se dejara evidencia del proceso de verificación en el documento determinado por el sistema para trasladar nuevamente la cuenta a la subgerencia financiera	5	1	alto	El personal de tesorería, antes de hacer un pago con el fin de garantizar que se haga por la cuenta bancaria correcta revisará el rubro o recurso que viene en la autorización de pago. Si encuentra inconsistencias deberá regresar la autorización de pago para corrección a la subgerencia financiera. Se dejara evidencia del proceso de verificación en el documento determinado por el sistema para trasladar nuevamente la cuenta a la subgerencia financiera	No de cuentas regresadas a subgerencia financiera / No de Inconsistencias detectadas previas a realizar el pago a proveedores por 100 META 100%	Profesional Universitario Agremiado			
125								Falta de soportes necesarios para el pago de la cuenta de cobro	El personal de tesorería, antes de hacer un pago con el fin de garantizar que cumpla con todos los requisitos para su trámite, revisará conforme a la lista de chequeo "soporte de cuentas para realización de pago" los respectivos documentos allegados a la cuenta por pagar. Si encuentra inconsistencias deberá regresar la cuenta a la dependencia que ha generado la cuenta por pagar.	5	1	alto	El personal de tesorería, antes de hacer un pago con el fin de garantizar que cumpla con todos los requisitos para su trámite, revisará conforme a la lista de chequeo "soporte de cuentas para realización de pago" los respectivos documentos allegados a la cuenta por pagar. Si encuentra inconsistencias deberá regresar la cuenta a la dependencia que ha generado la cuenta por pagar.	No de cuentas devueltas / total de cuentas con incumplimientos en la lista de chequeo por 100 META 100%	Profesional Universitario Agremiado			
125	FACTURACIÓN	GESTION DE FACTURACIÓN	INCUMPLIMIENTO AL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION.	Operativo	2	4	Alto	No Cumplimiento Al Manual De Procesos Y Procedimientos de facturación del HUN	capacitación - Inducción - Reintroducción, Al Manual De Procesos Y Procedimientos De Facturación Del HUN	2	4	Alto	CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE CAPACITACION ANUAL DEL PERSONAL DE FACTURACION; EVALUACION DEL PERSONAL DE FACTURACION CAPACITADO EN EL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION DEL HUN; EN NORMATIVIDAD VIGENTE Y EN LA SOCIALIZACION DE CONTRATOS Y CONVENIOS.	(NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS Y EVALUADAS EN EL PERIODO / TOTAL DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS DEL PERIODO)*100%	SUPERVISOR OPERATIVO DE FACTURACION, COORDINACION DE FACTURACION, COORDINADOR Y AUDITORES DEL SERVICIO			
126		GESTION DE FACTURACIÓN	INCONSISTENCIAS EN LOS INFORMES CON OTRAS ÁREAS DEL HOSPITAL (CONCILIACIONES)	Operativo	2	4	Alto	Información No Confiable	Promover La Metodología Para Que Las Áreas Que Generan La Información La Procesaen, La Concilien Y La Entreguen A Tiempo.	2	4	Alto	PROMOVER LA METODOLOGIA PARA QUE LAS AREAS QUE GENERAN LA INFORMACION LA ANALISEN, LA PROCESEN, LA CONCILIE Y LA ENTREGUEN A TIEMPO.	(NUMERO DE INFORMES QUE NO PRESENTARON INCONSISTENCIA EN EL PERIODO / NUMERO TOTAL DE INFORMES PRESENTADOS EN EL PERIODO)*100	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE FACTURACION, SUPERVISOR OPERATIVO DE FACTURACION, COORDINADOR DE FACTURACION			
127		GESTION DE FACTURACIÓN	LA NO REFACTURACION A TIEMPO DE SERVICIOS	Operativo	2	4	Alto	Factura Devuelta Por Objeciones Y Glosada De Forma Definitiva Por La ERP Y Que Requiere Ser Refacturada Según Normatividad Ante La ERP Por Causas Normativas Atribuíbles Si O No Al Proceso De Facturación	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	Alto	APLICAR EL PROCEDIMIENTO DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES Y CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y SUS PLAZOS ESTABLECIDOS.	(NUMERO DE REFACTURAS GENERADAS EN EL PERIODO) (NUMERO TOTAL DE FACTURAS QUE SE RECIBIERON PARA REFACTURAR POR EL AREA DE GLOSAS EN EL PERIODO)*100	SUPERVISOR OPERATIVO DE FACTURACION, COORDINADOR DE FACTURACION			
128		GESTION DE FACTURACIÓN	NO PARAMETRIZAR LAS TARIFAS EN EL SISTEMA DE LOS CONTRATOS SUSCRITOS POR EL HOSPITAL, EXCEPTO MEDICAMENTOS, SUMINISTROS, INSUMOS Y PROCEDIMIENTOS MEDICOS (QUE SON PARAMETRIZADOS POR FARMACIA).	Operativo	2	4	Alto	Servicios Generados Facturados A Diferente Tarifa Pactada. No Cumplimiento Al Manual De Procesos Y Procedimientos De facturación Del HUN; A La Normatividad Vigente. Desconocimiento De La Normatividad Vigente. Desconocimiento De Contratos Y Convenios Para Venta De Servicios De Salud Del HUN. Desconocimiento De Tarifas Ofertadas Por La Red Externa.	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 Mercado, contratación Y Subgerencia Técnico Científica (Red Externa) Para La Venta De Servicios De Salud; Panorámica De contratación; Tarifario Institucional. Comité De Glosas - Informe Del Área De Glosas	2	4	Alto	REALIZAR PROGRAMA DE CAPACITACION A: AL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION DEL HUN; A LA NORMATIVIDAD VIGENTE; A LA SOCIALIZACION DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS RECIBIDOS POR LAS OFICINAS DE MERCADEO, CONTRATACION Y SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA (RED EXTERNA) PARA LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD; PANORAMA DE CONTRATACION; TARIFARIO INSTITUCIONAL. COMITE DE GLOSAS - INFORME DEL AREA DE GLOSAS	=(NUMERO DE SOLICITUDES DE TARIFAS (INSTITUCIONALES, POR CONTRATO Y RED EXTERNA) PARAMETRIZADAS / NUMERO TOTAL DE SOLICITUDES RECIBIDAS PARA PARAMETRIZAR) * 100%	PROFESIONAL DE APOYO DE FACTURACION, SUPERVISOR OPERATIVO DE FACTURACION, COORDINADOR DE FACTURACION, COORDINADOR Y AUDITOR DEL SERVICIO			
129		GESTION DE FACTURACIÓN	INCUMPLIMIENTO AL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION, DERIBADO DEL INCUMPLIMIENTO AL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LAS	Operativo	5	4	Extremo	No Cumplimiento Al Manual De Procesos Y Procedimientos De Facturación del HUN.	Oficios Con Relación A Los Hallazgos Encontrados Y Enviados A Los Responsables Asistenciales Y Administrativos, De Los Servicios O Áreas Respectives.	5	4	Extremo	OFICIOS CON RELACION A LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS Y ENVIADOS A LOS RESPONSABLES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS, DE LOS SERVICIOS O AREAS RESPECTIVAS.	NUMERO DE HALLAZGOS INFORMADOS / NUMERO TOTAL DE HALLAZGOS ENCONTRADOS) * 100%	SUPERVISOR OPERATIVO DE FACTURACION, COORDINADOR DE FACTURACION, COORDINADOR Y AUDITOR DEL SERVICIO			

HOSPITAL UNIVERSITARIO UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO		FORMATO											FECHA DE EMISIÓN: JUNIO 2019 VERSIÓN: 01 CÓDIGO: GE-MF-004-001C		
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL															
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o Impacto		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
130		GESTION DE CARTERA Y GLOSAS	Inoportunidad en la identificación del deudor y las facturas detalladas objetos para aplicar los abonos de cartera, que genere datos de cartera no depurados	financiero	5	1	Alto	Externo porque las Entidades bancarias no reportan el deudor que realiza el pago.	El profesional universitario agremiado asignado a la actividad Identificación y causación de abonos a Cartera, diariamente Efectuará seguimiento a los depósitos a través de la red bancaria, con el propósito de identificar la ERP para realizar la aplicación de los abonos de manera oportuna a las facturas pertinentes. En caso de no lograrse identificar la ERP que realice la consignación, se procede a enviar solicitud por escrito al Banco que notifica el pago. La Evidencia será el oficio enviando al Banco durante el mes.	5	1	Alto	Indicador Eficacia: valor del recaudo de cartera por identificar del mes /valor total de carterax 100% Linea base: 0 Meta: 1% Indicador de Efectividad: abonos pendientes por aplicar mayor al 1%/ valor total de carterax 100%	Profesional Universitario - Cartera	
								No obtener el reporte oportuno de la relación de facturas para aplicar el abono por parte de las ERP.	El profesional universitario agremiado realiza el seguimiento de manera diaria, mediante la solicitud de la relación de facturas a las ERP con el fin de identificar las facturas y aplicar los pagos. En caso de que las entidades no envíen la relación se hace la solicitud a través del correo Institucional, sino se tiene respuesta al final del mes, sobre la relación de facturas, se opta por aplicar estos pagos conforme al decreto 1095 del 28 de mayo de 2013 para el caso del giro directo, a las facturas mas antiguas, se evidencia planilla recaudo diario y nota credito se deja registrado la aplicación del decreto 1095 del 28 de mayo /2013.				1. No. de Entidades que no han reportado la relación de facturas / total solicitudes de relación de facturas enviadas en el mes x 100% Linea base: 0 Meta: 100% Indicador de Efectividad: 2. Abonos pendientes por aplicar mayor al 1%/ valor total de carterax 100%	Profesional Universitario - Cartera	
131	CARTERA Y GLOSAS	GESTION DE CARTERA Y GLOSAS	Vencimiento de cartera mayor a 180 días que genere cartera de difícil cobro	financiero	5	2	Alto	Internos por omisión por parte del responsable del seguimiento a la Entidad	El profesional universitario agremiado que tiene a cargo la EPS realizará dos (2) circularizaciones, una por semestre, y dos (2) cobro prejudicados a las ERP que no den respuesta a la circularización; en cumplimiento al Manual de Recaudo vigente. Adicionalmente se esta participando en mesas de depuracion de cartera convocados por la Supersalud y Secresalud Dptal; con el proposito de ejercer control permanente de la cartera vencida con edad superior a los 180 días. En los casos de que la cartera supere la edad superior a 180 días y el ERP no haya suscrito compromiso de pago, se enviara a cobro jurídico a la Oficina Jurídica lo pertinente. La evidencia de estas acciones se documentan en la Matriz MATRIZ DE SEGUIMIENTO A CARTERA - CÓDIGO: GF-C-F-001D que se diligencia de forma trimestral.	5	2	Alto	El profesional universitario agremiado que tiene a cargo la EPS realizará dos (2) circularizaciones, una por semestre, y dos (2) cobro prejudicados a las ERP que no den respuesta a la circularización; en cumplimiento al Manual de Recaudo vigente. Adicionalmente se esta participando en mesas de depuracion de cartera convocados por la Supersalud y Secresalud Dptal; con el proposito de ejercer control permanente de la cartera vencida con edad superior a los 180 días. En los casos de que la cartera supere la edad superior a 180 días y el ERP no haya suscrito compromiso de pago, se enviara a cobro jurídico a la Oficina Jurídica lo pertinente. La evidencia de estas acciones se documentan en la Matriz MATRIZ DE SEGUIMIENTO A CARTERA - CÓDIGO: GF-C-F-001D que se diligencia de forma trimestral.	Número de actividad realizadas / número de actividades programadas en el mes x100%	Profesional Universitario - Cartera
132		GESTION DE CARTERA Y GLOSAS	Respuesta de objeciones por fuera de los términos establecidos por las normas legales que nos genere retraso en el recaudo del valor glosado.	financiero	4	3	Alto	Fallas en la trazabilidad de las glosas radicadas.	El Auxiliar Administrativo y/o Profesionales Universitario asignado de la recepción de glosas y/o devoluciones actualizará de manera diaria el registro de glosas y devoluciones en el formato FORMATO ENTREGA GLOSAS Y DEVOLUCIONES PARA RADICACIÓN Y TRÁMITE y verificará el cumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos legal e institucionalmente, para que el coordinador del área pueda también realizar el control, con el fin de evitar de esta forma las respuestas extemporáneas. En caso de que la respuesta sea extemporanea se pasa a proceso conciliatorio mediante acta y/o cobro por mecanismo alterno por parte de cartera. Evidencia: FORMATO ENTREGA GLOSAS Y DEVOLUCIONES PARA RADICACIÓN Y TRÁMITE y actas de conciliación relación de facturas para cobro por mecanismo alterno.	4	3	Alto	El Auxiliar Administrativo y/o Profesionales Universitario asignado de la recepción de glosas y/o devoluciones actualizará de manera diaria el registro de glosas y devoluciones en el formato FORMATO ENTREGA GLOSAS Y DEVOLUCIONES PARA RADICACIÓN Y TRÁMITE y verificará el cumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos legal e institucionalmente, para que el coordinador del área pueda también realizar el control, con el fin de evitar de esta forma las respuestas extemporáneas. En caso de que la respuesta sea extemporanea se pasa a proceso conciliatorio mediante acta y/o cobro por mecanismo alterno por parte de cartera. Evidencia: FORMATO ENTREGA GLOSAS Y DEVOLUCIONES PARA RADICACIÓN Y TRÁMITE y actas de conciliación relación de facturas para cobro por mecanismo alterno.	Indicador Eficacia: No. de facturas glosadas verificadas * 100 / No. facturas glosadas radicadas en el periodo. Linea Base: 0 Indicador de Efectividad: No. de facturas glosadas con respuesta extemporanea * 100 / No. facturas glosadas radicadas	Profesional Universitario - Auxiliar administrativo Cartera
133	PRESUPUESTO	Gestión de Presupuesto	Inadecuado seguimiento a la ejecución presupuestal que genere desequilibrio financiero.	financiero	3	3	Alto	Falta de monitoreo permanente a la ejecución presupuestal.	Profesional Universitario - Presupuesto encargado de la elaboración de informes, de manera mensual realizará el seguimiento mediante informe comparativo con la vigencia anterior en el cual analiza comportamiento presupuestal y se alerta sobre desviaciones que impactan la ejecución del presupuesto, remitidas a través del aplicativo Gestión Documental con el propósito de entregar herramientas que apoyen la gestión de la gerencia. En caso de requerimientos adicionales a lo presupuestado se enviará oficio por Gestión Documental informando la no disponibilidad de recursos al área solicitante.	3	3	Alto	Profesional Universitario - Presupuesto encargado de la elaboración de informes, de manera mensual realizará el seguimiento mediante informe comparativo con la vigencia anterior en el cual analiza comportamiento presupuestal y se alerta sobre desviaciones que impactan la ejecución del presupuesto, remitidas a través del aplicativo Gestión Documental con el propósito de entregar herramientas que apoyen la gestión de la gerencia. En caso de requerimientos adicionales a lo presupuestado se enviará oficio por Gestión Documental informando la no disponibilidad de recursos al área solicitante.	Indicador de Eficacia: No. de informes realizados en el período /No. de Informes programados en el período x 100 Linea base = 12 Informes Meta = 100%	Subgerente Financiero - Profesional UniversitarioPresupuesto
134		GESTION DE COSTOS	Error en la información suministrada por la áreas proveedoras de la información.	Operativo	3	4	Extremo	Que el reporte de información mensual de las áreas de Almacén, Activos Fijos, Contabilidad, Estadística, Talento Humano, Recursos Físicos, Servicio Farmacéutico, Servicio de Alimentos, Ropería, Lavandería, Mantenimiento, no sea entregada o registrada en el software en los plazos establecidos. Que la información suministrada por las diferentes áreas no corresponda al periodo a analizar. Que la asignación de los costos y gastos no se haya registrado en el centro de costos correspondiente.	Socializar en el grupo de costos los resultados obtenidos con los Coordinadores de las áreas que presentan resultados negativos y generar acciones de mejoramiento de ser necesario.	3	4	Extremo	Número de documentos de socialización de resultados a los Coordinadores de los centros de costos que presentaron resultados negativos y/o las áreas que deben adelantar las acciones pertinentes para obtener resultados confiables Número de centros de costos que presentaron resultados negativos *Linea base: 4 Informes Trimestrales de Producción, Costos y Gastos Anuales Se evidencian (4) 1- Cuarto Trimestre 2013 2- Primer Trimestre 2014 3- Segundo Trimestre 2014 4- Tercer Trimestre 2014 Meta: Tener la información real de Producción, costos y Gastos por Centros de Costos y Unidades Funcionales de manera oportuna para la toma de decisiones de la Alta Gerencia.	Áreas de Costos	
								Realizar seguimiento a los responsables del registro de información en el software de las áreas proveedoras de información para lograr la oportunidad. Asistir a comités de autocontrol según la necesidad con el fin de hacer capacitación y acompañamiento a los planes de mejora o acciones correctivas a realizar.	Realizar cierre mensual de Costos (Modulo de Costos). Compare los Resultados del periodo de los informes con el Estado de Resultados certificado por Contabilidad, con el fin de detectar alguna diferencia y pasar a corregirla. Si no presenta diferencias y los resultados generados corresponden a los certificados, inicie el análisis de esta información, para definir si los centros de costos con resultados adversos tienen justificación, con el fin de identificar las causas y realizar ajustes pertinentes antes del cierre trimestral.				Número de documentos donde se solicita la corrección de la novedad al área directamente responsable de realizar los correctivos necesarios/ Número de novedades a corregir *Linea Base No establecida *Meta 0%	Área de Costos	
135	COSTOS	GESTION DE COSTOS	Error en la parametrización de los costos y gastos por centros de costos.	Tecnología	4	4	Extremo	Que los procedimientos no estén parametrizados correctamente teniendo en cuenta las cuentas contables, unidades de medida, entre otros por centro de costos.	Cruce y análisis de la información generada por el software.	4	4	Extremo	Realizar verificación en los cierres mensuales de las acciones de mejoramiento que establezcan y definan en los planes de mejora de cada centro de costos	Número de centros de costos operativos que presentan resultados negativos injustificados/Número total de centros de costos operativos *Linea Base No establecida *Meta 0%	Área de Costos
136		GESTION DE COSTOS	Centros de costos que presenten resultados operativos negativos, sin justificación.	Operativo	4	3	Alto	Que se generen costos fijos superiores a los ingresos generados por la prestación del servicio	Solicitar las acciones de mejoramiento a las áreas para mejorar los resultados operativos de su centro de costos.	4	3	Alto	Realizar verificación en los cierres mensuales de las acciones de mejoramiento que establezcan y definan en los planes de mejora de cada centro de costos	Número de centros de costos operativos que presentan resultados negativos injustificados/Número total de centros de costos operativos *Linea Base No establecida *Meta 0%	Área de Costos

HOSPITAL UNIVERSITARIO UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO		FORMATO											FECOM DE EMISIÓN: JUNIO 2019		
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL													VERSION: 01		
													CÓDIGO: GD-ME-F-004-001C		
ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
137		Higienización de Ropa Hospitalaria	Inoportunidad en la entrega de la ropa hospitalaria	Operativo	3	3	Alto	Falta en las máquinas lavadoras, máquinas secadoras o prensas a vapor Falta de insumos	Mantener la disponibilidad de los recursos necesarios que garanticen la correcta operación para la higienización de la ropa hospitalaria	3	3	Alto	Verificar mensualmente que se cuente con los recursos necesarios que garanticen que el proceso de higienización de ropa hospitalaria se efectúe correctamente. En caso que esto no ocurra se debe gestionar oportunamente la contratación.	Número de Kilos de Ropa Hospitalaria distribuidos antes de 24 horas posteriores a su recepción para ser higienizada / Número de Kilos de ropa hospitalaria recibida para ser higienizada * 100 Línea Base = 0 Meta: Que el 95% de la ropa hospitalaria higienizada se entregue oportunamente.	Jefe Oficina de Recursos Físicos
138		Mantenimiento Preventivo	Presentación de eventos adversos debido al mal funcionamiento o daño en la dotación hospitalaria y vehículos por un mantenimiento preventivo ineficiente, no ejecutado o con demoras en su ejecución	Operativo	5	4	Extremo	Mantenimiento preventivo ineficiente Falta de presupuesto para la gestión del personal y los insumos, materiales o repuestos necesarios para efectuar un mantenimiento preventivo Contratación de personal no idóneo para efectuar labores de mantenimiento preventivo Circunstancias no previsibles antes, durante y después de la ejecución del mantenimiento preventivo	Realizar las labores de mantenimiento preventivo de acuerdo a los protocolos establecidos por el fabricante para cada equipo o vehículo.	5	4	Extremo	Verificar los protocolos de mantenimiento establecidos por el fabricante para cada equipo o vehículos antes de efectuar el mantenimiento preventivo	Número de mantenimientos preventivos con no conformidades reportadas en el mes / Número de mantenimientos preventivos ejecutados en el mes * 100. Número de mantenimientos preventivos realizados / Número de mantenimientos preventivos programados * 100 Línea Base = 0 Meta: Que no se presenten eventos adversos una vez finalicen las labores de mantenimiento preventivo.	Operario o Contratista
139		Mantenimiento Preventivo	Disminución de la vida útil de la dotación hospitalaria o vehículos por mantenimiento preventivo ineficiente	Operativo	4	4	Extremo	Mantenimiento preventivo ineficiente	Mantener actualizada la Hoja de Vida de equipos básicos y equipos biomédicos e industriales	4	4	Extremo	Verificar el estado de los equipos básicos, equipos biomédicos e industriales en las hojas de vida.	Número de hojas de vida de dotación hospitalaria y vehículos actualizadas / Total de Hojas de vida de dotación hospitalaria y vehículos. Línea Base = 0 Meta: Que estén actualizadas el 100% de las hojas de vida de los equipos básicos, equipos biomédicos e industriales.	Supervisor o Interventor
140		Mantenimiento correctivo	Demoras al momento de solucionar las fallas presentadas	Operativo	5	5	Extremo	Falta de insumos o repuestos a nivel regional o nacional Demora en el proceso de contratación Demora en los tiempos de respuesta de los contratistas	Gestionar oportunamente la contratación y los recursos necesarios para efectuar el mantenimiento correctivo de la dotación hospitalaria, infraestructura física y vehículos.	5	5	Extremo	Elaboración de estudios previos para cada uno de los contratos, solicitud de cotizaciones por parte de los contratistas y la documentación necesaria para su contratación, solicitud oportuna de insumos, materiales, herramientas o equipos de acuerdo a la necesidad presentada.	Número de días transcurridos desde el momento de la solicitud de mantenimiento hasta el momento de la solución del requerimiento / Total de requerimientos solicitados en un periodo de tiempo * 100 Línea Base = 0 Meta: Que el mantenimiento correctivo sea solucionado en un tiempo no mayor a 3 días.	Supervisor o Interventor
141	SERVICIO DE ALIMENTOS	PREPARACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE DIETAS Y MERIENDAS	Inadecuado alistamiento y preparación de los alimentos que afectan la salud de los usuarios	Operativo	4	2	Alto	Desconocimiento en la preparación y distribución de los alimentos en el personal que labora en el servicio de alimentos.	El profesional universitario agremiado asignado en la supervisión de la calidad de los alimentos, diariamente verificará la inocuidad de los alimentos preparados mediante el formato de control de calidad de producto terminado, con el propósito de que los alimentos que se distribuyan cumplan con las condiciones organolépticas y de temperatura para el consumo de los usuarios. En caso de que los alimentos presenten alteración en su preparación se retiran y no se suministran y se da la opción de ser reemplazado por otro alimento.	4	2	Alto	El profesional universitario agremiado asignado en la supervisión de la calidad de los alimentos, diariamente verificará la inocuidad de los alimentos preparados mediante el formato de control de calidad de producto terminado, con el propósito de que los alimentos que se distribuyan cumplan con las condiciones organolépticas y de temperatura para el consumo de los usuarios. En caso de que los alimentos presenten alteración en su preparación se retiran y no se suministran y se da la opción de ser reemplazado por otro alimento.	No. De formatos diligenciados de control de calidad de producto terminado en el mes / No. Total de menús programados en el mes * 100 INDICADOR EFECTIVIDAD No. De menús preparados sin el control de calidad en el mes / No. Total de menús programados en el mes * 100 LINEA BASE: Dependiente de los días programados en el mes META: 100% de los menús preparados.	Profesional Universitario Oficina Alimentos
142	ALMACÉN	DEVOLUCIÓN Y BAJAS DE BIENES	Inadecuado seguimiento de las devoluciones y bajas de bienes que se encuentre bajo custodia del área que generen pérdida del activo.	Operativo	1	4	Alto	Realización del documento del traslado, sin la recepción del activo.	Profesional universitario asignado a la actividad de devoluciones para dar de baja, cada vez que recepción la documentación validará que la información contenida corresponda con el activo mediante el documento de traslado de activo, con el propósito de dar trámite al traslado respectivo. En caso que la documentación este incompleta o este errónea se le informará al responsable el paso a seguir para la devolución, mediante correo electrónico.	1	4	Alto	Profesional universitario asignado a la actividad de devoluciones para dar de baja, cada vez que recepción la documentación validará que la información contenida corresponda con el activo mediante el documento de traslado de activo, con el propósito de dar trámite al traslado respectivo. En caso que la documentación este incompleta o este errónea se le informará al responsable el paso a seguir para la devolución, mediante correo electrónico.	Indicador eficacia: Número de conceptos y reportes técnicos (si aplica) de bienes para dar de baja / Número total de traslado a bienes inservibles * 100% Indicador Efectividad: Número de devoluciones sin conceptos y reportes técnicos (si aplica) de bienes para dar de baja / Número total de traslado a bienes inservibles * 100	Profesional universitario almacén
143		Abastecimiento de bienes y productos	Incumplimiento de la oportunidad de entrega del total de los productos comprados al proveedor	Operativo	3	3	Alto	Desabastecimiento del producto en el mercado e incumplimiento de las políticas de entrega establecidas por la institución	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 prestablecido para tal fin.	3	3	Alto	Verificación del seguimiento vía telefónica o correo electrónico.	Items comprados / entregas parciales x 100 Línea Base: 70% Meta: cumplir con el 70% del seguimiento a las entregas.	Profesional Universitario Suministros
144	SUMINISTROS	Abastecimiento de Material de Osteosíntesis	Solicitud de material de osteosíntesis entregada posteriormente al horario establecido	Operativo	5	4	Extremo	Requerimiento realizado sin tener en cuenta la programación de cirugía	Implementar un horario de recepción de las solicitudes	5	4	Extremo	Generar circular estableciendo horario para la recepción de solicitudes	N° de Solicitudes de material de osteosíntesis recibidas extemporaneamente / N° total de solicitudes de material de osteosíntesis radicadas x 100 Línea Base = 0 Meta: Que el 90% de las solicitudes se radiquen oportunamente	Profesional Universitario Suministros
145		Abastecimiento de medicamentos y/o dispositivos cardiovasculares e intervencionistas de alto costo y variable rotación	Entrega de la orden médica u orden de procedimiento quirúrgico posterior al horario establecido	Operativo	5	4	Extremo	Requerimiento realizado sin tener en cuenta la programación de cirugía	Implementar un horario de recepción de las solicitudes	5	4	Extremo	Generar circular estableciendo horario para la recepción de solicitudes	N° de órdenes médicas u órdenes de procedimiento quirúrgico recibidas extemporaneamente / N° total de órdenes médicas u órdenes de procedimiento quirúrgico radicadas x 100 Línea Base = 0 Meta: Que el 90% de las órdenes médicas u órdenes de procedimiento quirúrgico se radiquen oportunamente	Profesional Universitario Suministros
146		PROCESO CONTRACTUAL	Inoportunidad en el inicio de la ejecución del contrato, que genere afectación en la prestación de los servicios prestados por la Entidad.	Operativo	4	2	Alto	Demora en la formalización del contrato.	El jefe de la Oficina de Contratación, cada vez que se suscriba un contrato, verificará las garantías presentadas por los contratistas para la formalización del contrato, mediante correo electrónico institucional, a efectos de dar continuidad al proceso de inicio a la ejecución. *En caso de presentar demora en la formalización del contrato, se informará al área donde surge la necesidad contractual. *Se empleará como evidencia de la ejecución del control, los correos electrónicos de revisión de garantías cruzados entre contratista y entidad.	4	2	Alto	El jefe de la Oficina de Contratación, cada vez que se suscriba un contrato, verificará las garantías presentadas por los contratistas para la formalización del contrato, mediante correo electrónico institucional, a efectos de dar continuidad al proceso de inicio a la ejecución. *En caso de presentar demora en la formalización del contrato, se informará al área donde surge la necesidad contractual. *Se empleará como evidencia de la ejecución del control, los correos electrónicos de revisión de garantías cruzados entre contratista y entidad.	Indicador de Eficacia: N° de garantías con observaciones resueltas / No. total de Contratos cuya garantía presente observaciones * 100 Indicador de Efectividad: No. Observaciones sin resolver / No. total de Contratos cuya garantía presente observaciones * 100 = %	Jefe Oficina Contratación.

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
147	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	PROCESO DISCIPLINARIO	Inadecuado análisis jurídico-legal del acervo probatorio recaudado dentro de la indagación preliminar que genere una decisión sin fundamento	Operativo	4	4	Extremo	Desconocimiento de los principios del proceso disciplinario	El Profesional Universitario asignado como Abogado Sustanciador cada vez que se llegue a la etapa de cierre de la indagación preliminar, realizará la proyección de la providencia que decide la etapa de indagación preliminar, y posteriormente verificará el diligenciamiento del formato de proyección, revisión y aprobación de providencia decisoria de indagación preliminar, mediante las firmas de los responsables. Este control se hace con el propósito de que la decisión se realice de manera objetiva y ajustada a los preceptos legales de la normatividad disciplinaria. En caso de no contar con el Abogado para la revisión de la providencia, el Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario realizará la respectiva revisión y aprobación del mismo. La evidencia es el Formato de Control de Auto que decide Indagación Preliminar.	4	4	Extremo	Indicador de Eficacia Numero de Autos que decide Indagación Preliminar / Total de Formatos de Control de Auto que decide Indagación Preliminar. X 100%	Profesional Universitario asignado como Abogado Sustanciador	
								Desconocimiento temas específicos: técnicos científicos	El Profesional Universitario asignado como Abogado Sustanciador cada vez que se llegue a la etapa de cierre de la indagación preliminar, realizará la proyección de la providencia que decide la etapa de indagación preliminar, y posteriormente verificará el diligenciamiento del formato de proyección, revisión y aprobación de providencia decisoria de indagación preliminar, mediante las firmas de los responsables. Este control se hace con el propósito de que la decisión se realice de manera objetiva y ajustada a los preceptos legales de la normatividad disciplinaria. En caso de no contar con el Abogado para la revisión de la providencia, el Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario realizará la respectiva revisión y aprobación del mismo. La evidencia es el Formato de Control de Auto que decide Indagación Preliminar.				Indicador de Eficacia Numero de Autos que decide Indagación Preliminar / Total de Formatos de Control de Auto que decide Indagación Preliminar. X 100%		Profesional Universitario asignado como Abogado Sustanciador
								Falta de organización en la sustanciación de los expedientes	El Profesional Universitario asignado como Abogado Sustanciador cada vez que se llegue a la etapa de cierre de la indagación preliminar, realizará la proyección de la providencia que decide la etapa de indagación preliminar, y posteriormente verificará el diligenciamiento del formato de proyección, revisión y aprobación de providencia decisoria de indagación preliminar, mediante las firmas de los responsables. Este control se hace con el propósito de que la decisión se realice de manera objetiva y ajustada a los preceptos legales de la normatividad disciplinaria. En caso de no contar con el Abogado para la revisión de la providencia, el Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario realizará la respectiva revisión y aprobación del mismo. La evidencia es el Formato de Control de Auto que decide Indagación Preliminar.				Indicador de Eficacia Numero de Autos que decide Indagación Preliminar / Total de Formatos de Control de Auto que decide Indagación Preliminar. X 100%		
148	EDUCACIÓN MEDICA	GDI-INV-C-002 REVISIÓN Y APROBACIÓN DE G.P.C., PROTOCOLOS Y CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	Desactualización de las guías de práctica Clínica según el perfil epidemiológico, comprometiendo la prestación de los servicios.	Cumplimiento	4	2	Alto	Falta de la disponibilidad del recurso humano asistencial	El coordinador de la oficina de Educación Médica cada vez que identifique los documentos desactualizados o sin elaborar (Guías de Práctica Clínica) proyectará oficina de solicitud de manera conjunta con la oficina de Garantía de la Calidad, dirigido a la Subgerencia Técnico Científica mediante de los diferentes canales de comunicación, para que asigne al grupo desarrollador de la adopción documental (médico especialista, químico, ingeniero biomédico y médico auditor), con el propósito de asignar el plan de trabajo (adopción y/o actualización) según necesidad y de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y protección Social y posterior realizará seguimiento mensual mediante el formato GDI-INV-F-001K BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO. En caso de que no se dé respuesta por parte de la Subgerencia Técnico Científica se informará en el Comité Interno de Doctrina – Servicio que participa la alta dirección. La Evidencia oficinas solicitud y el formato GDI-INV-F-001K BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO (GPC, CONSETIMIENTOS INFORMADOS, PROTOCOLOS).	4	2	Alto	INDICADOR DE EFICACIA: 1. Total de solicitudes por oficina enviados por los diferentes canales de comunicación a la Subgerencia Técnico Científica según el plan de trabajo asignado INDICADOR DE EFICACIA: 3. Número de seguimientos realizados / número de seguimientos programados * 100 Indicador de Efectividad Número de documentos no actualizados o adoptados según lo programado / Total de documentos programados (cuatrimestral)	coordinador de la oficina de Educación Médica	
149	MERCADERO	DETECCIÓN Y GESTIÓN DE NECESIDADES DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL	Manejo inapropiado de la comunicación institucional que pueda afectar la buena imagen corporativa	Reputación o imagen	5	4	Extremo	Comunicación no formal	El Profesional en Comunicación Social de la Oficina de Mercadeo y Comunicaciones de forma trimestral, gestiona una circular la cual contiene los lineamientos establecidos en el Modelo de Comunicación Institucional, para fortalecer la comunicación organizacional e informativa. En caso de detectar incumplimiento a lo establecido en el Modelo de Comunicación Institucional, notifique vía correo electrónico a la Oficina de Talento Humano.	5	4	Extremo	Indicador de Eficacia: Nro. de circulares gestionadas y divulgadas Linea Base: 0 Meta: Que se gestione y se divulgue el 100% de las circulares.	Profesional en Comunicación Social de la Oficina de Mercadeo	
150		CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Oferta de un portafolio de servicios desactualizado respecto al inventario de CUPS que puede generar incumplimiento de las obligaciones contractuales	Operativo	5	4	Extremo	Desactualización del inventario de CUPS por parte del responsable de la Subgerencia Técnico científica	El Profesional de la Oficina de Mercadeo y Comunicaciones de manera bimensual, solicitará mediante correo electrónico institucional a la Subgerencia Técnico Científica las novedades sobre el inventario de CUPS con el propósito de presentar propuestas acordes a los servicios ofertados por la Institución. En caso de no obtener respuesta se validará con la persona responsable mediante correo electrónico. Como evidencia queda el correo institucional enviado junto con la solicitud.	5	4	Extremo	Indicador de Eficacia: N° de solicitudes realizadas / N° solicitudes programadas * 100% Indicador de efectividad: N° de solicitudes sin respuesta / N° de solicitudes programadas * 100% Meta: El 100% de las solicitudes realizadas.	Profesional Universitario Oficina de Mercadeo	
			Captación insuficiente de donantes debido a la no realización de jornadas de donación extramurales por fallas técnicas, o fallas en la infraestructura de la unidad móvil.					La Coordinadora del banco de sangre, cada vez que se presente una falla, para garantizar la realización de jornadas, realizara reporte de la falla a través de correo electrónico y/o oficina en medio físico al ingeniero contratista de la Subgerencia Administrativa, si no es solucionada la falla se reportara al Subgerente Administrativo y/o Subgerente Técnico Científico, se dejara evidencia del reporte en medio físico y/o electrónico					Indicador de Eficacia: No de fallas resueltas por el ingeniero contratista/ Total de fallas reportadas al ingeniero contratista *100	La Coordinadora del banco de sangre	

ÍTEM	UNIDAD FUNCIONAL	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN	RIESGO INHERENTE Si el dato de la Probabilidad o		NIVEL DEL RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL Si el dato de la Probabilidad o Impacto se		NIVEL DEL RIESGO	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
					PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
151	BANCO DE SANGRE	BANCO DE SANGRE	Inapropiada ejecución del proceso de banco de sangre en sus diferentes etapas	Operativo	3	3	ALTO	Producción y/o almacenamiento inadecuado de los componentes sanguíneos por daño en los equipos o en la infraestructura destinada para tal fin	La Coordinadora del banco de sangre y/o funcionario de turno, cada vez que se presente una falla, para garantizar producción y almacenamiento adecuado de componentes sanguíneos, se realizará reporte de la falla a la Mesa de ayuda vía telefónica y/o diligenciamiento del Ticket, si no es solucionada la falla se reportará al Subgerente Administrativo y/o Subgerente Técnico Científico, se dejará evidencia del reporte en medio electrónico	3	3	ALTO	La Coordinadora del banco de sangre y/o funcionario de turno, cada vez que se presente una falla, para garantizar producción y almacenamiento adecuado de componentes sanguíneos, se realizará reporte de la falla a la Mesa de ayuda vía telefónica y/o diligenciamiento del Ticket, si no es solucionada la falla se reportará al Subgerente Administrativo y/o Subgerente Técnico Científico, se dejará evidencia del reporte en medio electrónico	Indicador de Eficacia: No de fallas resueltas por personal de mesa de ayuda / Total de fallas reportadas a mesa de ayuda *100	La Coordinadora del banco de sangre
								Transporte extramural de componentes sanguíneos que no cumple con las condiciones de temperatura necesarias o que no se cuenta con cavas pertinentes	La coordinadora del banco de sangre, cada vez que se requiera, para garantizar el transporte en óptimas condiciones de temperatura, solicitará los elementos y servicios necesarios como las cavas diligenciando el formato de solicitud de pedido de productos con visto bueno de subgerencia técnico científico y entregándolo en el área de Sumistros, si no se obtiene lo requerido se reportará a Subgerencia técnico científica, dejando evidencia en formato de solicitud de pedidos de productos				La coordinadora del banco de sangre, cada vez que se requiera, para garantizar el transporte en óptimas condiciones de temperatura, solicitará los elementos y servicios necesarios como las cavas diligenciando el formato de solicitud de pedido de productos con visto bueno de subgerencia técnico científico y entregándolo en el área de Sumistros, si no se obtiene lo requerido se reportará a Subgerencia técnico científica, dejando evidencia en formato de solicitud de pedidos de productos	Indicador de Eficacia: elementos y servicios recibidos / total de elementos y servicios requeridos *100	La coordinadora del banco de sangre