E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

MAPA DE RIESGOS ESE HUEM 2022

Proceso:	MAPAS DE RIESGOS DE LA ESE HUEM
Objetivo:	Encontrar al balance entre beneficios, riesgos y costos.
Alcance:	

MAPA DE RIESGOS ADQUISICION BIENES Y SERVICIOS 2022

Proceso:	Adquisicon de bienes y servicios
Objetivo:	Asegurar la oportuna adquisicion de bienes y servicios requeridos por las dependencias de la ESE HUEM, para el desarrollo de sus actividades y cumplimiento de los objetos misionales de la institucion, de acuerdo a los criterios de eficiencia, eficacia, economia, transparencia publicidad, celeridad, imparcialidad, seleccion objetiva y demas principios que rigen la contratacion
Alcance:	

adquisicion de bienes y servicios

Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente					
Referencia	**Impacto**	**Causa Inmediata**	**Causa Raiz**	**Descripción del Riesgo**	**Clasificación del Riesgo**	**Frecuencia con la cual se realiza la actividad**	**Probabilidad Inherente**	**%**	**Criterios de impacto**	**Observación de criterio**	**Impacto Inherente**	**%**	**Zona de Riesgo Inherente**
1	**Reputacional**	Estudio previo incongruente o incompleto	Incumplimiento de los requisitos legales para la realizacion del proceso contractual	**Falencias en la fase de planeacion contractual:**Son las deficiencias, omiciones e inoportunidades que se pueden presentar en la fase precontractual de la ESE HUEM	**Ejecucion y Administracion de procesos**	**200**	**Media**	**60%**	**Entre 10 y 50 SMLMV**	**Entre 10 y 50 SMLMV**	**Menor**	**40%**	**Moderado**
2	**Reputacional**	Extemporaneidad en la entrega de la informacion	Errores, inexactitudes u omisiones en la liquidacion de contratos	**Fallas en la supervision de contratos:**Inexactitudes, errores u omiciones en la informacion objeto de supervision	**Ejecucion y Administracion de procesos**	**300**	**Media**	**60%**	**El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos**	**El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos**	**Moderado**	**60%**	**Moderado**

Referencia	Evaluación del riesgo - Valoración de los controles			Atributos						Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						Indicador
	No. Control	**Descripción del Control**	**Afectación**	**Tipo**	**Implementación**	**Calificación**	**Documentación**	**Frecuencia**	**Evidencia**	**Probabilidad Residual**	**Probabilidad Residual Final**	**%**	**Impacto Residual Final**	**%**	**Zona de Riesgo Final**	**Tratamiento**	**Plan de Acción**	**Responsable**	**Fecha Implementación**	**Fecha Seguimiento**	**Seguimiento**	**Estado**	
1	1	Revision de estudios previos	**Impacto**	**Correctivo**	**Automático**	**35%**	**Documentado**	**Aleatoria**	**Con Registro**	**60.0%**	**Media**	**60%**	**Menor**	**26%**	**Moderado**	**Reducir (mitigar)**	Capacitacion en manual de contratacion	Coordinador adqusicion de bienes y servicios	**10/05/2020**	**10/12/2022**	Listados de asistencia Actas de capacitacion	**En curso**	Numero de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas
1	2																						
1	3																						
1	4																						
1	5																						
1	6																						
2	1	Verificacion de los documentos aportados al proceso contractual	**Probabilidad**	**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**	**30.0%**	**Baja**	**30%**	**Moderado**	**60%**	**Moderado**	**Evitar**	Capacitacion en manual de contratacion	Coordinador adqusicion de bienes y servicios	**14/05/2021**	**14/12/2021**	Listados de asistencia Actas de capacitacion	**En curso**	Numero de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas
2	2	Seguimiento en software instucional de contratacion HUEM	**Probabilidad**	**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**	**15.0%**	**Muy Baja**	**15%**	**Menor**	**26%**	**Bajo**	**Evitar**	Verificacion de cargue de la informacion por pasrte de los supervisores (Semestral)	Subgerencia de salud Subgerencia administrativa	**14/05/2021**	**14/12/2021**	Software de contratacion HUEM	**En curso**	Numero de verificaciones realizadas / Total de verificacione programadas
2	3																						
2	4																						
2	5																						
2	6																						

MAPA DE RIESGOS GESTION FINANCIERA 2022

Proceso:	GESTION FINANCIERA
Objetivo:	Desarrollar y ejecutar actividades de administración eficiente de los recursos financieros de la ESE HUEM buscando que sea una entidad auto sostenible y/o rentable; brindando información clara y concisa para la toma de decisiones y presentando informes sobre la gestión ante los órganos de control internos y externos.
Alcance:	

Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente					
Referencia	**Impacto**	**Causa Inmediata**	**Causa Raiz**	**Descripción del Riesgo**	**Clasificación del Riesgo**	**Frecuencia con la cual se realiza la actividad**	**Probabilidad Inherente**	**%**	**Criterios de impacto**	**Observación de criterio**	**Impacto Inherente**	**%**	**Zona de Riesgo Inherente**
1	**Económico y Reputacional**	errores administrativas y asistenciales en facturacion. Mayor verficacion y seguimientos de los procesos y procedimientos	mayor apoyos de los entes de control	**LIQUIDEZ: Que los ingresos recibidos por ventas no alcance a cubrir sus obligaciones**	**Ejecucion y Administracion de procesos**	**800**	**Alta**	**80%**	**Mayor a 500 SMLMV**	**Mayor a 500 SMLMV** **0%** **0%** **0%** **0%** **0%**	Catastrófico	**100%**	Extremo

Referencia	Evaluación del riesgo - Valoración de los controles			Atributos						Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						Indicador
	No. Control	**Descripción del Control**	**Afectación**	**Tipo**	**Implementación**	**Calificación**	**Documentación**	**Frecuencia**	**Evidencia**	**Probabilidad Residual**	**Probabilidad Residual Final**	**%**	**Impacto Residual Final**	**%**	**Zona de Riesgo Final**	**Tratamiento**	**Plan de Acción**	**Responsable**	**Fecha Implementación**	**Fecha Seguimiento**	**Seguimiento**	**Estado**	
1	1	Facturacion limpia y radicacion oportuna	**Probabilidad**	**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**	**40.0%**	**Baja**	**40%**	Catastrófico	**100%**	Extremo	**Reducir (mitigar)**		coordinacion de factracion	**10/05/2022**	**18/12/2022**		**En curso**	Documento elaborado y aprobado
1	2	mayor gestion de cobro	**Probabilidad**	**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**	**20.0%**	**Muy Baja**	**20%**	Catastrófico	**100%**	Extremo	**Reducir (mitigar)**		cartera	**18/05/2022**	**18/12/2022**		**En curso**	Documento elaborado y aprobado
1	3	Capacitaciones y actualizacion de reglamentacion de facturacion aplicado dentro de la institucion		**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**							**Reducir (mitigar)**		coordiandora de facturacion	**18/05/2022**	**18/08/2022**	capapcitacion esy actas	**en curso**	Documento elaborado y aprobado
1	4	Subsanar devoluciones y conciliacion de glosas	**Probabilidad**	**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**							**Reducir (mitigar)**		**coordinadora de cuentas medicas**	**18/05/2022**	**18/08/2022**		**En curso**	**Documento elaborado y aprobado**
1	5																						
1	6																						

MAPA DE RIESGOS DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL 2022

Proceso:	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL
Objetivo:	Alinear el direccionamiento
Alcance:	

Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente					
Referencia	**Impacto**	**Causa Inmediata**	**Causa Raiz**	**Descripción del Riesgo**	**Clasificación del Riesgo**	**Frecuencia con la cual se realiza la actividad**	**Probabilidad Inherente**	**%**	**Criterios de impacto**	**Observación de criterio**	**Impacto Inherente**	**%**	**Zona de Riesgo Inherente**
2	**Económico**	disponibilidad de recursos variaciones en la ejecuccion conforme a lo planeado	Demora en los tramites de viabilidad de los proyectos Demora en la contratacion y entrega de los diseños para los proyectos	**incumplimiento de los proyectos a ejecutar en el plan de accion:**incumplimiento de los proyectos a ejecutar en el plan de accion	**Ejecucion y Administracion de procesos**	**600**	**Alta**	**80%**	**Mayor a 500 SMLMV**	**Mayor a 500 SMLMV**	Catastrófico	**100%**	Extremo

Referencia	Evaluación del riesgo - Valoración de los controles			Atributos						Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						Indicador
	No. Control	**Descripción del Control**	**Afectación**	**Tipo**	**Implementación**	**Calificación**	**Documentación**	**Frecuencia**	**Evidencia**	**Probabilidad Residual**	**Probabilidad Residual Final**	**%**	**Impacto Residual Final**	**%**	**Zona de Riesgo Final**	**Tratamiento**	**Plan de Acción**	**Responsable**	**Fecha Implementación**	**Fecha Seguimiento**	**Seguimiento**	**Estado**	
2	1	Evaluacion Plan de Desarrollo	**Probabilidad**	**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**	**40.0%**	**Baja**	**40%**	Catastrófico	**100%**	Extremo	**Reducir (mitigar)**	Aplicación de la lista de chequeo de viabilidad de proyectos del ministerio de salud	oficina asesora de planeacion y calidad	**23/05/2022**	**23/12/2022**	formato lista de chequeo	**En curso**	Numero de proyectos que cumplen con los criterios de la lista
2	2	Seguimiento de tramites de viabilidad de proyectos /seguimiento en contratacion y entrega de diseños de proyectos	**Probabilidad**	**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**	**20.0%**	**Muy Baja**	**20%**				**Reducir (mitigar)**	Seguimiento a los planes institucionales	oficina asesora de planeacion y calidad	**23/05/2022**	**23/12/2022**	plan de desarrollo	**En curso**	Seguimiento realizado en las fechas establecidas
2	3	Seguimiento a la matriz estrategico tactico	**Probabilidad**	**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**	**10.0%**	**Muy Baja**	**10%**				**Reducir (compartir)**	seguimiento a la matriz	oficina asesora de planeacion y calidad	**23/06/2022**	**23/12/2022**			**Seguimiento realizado en las fechas establecidas**
2	4																						
2	5																						
2	6																						

MAPA DE RIESGOS DE GESTION Y DESARROLLO EN TALENTO HUMANO 2022

Proceso:	GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO
Objetivo:	Identificar y responder a las necesidades del talento humano de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ basado en el direccionamiento estratégico institucional.
Alcance:	

Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente					
Referencia	**Impacto**	**Causa Inmediata**	**Causa Raiz**	**Descripción del Riesgo**	**Clasificación del Riesgo**	**Frecuencia con la cual se realiza la actividad**	**Probabilidad Inherente**	**%**	**Criterios de impacto**	**Observación de criterio**	**Impacto Inherente**	**%**	**Zona de Riesgo Inherente**
1	**Reputacional**	Error en la verificacion de requisitos. Falsificacion de titulos	Los requisitos y documentos que pide la institucion deben ser entregados en su totalidad en el moemento que se requieren	**Soportes falsos o adulterados en la hoja de vida aportada por el personal que ingresa a la institucion:**Personal que ingresa a laborar en la institucion aporte documentacion falsa o adulterada con lo cual no cumpla con lo establecido en el manual de funciones o en el estudio previo	**Ejecucion y Administracion de procesos**	**500**	**Media**	**60%**	**El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal**	**El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal**	**Mayor**	**80%**	**Alto**
3	**Económico**	Demandas y/o acciones legales	Detrimento patrimonial	**Errores en la liquidación de la nómina, prestaciones sociales y parafiscales:**Realizar un pago no debido, no soportado u omision del mismo	**Ejecucion y Administracion de procesos**	**10**	**Baja**	**40%**	**Entre 10 y 50 SMLMV**	**Entre 10 y 50 SMLMV**	**Menor**	**40%**	**Moderado**
4	**Reputacional**	Incumplimiento o baja adherencia al reporte de accidentes de trabajo		**No reporte de accidentes de trabajo:**Personal (planta) que labora en la institucion incumple con el decreto 1295 de reportar dentro de los dos dias habiles	**Ejecucion y Administracion de procesos**	**800**	**Alta**	**80%**	**El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos**	**El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos**	**Moderado**	**60%**	**Alto**

Referencia	Evaluación del riesgo - Valoración de los controles			Atributos						Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						Indicador
	No. Control	**Descripción del Control**	**Afectación**	**Tipo**	**Implementación**	**Calificación**	**Documentación**	**Frecuencia**	**Evidencia**	**Probabilidad Residual**	**Probabilidad Residual Final**	**%**	**Impacto Residual Final**	**%**	**Zona de Riesgo Final**	**Tratamiento**	**Plan de Acción**	**Responsable**	**Fecha Implementación**	**Fecha Seguimiento**	**Seguimiento**	**Estado**	
1	1	• Validación de hoja de vida con sus respectivos soportes	**Probabilidad**	**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**	**30.0%**	**Baja**	**30%**	**Mayor**	**80%**	**Alto**	**Reducir (mitigar)**	Diligenciamiento de matriz de control de evaluacion de requisitos	Profesionales de apoyo juridicos de talento humano	**20/04/2022**	**20/12/2022**	Matriz de control de evaluacion de requisitos	**En curso**	**Numero de evaluaciones realizadas / Total de evaluaciones a realizar**
1	2	• Verificación de títulos, certificaciones o constancias	**Probabilidad**	**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**	**15.0%**	**Muy Baja**	**15%**	**Mayor**	**80%**	**Alto**	**Reducir (mitigar)**	Documentar el procedimiento de verificacion de originalidad, veracidad e idoneidad de los titulos presentados por los colaboradores de la institucion	Lider de gestion y desarrollo de talento humano Auxiliar administrativa de talento humano	**20/04/2022**	**20/12/2022**	Procedimiento elaborado, revisado y aprobado	**En curso**	**Procedimiento elaborado, revisado y aprobado**
1	3																						
1	4																						
1	5																						
1	6																						
3	1	• Revisión y verificación de novedades	**Probabilidad**	**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**	**20.0%**	**Muy Baja**	**20%**	**Menor**	**40%**	**Bajo**	**Reducir (mitigar)**	Actualizar el TH-PR-014 Procedimiento de nomina,asi como el formato TH-FO-034 Formato de reporte y novedades de turno e incluyendo firma de revision en la prenomina	Lider de gestion y desarrollo de talento humano Auxiliar administrativa de talento humano	**20/04/2022**	**20/12/2022**	procedimeitno actualizado,revisado y aprobado	**En curso**	**Procedimiento actualizado, revisado y aprobado**
3	2	• Revisión y verificación de la parametrizacion del software de liquidación de nomina	**Probabilidad**	**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**	**10.0%**	**Muy Baja**	**10%**				**Reducir (mitigar)**			**20/04/2022**	**20/12/2022**			
3	3																						
3	4																						
3	5																						
3	6																						
4	1	• Inducción y reinducción a los trabajadores en seguridad y salud en el trabajo	**Probabilidad**	**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**	**40.0%**	**Baja**	**40%**	**Moderado**	**60%**	**Moderado**	**Reducir (mitigar)**	Informar oportunamente al area de seguridad y salud en el trabajo el personal (planta) nuevo que ingresa a laborar en la institucion	Auxiliar administrativo de talento humano	**20/05/2022**	**20/12/2022**	Reporte de personal nuevo	**En curso**	Numero de personal reportado nuevo / Total de personal que ingresa nuevo a la institucion
4	2	• Capacitación permanente a los trabajadores sobre el procedimiento de reportes de accidentes laborales	**Probabilidad**	**Preventivo**	**Automático**	**50%**	**Documentado**	**Continua**	**Con Registro**	**20.0%**	**Muy Baja**	**20%**	**Menor**	**40%**	**Bajo**	**Reducir (mitigar)**	**capacitar al personal sobre reportes de accidentes laborales**	**coordinadora se guridad salud en el trabajo**	**20/05/2022**	**20/05/2022**	**actas y asistencia**	**En curso**	
4	3																						
4	4																						
4	5																						
4	6																						

GESTION DE TECNOLOGIA 2022

Proceso:	GESTION DE TECNOLOGIA
Objetivo:	Realizar la gestión para la identificación, evaluación, adquisición, puesta en marcha, mantenimiento, inspección y retirada de funcionamiento de la tecnología (Biomédica, industrial y Tic) de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Alcance:																																				
Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles									Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						
																	Atributos																			
Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
1	Económico y Reputacional	Incumplimiento de cronograma de mantenimineto. Cumplimiento de vida util	Uso inadecudo de las tecnologias	**Fallas de las tecnologias:** Fallas en las tecnologias de la institucion	Ejecucion y Administracion de procesos	600	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	Cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo de las tecnologias	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Elaboracion de cronograma	Coordinadores de las tecnologias (Biomedica, industrial y Tic)	16/05/2022	16/12/2022	indice obsolencencia	En curso	Indice de obsolecencia
														2	Directricez para la solicitud de tecnologias adicionales	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	20.0%	Muy Baja	20%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Solicitud de necesidad de tecnologia por el servicio	Coordinadores de las tecnologias (Biomedica, industrial y Tic)	16/05/2022	16/12/2022	solicitar formato de la necesidad en el servicio de la tecnologia	En curso	gestion de solicitud de necesidades
														3	Capacitacion al personal responsable en el manejo de las tecnologias	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	10.0%	Muy Baja	10%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Capacitacion a colaboradores del manejo de la tecnologia	Coordinadores de las tecnologias (Biomedica, industrial y Tic)	16/05/2022	16/12/2022	Formato de plan de capacitaciones	En curso	Porcentaje de cumplimiento de capacitaciones
														4	Medicion obsolescencia de los equipos	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	5.0%	Muy Baja	5%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Calculo de las obsolescencia de las tecnologias	Coordinadores de las tecnologias (Biomedica, industrial y Tic)	16/05/2022	16/12/2022	cronograma de mantenimiento preventivo	En curso	Porcentaje de mantenimiento preventivo
														5																						
														6																						
2	Económico y Reputacional	No se notifica al coordinador de la tecnologia la llegada del activo a la insitucion.No se notifica al proveedor o propietario de la tecnologia del procedimiento a seguir para el ingreso de la tecnologia a la institucion	Ingreso de tecnologias sin contrato de comodato o apoyo tecnologico	**Ingreso inadecuado de tecnologias:**Ingreso inadecuado de tecnologias a la instiucion sin cumplimiento del procedimiento	Ejecucion y Administracion de procesos	600	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	Diligenciameinto del formato RF-FO-020 Formato de ingreso a almacen de acuerdo a las directrices del manual de gestion de tecnologias	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Socializacion a los supervisores y coordinadores de los servicios de la importancia y requerimientos para el correcto ingreso de los equipos a la institucion (Anual)	**Coordinador de ingenieria biomedica**	16/05/2022	16/12/2022	Acta de socializacion Listado de asistencia	En curso	Numero de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas
														2	Documentos requeridos para la aceptacion de la oferta y/o contrato	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	20.0%	Muy Baja	20%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Socializacion a los supervisores y coordinadores de los servicios de la importancia y requerimientos para el correcto ingreso de los equipos a la institucion (Anual)	**Coordinador de ingenieria biomedica**	16/05/2022	16/12/2022	Acta de socializacion Listado de asistencia	En curso	**Numero de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas**
														3	Solicitud a subgerencia de salud de los contratos que incluyen en equipos en apoyo tecnologico para reiterarle a los supervisores la importancia de que estos tengan contratos de comodato	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	10.0%	Muy Baja	10%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Socializacion a los supervisores y coordinadores de los servicios de la importancia y requerimientos para el correcto ingreso de los equipos a la institucion (Anual)	**Coordinador de ingenieria biomedica**	16/05/2022	16/12/2022	Acta de socializacion Listado de asistencia	En curso	**Numero de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas**
														4		Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	5.0%	Muy Baja	5%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)							
														5																						
														6																						
3	Económico	no cumplimiento de traslado de inventario	Posible perdida del equipo. Dificultad cumplimiento cronograma de mantenimeinto preventivo	**perdida de la tecnologia:** traslado de un equipo a otro servicio	Ejecucion y Administracion de procesos	600	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	INVENTARIO DE DINAMICA. VERIFICAR QUE EL INVENTARIO SEA POR PARTE DE CADA RESPONSABLE DE AREA DE SERVICIO	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	INFORMAR AL RESPONSABLE DEL SERVICIO LOS EQUIPOS QUE SE NO ENCUENTRAN EN SERVICIO EN EL MOMENTO DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA SU RESPECTIVA BUSQUEDA	Coordinador de ingenieria biomedica	16/05/2022	16/12/2022	comunicación interna y listado de asistencia	En curso	REPORTE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
														2																						
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						

GESTION DEL MERCADEO Y VENTA DE SERVCIOS 2022

Proceso: GESTION DEL MERCADEO Y VENTA DE SERVCIOS 2022

Objetivo: Desarrollar estrategias para promover y comercializar el portafolio de servicios garantizando la respuesta y expectativas de la satisfacción de los usuarios, posicionándonos como la mejor IPS en el departamento logrando el equilibrio de oferta, demanda y sociedad, generando una percepción positiva por parte de todos aquellos que intervienen en el proceso.

Alcance:

Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles									Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						
																	Atributos																			
Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
1	Económico y Reputacional	**El no reconociemiento y pago de las prestaciones de servicio antes las ERP por situaciones financierasy/o tecnicas**	**Actualizacion de precios de ventas en el DGH, o tarifas fuera de referenciacion del mercado**	**DIFICULTAD EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES EN LAS DIFERENTES ERP POR NEGOCIACIONES EN LAS TARIFAS, PROCESO DE ATENCION Y RECAUDO DE CARTERA**	Ejecucion y Administracion de procesos	800	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	**Exponer en el Comité de Cartera la dificultad en los acuerdos de voluntades en las diferentes erp por negociaciones en las tarifas, proceso de atencion y recaudo de cartera.**	Impacto	Correctivo	Automático	35%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	80.0%	Alta	80%	Mayor	65%	Alto	Reducir (mitigar)	**• Auditorias establecidas con el acuerdo 441 del 2022 EAPB (entidades administradoras de plan de beneficios) • Correo electrónico • Actas de auditoria • Lista de Asistencia**	Profesional apoyo Mercadeo	1/062022	1/06/2022	actas y lista de asistencia	En curso	
														2			Preventivo	Automático		Documentado	Continua	Con Registro							Evitar							
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						

MAPA DE RIESGOS MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD 2022

Proceso: MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

Objetivo: Establecer un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, integrando de manera sistémica los procesos organizacionales para la obtención de resultados efectivos y eficientes que se traduzcan en aprendizaje organizacional.

Alcance:

Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles									Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						
																	Atributos																			
Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raiz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
1	Económico y Reputacional	incumplimiento de acciones definidas en los planes de mejoramiento derivados de la autoevaluacion de acreditacion	incumplimiento de acciones definidas en los planes de mejoramiento derivados de la autoevaluacion de acreditacion	**No acreditacion de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz:**El incumplimiento de estandares superiores de calidad acarrea la perdida de categoria de hospital universitario	Ejecucion y Administracion de procesos	600	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	1	Seguimiento a planes de mejoramiento	Impacto	Correctivo	Automático	35%	Sin Documentar	Aleatoria	Con Registro	80.0%	Alta	80%	Mayor	65%	Alto	Reducir (mitigar)	Solicitar al lider de talento humano de la institucion incluir en la evaluacion de desempeño el cumplimiento de acciones definidas en el plan unico de mejoramiento institucional	Lider de mejoramiento continuo de calidad	13/05/2022	13/12/2022	Evaluacion de desempeño	En curso	Numero de acciones definidas en el plan unico de mejoramiento / Toral de las acciones
														2	Ejecución de los I	Impacto	Correctivo	Automático	35%	Documentado	Continua	Con Registro	80.0%	Alta	80%	Moderado	42%	Alto		SOLICITAR A LIDER DE CADA PROCESO ACTA DE CADA PORCESO Y VERIFUCRA QUE SE HACE ENTREEGA EN LA FECHA OPORTUNA	LIDER DE ACREDITACION	8/11/2022	2/02/2023	Actas, lsita de asistencia	En curso	
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						
2	Económico y Reputacional	No cumplimiento de los estandares de habilitacion	No cumplimiento de los estandares de habilitacion	**Perdida de certificado de habilitacion de los servicios:**Incumplimiento de los criterios de los estandares del sistemas unico de habiltacion	Ejecucion y Administracion de procesos	500	Media	60%	Entre 100 y 500 SMLMV	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	1	Aplicación de autoevaluacion de condiciones de habilitacion	Impacto	Correctivo	Automático	35%	Documentado	Continua	Con Registro	60.0%	Media	60%	Moderado	52%	Moderado	Reducir (mitigar)	Cumplimiento del cronograma de las auditorias de habilitacion	Profesional de apoyo habilitacion	8/11/2022	8/11/2022	Cronograma de auditorias de habilitacion	En curso	Numero de auditorias realizadas / Total de auditorias programadas
														2	Seguimiento de autoevaluación de la totalidad de los servicios	Impacto	Correctivo	Automático	35%	Documentado	Continua	Con Registro	60.0%	Media	60%	Moderado	42%	Moderado	Reducir (mitigar)	actas, lista de asistencia	profesinal de habilitacion	8/11/2022	8/11/2022	**cronograma de auditorias de habilotacion**	En curso	
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						

Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente
3	Económico y Reputacional	Planeacion inhadecuada de auditoria de calidad instiucional	Planeacion inhadecuada de auditoria de calidad instiucional	**Falencias en el monitoreo del control de calidad:** Desarticulacion de los diferentes niveles de auditorias de la instiucion.	Daños Activos Fisicos	600	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo

Referencia	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
3	1	Auditorias integrales empleando la estrategia paciente trazador la cual involucra las diferentes auditorias de mejoramiento de la calidad que se realizan semanalmente	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	realizar auditoria todos los meses por los servcios	profesional paciente trazador	13/08/2022	13/12/2022	actas y lista de asistencial	En curso	Planeacion de auditoria institucional dentro del manual de sistema de control organizacional
	2															Evitar							
	3															Evitar							
	4																						
	5																						
	6																						

MAPA DE RIESGOS DOCENCIA E INVESTIGACION 2022

Proceso: DOCENCIA E INVESTIGACION

Objetivo: Servir como un escenariopractico, para la formación detalento humano en saludpermitiendo el desarrolloinvestigativo.

Alcance:

Identificación del riesgo / Análisis del riesgo inherente

Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente
1	Reputacional	deficiencia en Archivos centrales y de Gestion falta de infraestructura fisica	no realizacion de backpus	**Perdida de informacion de archivos de docencia servicio:** Se puede peder informacion de los archivos de docencia-servicio	Ejecucion y Administracion de procesos	10	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta dircetiva y accionistas y/o de provedores	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta dircetiva y accionistas y/o de provedores	Menor	40%	Moderado
2	Económico y Reputacional	No Acreditacion	No acreditacion	**Perdida de calidad de Hospital universitario:** Si en el 2023 el HUEM no es acreditado pierde la calidad de universitario	Ejecucion y Administracion de procesos	900	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo
3	Reputacional	tramites administrativos, Escaso Recurso Financiero	espacio Fisico Insuficiente	**Incumplimiento del articulo 21, item h del decreto 2376 de Julio de 2010:** El hospital debe mejorar las características principales de los espacios, infraestructura y dotación física y técnicocientífica para el adecuado desarrollo de las actividades de docencia e investigación, como aulas, bibliotecas, salas virtuales, laboratorios, equipos de video conferencia, equipos de tele-salud, zonas de descanso y bienestar para estudiantes, docentes y residentes, entre otros	Ejecucion y Administracion de procesos	10	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Bajo
4	Económico y Reputacional	el no cumplimiento de las funciones por parte de los profesionales encargados de la formacion del estudiante	el no cumplimiento de las funciones por parte de los profesionales encargados de la formacion del estudiante	**Incumplimiento del articulo 10, paragrafo 3 del decreto 2376 de Julio de 2010:** Las actividades realizadas por los estudiantes de programas académicos de pregrado que requieran ser registradas en la historia clínica del paciente u otros registros, deberán ser consignadas por el profesional responsable y respaldadas con su firma, nombre y registro profesional	Ejecucion y Administracion de procesos	200	Media	60%	Entre 100 y 500 SMLMV	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto
5	Reputacional	Incumplimiento en el proceso de convenio	incumplimieto de requisitos del proceso de admision	**Estudiante en practica formativa sin convenio vigente:** Algunos estudiantes en practica formativa pueden realizar sus practicas sin la autorizacion del hospital	Ejecucion y Administracion de procesos	24	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta dircetiva y accionistas y/o de provedores	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta dircetiva y accionistas y/o de provedores	Menor	40%	Moderado

Evaluación del riesgo - Valoración de los controles / Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual / Plan de Acción

Referencia	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
1	1	digitalizacion de la informacion	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	20.0%	Muy Baja	20%	Menor	40%	Bajo	Reducir (mitigar)	Digitalizar el archivo de gestion de la oficina de Docencia-Servicio	coordinador de docencia	19/05/2022	19/12/2022	informacion de los archivos digitalizada	En curso	100% de archivos digitalizados
	2	digitalizacion de la informacion	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	10.0%	Muy Baja	10%	Menor	40%	Bajo	Reducir (mitigar)	Solicitar informacion de las practicas educativas en forma digital. Solicitar adecuacion de un area infraestructura (dotacion de mobiliarios y espacios fisico) para el resguardo de la informacion.	Coordinador de Docencia Sistemas. Subgerente de Servicios de Salud	19/05/2022	19/12/02022	informacion digital. Comunicación Interna	En curso	Comunicación Radicada 100 de la informacion en medio magentico
	3	no tiene controles establecidos	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	5.0%	Muy Baja	5%	Menor	40%	Bajo	Reducir (mitigar)	Solicitar un Bakup de respaldo de la informacion en los archivos de Docencia	Coordinador de Docencia Sistemas	19/05/2022	19/12/2022	respaldo en el servidor de la informacion	En curso	Comunicación Radicada 100 de la informacion en medio magentico
	4																						
	5																						
	6																						
2	1	Ejecucion de los Ejes de Acreditacion	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	48.0%	Media	48%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Plan de mejoramiento anual con enfasis en acreditacion. Autoevaluacion.	lider de cada proceso	19/05/2022	19/12/2022	plataforma de planes de mejoramiento	En curso	Seguimiento de planes Certificacion de acreditacion
	2	SOPORTES DE ACREDITACION	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	28.8%	Baja	29%	Menor	40%	Moderado								
	3																						
	4																						
	5																						
	6																						
3	1	CONVENIOS ACTIVOS DE LA RELACION DOCENCIA SERVICIO	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	20.0%	Muy Baja	20%	Leve	20%	Bajo	Reducir (mitigar)	Según el plan de inversion 2016-2020 Adecuacion de 12 piso, adecuacion de aulas con ayuda audivisuales para el uso de docentes , estudiantes y comunidad hospitalaria, l	Gerencia. Oficina de Planeacion Calidad, Docencia e Investigacion	19/05/2022	19/12/2022	Plan de Inversion 2016-2020	En curso	adecuacion piso 12, aulas audiovisuales,
	2	ADECUACION DE AREAS	Probabilidad	Detectivo	Automático	40%	Documentado	Continua	Con Registro	12.0%	Muy Baja	12%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Según el plan de inversion 2016-2020 Adecuacion de 12 piso, adecuacion de aulas con ayuda audivisuales para el uso de docentes , estudiantes y comunidad hospitalaria, l	lider de recursos fisicos y subgerencia administrativa	19/05/2022	19/12/2022	Plan de Inversion 2016-2020	En curso	adecuacion piso 12, , aulas audiovisuales,
	3																						
	4																						
	5																						
	6																						
4	1	plataforma de seguridad informatica	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	30.0%	Baja	30%	Mayor	80%	Alto	Evitar	Validacion de registros clinicos por el medico tratante con el huellero digital. capacitacion del manejo de la historia clinica sistematizada	Coordinadores o lideres de servicio. Coordinador de docencia e Investigacion Sistemas	SEMESTRALMENTE	SEMESTRALMENT	plataforma DGH registro de historias clinicas. actas de capacitacion y listados de asitencias	En curso	reporte de hallazgos según auditorias de historias clinicas. registro clinico 100% personal capacitado
	2	CAPACITACIN DE INDUCCIN DEL MANEJO DE HISTORIA CLINICA	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	15.0%	Muy Baja	15%	Leve	20%	Bajo	Reducir (mitigar)			SEMESTRALMENTE				
	3																						
	4																						
	5																						
	6																						
5	1	Formato de supervision de practicas. Carta de Presentacion Cada Coordinador. Carnet. Base de Datos	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Sin Registro	20.0%	Muy Baja	20%	Menor	40%	Bajo		Generacion de listados de estudiantes para autorizacion de practicas en el HUEM, enviados a los respectivos lideres y coordinadores de servicio.Carnet Autorizados	Subgerente de Salud. Coordinador de Docencia Servicio. lider de Talento humano. Coordinadora de Docencia e investigacion	permanente	permanente	oficio remisorios con los listados. acta de entrega de carnet	En curso	Numero de estudiantes presentados a coordinadores / Numero de estudiantes en el servicio
	2																						
	3																						
	4																						
	5																						
	6																						

MAPA DE RIESGOS INFORMACION Y COMUNICACIÓN 2022

Proceso: GESTION DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Objetivo: Administrar los sistemas de información y comunicación institucional que permitan asegurar la disponibilidad, integridad, efectividad y confidencialidad de la información para la toma de decisiones institucionales y el cumplimiento de las necesidades de los usuarios

Alcance:

Identificación del riesgo / Análisis del riesgo inherente

Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente
1	Económico	INSUFICIENCIA/ NO DISPONIBLE DE HERRAMIENTAS DE CAPTURA	INGRESO DE PERSONAL NO CAPACITADOS	**ERROR EN EL INGRESO DE LOS DATOS:** CAPTURA INCORRECTA DE LA IFORMACION	Ejecucion y Administracion de procesos	500	Media	60%	Entre 100 y 500 SMLMV	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto

Evaluación del riesgo - Valoración de los controles / Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual / Plan de Acción

Referencia	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
1	1	VALIDACION DE LOS DATOS EN LA CAPTURA /CADA AREA REALIZAR VALIDACION Y HACER ACCION CORRESPONDIENTE	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	30.0%	Baja	30%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	IDENTIFCAR LAS NECESIDADES DE TECNOLOGIA REQUERIDAS	COORDINADOR TIC	9/05/2022	9/12/2022	ACTAS LISTADOS DE ASISTENCIA	En curso	REUNONES DE LIDERES SEGÚN ORGANIGRAMA/ TOTAL LIDERES SEGÚN ORGANIGRAMA
	2	MODELO DE GESTION POR COMPETENCIAS	Impacto	Correctivo	Automático	35%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	30.0%	Baja	30%	Leve	0%	Bajo	Reducir (mitigar)	CAPACITACION EN EL USO APLICATIVOS INSTITUCIONALES CUANDO SE REPORTA FALLAS EN EL INGRESO DE DATOS/INTRANET POR AREA	COODINADOR TIC PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE SISTEMAS	9/05/2022	9/12/2022	ACTAS LISTADOS DE ASISTENCIA	En curso	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS / NUMERO DE CAPACITACIONES SOLICITADAS

2	Reputacional	INSUFICIENCIA Y/O NO DISPONIBLE DE HERRAMIENTAS TECNOLOGICAS PARA EL ANALISIS	INSUFICIENCIA Y/O NO DISPONIBLE DE HERRAMIENTAS TECNOLOGICAS PARA EL ANALISIS	**FALLA EN TECNOLOGIA DE SISTEMAS DE INFORMACION:** FALTA O DEBILIDAD DEL HARDWARE Y/O SOFTWARE EN LA ETAPA DEL PROCESAMIENTO DE DATOS	Fallas Tecnologicas	10	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Bajo	1	SOLICITUD DE NECESIDADES DE TECNOLOGIA (MANUAL DE TECNOLOGIA)/SISTEMAS	ES BAJO NO GENERA ACCIONES													Aceptar	EL RIESGO ES BAJO NO GENERA ACCIONES						EL RIESGO ES BAJO NO GENERA ACCIONES
3	Reputacional	FALTA DE FORMACION Y CONOCIMIENTOS DE LA HERRAMIENTAS DISPONIBLES	FALTA DE FORMACION Y CONOCIMIENTOS DE LA HERRAMIENTAS DISPONIBLES	**DEBILIDAD EN EL ANALISIS DE LOS DATOS PROCESADOS:** FALTA DE VERIFICACION, COMPARACION Y/O REFERECIACION DE LA INFORMACION OBTENIDAS	Ejecucion y Administracion de procesos	600	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	1	MANUAL DE INDICADORES DE GESTION/GESTIONAR LAS AUDITORIAS DE LOS INFORMES PRESENTANDO A LOS ENTES DE CONTROL	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	FORTALECER EN EL MANUAL DE INDICADORES EL CAPITULO DE ANALISIS DE LA INFORMACION	PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE SISTEMAS	9/05/2022	9/12/2022	APROBACION EN EL COMITÉ	En curso	MANUAL DE INDICADOR ES ACTUALIZADO

MAPA DE RIESGOS ATENCION DE CONSULTA EXTERNA 2022

Proceso: ATENCION DE CONSULTA EXTERNA

Objetivo: Brindar atención con calidad, oportunidad, accesibilidad y pertinencia, para la atención de medicina especializada a los usuarios en el área de consulta externa.

Alcance:

Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles									Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						Indicador
																	Atributos																			
Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
1	Reputacional	Falta de compromiso del medico especialista en el diligenciamiento o en el sistema de informacion institucional	Desconocimiento en el manejo del sistema de informacion institucional	**Falencias en el diligenciamiento de la historia clinica:** Diligenciamiento inadecuado en los registros de la hisotria clinica como por ejemplo motivo de consulta, valoracion del paicnete, diagnosticos, entre otras por parte del medico especialista.	Ejecucion y Administracion de procesos	400	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	•Auditoria a historias clinicas		Preventivo	Manual	40%	Documentado	Aleatoria	Con Registro							Reducir (mitigar)	Gestionar capacitacion al personal asistencial sobre el manejo del sistema de informacion instucional (anual)	coordinador de consulta externa	18/02/2022	18/12/2022	Listados de asistencia Acta de capacitacion	En curso	
														2	Capacitaciones al personal asistencial en el uso del sistema de información institucional		Preventivo	Manual	40%	Documentado	Aleatoria	Con Registro							Reducir (mitigar)	Notificar el hallazgo a los coordinadores de area para que se replique la informacion a los medicos especialistas (Trimestral)	Coordinador de atencion de consulta externa	18/02/2022	18/12/2022	Correo electronico	En curso	
														3	Apoyo con TICS para el diligenciamiento de historia clínica (video)	Probabilidad	Preventivo			Documentado	Continua	Con Registro							Reducir (mitigar)			18/02/2022	18/12/2022		EN CURSO	
														4																						
														5																						
														6																						
2		Baja disponibilidad de equipos de apoyo (Silla de ruedas)	Falta de asistencia y acompañamiento al usuario por parte de familiares	**Caida de usuarios:** Caidas de los usuarios desde su propia altura en el servicio de consulta externa	Usuarios, productos y practicas , organizacionales	200	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	• Socialización diaria a los usuarios a cerca del riesgo de caidas																					
														2	Identificación con vinilo		Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro								Gestionar equipos (Silla de ruedas) para el proceso de atencion de consulta externa	lor de atencion de cons	18/02/2022	18/12/2022	Solicitud de equipos	En curso	Numero de equipos adquiridos (Silla de ruedas)
														3	• Socialización de protocolo de riesgo de caidas		Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro								Socializacion a los usuarios acerca del riesgo de caidas (Mensual)	Auxiliar de enfermeria	18/02/2022	18/12/2022	Listas de asistencia	En curso	Numero de socializaciones realizadas / Total de socializaciones programadas
														4																						
														5																						
														6																						
3		Uso incorrecto de los elementos de proteccion personal de usuarios y familiares.	Cumplimiento en la asigancion de citas por necesidad en su estado de salud.	**Riesgo de contagio por pandemia COVID - 19:** Aumento de la cantidad de contagios en usuarios que asisten al servicio de la consulta externa.	Ejecucion y Administracion de procesos	600	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	• Capacitar y realizar rondas preventivas para el uso de EPP		Detectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro							Reducir (mitigar)	Gestionar e implementar con la administración el servicio de telemedicina y realizar contratación con EPS subsidiadas - contributivas y demás aseguradoras. Capacitar sobre la enfermedad y realizar rodas preventivas sobre el uso de elementos personales.	coordinadora de consulta externa	18/02/2022	18/12/2022	Sistema de informacion institucional	En curso	Numero total de pacientes con cita asignada / Numero total de pacientes contagiados por COVID - 19
														2	• Socialización del protocolo del lavado de manos																	18/02/2022	18/12/2022			
														3	• Sensibilización desde el inicio del ciclo de atención de consulta externa		Detectivo															18/02/2022	18/12/2022			
														4																						
														5																						
														6																						

MAPA DE RIESGOS ATENCION URGENCIAS 2022

Proceso: ATENCION DE URGENCIAS

Objetivo: Prestar servicios en salud que requieran atención Urgente y/o prioritaria en donde, prevalezca la vida cumpliendo los parámetros científicos, éticos y legales con el fin de estabilizar y definir conducta al usuario.

Alcance:

Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles									Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						Indicador
																	Atributos																			
Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
1	Reputacional	Capacidad instalada superada.Hacinamiento	Baja adherencia a protocolos.Pacientes sin red de apoyo	**Infecciones asociadas a la atencion en salud:** Posibilidad de que se presenten infecciones en paciente derivadas de la atencion en salud	Ejecucion y Administracion de procesos	300	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	• Vigilancia de la estancia prolongada	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	30.0%	Baja	30%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)		coordiandor de enfermeria	17/01/2022	17/12/2022	Actas Listados de asistencia	En curso	
														2	• Auditorías a procedimientos de enfermería y auditorías a historia clínica de médicos y enfermería	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	15.0%	Muy Baja	15%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)		auditor medico	17/01/2022	17/12/2022	Actas de reunion del grupo focal	En curso	
														3	• Búsqueda de redes de apoyo (trabajo social)	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	7.5%	Muy Baja	8%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)			17/01/2022	17/12/2022	actas	en curso	
														4																						
														5																						
														6																						
2	Reputacional	Falta de acompañamiento al paciente	No adherencia a los protocolo de caida del paciente	**Caida de pacientes:** Todo paciente que por accion u omision sufra caida desde su propia altura o desde su cama	Ejecucion y Administracion de procesos	400	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	• Documentar rondas de vigilancia y control al riesgo de caidas	Probabilidad	Detectivo	Automático	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36.0%	Baja	36%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Documentar las rondas de vigilancia y control al riesgo de caidas	Lider de servicios ambulatorios	17/01/2022	19/12/2022	rondas documentadas	En curso	Numero de rondas documentadas / Total de rondas realizadas
														2		Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	18.0%	Muy Baja	18%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)							
														3		Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	9.0%	Muy Baja	9%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)							
														4	actas	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	4.5%	Muy Baja	5%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)							
														5																						
														6																						
3	Reputacional	Error en la confrontacion de la identificacion correcta de paciente para su atencion	Exceso de confianza por parte del personal de salud en la realizacion de actividades encaminadas a la atencion del paciente	**Identificacion correcta de pacientes:** Errores que se pueden presentar al momento de realizar la identificacion correcta del paciente en el proceso de atencion de urgencias	Ejecucion y Administracion de procesos	600	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	1	• Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del paciente	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Medicion semestral de adherencia al protocolo de identificacion correcta del paciente	Profesional de enfermeria de atencion de urgencias	19/03/2022	19/12/2022	Lista de chequeo	En curso	Porcentaje de adherencia a protocolo de identificacion correcta del paciente
														2	Solicitud del documento de identificación para la atención de urgencias	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	20.0%	Muy Baja	20%	Mayor	80%	Alto			lider ambulatorios	17/01/2022	17/12/2022	envio de correo a solicitud	En curso	
														3	•																					
														4																						
														5																						
														6																						
4	Económico y Reputacional	Baja adherencia a protocolo de ulceras por presion	Condicion clinica del paciente. Poca disponibilidad de dispositivos medicos para la prevencion de las ulceras por presion (Colchon antiescara)	**Ulceras por presion:** Afectacion de la permeabilidad de la piel por postracion prolongada	Usuarios, productos y practicas , organizacionales	500	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	• Disminución de estancia prolongada de los pacientes	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	30.0%	Baja	30%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)		Lider de servicios ambulatorios	19/03/2022	17/12/2022		En curso	
														2	• Formato de cambio de posición	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	15.0%	Muy Baja	15%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)		Lider de servicios ambulatorios	17/01/2022	17/01/2022		En curso	
														3	Actas	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	7.5%	Muy Baja	8%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	tener como soporte firmas y actas escaneadas	Lider de servicios ambulatorios y auxuliar administrativo	17/01/2022	17/01/2022	actas y soportes	en curso	
														4																						

Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente
5	Económico y Reputacional	personal sin experiencia Por no aplicacin correcta del medicamento	Exceso de confianza por parte del personal de salud	**Reacciones adversas por medicamentos:** personal sin experiencia Por no aplicación correcta del medicamento y exceso de confianza por parte del personal de salud	Ejecucion y Administracion de procesos	300	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto

Referencia	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
	5																						
	6																						
5	1	seguir las acciones establecidas en el manual de procedimientos de enfermeria, amdinistracion de medicamentos	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	30.0%	Baja	30%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	medicion semestral de adherencia a proceso de aplicación de medicamentos	Profesional de enfermeria de atencion de urgencias,el auxiliar de enfermeria con supervision del profesional	17/01/2022	17/12/2022	informe de adherencia	En curso	Porcentaje de adherencia a proceso de aplicación de medicamentos
	2																						
	3																						
	4																						
	5																						
	6																						

ATENCION QUIRURGICA 2022

Proceso: ATENCION QUIRURGICA

Objetivo: Brindar a los pacientes una atención quirúrgica segura,oportuna, humana y de calidad

Alcance:

Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente
1	Económico y Reputacional	No disponibilidad de insumos y dispositivos medicos	Baja adherencia a guias y protocolos del proceso de atencion quirurgica	**SUCESO DE SEGURIDAD DEBIDOA LA FALTA DE INSUMOS**	Usuarios, productos y practicas , organizacionales	100	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado
2	Reputacional	baja adherencia a protocolo de identifacion correcta del paciente	Baja adherencia al protocolo de aplicación lista de chequeo quirurgica	**Identificacion correcta del paciente:** Errores que se pueden presentar al momento de realizar la identificacion correcta del paciente en el proceso de atencion quirurgica	Ejecucion y Administracion de procesos	500	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto
3	Reputacional		Baja adherencia al protocolo de esterilizacion	**Inoportunidad en la entrega de producto esteril:** se presenta en la central de esterilizacion para el desarrollo de los procedimientos quirurgicos	Ejecucion y Administracion de procesos	100	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado
4	Económico			**INFECCION SITIO OPERATORIO**	Ejecucion y Administracion de procesos	600	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo

Referencia	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
1	1	• Coordinador de Farmacia • Reporte de sucesos	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro	36.0%	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Seguimiento de las acciones del plan de mejoramiento de proceso de atencion quirurgica	Lider de servicios quirurgicos	28/02/2022	28/02/2022	Aplicativo plan de mejoramiento	En curso	Numero de acciones cumplidas / Total de acciones de plan de mejoramiento
	2																						
	3																						
	4																						
	5																						
	6																						
2	1	referente de seguridad del paciente debe hacer medicion semestral de adherencia al probloco de identificacion correcta del paciente	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36.0%	Baja	36%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Medicion semestral de adherencia al protocolo de identificacion correcta del paciente y protocolo de aplicación de lista de chequeo de cirugia segura	seguridad del paciente	28/02/2022	28/12/2022	Informe de adherencia a protocolos que se presentan en comité de seguridad del paciente	En curso	Porcentaje de adherencia a protocolo aplicación de lista de chequeo quirurgica y de identificacion correcta del paciente
	2																						
	3																						
	4																						
	5																						
	6																						
3	1	coordinador de central de esterilizacion debe realizar semestralmente un informe de adherencia a protocolos de central de esterilizacion en comité de seguridad del paciente.	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	30.0%	Baja	30%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Medicion de adherencia a los protocolos de central de esterilizacion	Coordinador de central de esterilizacion	28/02/2022	28/12/2022	Informe de adherencia a protocolos de central de esterilizacion en comité de seguridad del paciente (Semestralmente)	En curso	Porcentaje de adherencia a protocolos de central de esterilizacion
	2	coordinador de central de esterilizacion debe realizar un informe mensual de revision de reprocesos de esterilizacion .	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	15.0%	Muy Baja	15%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Revision semanal de reprocesos de esterilizacion	Coordinador de central de esterilizacion	28/02/2022	28/12/2022	Informe mensual de la revision semanal de reprocesos de esterilizacion	Finalizado	Informe mensual
	3																						
	4																						
	5																						
	6																						
4	1	• Formato de verificación de personal en sala	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%		Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	seguimiento a formato por referente de seguridad del paciente	referente seguridad del paciente	28/02/2022	28/12/2022		En curso	
	2	• Monitoreo de temperatura en sala de cirugia	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%		Continua	Con Registro	20.0%	Muy Baja	20%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	seguimiento a monitoreo sala de cirugia	enfermera	28/02/2022	28/12/2022		En curso	
	3																						
	4																						
	5																						
	6																						

MAPA DE RIESGOS EGRESOS 2022

Proceso: EGRESOS

Objetivo: Garantizar al usuario y su familia laadecuada continuidad de la atención ysu posterior seguimiento.

Alcance:

Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente
1	Económico y Reputacional	Falta de ligereza del personal a cargo del tramite para el egreso del paciente	Errores en datos de contacto suministrado	**Demora en los trámites del egreso:** Demora en salida de paciente que es dado de alta por tramitología administrativa	Ejecucion y Administracion de procesos	800	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo
2	Económico y Reputacional	**Errores en datos de contacto suministrado**	**Errores en datos de contacto suministrado**	**No realización de seguimiento a paciente egresado:** No poder contactar al usuario al momento re realizar el seguimiento post-egreso por errores de contacto	Ejecucion y Administracion de procesos	500	Media	60%	Entre 100 y 500 SMLMV	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto

Referencia	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
1	1	analisis de indicadores al procediimento de egreso	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Establecer tiempos en la gestion del egreso	Lider del proceso	1/08/2022	1/12/2022	actas de auditoria interna	En curso	Tiempos en la gestion de egreso establecidos
	2	presalida	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	20.0%	Muy Baja	20%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Especialista identifique la presalida y en el usuario que tenga factores sociocultural que afecten la salida, le solicite a trabajo social concepto para el egreso	Lider del proceso	1/08/2022	1/12/2022	documento aprobado por trabajadora social	En curso	Porcedimeinto elaborado, aprobado y socializado
	3																						
	4																						
	5																						
	6																						
2	1	PLATAFORMA O SOFTWARE DE SEGUIMIENTO	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	30.0%	Baja	30%	Mayor	80%	Alto		Seguimiento a pacientes egresados	Lider del proceso	1/08/2021	1/12/2022	documentos de seguimiento	En curso	Numero de de seguimeintos / Total de pacientes egresad
	2																						
	3																						
	4																						
	5																						
	6																						

MAPA DE RIESGOS INGRESO 2022

Proceso: INGRESO

Objetivo: Garantizar al paciente de una formaintegral, oportuna y humanizada elacceso a los servicios de salud de lainstitución

Alcance:

Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente
1	Económico y Reputacional	**Suplantación de identidad**	**Carencia de apoyo tecnologico**	**identificacion incorrecta del paciente:** falencia en la identificacion correcta del paciente en el momento que ingresa a la institucion	Ejecucion y Administracion de procesos	500	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto
2	Económico y Reputacional	Falta de adherencia a protocolos	Falta de adherencia a protocolos	**Error en la clasificación del TRIAGE:** Clasificación inadecuada de pacientes en el triage	Ejecucion y Administracion de procesos	600	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo

Referencia	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
1	1	ASIGNACION DE AUXILIAR ADMINITRATIVO	Impacto	Correctivo	Automático	35%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	60.0%	Media	60%	Moderado	52%	Moderado	Reducir (mitigar)	asigancionapoyo al usuario auxiliar administrativo,que brinda informacion al perosnal durante el pretiage	Lider del proceso de ingreso	1/08/2022	1/12/2022		En curso	
	2																						
	3																						
	4																						
	5																						
	6																						
2	1	AUDITORIAS CONCURRENTES	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (compartir)	Realizar suguimiento a capacitacion al personal sobre adherencia a guias y protocolos para una adecuada clasificacion del Triage	Lider del proceso de ingreso	1/08/2022	22/07/2021	actas de capacitacion es al personal	En curso	Numero de seguimientos realizados / Numero de seguimientos programados
	2	ACTUALIZAR PROTOCOLO DE TRIAGE	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	24.0%	Baja	24%	Moderado	52%	Moderado	Reducir (mitigar)	realizas actividades de formacion realcionadas en el sistema de selección y cada paciente en triage aplicado a la institucion	Lider del proceso de ingreso	1/08/2022	1/12/2022			
	3																						
	4																						
	5																						
	6																						

ATENCION HOSPITALARIA 2022

Proceso: ATENCION HOSPITALARIA

Objetivo: Prestar la atención en los servicios de hospitalización de manera integral (segura, humanizada, oportuna y adecuada) cumpliendo con los requisitos previamente definidos de tal forma que contribuya a mejorar

Alcance:

Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente
			No adherencia a los protocolo	**Caida de pacientes:** Todo					El riesgo afecta la imagen de la	El riesgo afecta la imagen de la			

Referencia	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
	1	Aplicación de escala de caidas de morse	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Elaborar cronograma de rondas de seguridad del paciente	Lider de atencion hospitalaria Referente de seguridad del paciente	25/10/2022	25/12/2022	Cronograma elaborado	En curso	Cronograma elaborado

1	Reputacional	Falta de acompañamiento al paciente	...de seguridad del paciente. Falta de dispositivos adecuados de sujecion	...paciente que por accion u omision sufra caida desde su propia altura o desde su cama	Ejecucion y Administracion de procesos	800	Alta	80%	...entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	...entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	2	Rondas de seguridad del paciente	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	24.0%	Baja	24%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Elaboracion de actas por cada ronda de seguridad del paciente	Lider de atencion hospitalaria Referente de seguridad del paciente	25/10/2022	25/12/2022	Actas	En curso	Numero de actas realizadas / Total de rondas programadas
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						
2	Reputacional	Baja adherencia a protocolos	Condiciones inherentes al paciente	**Infecciones asociadas a la atencion en salud:** Posibilidad de que se presenten infecciones en paciente derivadas de la atencion en salud	Ejecucion y Administracion de procesos	800	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	1	Medicion de la adherencia de higiene de manos	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Solicitar al programa de seguridad del paciente que incluya dentro del protocolo de identificacion correcta del paciente se establesca un color para diferenciar al paciente inmunosuprimido	Lider de atencion hospitalaria	25/10/2022	25/12/2022	Solicitud a seguridad del paciente	En curso	Solicitud realizada
														2																						
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						
3	Económico	Error en la confrontacion de la identificacion correcta de paciente para su atencion	Exceso de confianza por parte del personal de salud en la realizacion de actividades encaminadas a la atencion del paciente	**Identificacion correcta de pacientes:** Errores que se pueden presentar al momento de realizar la identificacion correcta del paciente en el proceso de atencion de hospitalaria.	Ejecucion y Administracion de procesos	600	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	Aplicación de los correctos de enfermeria	Impacto	Correctivo	Automático	35%	Sin Documentar	Continua	Con Registro	80.0%	Alta	80%	Moderado	52%	Alto	Reducir (mitigar)	Medicion semestral de adherencia al protocolo de identificacion correcta del paciente	Profesional de enfermeria de atencion hospitalaria	25/10/2022	25/12/2022	Lista de chequeo	En curso	Porcentaje de adherencia a protocolo de identificacion correcta del paciente
														2																						
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						
4	Reputacional	Baja adherencia a protocolo de ulceras por presion	Condicion clinica del paciente. Poca disponibilidad de dispositivos medicos para la prevencion de las ulceras por presion (Colchon antiescara)	**Ulceras por presion:** Afectacion de la permeabilidad de la piel por postracion prolongada	Ejecucion y Administracion de procesos	600	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	Auditoria de adherencia a protocolo de ulceras por presion	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Realizar el estudio de oportunidad y conveniencia para la adquisicion de accesorios para movilizacion de pacientes y relojes de movimiento de pacientes	Lider de atencion hospitalaria	25/10/2022	25/12/2022	Estudio de oportunidad y conveniencia	En curso	Estudio de oportunidad y conveniencia realizado
														2																						
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						
5	Económico y Reputacional	Inadecuados resultados en la adherencia de los profesionales sanitarios al Diligenciamiento de los formatos Institucionales adoptados	Inadecuados resultados en la adherencia de los profesionales sanitarios al Diligenciamiento de los formatos Institucionales adoptados	Mal Diligenciamiento de los formatos	Ejecucion y Administracion de procesos	800	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	Auditoria de historias clinicas, formato de incidentes y eventos adversos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	48.0%	Media	48%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Realizar seguimiento mediante auditorias del adecuado y oportuno cumplimiento de órdenes médicas	Auditor de concurrencia y coordinador de facturacion	25/10/2022	25/12/2022	seguimiento de auditorias/acta	En curso	Número de casos de incidentes y eventos adversos reportados x diligenciamiento e interpretación inadecuado e inoportuno de ordenes médicas/ Total de eventos e incidentes reportados
														2	Socialización de la documentación utilizada en el servicio	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	24.0%	Baja	24%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Realizar seguimiento mediante auditorias del adecuado y oportuno cumplimiento de órdenes médicas	Coordinador medico del servicio	25/10/2022	25/12/2022	seguimiento de auditorias/acta	En curso	Socialización del 100% de los documentos utilizados en el servicio
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						

MAPA DE RIESGOS GESTION JURIDICA 2022

Proceso: GESTION JURIDICA
Objetivo: Buscar que las actuaciones de la ESE HUEM y sus servidores públicos estén siempre enmarcadas en la normatividad legal vigente, asegurando la defensa de los i
Alcance:

Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles									Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						
																	Atributos																			
Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
1	Económico y Reputacional	Error Humano	Error Humano.	**Incumplimiento de términos judiciales:** Vencimiento de términos establecidos en la ley para contestar demandas, interponer recursos y otras actuaciones judiciales de los procesos en los que la entidad es parte	Ejecucion y Administracion de procesos	800	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	Cumpliendo las normas procesales vigentes.	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Implementar un sistema de seguimiento y actualizaciones de los movimientos de los procesos judiciales.	coordinador juridico	27/12/2022	27/12/2022		En curso	software implementado
														2	Verificación de los movimientos del proceso en la plataformas electronicas.	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	20.0%	Muy Baja	20%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Seguimiento y monitoreo diario sobre los movimientos y actualizaciones de los procesos judiciales.	Auxiliares administrativos de Juridica Administrativa, Juridica Laboral, Cartera y Gabys	27/12/2022	27/12/2022		En curso	Auditaje diario
														3	MANUAL DE DEFENSA JUDICIAL	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	10.0%	Muy Baja	10%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Generar Planes de mejoramiento y creación de la politica de prevención de daño antijurídico a partir del analisis de causas o hechos generadores de daño.	coordinador juridico	27/12/2022	27/12/2022		En curso	Plan de mejoramiento elaborado
														4	Verificación continua del correo de los profesionales institucionales y personal	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	5.0%	Muy Baja	5%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Ejecutar los Planes de mejoramiento	coordinador juridico	27/12/2022	27/12/2022		En curso	porcentaje del cumplimiento del plan
														5	LISTA DE CHEQUEO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN JURIDICA	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	2.5%	Muy Baja	3%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Ejecutar los Planes de mejoramiento		27/12/2022	27/12/2022			
														6																						
2	Económico y Reputacional	proceso de selección inadecuado	terminacion de contrato	**Cambio permanente de recurso humano:** perfiles de profesionales para realizar las actividades de su competencia en la oficina juridica	Ejecucion y Administracion de procesos	800	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	talento humano revisar las actividades a realizar con cada coordinador de area para sus competencias en el momento de contratar	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	revisar hoja de vida con talento humano en el momento de contratar según funcion	talento humano/coordinador juridcio	27/12/2022	27/12/2022	hoja de vida/seguimiento	En curso	
														2																						
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						
3	Económico y Reputacional	cobertura interna de la institucion	cobertura interna de la institucion	**SISTEMAS:** Limitación en la capacidad de almacenamiento de archivos presentados como parte de los procesos judiciales.	Ejecucion y Administracion de procesos	800	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	• Gestionar la ampliación y administración del almacenamiento de archivos requeridos por el proceso de gestión juridica	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	ampliar cobertura	coordinador juridico	27/12/2022	27/12/2022	documentar falencias en el area juridica	En curso	
														2																						
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						
4	Económico y Reputacional			inconsistencia de la base de datos de procesos judiciales: desorganización de la administración en proceso de cartera	Ejecucion y Administracion de procesos	800	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	• Definición de procesos de cartera con cada área.	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	facturacion a recuperar,definir proceso de cartera,base de datos,control de los poderes otorgados por gerente,notificar coordinador de bienes y servcios	coordinador juridico	27/12/2022	27/12/2022	verificar con cada area	En curso	auditaje diariao
														2																						
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						

GESTION DEL AMBIENTE Y RECURSOS FISICOS 2022

Proceso: GESTION DEL AMBIENTE Y RECURSOS FISICOS
Objetivo: Programar, coordinar y supervisar actividades que garanticen el buen estado de la infraestructura, bienes muebles, ambiente fisico y suministro de ropa hospitalaria,
Alcance:

Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles									Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						
																	Atributos																			
Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
1	Económico	Uso inadecuado de los bienes muebles infraestructura fisica	Cumplimiento de la vida util de los muebles e infraestructura fisica de la institucion	**Daño en los bienes muebles e infraestructura fisica:** Daño en los bienes muebles e infraestructura fisica de la institucion	Ejecucion y Administracion de procesos	600	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	Rondas de verificacion de infraestructura fisica	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Elaboracion de formato de ronda de verificacion de infraestructura fisica	Coordinador de mantenimiento	16/05/2022	16/12/2022	Formato elaborado, aprobado, socializado e implementado	En curso	# de documentos a elaborar/ Total de documentos elaborados
														2	Cumplimiento de cronograma preventivo	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	20.0%	Muy Baja	20%	Catastrófico	100%	Extremo		Elaboracion de cronograma preventivo	Coordinador de mantenimiento	16/05/2022	16/12/2022	Formato elaborado, aprobado, socializado e implementado	En curso	porcentaje cumplimiento de cronograma de manteniemiento e infraestructura
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						
2	Económico y Reputacional	falta de control de zoonosis por parte d elas autoridades sanitarias de la ciudad	falta de control de zoonosis por parte d elas autoridades sanitarias de la ciudad	**Proliferacion de animales dentro de la institucion:** Ingreso de animales callejeros a la institucion	Usuarios, productos y practicas , organizacionales	600	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	1	No se tiene establecido un control	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Notificacion a la autoridad competente	Lider de gestion de ambiente y recursos fisicos Profesional en ingenieria ambiental	16/05/2022	16/12/2022	Oficio	En curso	Numero de notificaciones a la autoridad competente
														2																						
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						

MAPA DE RIESGOS APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO 2022

Proceso: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
Objetivo: Realizar actividades de apoyo diagnósticoy terapéutico que contribuyan a brindar alos médicos las herramientas dediagnóstico e intervención te
Alcance:

Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles									Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						
																	Atributos																			
Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
1	Reputacional	Multiples actividades asignadas al personal	Suplantacion de identidad	**Identificacion correcta del paciente:** No verificacion de la identidad del paciente en el proceso de apoyo diagnostico y terapeutico	Ejecucion y Administracion de procesos	200	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	Referente de seguridad del paciente debe realizar medicion semestral de adherencia al protocolo de identificacion correcta del paciente	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	30.0%	Baja	30%	Mayor	80%	Alto		Medicion semestral de adherencia al protocolo de identificacion correcta del paciente	Programa de seguridad del paciente	14/012/2022	14/12/2022	Lista de cheque	En curso	Porcentaje de adherencia a protocolo de identificacion correcta del paciente
														2																						
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						
2	Reputacional	Falta de acompañamiento al paciente. No adherencia a los protocolo de seguridad del paciente.	Falta de dispositivos adecuados de sujecion. Falta de señalizacion en los servicios	**Caida de pacientes:** Todo paciente que por accion u omision sufra caida desde su propia altura o desde su camilla	Usuarios, productos y practicas , organizacionales	300	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	Coordinadores de los servicios de apoyo diagnostico y terapeutico Aplicación de escala de caidas de morse	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	30.0%	Baja	30%	Mayor	80%	Alto		Aplicación de escala de caidas de morse	Coordinadores de los servicios de apoyo diagnostico y terapeutico	14/012/2022	14/012/2022	Historia clinica	En curso	Numero de pacientes a aplicar escala morse en el servicio / Total de pacientes atendidos en el servicio
														2	Lider de apoyo diagnostico y terapeutico debe solicitar rondas de seguridad del paciente	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	18.0%	Muy Baja	18%	Mayor	80%	Alto		Solicitar rondas de seguridad del paciente	Lider de apoyo diagnostico y terapeutico	14/012/2022	14/012/2022	Correo electroni	En curso	SOLICITO RADICADA
														3																						
														4																						

Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	Indicador
														5																						
														6																						
3	Reputacional	No adherencia a los protocolos de limpieza y desinfeccion de la institucion. No adherencia a protocolo de lavado de manos	Fallas en el almacenamiento y transporte de insumos (hemocomponentes, muestras biologicas, medicamentos, alimentos, entre otras)	**Infecciones asociadas a la atencion en salud:** Posibilidad de que se presenten infecciones en paciente derivadas de la atencion en salud	Ejecucion y Administracion de procesos	100	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Coordonador de los servicios de apoyo diagnostico y terapeutico Identificar en los servicios de apoyo espacios que requieran puntos de desinfeccion de manos	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	30.0%	Baja	30%	Moderado	60%	Moderado		Identificar en los servicios de apoyo espacios que requieran puntos de desinfeccion de manos	Coordinadores de los servicios de apoyo diagnostico y terapeutico	12/04/2021	12/12/2021	Correo electroni	En curso	numero de espacons de puntos de desinfeccion de mano / total de esapcios identificados de puntos de desinfeccion
														2																						
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						

Mapa de Riesgos Control Interno 2022

Proceso: EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION

Objetivo: Determinar el grado de cumplimiento de los proyectos y programas y realizar las recomendaciones respectivas

Alcance:

Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles			Atributos						Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						Indicador
Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	
1	Económico y Reputacional	no se puede evidenciar a ciencia cierta al proceso	no se puede evidenciar a ciencia cierta al proceso	Falta de competencias en los aspectos tecnicos de los procesos misionales de la	Ejecucion y Administracion de procesos	800	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel	Catastrófico	100%	Extremo	1	Cumplimiento de los requisitos minimos para cumplir con las competencias exigidas	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Solicitar a la gerencia personal idoneo al perfil medico general (auditor) para realizar	Asesor del control interno de gestion	27/12/2022	27/12/2022	circular interna	En curso	CIRCULAR ENTREGADA
														2																						
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						
2	Económico y Reputacional	Gran volumen de informacion que se genera en cada uno	Gran volumen de informacion que se genera en cada uno	Falta de personal para mejorar la cobertura y acompañamiento de los compromisos de la oficina de	Ejecucion y Administracion de procesos	800	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel	Catastrófico	100%	Extremo	1	Mejoramiento del equipo de control interno	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Determinar las actividades especificas del personal	Asesor del control interno de gestion	29/09/2021	27/12/2022		En curso	
														2																						
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						

MAPA DE RIESGOS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA 2022

Proceso: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y VACUNACION

Objetivo: Identificar y notificar eventos de interes en salud publica de acuerdo a los lineamientos establecidos por el ministerio de proteccion social en salud, con el fin de

Alcance:

Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles			Atributos						Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						Indicador
Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	
1	Reputacional	No cumplimiento y/o desconocimiento de los procedimientos institucionales	Aumento del volumen de notificaciones que se han presentado	**No notificacion de eventos de interes en salud publica:** No notificacion de los eventos de interes en salud publica lo cual conyeba al incumplimiento de protocolos, lineamientos nacionales y normatividad legal vigente	Ejecucion y Administracion de procesos	800	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	1	Revision diraria y mensual del software SIVIGILA y RIPS	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	**Revision de la notificacion bajo los estandares de protocolo**	Subgerencia de salud Coordinador de vigilancia epidemiologica Tic	31/03/2022	31/12/2022	Sistema de informacion institucional	En curso	**Sistema de informacion institucional parametrizado**
														2	Capacitacion al personal de la institucion.	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	20.0%	Muy Baja	20%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	**capacitacion,infografias,reconocimiento temprano de los eventos**	Subgerencia de salud Coordinador de vigilancia epidemiologica Tic			Sistema de informacion institucional	En curso	**Sistema de informacion institucional parametrizado**
														3	Verificacion de laboratorios e historia clinica- Busqueda actividades de la institucion	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	10.0%	Muy Baja	10%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	**ampliacion de recurso humano que trabaja en la busqueda institucional de los eventos**	Subgerencia de salud Coordinador de vigilancia epidemiologica Tic			Sistema de informacion institucional	En curso	**Sistema de informacion institucional parametrizado**
														4	GLPI para notificacin de eventos de interes en salud publica en todos los servicios del hospital	Impacto	Correctivo	Automático	35%	Documentado	Continua	Con Registro	10.0%	Muy Baja	10%	Mayor	65%	Alto	Reducir (mitigar)							
														5																						
														6																						
2	Económico	No adherencia a guias de practica clinica. No disponibilidad del antibiotico en la institucion	contexto de la pandemia que altera la distribucion y adquisicion	**Uso inhadecuado de antibioticos:** Prescripcion de antibioticos sin el cumplimiento a las guias de practica clinica que predisponen al desarrollo de mecanismos de resistencia bacteriana y al uso de antimicrobianos de amplio espectro sin pautas de descalacion	Ejecucion y Administracion de procesos	800	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	**Seguimiento a prescripciones de antibioticos por infectologia**	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Evitar	Realizar estudio de factibilidad para fortalecer el programa de antibioticos institucional (Asginar mayor numero de horas al personal que realiza esta labor)	Medico internista de epidemiologia Medico especialista en infectologia			Estudio de factibilidad	En curso	**Estudio de factibilidad radicado en subgerencia de salud**
														2	**Seguimiento a las existencias de los antibioticos**	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	20.0%	Muy Baja	20%	Catastrófico	100%	Extremo	Evitar	Capacitacion en el manejo de antibioticos teniendo en cuenta guias de practica clinica y fortalecimiento del equipo PROA	Medico internista de epidemiologia Medico especialista en infectologia Coordinador de medicina interna			Actas de capacitacion Listados de asistencia	En curso	**Numero de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas**
														3																						
														4																						
														5																						
														6																						
3	Económico y Reputacional	No adherencia al manual de precauciones de aislamiento hospitalario	No adherencia a higiene de manos	**Transmision de infecciones asociadas a la atencion en salud:** Mecanismo por el cual se transmiten las infecciones y se describen los factores contribuyentes relacionados con estos	Ejecucion y Administracion de procesos	700	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	1	Medicion de la adherencia de aislamiento hospitalario	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	48.0%	Media	48%	Catastrófico	100%	Extremo	Evitar	Capacitacion aislamiento hospitalario	Enfermera de control de infecciones			Actas de capacitacion Listados de asistencia	En curso	Numero de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas
														2	Medicion de la adherencia de higiene de manos	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	24.0%	Baja	24%	Catastrófico	100%	Extremo	Evitar	Capacitacion en protocolo de higiene de manos	Enfermera de control de infecciones			Actas de capacitacion Listados de asistencia	En curso	Numero de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas
														3		Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	12.0%	Muy Baja	12%	Catastrófico	100%	Extremo	Evitar	Inclucion en evaluacion del desempeño del item de lavado de manos	Psicologia organizacional Comité de infecciones			Formato de evaluacion de desempeño	En curso	Resultado del compromiso laboral de la evaluacion de desempeño laboral relacionado con la adeherencia al protocolo de **higiene de manos**
														4																						
														5																						
														6																						
4	Reputacional	complejidad de una vacunacion masiva	complejidad de una vacunacion masiva	**VACUNACION COVID 19:** Cumplimiento de los lineamientos plan nacional de vacunacion	Ejecucion y Administracion de procesos	700	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	1	Capacitacion a los usuarios	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40.0%	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	capacitacion de usuarios	coordinador de vigilancia epidemiologica			Actas de capacitacion, listados de asistencia	En curso	perdida de dosis del biologico
														2	Asisitr mesa de concertacion, participacion y socializacionen puestos unificados	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	20.0%	Muy Baja	20%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	actualizar, planificacion de agendas de acuerdo a la resolucion y las etapas	coordinador de vigilancia epidemiologica			Actas de capacitacion, listados de asistencia	En curso	produccion (VACUNACION MENSUAL)
														3	participacion y socializacion en PMU	Impacto	Correctivo	Manual	25%	Documentado	Continua	Con Registro	20.0%	Muy Baja	20%	Mayor	75%	Alto	Reducir (mitigar)							
														4																						
														5																						
														6																						

Proceso: Apoyo Diagnostico y Terapeutico-Central de Mezclas

Objetivo: Realizar actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico que contribuyan a brindar a los médicos las herramientas de diagnóstico e intervención temprana en los

Alcance: Desde la orden para prestación o solicitud de insumos, hasta la entrega del informe sobre el servicio prestado o el insumo solicitado al área interesada.

Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles			Atributos						Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual							Plan de Acción						Indicador
Referencia	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Observación de criterio	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado	
1	Reputacional	Falla de mantenimiento preventivo y/o correctivo	Fallas electricas Desconocimiento por parte de personal de la central acerca delmanejo de los equipos	**Posibilidad de falla que se presenta en los equipos de a central de mezclas (Aisladores, Termo selladoras, neveras, equipos de cómputo, entre otros) que impiden el funcionamiento normal de la misma.**	Fallas Tecnologicas	5001	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	1	**Respaldo electrico por medio de la Planta electrica del HUEM**	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua		60.0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (compartir)	El area de mantenimiento de la ese Huem tiene vinculado la central de mezcla paranterales a su sistema de	Lider Recursos y ambiente fisico	1/01/2023	31/12/2023	Plan de Contigencia	En curso	
														2	**Ejecución de cronograma de mantenimientos preventivos de equipos en central de mezclas**	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36.0%	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (compartir)	Desde el servicio de central de mezclas se cuenta con un cronograma de mantenimiento preventivo, calificacion y de calibracion de los	Quimica farmaceutica Central de mezclas Coodinación de mantenimiento	1/01/2023	31/12/2023	Hojas de vida de los equipos de Central de esterilización	En curso	
														3	**Capacitacion en manejo de equipos de periodicidad anual en central de mezclas**	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	21.6%	Baja	22%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Quimico farmaceutico de central de mezclas realiza capacitación sobre el manejo adecuado de los equipos biomedicos	Quimico farmaceutica Central de mezclas	1/01/2023	31/12/2023	Actas	En curso	
2	Reputacional	Error en la orden de producción por parte del personal medico	Falla en el alistamiento por parte del personal auxiliar de la Central de mezclas Falla en la clasificacion de los insumos Error en la adición de los insumos en la preparación de nutriciones	**Error en la producción a momento de realizar el reempaque de sólidos y preparaciones magistrales estériles.**	Usuarios, productos y practicas , organizacionales	3000	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Moderado	1	**Realización de control de calidad a las preparaciones magistrales esteriles y reempaque de sólidos**	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	48.0%	Media	48%	Leve	20%	Moderado	Reducir (mitigar)	Quimico farmaceutico de control de calidad realizá a cada una de las preparaciones magistrales esteriles su respectivo control de calidad como	Quimico farmaceutica Central de mezclas	1/01/2023	31/12/2023	Indicador, Formato DT-FO-225 Control de calidad, Formato DT-FO-158 Registro de reempaque	En curso	Calidad de las unidosis prepararas en central de mezclas parenterales.
														2	**Capacitación del Manual de calidad de central de mezclas DT-MA-031**	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	28.8%	Baja	29%	Leve	20%	Bajo	Reducir (mitigar)	Quimico farmaceutico de central de mezclas realiza capacitación sobre el Manual de calidad de central de mezclas	Quimico farmaceutica Central de mezclas	1/01/2023	31/12/2023	Actas	En curso	
3	Reputacional	Baja adherencia al compromiso por parte del personal en mantener los equipos y ambientes esteriles	Baja Adherencia al uso de elementos de Proteccion Personal Baja adherencia al Protocolo de limpieza y desinfeccion de Equipos hospitalarios(VE-PT-001) Baja adherencia al protocolo de limpieza y desinfeccion de Ambientes Hospitalarios (RF-PT-003)	**Riesgo que se presenta por contaminación de equipos y ambientes que hacen parte de la central de mezclas de la ESEHUEM.**	Usuarios, productos y practicas , organizacionales	3000	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Moderado	1	**Capacitación del protocolo limpieza y desinfección de la central de mezclas y servicio farmacéutico DT-PT-066**	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	48.0%	Media	48%	Leve	20%	Moderado	Reducir (mitigar)	Quimico farmaceutico de central de mezclas realiza capacitación sobre el protocolo de limpieza y desinfeccion de Central de mezclas una vez al año	Quimico farmaceutica Central de mezclas	1/01/2023	31/12/2023	Actas	En curso	
														2	**Control microbiologico de periocidad mensual deacuerdo al cronograma Central de mezclas**	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	28.8%	Baja	29%	Leve	20%	Bajo	Reducir (mitigar)	Quimico Farmaceutico de Central de mezclas realiza el muestreo microbiologico de cada una de las superficies y ambientes a controlar de periodicidad mensual como esta	Quimico farmaceutica Central de mezclas	1/01/2023	31/12/2023	Actas	En curso	
														3	**Socialización del manual de Bioseguridad de la central de mezclas DT-MA-032**	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	17.3%	Muy Baja	17%	Leve	20%	Bajo	Reducir (mitigar)	Quimico farmaceutico de central de mezclas realiza capacitación sobre el Manual de Bioseguridad de la central de mezclas	Quimico farmaceutica Central de mezclas	1/01/2023	31/12/2023	Actas	En curso	