



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL
MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020
VERSION: 4
FECHA: OCT 2024
PAGINA 1 DE 1

Proceso: ATENCIÓN AMBULATORIA **Área o Servicio:** URGENCIAS ADULTOS
Objetivo: Garantizar al paciente de una forma integral, oportuna y humanizada de la prestación de los servicios de salud de la institución
Alcance: Desde el momento en que el paciente solicita los servicios de salud en la ESE HUEM, hasta la atención del paciente en la institución.

Referencia	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente						Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual					Plan de Acción									
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Atributos										Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Totalmente	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)
																Tipo Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Actualidad Revisión Final	%	Impacto Residual Parcial	%	Reduccion (Riesgo)										
1	Reputacional	Usuarios con EPS sin convenio. Demora en la programación de turno quirúrgico. Demora en autorización y/o realización de procedimientos.	Aumento de PQRS. Afectación de imagen reputacional. Aumento del costo económico y asistencial	Probabilidad de presentarse estancias prolongadas en el servicio de urgencias.	Ejecucion y Administracion de procesos	7200	May Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	1	Comentar permanentemente desde el servicio de referencia y contra-referencia los tramites de los pacientes y remisiones a las diferentes EAPS para generar gestion de dicho riesgo. Realizar revision diaria de la estancia prolongada y asignar la cama por la plataforma segun las condiciones o requerimientos especificos en el servicio para el traslado.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	Reduccion (Riesgo)	Relación diaria de pacientes en el servicio por turnos quirúrgicos programados pendientes por operar informe mensual de capacidad instalada a entes de control, EPS e IPS	Enfermería administrativa Urgencias Adulto Coordinador de referencia	2025	Trimestral	En curso	Revisión de / panel de asignación de camas (consolidado mensual de las asignación de camas de urgencias y hospitalización) Informe de auditoría de estancia prolongadas		

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite tener una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: ATENCIÓN AMBULATORIA		Área o Servicio										URGENCIAS PEDIATRIA																				
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 las condiciones de salud de los usuarios y apoyo al entorno familiar y cuidadores																														
Alcance:		Inicia solicitud de internación y Hospitalización y Termina con Egreso Hospitalario del Usuario																														
Referencia	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Evaluación del riesgo - Valoración de los controles				Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual				Plan de Acción								
																Preventivo	Manual	Documentado	Frecuencia	Eficacia	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (eoperta)
1	Reputacional	Inasistencia de insumos requeridos para la prevención de caídas. Camillas y escaleras insuficientes y/o deterioradas	Afectación de imagen reputacional. Aumento de estancia hospitalaria según afectaciones presentadas	Incumplimiento de las precauciones, cuidados básicos y especiales establecidos en el protocolo institucional de prevención de caídas.	Ejecucion y Administración de procesos	3672	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Menor	40%	Moderado	1	La enfermera administrativa verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención de caídas, mediante la aplicación de listas de chequeo, así mismo, identificará las necesidades de solicitud o mantenimiento preventivo y/o correctivo de los insumos necesarios para la prevención de caídas de pacientes en el servicio de urgencias adultos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Menor	40%	Medio	Reducir (mitigar)	Socialización y Adherencia a protocolos de identificación del paciente	Coordinador Urgencias Enfermería	2025	Trimestral	En curso	Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo/ Total de personas atendidas en el servicio de urgencias en el periodo x 1000 - Relación y análisis del indicador
2	Económico y Reputacional	Falla en la adherencia al procedimiento de administración segura de medicamentos y a las indicaciones emitidas en el manual de procedimientos de enfermería según la vía de administración	Afectación de imagen reputacional y económica	Posibilidad del desarrollo de complicaciones asociadas al procedimiento de administración de medicamentos	Ejecucion y Administración de procesos	3672	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	2	Verificar la adherencia del personal de enfermería en el cumplimiento del procedimiento de verificación mediante la aplicación de lista de chequeo, en caso de identificar criterios no cumplidos se reorientará al personal y se le solicitará trabajo escrito donde defina las precauciones, clasificaciones, características y consecuencias del incumplimiento de las indicaciones contempladas en el manual de enfermería institucional respecto a la febrilis.	Probabilidad	Preventivo	Manual	Documentado	Alarmona	Con Registro	Medio	48%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	socialización y Adherencia al procedimiento de verificación por parte del personal	Coordinador Urgencias Enfermería	2025	Trimestral	En curso	Número de casos de febrilis que reportan en el periodo en el servicio de urgencias adulto/número de ingresos en el mes - Relación y análisis del indicador
3	Reputacional	Fallas en el registro de actualización de datos del paciente. Error en los procesos de admisión verificación de datos básicos del paciente.	Afectación de imagen reputacional	Posibilidad de afectación por error en identificación de pacientes, que no complica la atención segura al paciente.	Ejecucion y Administración de procesos	3672	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos asuntos de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	3	Realizar mensualmente los mecanismos de monitoreo y medición recomendados para el seguimiento de la aplicación de prácticas seguras y disminución de los riesgos en la administración de medicamentos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	Documentado	Alarmona	Con Registro	Medio	48%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	socialización de protocolos de procedimiento de prácticas seguras y administración de medicamentos	Coordinador Urgencias Enfermería	2025	Trimestral	En curso	Número de casos reportados en el servicio de urgencias adultos como sucesos de seguridad por fallas en la administración de medicamentos en el periodo/número de ingresos en el mes - Relación y análisis del indicador

*Nota: La columna referenciada se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede ir en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: ATENCIÓN AMBULATORIA		Área o Servicio		REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA																													
Objetivo: Garantizar al paciente de una forma integral, oportuna y humanizada el acceso a los servicios de salud de la institución																																	
Alcance: Desde el momento en que el paciente solicita los servicios de salud en la ESE HUEM, hasta la admisión del paciente en la institución.																																	
Referencia	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente					Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual					Plan de Acción								
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Preparación Personal al final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)
1	Reputacional	Camillas de traslado en ambulancia insuficientes y/o deterioradas. debido al incumplimiento de las precauciones, cuidados básicos y especiales establecidos en el protocolo institucional de prevención de caídas.	Afectación de imagen reputacional Aumento de estancia hospitalaria según afectaciones presentadas	Posibilidad de afectación por presentar caída de paciente en ambulancia.	Ejecución y Administración de procesos	720	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	1	* verificar la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención de caídas - mediante la aplicación de listas de chequeo UR-FO-012 FORMATO DE RECEIBO Y ENTREGA DE TURNO DE PERSONAL AUXILIAR TAM-TAB * Identificar las necesidades de solicitud o mantenimiento preventivo y/o correctivo de los insumos necesarios para la prevención de caídas de pacientes.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Estudio previo de necesidades de camillas de ambulancia Seguimiento en la entrega de turno	Coordinador de Referencia Auxiliar de enfermería	2025	Trimestral	En curso	Verificación del diligenciamiento del formato UR-FO-012 FORMATO DE RECEIBO Y ENTREGA DE TURNO DE PERSONAL AUXILIAR TAM-TAB Solicitud anual de camillas de ambulancia en el plan de adquisiciones
2	Económico	Fallas en el registro de actualización de datos del paciente. Error en los procesos de admisión verificación de datos básicos del paciente Falta de verificación de pacientes que requieran traslados interno o externos por parte del personal a cargo de ambulancia.	Afectación de imagen reputacional aplicación de procedimiento incorrecto repositos	Error en identificación de pacientes en transporte de ambulancia, que complica la atención segura al paciente.	Ejecución y Administración de procesos	3600	Alta	80%	Afectación menor a 10 SMLM/	Leve	20%	Moderado	2	Seguimiento mediante la lista de chequeo de identificación de pacientes para mitigar sucesos de este tipo.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Leve	20%	Moderado	Reducir (mitigar)	Seguimiento adherencia a listas de chequeo del control	Coordinador de Referencia Auxiliar de enfermería	2025	Trimestral	En curso	Verificación de aplicación del formato UR-FO-015 FORMATO DE LISTA DE CHEQUEO PARA TRASLADO ASISTENCIAL
3	Reputacional	In oportunidad en los mantenimientos generales de ambulancias de la ESE HUEM Personal que no es idóneo	Afectación de imagen reputacional Accidente de tránsito	Posibilidad del desarrollo de complicaciones asociadas por presentar riesgo de accidentes vales durante los traslados efectuados en ambulancias de la ESE HUEM.	Ejecución y Administración de procesos	7200	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	3	Seguimiento a Mantenimientos preventivos y técnico mecánicos de las ambulancias	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	verificación de los mantenimientos y cronograma establecidos verificación de condiciones adecuadas del conductor	Coordinador de Referencia	2025	Trimestral	En curso	Soportes documentales de correcto mantenimiento y condiciones de ambulancias
4	Reputacional	No cumplimiento de los mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos biomédicos asignados para referencia y contrareferencia de la ESE HUEM.	Toma inadecuada de decisiones	Utilización equipos de biomédicos que presentan fallas, asignados para la prestación del servicio en referencia y contrareferencia de la ESE HUEM.	Ejecución y Administración de procesos	3600	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	4	Seguimiento de mantenimientos preventivos y correctivos de equipos biomédicos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Reporte inmediato en el servicio	Coordinador de Referencia	2025	Trimestral	En curso	Reporte mediante Mesa de ayuda GLPI, de solicitudes de mantenimiento y fallas de equipos del servicio - Relación de soporte GLPI

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede ir en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite llevar una base de los riesgos. Esta información le debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: ATENCIÓN AMBULATORIA	Área o Servicio: ENFERMERIA
Objetivo: Garantizar al paciente de una forma integral, oportuna y humanizada de la prestación de los servicios de salud de la institución	
Alcance: Desde el momento en que el paciente solicita los servicios de salud en la ESE HUJEM, hasta la atención del paciente en la institución.	

Referencia	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Atributos										Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)		
																Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Recursos	Evidencia	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%							Zona de Riesgo Residual Final	Tratamiento
1	Reputacional	Inexistencia de insumos requeridos para la prevención de caídas. Camillitas y escaleras insuficientes y/o deterioradas	Afectación de imagen reputacional Aumento de estancia hospitalaria según afectaciones presentadas	Posibilidad de afectación reputacional por presentar caída de paciente debido al incumplimiento de las precauciones, cuidados básicos y especiales establecidos en el protocolo institucional de prevención de caídas.	Ejecución y administración de procesos	36000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	1	La enfermera administrativa verificará la adherencia del personal de enfermería, en la identificación y prevención de caídas, mediante la aplicación de las listas de chequeo, así mismo, identificará las necesidades de solicitud o mantenimiento preventivo y/o correctivo de los insumos necesarios para la prevención de caídas de pacientes en el servicio de urgencias adultos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Costeable	Con Registro	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mejorar)	Aplicación de listas de chequeo de caídas del personal de enfermería MC-FO-038	Enfermera administrativa	2025	Trimestral	En curso	codigo ID 3369 - Tasa de caída de paciente en el servicio de urgencias adultos - lista de chequeo de caídas del personal de enfermería MC-FO-038
2	Reputacional	Falla en la adherencia al procedimiento de venopunción Falla en la adherencia al procedimiento de administración segura de medicamentos	Afectación de imagen reputacional y económica Complicaciones a pacientes	Posibilidad del desarrollo de complicaciones asociadas al procedimiento de venopunción por no adherencia a las prácticas seguras establecidas en el manual de procedimientos de enfermería	Ejecución y administración de procesos	36000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	2	Verificar la adherencia del personal de enfermería en el cumplimiento del procedimiento de venopunción mediante la aplicación de lista de chequeo, en caso de identificar criterios no cumplidos, se reorientará al personal y se le solicitará trabajo escrito donde defina las precauciones, clasificaciones, características y consecuencias del incumplimiento de las indicaciones contempladas en el manual de enfermería institucional respecto a la fiebis que se encuentran dentro del procedimiento de venopunción	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Costeable	Con Registro	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mejorar)	Aplicación de Lista de chequeo de Venopunción MC-FO-309 LISTA DE CHEQUEO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA - Auditoría de Enfermería Venopunción	Enfermera administrativa	2025	Trimestral	En curso	codigo ID 4426 - Porcentaje de fiebis en pacientes de urgencias adultos - MC-FO-309 LISTA DE CHEQUEO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA - Auditoría de Enfermería Venopunción
3	Reputacional	Falla en la adherencia al procedimiento de administración segura de medicamentos y a las indicaciones emitidas en el manual de procedimientos de enfermería según la vía de administración	Afectación de imagen reputacional y económica Complicaciones a pacientes	Posibilidad del desarrollo de complicaciones asociadas al procedimiento de administración de medicamentos	Ejecución y administración de procesos	36000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	3	Auditorías aleatorias mediante la aplicación de listas de chequeo HG-FO-309 LISTAS DE CHEQUEO PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA (1) 3 CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y LOS 4 VO)	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Costeable	Con Registro	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mejorar)	Aplicación de Lista de chequeo MC-FO-309 LISTA DE CHEQUEO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA - Auditoría de Enfermería Los 13 correctos para la administración de medicamentos y los 4 yo	Enfermera administrativa	2025	Trimestral	En curso	codigo ID 3377 - proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio urgencias adultos - MC-FO-309 LISTA DE CHEQUEO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA - Los 13 correctos para la administración de medicamentos y los 4 yo
4	Reputacional	No adherencia a las recomendaciones contempladas en el protocolo de prevención y manejo de lesiones por presión Aumento de estancia hospitalaria según afectaciones presentadas	Aumento del costo económico y asistencial Compromiso de la calidad de vida de los pacientes y sus familias Aumento de estancia hospitalaria según afectaciones presentadas	Probabilidad de que el paciente presente lesiones por presión durante la estancia en el servicio de urgencias	Ejecución y administración de procesos	36000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	4	Gestionar los insumos necesarios que permitan al personal asistencial garantizar una atención segura y minimizar el riesgo de aparición de lesiones al programa de seguridad del paciente aplicación de listas de chequeo de lesiones por presión: HS-FO-309	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Costeable	Con Registro	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mejorar)	Aplicación de lista de chequeo Lesiones por presión MC-FO-039 LISTA DE CHEQUEO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Enfermera administrativa	2025	Trimestral	En curso	codigo ID - 3382 tasa de lesiones por presión en urgencias adultos Presentar la necesidad de recursos al programa de seguridad del paciente mensualmente (acta de análisis de sucesos de seguridad) - Aplicación de lista de chequeo Lesiones por presión MC-FO-039 LISTA DE CHEQUEO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo siga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener 150 pero tener 10 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: ATENCIÓN AMBULATORIA	Área o Servicio: INGRESO
Objetivo: Garantizar al paciente de una forma integral, oportuna y humanizada el acceso a los servicios de salud de la institución	
Alcance: Desde el momento en que el paciente solicita los servicios de salud en la ESE HUEM, hasta la admisión del paciente en la institución.	

Referencia	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente						Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual					Plan de Acción					OBSERVACIONES			
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No Control	Descripción del Control	Afectación	Atributos						Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación		Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)
																Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia													
1	Reputacional	Falta de adherencia al manual de guión de bienvenida	Afectación vital al paciente ejecución de procedimientos equivocados Reprocesos	Falencia en la identificación correcta del usuario en el momento que ingresa a la institución	Ejecucion y Administracion de procesos	36000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	1	Seguimiento a la adherencia de guión de bienvenida a los servicios asistenciales, mediante informe consolidado de indicadores relacionados al proceso de ingreso	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Catastrófico	100%	Extremo	Reduccion (rango)	Capacitación de Guión de bienvenida a personal de enfermería	Referente de INGRESO	2025	Trimestral	En curso	Informes de seguimientos a la adherencia del guión de bienvenida e indicadores de ingreso	
2	Reputacional	Carga laboral Presión en la prestación del servicio	Afectación vital al paciente ejecución de procedimientos equivocados Reprocesos	Clasificación inadecuada de pacientes en el triage por parte del personal medico y enfermería	Ejecucion y Administracion de procesos	36000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	2	Seguimiento y análisis en servicios (urgencias adultos, pediatría y sala de partos) al ciclo de atención relacionado al triage y su clasificación.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Catastrófico	100%	Extremo	Reduccion (rango)	Recepción del informe del ciclo de atención por parte de estadística	Referente de INGRESO	2025	Trimestral	En curso	Informe seguimiento y análisis de urgencias adultos, pediatría y sala de partos, al ciclo de atención relacionado al triage y su clasificación.	

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede ir en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite tener una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: ATENCIÓN AMBULATORIA		Área o Servicio: 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: Desde la solicitud de citas y asignación de la misma al usuario, hasta la atención especializada por parte del personal médico de la institución.																																		
Referencia	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual					Plan de Acción					OBSERVACIONES		
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo inherente	No Control	Descripción del Control	Afectación	Atributos										Nivel del riesgo residual	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento		Estado	Indicador (aporte)
																Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Actualización	Revisión Final	%	Impacto Residual Final									
1	Reputacional	Incapacidades, permisos académicos, licencias remuneradas y no remuneradas calamidad Familia	Disminución de la satisfacción del usuario y afectación de la imagen institucional como prestador de servicios Disminución de la eficiencia operativa de la institución teniendo en cuenta el no aprovechamiento de recurso humano administrativo y asistencial como el de infraestructura. Pérdida de ingresos por servicios no prestados así como la reprogramación de la cita	Aplazamiento de la atención por la ausencia del personal especializado	Ejecucion y Administración de procesos	384	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Reasignar Citas en servicio de consulta externa	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Seguimiento a asistencia de especialistas en consulta externa	Enfermero administrativo de consulta externa	2025	Trimestral	En curso	Porcentaje de citas médicas especializadas canceladas por los usuarios del servicio de consulta externa • Consolidado de citas reasignadas en consulta externa	
2	Reputacional	Impuntualidad por parte del profesional Demora en el tiempo adecuado (20 a 30 min) según la norma en la prestación del servicio	División de la atención afectando la calidad del servicio. Aumento de los tiempos de espera Afectación de la percepción del usuario en relación al tiempo de atención recibida	Posibilidad en Demora de la atención profesional en el área de consulta externa	Ejecucion y Administración de procesos	384	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	2	análisis y seguimiento en tiempos de prestación del servicio	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Envío de correos a coordinadores administrativos de novedades en la demora de la prestación del servicio	Enfermero administrativo de consulta externa	2025	Trimestral	En curso	Informe consolidado de análisis y seguimiento en el tiempo de prestación de servicio de consulta externa	

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite tener una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso:		ATENCIÓN QUIRURGICA		Área o Servicio		Servicios de Atención Quirúrgica																													
Objetivo:		Brindar a los pacientes una atención quirúrgica segura, basada en evidencia científica, oportuna, humana y de calidad.																																	
Alcance:		Desde la solicitud de citas y asignación de la misma al usuario, hasta la atención especializada por parte del personal médico de la institución.																																	
Referencia	Identificación del riesgo				Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Plan de Acción																				
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Información	Calificación	Documentación	Frecuencia	Control	Evidencia	Con Registro	Probabilidad Residual	%	Impacto Residual	%	Zona de Riesgo Residual	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)
1	Reputacional	BAJA ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE AUSENCIA DE MANILLAS DE IDENTIFICACIÓN MANEJADAS EN EL SITIO QUIRÚRGICO	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTE EQUIVOCADO, EN LUGAR EQUIVOCADO, PROCEDIMIENTO ERRÓNEO E IMPLANTE EQUIVOCADO	FALLAS EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE	Ejecución y Administración de procesos	20478	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario susceptible a nivel país	Casualístico	100%	Extremo	1	PROTOCOLO DE APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Evidencia	Media	60%	60%	Comercial	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Protocolo de identificación correcta del paciente Protocolo de aplicación lista de chequeo de cirugía segura Manual de procedimientos de enfermería asistencia de enfermería al paciente durante el pre, intra y post operatorio (atención intraoperatoria de enfermería)	EQUIPO ATENCION QUIRURGICA	2025	Semestral	En curso	Relación en Historia clínica dgh admisión cirugía Procedimientos quirúrgicos en paciente equivocado, en lugar equivocado, procedimiento erróneo e implante equivocado
2	Reputacional	BAJA ADHERENCIA A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA PROFILAXIS QUIRURGICA ANTIMICROBIANA Y DESINFECCION DE EQUIPOS HOSPITALARIOS AUMENTO DEL NUMERO DE PERSONAS EN SALA DE CIRUGIA BAJA ADHERENCIA AL MANUAL DE BIOSEGURIDAD (RÉGIMEN DE MANDOS) REINTERVENCIONES QUIRURGICAS CANCELACION DE CIRUGIA SUCCESOS DE SEGURIDAD	INFECCION DEL SITIO OPERATORIO REINTERVENCIONES QUIRURGICAS CANCELACION DE CIRUGIA SUCCESOS DE SEGURIDAD	FALLAS EN LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO FALLA EN LA IDENTIFICACION Y CONSERVACION DE MUESTRA ANATOMOPATOLOGICA	Ejecución y Administración de procesos	20478	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos casos de relevancia hasta al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	2	PROTOCOLO DE APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Alteoría	Con Registro	Evidencia	Media	60%	60%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Protocolo de aplicación lista de chequeo de cirugía segura Guía de práctica clínica para profilaxis quirúrgica antimicrobiana Procedimiento de limpieza y desinfección de equipos hospitalarios Manual de bioseguridad Procedimiento atención intraoperatoria de enfermería Protocolos y guías de práctica clínica de las diferentes especialidades quirúrgicas Protocolos y procedimientos de control de esterilización Control de farmacia y control de inventarios Procedimiento de mantenimiento desinfectante informado Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos	EQUIPO ATENCION QUIRURGICA	2025	Semestral	En curso	Historia clínica dgh registro transoperatorio de enfermería y de procedimiento quirúrgico Proporción de cancelación de cirugías Demanda reactiva para programación de cirugías Discrepancia correcta de consentimiento informado de procedimientos quirúrgicos Lesión por cuerpo extraño debido abandonado dentro del paciente Proporción de pacientes con fallas anestésicas Adherencia a lista de chequeo cirugía segura Cumplimiento de mantenimiento preventivo de equipos médicos
3	Reputacional	BAJA DISPONIBILIDAD DE CAMAS DE CUIDADO CRITICO FALLAS ADMINISTRATIVAS POR LA AFILIACION DEL PACIENTE BAJA DISPONIBILIDAD DE CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN BAJA ADHERENCIA A PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAIDAS	PACIENTE CON ESTANCIA PROLONGADA EN UNIDAD DE CUIDADO POST ANESTÉSICO CAIDA DE PACIENTE	INOPORTUNIDAD DEL TRASLADO DEL PACIENTE DE CUIDADO CRITICO Y/O A HOSPITALIZACIÓN CAIDA DE PACIENTES	Ejecución y Administración de procesos	20478	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Alto	3	• ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO DE ASIGNACIÓN DE CAMAS • ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA ORDEN DE SERVICIO • ELECCION CORRECTA DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Evidencia	Media	60%	60%	Leve	20%	Moderado	Reducir (mitigar)	Adherencia al procedimiento de asignación de camas Adherencia al procedimiento de referencia orden de servicio Adherencia al protocolo de prevención de caídas Ejecución correcta de actividades de enfermería	EQUIPO ATENCION QUIRURGICA	2025	Semestral	En curso	• Solicitudes realizadas mediante el panel institucional solicitando y asignación de camas • Elvicos mediante gha referencia orden de servicio • Historia clínica dgh recuperación ex enfermería Actividades de enfermería dgh

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo siga del mapa no está otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener 70 riesgos, lo que permite tener una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.

Fuente: Adaptado de Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Funión Pública, 2020.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCTUBRE 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso:		ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN										ÁREA O SERVICIO										PEDIATRIA																														
Objetivo:		Mitigar el impacto de los riesgos y / o sucesos de seguridad que se puedan presentar durante el ciclo de atención hospitalaria.																																																		
Alcance:		Inicia desde el ingreso de los usuarios a los servicios de internación hasta la finalización de su manejo medico y egreso de la institución																																																		
Referencia	Impacto	Identificación del riesgo										Análisis del riesgo inherente										Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual										Plan de Acción										OBSERVACIONES
		Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la que se repite la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de Impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentado	Frecuencia	Medida	Probabilidad inherente	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Trazamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)																			
1	Reputacional	Baja adherencia al procedimiento de venopunción, medicamentos que por comodidad pueden ocasionar irritación, el no uso de equipos como visualizadores de venas que facilitan el procedimiento, factores propios como la edad, estado nutricional, integridad vascular y polo medicación. Desconocimiento de la tabla de estabilidad de medicamentos. Técnica inadecuada de la higiene de manos.	Estancias prolongadas, alto riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud, daños psicológicos, eventos adversos, compromiso vascular, glosas.	Fiebris relacionada a procedimientos inadecuados en la preparación del sereno/epedatía general y quirúrgica	Ejecución y administración de procesos	3672	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Moderado	1	1. Análisis de sucesos de seguridad enfocado en venopunción 2. Capacitación en cuanto al procedimiento de venopunción, disponibilidad de visualizador de venas 3. Auditorías del procedimiento de venopunción mediante lista de chequeo HS-FO-309	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Leve	20%	Mediano	Reducir (mitigar)	Despachos y seguimiento al procedimiento de venopunción	Coordinación de pediatría	2025	Trimestral	En curso	1. Acta de análisis de sucesos de venopunción 2. Acta de capacitación al procedimiento de venopunción 3. Relación de auditorías mediante formato HS-FO-309																			
2	Reputacional	Baja adherencia a la gestión segura de medicamentos, falencias en cuanto al cálculo de dosis en población pediátrica, ausencia de supervisión durante la preparación, administración y monitorización para la administración de medicamentos. Desconocimiento de la tabla de estabilidad de medicamentos.	Eventos adversos, estancias prolongadas, reintegros, daños psicológicos, glosas.	Inadecuada administración de medicamentos (PRUM DE ADM)	Ejecución y administración de procesos	3672	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Medio	40%	Moderado	2	1. Socialización capacitación de adm segura de medicamentos, 2. Análisis de sucesos de seguridad enfocada a la administración segura de medicamentos 3. Ronda de supervisión y gestión de medicamentos	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Medio	40%	Mediano	Reducir (mitigar)	Educación en los servicios de hospitalización	Coordinación de pediatría	2025	Trimestral	En curso	1. Acta de capacitación de administración segura de medicamentos, 2. Acta de análisis de sucesos de seguridad medicamentos 3. Acta de ronda de supervisión de adm medicamentos																			
3	Reputacional	Baja adherencia al protocolo de prevención de caídas, fallos en la supervisión de los pacientes durante la estancia hospitalaria, no contar con elementos que aporten a la prevención de caídas.	Estancias prolongadas, alto riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud, daños psicológicos, eventos adversos, compromiso.	Suceso donde se presenta la caída del paciente, sea que esta se dé por ausencia de acompañamiento, factores físicos o propios del estado de salud del paciente.	Relaciones laborales	3672	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Medio	40%	Moderado	3	1. Análisis de sucesos de seguridad caída de pacientes pediatría 2. capacitación en cuanto al protocolo de prevención de caídas	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Medio	40%	Mediano	Reducir (mitigar)	Educación en los servicios de hospitalización	Coordinación de pediatría	2025	Trimestral	En curso	1. Acta de análisis de sucesos en prevención de caídas 2. Acta de capacitación del protocolo de prevención de caídas																			

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el conocimiento de riesgos, así el riesgo salga del mapa no estará otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede ir en el riesgo 150 pero tener 72 riesgos, lo que permite llevar una tabla de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso:		ATENCIÓN HOSPITALARIA										Área o Servicio										MEDICINA INTERNA																
Objetivo:		Mitigar el impacto de los riesgos y / o sucesos de seguridad que se puedan presentar durante el ciclo de atención hospitalaria.																																				
Alcance:		Inicia desde el ingreso de los usuarios a los servicios de internación hasta la finalización de su manejo medico y egreso de la institución																																				
Referencia	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo inherente	No. Control	Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual										Plan de Acción				
														Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Efectividad	Riesgo Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)				
1	Económico	Baja adherencia al procedimiento de venopunción, medicamentos que por similitud pueden ocasionar irritación, el no uso de equipos como visualizadores de venas que faciliten el procedimiento, factores propios como la comorbilidad del paciente.	Estancias prolongadas, alto riesgo de infección asociadas a la atención en salud, daños psicológicos, eventos adversos, compromiso vascular, glicos.	Se presenta alto riesgo de flebitis. Teniendo en cuenta la estancia prolongada, patologías múltiples y comorbilidades que aumentan el deterioro clínico	Ejecución y Administración de procesos	4128	Alta	80%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Alto	1																						1. disponibilidad de visualizador de venas, 2. Análisis de sucesos de seguridad, 3. valoración y uso adecuado de dispositivos para la venopunción 4. capacitación en cuanto al procedimiento de venopunción.	Probabilidad	Preventivo	Manual
2	Económico	Fallas en la técnica aséptica, baja adherencia a la higiene y lavado de manos, usos no adecuados de los elementos de protección personal, dificultades en la inserción del catéter, paciente con microorganismos multi resistentes.	Estancias prolongadas, alto riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud, daños psicológicos, eventos adversos, compromiso vascular, exceso en el suministro de terapia antibiótica.	Exposición a la adquisición de virus o bacterias que durante el proceso de hemodíalisis se puede adquirir por fallas en las técnicas asépticas	Ejecución y Administración de procesos	4128	Alta	80%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Alto	2	1. Análisis de sucesos de seguridad en relación a infecciones por catéter, 2. supervisión de hemodíalisis, 3. capacitación en cuanto al procedimiento de complicaciones de hemodíalisis,	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	Media	48%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Rondas de seguridad Socialización del manual de enfermería en cuidado en catéteres de alto flujo	Coordinador Administrativo de Medicina Interna	2025	Trimestral	En curso	1. Actas de análisis de sucesos de seguridad por infecciones en catéteres de hemodíalisis, 2. Actas de análisis de infecciones asociadas a la atención en salud en supervisión hemodíalisis, 3. Actas de capacitación e infografías educativas en complicaciones de catéteres de hemodíalisis					

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede ir en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO										Área o Servicio: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA																							
Objetivo: Mitigar el impacto de los riesgos y / o sucesos de seguridad que se puedan presentar durante el ciclo de atención hospitalaria.																																	
Alcance: Inicia desde el ingreso de los usuarios a los servicios de internación hasta la finalización de su manejo medico y egreso de la institución																																	
Referencia	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Evaluación del riesgo - Valoración de los controles						Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual						Plan de Acción					
																Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)
1	Económico	Ruptura de tejidos, músculos o mucosa por la no realización de la episiotomía fallas en cuanto a la postura, falta de educación de la paciente en el púrp respiratorio, baja adherencia en la manobra Kristeller	Infección urinaria, dehiscencia de suturas posterior a la reparación, incontinencia fecal, daños psicológicos, estancias prolongadas.	Suceso que se puede presentar durante la fase activa del trabajo de parto específicamente en el alumbramiento en el área de Sala de Partos.	Ejecución y administración de procesos	2244	Alta	80%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	1	1. Análisis de sucesos de seguridad relacionados a desgarros. 2. Socialización de la técnica de reparación de desgarro	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Menor	40%	Moderado	Reducir (mitigar)	Capacitaciones trimestrales al personal Seguimiento a acciones de mejora	Coordinación de Ginecología	2025	Trimestral	En curso	1. Indicador de desgarro III y IV, actas de analisis mensual. 2. Acta de socialización en EPM mensual de Ginecobstetricia, con evento de hallazgo de desgarro o no.
2	Económico	Fallas en la adherencia al lavado de manos, baja adherencia en cuanto a técnicas asépticas, organismos o gérmenes que pueden estar tanto de forma externa como interna.	Dehiscencia de la herida, hemorragias, cicatrices hipertroficas, estancias prolongadas. Afectación al paciente	Infecciones que se pueden asociar de forma posterior a eventos ginecológicos y obstétricos.	Ejecución y administración de procesos	2244	Alta	80%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	2	1. Análisis de sucesos de seguridad 2. Socialización de la técnica de la Atención de pacientes ginecobstetricas	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Alta	Con Registro	Medio	48%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Educación continua en los servicios	Coordinación de Ginecología	2025	Trimestral	En curso	1. Indicador de infecciones del sitio operatorio presentadas en el servicio de ginecología y obstetrica - Acta de analisis de sucesos de infecciones 2. Acta de socialización de la técnica de la Atención de pacientes ginecobstetricas

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener 10 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN										Área o Servicio: ENFERMERIA HOSPITALARIA																								
Objetivo: Mitigar el impacto de los riesgos y / o sucesos de seguridad que se puedan presentar durante el ciclo de atención hospitalaria.																																		
Alcance: Inicia desde el ingreso de los usuarios a los servicios de internación hasta la finalización de su manejo medico y egreso de la institución																																		
Referencia	Identificación del riesgo					Análisis del riesgo inherente					Evaluación del riesgo - Valoración de los controles					Evaluación del riesgo - Nivel de riesgo residual					Plan de Acción													
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo inherente	No Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Residual	Trámite	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)	OBSERVACIONES
1	Reputacional	Falta de capacitación a colaboradores Falta de instrucciones de control Descorrimiento de los procesos en la realización de procedimientos de enfermería. Recarga laboral Desconocimiento de los procedimientos de enfermería.	Quejas negativas usuarios Demandas y denuncias Multas y sanciones por entes de control Desconformidad estandarizados procesos Afectación del paciente mortalidad	Utilización incorrecta de la técnica de aplicación en los procedimientos de enfermería	Ejecución y administración de procesos	7200	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	1	1. Capacitaciones mensuales de los procedimientos de enfermería de los manuales HS-MA-023 TOMO I,II,III. 2. Seguimiento de la adherencia en los auditors de los procedimientos de enfermería mediante el formato HS-FO-309	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Divulgación de procedimiento actualizado de enfermería Seguimiento a plan de capacitación	Enfermera Atención hospitalización Tallerio Humano	2025	Trimestral	En curso	1. Acta de capacitación de procedimientos de enfermería de los manuales HS-MA-023 TOMO I,II,III. 2. Registro de auditorías en el formato HS-FO-309 AUDITORIAS DE ENFERMERIA	
2	Reputacional	Desconocimiento del uso y manejo de los dispositivos médicos por falta de socialización de los insumos Falta de compromiso y sentido de pertenencia por parte de los colaboradores	Afectación al paciente Pérdida de insumos Glosas	Utilización y manejo inadecuado de los insumos de dispositivos médicos	Ejecución y administración de procesos	1800	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Menor	40%	Moderado	2	Capacitaciones presenciales del manejo de los equipos o dispositivos por innovación de los insumos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Menor	40%	Moderado	Reducir (mitigar)	Seguimiento al cronograma y cumplimiento de capacitaciones en el proceso atención hospitalización	Enfermera Atención hospitalización Biomedicas	2025	Trimestral	En curso	Acta de capacitación manejo de los equipos o dispositivos por innovación de los insumos.	
3	Reputacional	1. Interrupciones constantes. 2. error humano 3. Error de la dinámica. 4. Asignaciones a última hora. 5. Asesoramiento laboral (permisos sindicales, incapacidades, calamidades, licencias)	Desempeñamiento de la calidad de la prestación del servicio por enfermería	Incorrecta programación de turnos de los servicios	Relaciones laborales	1800	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Menor	40%	Moderado	3	1. Registro de los formatos de cambio al turno TH-FO DE PROGRAMACION 2. Registro de Formato relación mensual de programación de turnos TH-FO-034	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Menor	40%	Moderado	Reducir (mitigar)	Seguimiento a novedades/cambios de turnos Comunicación asertiva con los colaboradores del servicio	Enfermera Atención hospitalización Enfermeras	2025	Trimestral	En curso	1. Registro de cambio de turno TH-FO-019 FORMATO DE CAMBIO DE TURNO 2. Programación de turnos TH-FO-034.	

*Nota: La columna referenciada se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede ir en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN		Área o Servicio										CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES																							
Objetivo:		Mitigar el impacto de los riesgos y / o sucesos de seguridad que se puedan presentar durante el ciclo de atención hospitalaria.																																	
Alcance:		Inicia desde el ingreso de los usuarios a los servicios de internación hasta la finalización de su manejo medico y egreso de la institución																																	
Referencia	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente						Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Plan de Acción					OBSERVACIONES									
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo inherente	No Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Prevenivo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Continua	Con Registro	Evidencia	Probabilidad Residual Final		%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tamaño	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento
1	Reputacional	Baja adherencia al procedimiento de venopunción, medicamentos que por similitud pueden ocasionar irritación, factores propios como la edad, estado nutricional, integridad vascular y polimedación, politraumatismo.	Estandarías prolongadas, alto riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud, daños psicológicos, eventos adversos, compromiso vascular, gotas.	Se presenta alto riesgo de febriles. Teniendo en cuenta la estancia prolongada, patologías múltiples y comorbilidades que aumentan el desmorono clínico	Ejecución y administración de procesos	3516	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	1	1. Análisis de sucesos de seguridad. 2. capacitación en cuanto al procedimiento venopunción. 3. Revisión de disponibilidad con servicios farmacéutico	Probabilidad	Prevenivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medida	48%	Moderado	60%	Moderado	Reduccion (mitigar)	seguimiento por rondas de seguridad internas	Coordinadora administrativa de cirugía general y especialidades	2025	Trimestral	En curso	1. código ID 3594 Febriles del servicio de cirugía general y especialidades quirúrgicas - actas o análisis de sucesos de seguridad. 2. Acta de capacitación de procedimiento de venopunción *DGH revisión periódica del correcto funcionamiento		
2	Reputacional	Baja adherencia en cuanto al lavado de manos, técnica aseptica, lavado quirúrgico y curaciones, tratamiento antibiótico pre y post quirúrgico, alimentación, cuidados pos egreso.	Estandarías prolongadas, reintegros, gotas, complicaciones propias de la enfermedad, intervenciones quirúrgicas no planeadas, exceso de cubrimientos antibióticos, alteraciones psicológicas,	Infecciones de sitio operatorio. Teniendo en cuenta las intervenciones quirúrgicas efectuadas	Ejecución y administración de procesos	3516	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	2	1. Análisis de sucesos de seguridad relacionados a infecciones de sitio operatorio. 2. Análisis de reintegros mensuales. 3. Análisis de informe de infecciones asociadas a la atención en salud,	Probabilidad	Prevenivo	Manual	40%	Si Documentar	Altabare	Con Registro	Medida	48%	Moderado	60%	Moderado	Reduccion (mitigar)	Seguimiento cumplimiento de la adherencia al lavado de manos	Coordinadora administrativa de cirugía general y especialidades	2025	Trimestral	En curso	1. Acta de análisis de sucesos de seguridad en el servicio de CX y ESP 2. Acta de análisis de reintegros mensuales 3. Relación in informe de análisis de infecciones asociadas a la atención en salud		

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede ir en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN

Área o Servicio: EGRESO

Objetivo: Mejorar el impacto de los riesgos y / o sucesos de seguridad que se puedan presentar durante el ciclo de atención hospitalaria.

Alcance: Inicia desde el ingreso de los usuarios a los servicios de internación hasta la finalización de su manejo medico y egreso de la institución

Referencia	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 (cupo)	OBSERVACIONES				
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Deficiencia	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción			Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado
1	Reputacional	Sobrecarga laboral, Pérdida de conectividad del sistema, Desconocimiento del proceso, Incumplimiento de los parámetros de historia clínica.	Estancia prolongada Aumento de FGRS Glosas Demoras en el Gto cama Incumplimiento de metas institucionales	Demora en el Egreso administrativo del paciente	Ejecucion y Administración de procesos	360000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	1	Seguimiento de Egreso administrativo	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Catastrófico	100%	Extremo	Reduccion (mitigar)	Socialización a coordinadores administrativos en EPM	Referente de EGRESO	2025	Trimestral	En curso	Codigo ID 3221 oportunidad de egreso administrativo - Relación del seguimiento de Egreso administrativo	

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: APOYO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO		Área o Servicio										BANCO DE SANGRE																					
Objetivo: Identificar los riesgos asociados al entorno laboral en el banco de sangre y servicio de gestión pre transfusional.																																	
Alcance: Inicia desde la visualización e identificación de los riesgos en el cual se exponen los trabajadores del banco de sangre y servicio de gestión pre transfusional y finaliza en el control del mismo y cumplimiento de los indicadores o soportes aplicados.																																	
Referencia	Identificación del riesgo										Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual					Plan de Acción							
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Trazamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)
1	Reputacional	Error del digitarismo y cambio de documento de identidad en el sistema hexabank y errores por parte del profesional.	1. Transmisión errada de resultados de las pruebas serológicas a la plataforma de hexabank del respectivo donante. 2. Datos de identificación errónea del donante en la plataforma SHEVI.	INCORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL DONANTE	Ejecución y Administración de procesos	6000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Alto	1	1. Previa confirmación del documento del donante en las plataformas HEXABANK, SHEVI O ADDRESS.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Leve	20%	Mediano	Reducir (mitigar)	Instrucción al personal Socialización de lineamientos en la selección e identificación del donante	Bacteriologos del area de selección de donantes	2025	Trimestral	En curso	Verificación y diligenciamiento en la encuesta planeada en el formato SELECCIÓN DE DONANTES DT-FO-014
2	Reputacional	Desconocimiento de recomendaciones pre y post donación.	1. Golpes, fracturas, escoges y todo lo que conlleva una caída del donante afectando su salud.	CADA DONANTE DESPUES DE LA DONACION	Ejecución y Administración de procesos	6000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Alto	2	2. Socialización de las indicaciones postdonación que se deben aplicar	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Leve	20%	Mediano	Reducir (mitigar)	Sensibilización al donante en la momento de la captación	Bacteriologos del area de selección de donantes	2025	Trimestral	En curso	Recomendaciones post donación en la encuesta planeada en el formato SELECCIÓN DE DONANTES DE SANGRE DT-FO-014
3	Reputacional	1. Falta de adherencia a los protocolos de limpieza y desinfección por parte del personal a cargo. 2. Falta de insumos necesarios para realizar una técnica aséptica idónea.	Propagación de infecciones al donante por el procedimiento de la Pírcula.	INFECCIONES TRANSMITIDAS POR LA MALA ASEPSIA AL MOMENTO DE LA VENOPUNCION.	Ejecución y Administración de procesos	6000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Monor	40%	Alto	3	4. Curso learning de Bioseguridad 5. Verificación de temperatura (sistema de frío) en el área de Pírcula. 6. Control de calidad al proceso de flebotomía	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Monor	40%	Mediano	Reducir (mitigar)	Plan de formación de Banco de Sangre	Auxiliares del area de flebotomia	2025	Trimestral	En curso	1. Control microbiológico proceso de Flebotomía DT-FO-153 2. Certificado curso Bioseguridad 3. Control diario de temperatura y % humedad del area DT-FO-037
4	Reputacional	Falta de insumos en la institución no captación y sensibilización de donantes, falta de comunicación entre servicios	Eventos adversos que comprometen la salud del paciente hospitalizado, aislamiento de drogas.	LA NO DISPONIBILIDAD DE HEMOCOMPONENTES	Ejecución y Administración de procesos	9600	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Monor	40%	Alto	4	2. Capacitaciones de Hemovigilancia a toda la red de cadena transfusional. 3. Diligenciamiento correcto del Formato Control diario de hemocomponentes enviados DT-FO-038	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Monor	40%	Mediano	Reducir (mitigar)	1. Llamadas telefónicas y correos electrónicos para la captación de donantes. 2. Apoyo con la red de bancos de sangre de la ciudad. 3. Constatación continua para la adquisición de insumos.	Bacteriologos del servicio de gestión Pretransfusional	2025	Trimestral	En curso	1. Indicador: 3648-Oportunidad en la entrega del hemocomponente al usuario que necesita el servicio del Banco de sangre. Formato: Control diario de hemocomponentes enviados DT-FO-038 2. Acta de capacitaciones de hemovigilancia
5	Reputacional	1. La no verificación de la legada de insumos en almacén y banco de sangre correctamente. 2. La no adherencia al manual de reactivovigilancia por parte del personal que realiza la recepción técnica.	1. Recepción de reactivos en mal estado (caducados, temperatura inadecuada, mal rotulado, entre otros). 2. Cliente del servicio por parte del área de recepción.	INCUMPLIMIENTO CON EL PROCEDIMIENTO DE RECEPCION TECNICA DE REACTIVOS, INSUMOS, Y/O MEDICAMENTOS EN EL BANCO DE SANGRE	Ejecución y Administración de procesos	12	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	5	5. Verificación del procedimiento de Reactivovigilancia mediante el formato DT-FO-361 Verificación del procedimiento reactivovigilancia	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro	Baja	24%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	1. Verificación de facturas o remisión (NT, número de factura, descripción de los productos) 2. Revisión registro INVIMA en la página WEB 3. Seguimiento a permisos de comercialización.	Director Banco de Sandre	2025	Semestral	En curso	Verificación el cumplimiento del procedimiento de Reactivovigilancia DT-FO-361
6	Reputacional	1. La no verificación de la recepción de la muestra 2. La no adherencia al protocolo de identificación de muestras	1. Procesamiento erróneo de muestras. 2. Resultados erróneos por fallos en el procesamiento. 3. Resultados adversos a la transfusión	INCORRECTA IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA EN EL SERVICIO DE GESTIÓN PRE-TRANSFUSIONAL	Ejecución y Administración de procesos	9600	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	6	6. adherencia al protocolo de identificación de la muestra, POES e instructivos	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	1. Capacitaciones al personal. 2. Verificación ID del paciente con su nombres completos.	Bacteriologos del servicio de gestión Pretransfusional	2025	Trimestral	En curso	1. Registro diario de solicitud de reservas y transfusiones de hemocomponentes DT-FO-033 2. Control de hemocomponentes enviados DT-FO-038

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener 10 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información le debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

Área o Servicio

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 procesos de enfermedad para el restablecimiento de la salud del paciente.

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.

Referencia	Identificación del riesgo										Análisis del riesgo inherente										Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual										Plan de Acción				
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Evidencia	Probabilidad Residual Final	%	Zona de Riesgo Residual	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)															
																															Preventivo	Manual	Continuo	Con Registro	Media	Mayor	Alto	Reduccion (mitigar)							
1	Reputación	Solicitud erronea en la orden de producción por parte del servicio solicitante. Diligenciamiento erroneo en la orden de producción por parte del personal interno. Fallas en el altamamiento por parte del personal interno (auxiliares de la central de mezclas). Falla en la clasificación y sellado de los medicamentos reempaques. Falla en la clasificación de insumos. Falla en la verificación y los correctos controles de calidad en proceso, anteriores y posteriores.	No se garantiza la concentración adecuada. Reacción adversa. Eventos adversos. Afectación al paciente. Demora en la prestación del servicio. Reprocesos. Pérdida económica de materiales insumos y medicamentos.	Error en la producción al momento de realizar el reempaque de medicamentos sólidos.	Ejecucion y Administración de procesos	27600	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Menor	40%	Alto	1	Control de calidad durante la producción, anteriores y posteriores del reempaque de medicamentos sólidos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Media	60%	Bueno	40%	Moderado	Reduccion (mitigar)	Capacitación al personal sobre el procedimiento de reempaque	Aseguramiento de la calidad y dirección técnica	2025	Trimestral	En curso	Calidad de los medicamentos reempaques. Diligenciamiento correcto del Batch Record o registro de producción. DT-FO-208 FORMATO ORDEN DE PRODUCCIÓN DE REEMPAQUE. DT-FO-158 FORMATO REGISTRO DE REEMPAQUE POR MEDICAMENTO.												
2	Reputación	Solicitud erronea en la orden de producción por parte del servicio solicitante. Diligenciamiento erroneo en la orden de producción por parte del personal interno (Químicos Farmacéuticos). Fallas en el altamamiento por parte del personal interno (Auxiliares de la central de mezclas). Falla en la clasificación y sellado de los medicamentos sometidos a adecuación en análisis. Falla en la clasificación de insumos. Falla en la verificación y los correctos controles de calidad en proceso, anteriores y posteriores. Falla en la clasificación de insumos y error en la adición de los componentes en las preparaciones de nutriciones parenterales.	No se garantiza la concentración adecuada. Reacción adversa. Eventos adversos. Afectación al paciente. Demora en la prestación del servicio. Reprocesos. Pérdida económica de materiales insumos y medicamentos.	Error en la producción al momento de realizar las preparaciones magistrales estériles PME.	Ejecucion y Administración de procesos	2880	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	2	Control de calidad durante la producción, anteriores y posteriores del preparaciones magistrales y preparaciones de nutriciones parenterales	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Reduccion (mitigar)	Auditoría de calidad por parte de aseguramiento de la calidad	Aseguramiento de la calidad	2025	Trimestral	En curso	Calidad de los medicamentos sometidos a adecuación y ajustes de concentración. Diligenciamiento correcto del Batch Record o registro de producción. DT-FO-208 FORMATO PLAN DE MEZCLAS DE MEDICAMENTOS ANTIBIOTICOS, ONCOLOGICOS Y OTROS ESTERILES. DT-FO-226 FORMATO CONTROL DE CALIDAD A PRODUCTO EN PROCESO Y LIBERACION DE PRODUCTO TERMINADO ESTERILES CAP. FORMATOS DE ORDENES DE PRODUCCIÓN DE NUTRICION PARENTERAL (DT-FO-254, DT-FO-255, DT-FO-256) FORMATOS DE CONTROL DE CALIDAD (DT-FO-260 Y DT-FO-261).												
3	Reputación	No adherencia a los protocolos de ingreso a central de mezclas. Falla en el proceso de limpieza y desinfección de áreas, equipos y personal. No adherencia a los protocolos de limpieza y desinfección de áreas y equipos. Control de microbiológicos incorrecto.	Ambientes contaminados. Contaminación de preparaciones y mezclas. Crecimiento bacteriano. Eventos adversos por mezclas contaminadas. Afectación al paciente. Pérdida económica de materiales insumos y medicamentos contaminados.	Contaminación de las áreas de producción y de las preparaciones magistrales estériles PME.	Ejecucion y Administración de procesos	300	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	3	Análisis de controles microbiológicos mensuales de ambientes y superficies para las áreas y equipos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Mayor	80%	Alto	Reduccion (mitigar)	Controles microbiológicos para determinar la calidad de la preparación de los estériles en la central de mezclas	Aseguramiento de la calidad	2025	Trimestral	En curso	Informes de resultados satisfactorios de análisis microbiológicos emitidos por los laboratorios contratados. CRONOGRAMA DE MUESTREO MICROBIOLOGICO ANUAL Y MENSUAL. DT-FO-265 FORMATO DE REGISTRO, PUNTOS Y ROTACION DE MUESTREO CONTROL MICROBIOLOGICO CRONOGRAMA ANUAL.												
4	Reputación	Fallas eléctricas. Desconocimiento por parte de personal de la central acerca del riesgo de incendio. Falta de mantenimiento preventivo y/o correctivo	Afectación al paciente. Eventos adversos al paciente por no disponibles PME en ambientes controlados. Demora en la prestación del servicio. Reprocesos. Pérdida económica de materiales, insumos y medicamentos de cada día.	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.	Ejecucion y Administración de procesos	3	Riesgo	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	4	Seguimiento al cumplimiento a la Ejecución de cronograma de mantenimientos preventivos de equipos en central de mezclas. Capacitación en manejo de equipos de periodicidad anual en central de mezclas.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	24%	Moderado	60%	Moderado	Reduccion (mitigar)	Seguimiento a los controles del programa de mantenimiento de equipos de central de mezclas	Aseguramiento de la calidad y dirección técnica	2025	Trimestral	En curso	Acta del cumplimiento de los Mantenimientos preventivos y correctivos de equipos en central de mezclas. Acta de Capacitación en manejo de equipos de periodicidad anual en central de mezclas.												

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede ir en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Área o Servicio: SERVICIO FARMACEUTICO
Objetivo: Realizar actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico que contribuyan a brindar a los médicos las herramientas de diagnóstico e intervención temprana en los procesos de enfermedad para el restablecimiento de la salud del paciente.	
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.	

Referencia	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente				Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual					Plan de Acción									
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Atributos										Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)	
																Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Fractura	Evidencia	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%								Zona de Riesgo Residual
1	Reputacional	Fallas en la información de períodos anteriores, entrompeamiento en la contratación con los proveedores, conflictos en escenarios internacionales y salida de mercado de productos	Posibilidad de desabastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos en la institución con impacto reputacional	Error planteamiento de necesidad, bloqueo de los proveedores y desabastecimiento por producción de casas farmacéuticas	Ejecucion y Administración de procesos	7776	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	Planteamiento de necesidades según consensos promedios y evaluación de alternativas farmacológicas y de dispositivos	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Recepción de necesidades por parte de los servicios farmacéuticos Acciones de prevención para evitar del desabastecimiento	Director administrativo del servicio farmacéutico	2025	Trimestral	En curso	Demanda de medicamentos de acuerdo a las necesidades - Relacionado mediante envío de correo institucional de la demanda de necesidades
2	Reputacional	Medicamentos con alertas sanitarias emitidas por INVIMA, medicamentos almacenados incorrectamente, medicamentos vencidos, medicamentos alertados, medicamentos no solicitados, medicamentos sin semaforización	Probabilidad de fallas en la recepción técnica y almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos en el servicio farmacéutico; mal ingreso de los medicamentos y dispositivos médicos; administración de medicamentos innecesarios, inefectivos e inseguros; posibles eventos adversos medicamentosos	Error en el proceso de recepción técnica. No se verifica las especificaciones técnicas, por ende, error en el proceso almacenamiento	Ejecucion y Administración de procesos	5001	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Menor	40%	Alto	2	Gestión de segura de medicamentos: Procedimiento de recepción técnica y almacenamiento; protocolo de gestión segura de medicamentos	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Menor	40%	Moderado	Reducir (mitigar)	Socialización de protocolos de gestión segura de medicamentos	Directora de Servicio técnica Farmacéutico	2025	Trimestral	En curso	Gestión segura de medicamentos mediante el diligenciamiento del formato de recepción técnica DT-FO-450 FORMATO DE RECEPCIÓN TÉCNICA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS
3	Reputacional	Fallas en la confirmación, en el alistamiento y entrega de los pedidos de medicamentos y dispositivos médicos. Administración tardía de los medicamentos a los pacientes	Distribución inoportuna de medicamentos y dispositivos médicos en los servicios asistenciales; reportes de PRUM de disponibilidad; inicio tardío de la farmacoterapia y complicación de la condición médica del paciente	Entrega inoportuna de medicamentos y dispositivos médicos en servicios asistenciales	Ejecucion y Administración de procesos	5001	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.	Moderado	60%	Alto	3	Auditorías internas de Farmacovigilancia Gestión del programa de farmacovigilancia	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Socialización del procedimiento de distribución de medicamentos y dispositivos médicos a auxiliares y regentes de las farmacias satélites	Directora de Servicio técnica Farmacéutico	2025	Trimestral	En curso	Auditorías internas de farmacovigilancia mediante el formato DT-FO-386- FORMATO DE CHECK LIST PARA RONDA DE FARMACOVIGILANCIA Gestión del programa de farmacovigilancia mediante confirmación y entrega de pedidos a los pacientes en el área asistencial (suministro de paciente mediante DGH)

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite leer una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.

Proceso: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO		Área o Servicio										IMAGENOLÓGIA																					
Objetivo:		En el servicio de imagenología, se pueden identificar varios riesgos que pueden afectar a los pacientes. Estos riesgos varían desde problemas técnicos hasta errores humanos, y sus consecuencias pueden ser significativas para la salud y la seguridad del paciente.																															
Alcance:		Desde la solicitud médica hasta la entrega del resultado																															
Referencia	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente				Evaluación del riesgo - Valoración de los controles						Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual				Plan de Acción									
						Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (reporte)
1	Reputacional	Error humano al no verificar la identidad del paciente antes de realizar el estudio. Falta de adherencia al protocolo de identificación de pacientes.	• Realización de estudios en la persona equivocada o intercambio de imágenes entre pacientes. • Diagnóstico erróneo o inapropiado, retraso en el tratamiento del paciente correcto y exposición innecesaria a la radiación para el paciente incorrecto.	Incorrecta identificación del paciente	Ejecución y Administración de procesos	29000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y acciones y/o de proveedores	Menor	40%	Alto	1	Protocolo de identificación correcta del paciente, y Adherencia del paquete instruccional de correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Menor	40%	Moderado	Reducir (mitigar)	Rondas de seguridad del apiente	Area de imagenología	2025	Trimestral	En curso	ID 3814 NUMERO DE SUCESOS DE SEGURIDAD REPORTADOS POR EL SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA (reportes de sucesos de seguridad relacionados a la identificación incorrecta de pacientes)
2	Reputacional	Problemas técnicos con el equipo, mal posicionamiento del paciente o técnica inadecuada.	• Necesidad de repetir el estudio. • Retrasos en el diagnóstico. • exposición adicional a radiación	Mal calidad en las imágenes.	Ejecución y Administración de procesos	42000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Alto	2	Adherencia al DT-PT-090 PROTOCOLO DE VERIFICACION DE CALIDAD DE LA IMAGEN	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Leve	20%	Moderado	Reducir (mitigar)	SOCIALIZACION al DT-PT090 PROTOCOLO DE VERIFICACION DE CALIDAD DE LA IMAGEN	Technologos en radiología	2025	Trimestral	En curso	ID 3824 TASA DE RECHAZO DE IMÁGENES RADIOLOGICAS (DT-FO-310 FORMATO DE VERIFICACION DE CALIDAD DE IMAGEN)
3	Reputacional	Uso de medios de contraste en pacientes con alergias conocidas, insuficiencia renal no detectada previamente, falta de una historia clínica completa o supervisión inadecuada durante el procedimiento	Reacciones alérgicas leves a graves, que pueden incluir anafilaxia (potencialmente mortal), daños renales en pacientes con función renal comprometida (nefropatía inducida por contraste)	Reacciones adversas a medios de contraste	Ejecución y Administración de procesos	900	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	3	1. Capacitación del protocolo de administración segura de medio de contraste. 2. Lista de chequeo procedimiento seguro radiología	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	SOCIALIZACION al DT-PT071 PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE MEDIOS DE CONTRASTE	Medico especialista Auxiliar de enfermería	2025	Trimestral	En curso	ID 3814 NUMERO DE SUCESOS DE SEGURIDAD REPORTADOS POR EL SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA 1. Acta de capacitación al protocolo de administración segura de medio de contraste 2. DT-FO-423 LISTA DE CHEQUEO PROCEDIMIENTO SEGURO RADIOLOGIA
4	Reputacional	Sobrecarga de trabajo, fallas en el sistema de programación, escasez de personal o problemas técnicos.	El empeoramiento de la condición del paciente debido a la falta de un diagnóstico o tratamiento oportuno.	Retrasos en la programación o realización de estudios	Ejecución y Administración de procesos	42000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Alto	4	Adherencia a los procedimientos del servicio.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Leve	20%	Moderado	Reducir (mitigar)	Socialización a los procedimientos del servicio	Area de imagenología	2025	Trimestral	En curso	ID 3810 TIEMPO PROMEDIO TRASCURRIDO ENTRE LA SOLICITUD DEL ESTUDIO RADIOLOGICO Y LA TOMA. ID 3816 OPORTUNIDAD EN PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA Con relación al reporte de oportunidad en DGH
													5																				

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no estará otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede ir en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso:	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Área o Servicio:	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
Objetivo:	Lograr una mejoría del estado nutricional, aumentando el aporte calórico proteico del usuario mediante tratamiento con dieta y educación para disminuir el riesgo de desnutrición y sus complicaciones.		
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.		

Referencia	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 (soporte)
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No Control	Descripción del Control	Afectación	Atributos					Probabilidad Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado							
																Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia										Evidencia	Con Registro					
1	Económico y Reputacional	No adherencia a la ejecución de las herramientas del tamizaje nutricional (OLNUT, NRS2002, STAMP) de manera adecuada por parte del personal médico y enfermería Posibilidad de ocurrencia de la inadecuada clasificación del riesgo nutricional	In oportunidad en la intervención nutricional Impidiendo detectar de forma temprana estados de malnutrición, lo cual afecta los procesos misionales con impacto económico.	In oportunidad en la prestación de servicio de valoración nutricional	Ejecución y Administración de procesos	6000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	1	CUMPLIMIENTO Cronograma del plan de capacitaciones anual del servicio de Nutrición y Dietética (trimestral) TH-FO-03	Impacto	Correctivo	Manual	25%	Documentado	Continua	Con Registro	Muy Alta	100%	Moderado	45%	Alto	Reducir (mitigar)	Cursos de tamizaje nutricional capacitación de herramientas de tamizaje nutricional	Coordinadora de Nutrición y dietética	2025	Trimestral	En curso	Acta de capacitaciones del cumplimiento del cronograma de nutrición y dietética			
2	Económico y Reputacional	No identificar de manera correcta el paciente	evento adverso tratamiento inadecuado afectación de salud al paciente	Identificación incorrecta del paciente en la implementación de la terapia nutricional	Ejecución y Administración de procesos	50000	Muy Alta	100%	Mayor a 500 SMMV	Catastrófico	100%	Extremo	2	Cumplimiento al Formato DT-FO-118 Formato Censos Diario de dietas	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Asesoría	Con Registro	Medio	60%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Inducciones y reeducaciones del personal de Nutrición y dietética	Nutricionista del servicio de alimentación	2025	Trimestral	En curso	diligenciamiento correcto del Formato DT-FO-118 Formato Censos Diario de dietas			
3	Reputacional	falta de adherencia a los procesos operativos, administrativos del banco de leche por parte del talento humano	evento adverso	Incumplimiento de protocolos, manuales del banco de leche humana	Ejecución y Administración de procesos	3600	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	3	Adherencia a Guías y formatos del Banco de Leche	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Asesoría	Con Registro	Medio	48%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Seguimiento al cumplimiento de procedimientos, manuales protocolos y guías del servicio de banco de Leche	Nutricionista banco de leche	2025	Trimestral	En curso	Cumplimiento a los formatos del área de banco de leche humana Manual de funciones de Banco de leche humana - lineamiento técnico de bancos de leche humana en colombia 2019 (MINSALUD)			

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO												Área o Servicio		PATOLOGIA																			
Objetivo: En el servicio de patología, los riesgos pueden ser diversos y están relacionados con la recolección, manejo, procesamiento e interpretación de muestras biológicas. Cualquier error en este proceso puede afectar tanto a los pacientes como al personal de salud.																																	
Alcance: Desde la solicitud medica hasta la entrega del resultado																																	
Referencia	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 (aporte)	OBSERVACIONES				
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	Nº Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Efectivos	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento			Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento
1	Reputacional	No adherencia al DT-PR-025 PROCEDIMIENTO GESTION DE MUESTRAS ANATOMOPATOLOGICAS	No credibilidad del diagnóstico.	Errores en la identificación de muestras anatomopatológicas	Ejecución y Administración de procesos	6480	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Alto	1	Verificación correcta de las muestras en el proceso de recolección e ingreso. Verificación cruzada	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Continúa	Con Registro	Baja	60%	Leve	20%	Moderado	Realizar (mejorar)	Capacitación al DT-PR-025 PROCEDIMIENTO GESTION DE MUESTRAS ANATOMOPATOLOGICAS	Auxiliar de patología Auxiliar Administrativo	2025	Trimestral	En curso	ID 3790 NUMERO DE SUCCESOS DE SEGURIDAD REPORTADOS POR EL PROCESO DE PATOLOGIA (reportes de sucesos de seguridad relacionados a la identificación las muestras)	
2	Reputacional	Fallas en los procesos de recolección, almacenamiento y transporte de las muestras	• diagnóstico impreciso • necesidad de repetir el procedimiento y aumento del tiempo de diagnóstico. • Ausencia de diagnóstico	Muestras anatomopatológicas no conformes	Ejecución y Administración de procesos	6480	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Alto	2	1. Verificación de la muestra teniendo en cuenta los requisitos técnicos dependiendo de las características 2. Capacitación al personal asistencial responsable de la muestra	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Continúa	Con Registro	Baja	60%	Leve	20%	Moderado	Realizar (mejorar)	Capacitación al DT-MA-014 MANUAL DE TOMA, TRANSPORTE Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE PATOLOGIA	Auxiliar de patología Auxiliar Administrativo	2025	Trimestral	En curso	1. ID 3788 MUESTRAS NO CONFORMES QUE LLEGAN AL SERVICIO DE PATOLOGIA (reportes de sucesos de seguridad relacionados a las muestras no conformes) 2. ACTA DE CAPACITACION AL DT-MA-014 MANUAL DE TOMA, TRANSPORTE Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE PATOLOGIA	
3	Reputacional	• Falta en los tiempos del ciclo del proceso • Daños en equipos • Falta de insumos	Retrasos en el inicio del tratamiento o en la toma de decisiones clínicas	Falta de oportunidad en la entrega de resultados	Ejecución y Administración de procesos	6480	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Alto	3	1. Reporte de oportunidad en DGH 2. DT-FO-405 Formato control del ciclo del proceso histológico	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Continúa	Con Registro	Baja	60%	Leve	20%	Moderado	Realizar (mejorar)	Socialización al DT-PR-025 PROCEDIMIENTO GESTION DE MUESTRAS ANATOMOPATOLOGICAS	Área de aptología	2025	Trimestral	En curso	ID 3785 OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE BIOPSIAS EN EL SERVICIO DE PATOLOGIA ID 3786 OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE ESTUDIOS DE ESPICMENS QUIRURGICOS EN EL LABORATORIO DE PATOLOGIA Con relación al reporte de oportunidad en DGH Con diligenciamiento del DT-FO-405 Formato control del ciclo del proceso histológico	

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgo, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite llevar una tiza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO		Área o Servicio: RADIOTERAPIA																																
Objetivo: Garantizar la seguridad de los pacientes, el personal y el entorno mediante la identificación, evaluación y gestión de los riesgos asociados con cada etapa del proceso de radioterapia y los equipos utilizados.																																		
Alcance: El alcance de la identificación de riesgos en el servicio de radioterapia abarca varios aspectos fundamentales para asegurar la seguridad y calidad del tratamiento, como lo son los pacientes, personal de radioterapia, equipos y tecnología, el entorno físico.																																		
Referencia	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente										Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual					Plan de Acción				
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de Impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Frecuencia	Documentación	Con Registrao	Evidencia	Con Registrao	Impacto & Probabilidad Residual	%	Impacto & Probabilidad Residual	%	Zona de Riesgo Residual	Reactor (mitigar)	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)	
1	Reputacional	Error humano en el diligenciamiento de datos y fallos en la identificación del paciente.	Procedimiento incorrecto, fallas en la facturación, glosas.	Entrada incorrecta de datos del paciente al sistema DGH o incorrecta identificación del paciente.	Ejecución y Administración de procesos	578	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Moderado	1	Uso correcto del sistema DGH y precisión en la entrada de datos y verificación de identificación correcta del paciente.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentación	Continua	Con Registrao	Media	48%	Leve	20%	Moderado	Reactor (mitigar)	Adherencia al procedimiento de radioterapia	Coordinadora Radioterapia	2025	Trimestral	En curso	En el Pc carpeta 2024 (CARPETA Documento y prediagnóstico INGRESO DE PACIENTE DGH Y BASE DE DATOS DE PACIENTES)	
2	Económico	Entorno inseguro (pisos resbaladizos, iluminación inadecuada). Equipo médico (cables, tubos). Falta de ayudas para la movilidad (sillas de apoyo). Cálculo inadecuado.	Afectación al paciente: listas psicológicas (medo a caerse de nuevo), sociales (dependencia), económicas (sobrecostos).	Caida de pacientes: Evento involuntario en que una persona resulta en el suelo desde su propia altura o desde su cama.	Usuarios, productos y practicas, organizacionales	300	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	2	Acompañamiento del paciente por parte del personal de salud del servicio y/o familiares dependiendo del estado del paciente.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentación	Continua	Con Registrao	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Reactor (mitigar)	Mediante el EPM se socializa y refuerza el acompañamiento a pacientes	Coordinadora Radioterapia	2025	Trimestral	En curso	Mensualmente se alimenta el Indicador ID 3318 Tasa de caídas de pacientes en el servicio de Radioterapia. Fotografías del acompañamiento en el EPM de cada mes.	
3	Reputacional	Limpieza, desinfección y Higiene de manos inadecuadas.	Complicaciones en el paciente y prolonga el tratamiento. Mortalidad.	Infecciones asociadas a la atención en salud. Probabilidad de que se presenten infecciones en pacientes derivadas de la atención en salud	Usuarios, productos y practicas, organizacionales	300	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	3	Diligenciamiento del formato de limpieza y desinfección de equipos (Tecnológicos). Certificado de "Curso E-learning Bioseguridad".	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentación	Continua	Con Registrao	Baja	36%	Mayor	80%	Alto	Reactor (mitigar)	Seguimiento de cumplimiento de controles mediante EPM	Coordinadora Radioterapia	2025	Trimestral	En curso	VE-FO-096 FORMATO RUTINAS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS (capota de limpieza y desinfección). certificado de Curso E-learning Bioseguridad.	
4	Reputacional	Errores en la simulación y planificación de tratamiento. No seguimiento del protocolo de planificación y cálculo de plan de tratamiento.	Demoras en el inicio de tratamiento. Afectación en la salud del paciente. Progresión de la enfermedad	Simulación, Planificación y verificación incorrecta del tratamiento de radioterapia técnica IMRT y conformacional o 3D	Usuarios, productos y practicas, organizacionales	300	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	4	Verificación inicial y consolidación de planes de tratamiento aplicando el formato DT-FO-091 FORMATO DE SIMULACIÓN. Correcta planificación y verificación del tratamiento de radioterapia registrado en el SOFTWARE DE VARIAN	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentación	Continua	Con Registrao	Baja	36%	Mayor	80%	Alto	Reactor (mitigar)	Adherencia al DT-MA-020 MANUAL DE SIMULACION PARA RADIOTERAPIA Adherencia al DT-PT-015 PROTOCOLO DE PLANEACION Y CALCULO DE PLAN DE TRATAMIENTO Adherencia al DT-PT-014 PROTOCOLO VERIFICACION MANUAL DE	Tecnologos en radioterapia Fisico medico Radioterapeuta	2025	Trimestral	En curso	Registro de planificación de los tratamientos en SOFTWARE DE VARIAN	
5	Reputacional	Exposición accidental a radiaciones ionizantes. Errores en la dosis administrada.	Administración de tratamiento incorrecta. Dosis en los tejidos sanos administrada.	Administración incorrecta del tratamiento de radioterapia.	Usuarios, productos y practicas, organizacionales	300	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	5	DT-PT-017 PROTOCOLO ADMINISTRACION DEL TRATAMIENTO. Monitoreo constante de la dosis establecida. Verificación de la dosis dada.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentación	Adaptación	Con Registrao	Baja	36%	Mayor	80%	Alto	Reactor (mitigar)	Adherencia al DT-PT-017 PROTOCOLO ADMINISTRACION DEL TRATAMIENTO	Tecnologos en radioterapia	2025	Trimestral	En curso	Monitoreo y verificación de dosis registrada en el SISTEMA ARJ en la administración del tratamiento	
6	Económico	Radiación en el ambiente	La exposición continua puede aumentar el riesgo de cáncer, daños en la piel y otros problemas de salud.	Exposición a Radiaciones Ionizantes	Ejecución y Administración de procesos	300	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	6	Protección personal uso de dosímetro para medir la exposición a la radiación. Uso de paredes y puertas de plomo. Capacitación al personal sobre exposición a radiaciones.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentación	Continua	Con Registrao	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Reactor (mitigar)	Adherencia al DT-MA-029 MANUAL DE PROTECCION RADIOLÓGICA RADIOTERAPIA VS 04	Tecnologos en radioterapia Fisico medico Radioterapeuta	2025	Trimestral	En curso	Dosímetros (informes mensual seguridad y salud en el trabajo capota Dosimetria FC). Acta de capacitación al personal sobre exposición a radiaciones. (SGSST)	
7	Económico	Falta de Recursos económicos. No contratación para el mantenimiento preventivo y correctivo.	Falla en el equipo. Reducción de la vida útil del equipo. Aumento de los costos de reparación. Riesgo para el personal. Multas y clausuras. Interrupción de los tratamientos.	Incumplimiento al seguimiento del mantenimiento preventivo y correctivo del Equipo	Ejecución y Administración de procesos	12	Baja	40%	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	7	Seguimiento al cumplimiento cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo en Radioterapia. Calibraciones del equipo.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentación	Continua	Con Registrao	Baja	24%	Catastrófico	100%	Extremo	Reactor (mitigar)	Velar por cumplimiento de mantenimiento en Radioterapia	Coordinadora Radioterapia	2025	Trimestral	En curso	M 3321 indicador cumplimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos. Informe mensual de la empresa encargada de los mantenimientos preventivos y correctivos.	

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo saiga del mapa no ostilar otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener 10 riesgos, lo que permite llevar una base de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO		Área o Servicio										SERVICIO DE REHABILITACIÓN																						
Objetivo:		En el servicio de imagenología, se pueden identificar varios riesgos que pueden afectar a los pacientes. Estos riesgos varían desde problemas técnicos hasta errores humanos, y sus consecuencias pueden ser significativas para la salud y la seguridad del paciente.																																
Alcance:		Desde la solicitud médica hasta la entrega del resultado																																
REFERENCIA	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles							Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual		Plan de Acción													
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Realización	Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona del riesgo residual	Tarificación	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)
1	Reputacional	Error del diligenciamiento del documento, nombre completo, cambio de documento de identidad por parte de facturación.	Procedimiento incorrecto del servicio de Rehabilitación. Falla en la facturación - Círcos	INCORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE	Ejecucion y Administracion de procesos	11490	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de alguna area de la organizacion	Leve	20%	Alto	1	Cumplimiento al Procedimiento de Identificación del paciente: Verificación de identificación correcta del paciente, entrevista de consulta de identificación de datos. Verificación manilla identificación paciente en hospitalización y urgencias.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Media	60%	Leve	20%	Moderado	Reducir (mitigar)	Inducción a colaboradores del servicio Socialización de procesos a colaboradores	Auxiliar administrativo	2025	Trimestral	En curso	Aderencia de identificación correcta del paciente (Informe del servicio de rehabilitación generado por seguridad del paciente)	
2	Reputacional	Déficit sensorial, deterioro cognitivo, dependencia para realizar actividades diarias, barandillas de camillas bajas, alteración de la marcha / movilidad física, pisos deslizantes e irregulares, medicamentos, no dominio de medidas de sujeción (bastón, caminadores, muletas.). Falta de educación por parte del servicio.	Evento adverso, fracturas, traumas, aumento estancia hospitalaria. Glosas, procesos legales. Afectación al paciente	CAIDA DE PACIENTES. TODO PACIENTE QUE POR ACCIÓN U OMISION SUFRIR CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA, DESDE CAMILLA O MEDIDAS DE SUJECIÓN.	Ejecucion y Administracion de procesos	1082	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Menor	40%	Moderado	2	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación de la escala de riesgo de caídas de J.H. Downton. Rondas de seguridad paciente. 	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Media	48%	Menor	40%	Moderado	Reducir (mitigar)	Socialización y análisis de procesos en EPM	Profesionales del servicio de rehabilitación Equipo de seguridad del paciente	2025	Trimestral	En curso	ID 3159-Tasa de caída pacientes en el servicio de rehabilitación en consulta externa. Indicador propio del servicio. <ul style="list-style-type: none"> Registro de historia clínica evidenciando parcialidad de escala de riesgos de caídas J.H Downton. Reporte generado por seguridad del paciente 	
3	Reputacional	Deficiencia de programas de inducción y reintroducción a personal temporal o fideatario. No implementación de rondas de seguridad que verifiquen la correcta higiene de manos y el funcionamiento de todos los dispositivos para esta acción. Falta de compromiso con la cultura institucional de seguridad y adopción de prácticas seguras. Ausencia de programas de capacitación al personal asistencial que incluyan evaluación de la adherencia. Falta de adherencia del personal de salud al protocolo institucional de higiene de manos basado en los 5 momentos de la oms. Falta de compromiso con la cultura institucional de seguridad y adopción de prácticas seguras. Falta de lavamanos e insumos para la higiene de las manos. Dispositivos necesarios para la higiene de manos como productos o dispensadores en inadecuadas condiciones o cantidad para su uso. Desconocimiento por parte del paciente de la importancia de la higiene de manos en el personal de salud.	No adherencia al protocolo de manejo de infecciones asociadas a la atención en salud, eventos adversos, aumento de infecciones,aumento estancia hospitalaria. Afectación al paciente.	INFECCIONES QUE EL PACIENTE ADQUIERE MIENTRAS RECIBE TRATAMIENTO PARA ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA Y EN QUIEN LA INFECCIÓN NO SE HABÍA MANIFESTADO NI ESTABA EN PERIODO DE INCUBACIÓN EN EL MOMENTO DEL INGRESO A LA INSTITUCIÓN.	Ejecucion y Administracion de procesos	11490	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Menor	40%	Alto	3	<ul style="list-style-type: none"> Reporte de control de infección en adherencia al lavado de manos Curso Bioseguridad a todo el personal de rehabilitación 	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Media	60%	Menor	40%	Moderado	Reducir (mitigar)	Análisis de reportes de sucesos de seguridad	Coordinadores de Rehabilitación Colaboradores del Servicio	2025	Trimestral	En curso	<ul style="list-style-type: none"> Informe de adherencia a higiene de manos. Informe de no adherentes Certificados de curso de bioseguridad de los colaboradores del servicio de rehabilitación. 	

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información debe administrarla la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.

Proceso: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	ÁREA O SERVICIO: LABORATORIO CLINICO
Objetivo: Realizar actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico que contribuyan a brindar a los médicos las herramientas de diagnóstico e intervención temprana en los procesos de enfermedad para el restablecimiento de la salud del paciente.	
Alcance: Desde la orden para prestación del servicio, hasta la entrega del informe sobre el servicio prestado al área interesada.	

Referencia	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Plan de Acción											
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No Control	Descripción del Control	Afectación	Atributos				Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual						Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (oposita)		
																Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Practicidad	Accesibilidad	Final	%							Impacto Residual Final	%
1	Reputacional	Error del diligenciamiento del documento, nombre completo (error de documento de identidad por parte de facturación).	Procedimiento incorrecto del servicio de Laboratorio. Faltas en la facturación. - Glosas de facturación.	INCORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE	Ejecucion y Administracion de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	Verificación de identificación correcta del paciente, entrega de copia de identificación de datos.	Impacto	Correctivo	Manual	35%	Sin Documentar	Aleatoria	Con Registro	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Seguimiento a listados de verificación de pacientes	Coordinador Laboratorio Clinico	2025	Semestral	En curso	Aderencia de identificación correcta del paciente (Informe generado por seguridad del paciente)
2	Economico y Reputacional	Inadecuadas condiciones de temperatura, humedad, iluminación, confort entre productos de diferente naturaleza, no congruencia (equipos) equipos de refrigeración.	RESULTADOS ERRONEOS; PERDIDA ECONOMICA; PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN LOS RESULTADOS	INCORRECTO ALMACENAMIENTO	Ejecucion y Administracion de procesos	56	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLM/V	Moderado	60%	Moderado	2	Gestión adecuada de los inventarios, asegurando que los productos, materiales, reactivos o suministros se almacenen en condiciones óptimas, con el fin de garantizar su calidad, disponibilidad y trazabilidad.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Aleatoria	Con Registro	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Seguimiento a controles establecidos	Coordinador Laboratorio Clinico	2025	Semestral	En curso	- Inventario de materiales, insumos y reactivos - Condiciones de almacenamiento - Sematización de fechas de caducidad
3	Reputacional	Falta de competencia técnica del personal; registros equivocados; falta de recursos económicos; adobrecidos.	RESULTADOS ERRONEOS; PERDIDA ECONOMICA; PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN LOS RESULTADOS	INCORRECTO DESARROLLO DE TECNOLOGÍA.	Ejecucion y Administracion de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	3	Identificar los riesgos durante cada una de las fases de procesamiento de las muestras clínicas; Monitoreo continuo del tecnología empleada para identificar cualquier cambio en la probabilidad o impacto de los riesgos; Revisiones y auditorías periódicas que permitan detectar los riesgos oportunamente.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Aleatoria	Con Registro	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Seguimiento de protocolos de identificación y procesamiento de muestras	Coordinador Laboratorio Clinico	2025	Semestral	En curso	análisis de controles de calidad internos - Análisis de controles de calidad externos - control diario de funcionamiento de los equipos - Análisis de resultados de Software 24/7
4	Economico	Inadecuadas condiciones de transporte y almacenamiento	RESULTADOS ERRONEOS; PERDIDA ECONOMICA; PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN LOS RESULTADOS	INCORRECTA DISTRIBUCIÓN, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO	Ejecucion y Administracion de procesos	365	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLM/V	Moderado	60%	Moderado	4	Implementación de prácticas y herramientas que aseguren que los insumos y reactivos se conserven durante todo el procesamiento; control de temperaturas y de almacenamiento	Probabilidad	Directivo	Manual	30%	Sin Documentar	Aleatoria	Con Registro	Media	42%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Seguimiento de controles establecidos	Coordinador Laboratorio Clinico	2025	Semestral	En curso	Soportes de monitoreo de las condiciones ambientales del almacén (temperatura, humedad) para asegurar la calidad y seguridad de los productos.
5	Economico	Faltas en las características del reactivo con alteraciones en los valores de control de calidad y muestras.	RESULTADOS ERRONEOS; PERDIDA ECONOMICA; PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN LOS RESULTADOS	INADECUADO DESEMPEÑO	Ejecucion y Administracion de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	5	Verificación de calidad de los insumos y reactivos para asegurar que cumplan con las especificaciones del fabricante; evaluación de condiciones de almacenamiento; Monitoreo de resultados para determinar si están cumpliendo con las expectativas de desempeño.	Probabilidad	Directivo	Manual	30%	Sin Documentar	Aleatoria	Con Registro	Media	42%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	cumplimiento de protocolos y lineamientos de verificación de la calidad de insumos	Coordinador Laboratorio Clinico	2025	Semestral	En curso	Soportes de controles de calidad internos - Soportes de controles de calidad externos - Soportes de monitoreo de las condiciones ambientales del almacén (temperatura, humedad) para asegurar la calidad y seguridad de los productos Soportes de monitoreo de las condiciones ambientales del almacén (temperatura, humedad) para asegurar la calidad y seguridad de los productos
6	Reputacional	Falta de competencia técnica del personal; errores de inspección; falta de inspección; ausencia del control (error/omisión/abandono); no verificación del control interno y externo (error sistemático).	RESULTADOS ERRONEOS; PERDIDA ECONOMICA; PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN LOS RESULTADOS	NO VALORACION DEL CONTROL DE CALIDAD	Ejecucion y Administracion de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	6	Recepción de reactivos e insumos; verificación de documentación del proveedor se encuentre completa que detalle el uso, condiciones de almacenamiento, lote y fecha de caducidad; verificar las características de los insumos y reactivos las cuales deben coincidir con las iniciales. -Llevar registro de los controles realizados y su respectivo análisis para el plan de mejora.	Probabilidad	Directivo	Manual	30%	Sin Documentar	Aleatoria	Con Registro	Media	42%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Aplicación correcta de lista de chequeos	Coordinador Laboratorio Clinico	2025	Semestral	En curso	Control de inventario de reactivos que incluya cantidades, ubicaciones y fechas de caducidad con su respectiva sematización; Soportes de monitoreo de las condiciones ambientales del almacén (temperatura, humedad) para asegurar la calidad y seguridad de los productos; análisis de resultados obtenidos de control de calidad interno.
7	Reputacional	Inadecuada interpretación, transcripción errada del resultado; entrega equivocada del resultado	RESULTADOS ERRONEOS; PERDIDA ECONOMICA; ASPECTOS MEDICO-LEGALIS; PERDIDA DE OPORTUNIDAD EN LOS RESULTADOS	INCORRECTO RESULTADO	Ejecucion y Administracion de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	7	Garantizar la precisión, confiabilidad y consistencia de los resultados obtenidos durante su procesamiento y análisis; Evaluar y monitorear los resultados para asegurar que cumplan con los estándares de calidad y las especificaciones requeridas	Probabilidad	Directivo	Automático	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Monitoreo de resultados y cumplimiento de estándares de calidad	Coordinador Laboratorio Clinico	2025	Semestral	En curso	Soportes de controles de calidad internos. Soportes de controles de calidad externos; análisis de resultados de Software 24/7
8	Reputacional	Descumplimiento de las fichas de seguridad	REPERCUSIÓN LEGAL Y ECONOMICA; CONTAMINACION AMBIENTAL; RIESGO DE SEGURIDAD; EXPOSICIÓN A RESIDUOS PELIGROSOS; FALTA EN PROCESO DE RECICLAJE	INCORRECTA SEGREGACIÓN DE RESIDUOS.	Ejecucion y Administracion de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	8	Verificar el programa de gestión de residuos para asegurar que estos sean clasificados, manipulados y eliminados de manera adecuada; capacitación del personal en el uso correcto de contenedores y equipos de protección personal (EPP); garantizar la seguridad de los trabajadores es fundamental en el proceso de segregación de residuos, especialmente cuando se manipulan residuos peligrosos.	Probabilidad	Directivo	Manual	30%	Sin Documentar	Aleatoria	Con Registro	Media	42%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Capacitaciones al personal de EPP	Coordinador Laboratorio Clinico	2025	Semestral	En curso	Informe de adherencia al plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud; informes de generación de residuos peligrosos por área; informe de generación de residuos no peligrosos destinados al retiro sanitario e informe de generación de residuos no peligrosos destinados a reciclar por área.

*Nota: La columna referenciada se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA										Área o Servicio		VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA																					
Objetivo: Identificar y notificar eventos de interés en salud pública de acuerdo a los lineamientos establecidos por el ministerio de protección social en salud, con el fin de obtener datos para establecer estrategias de medidas de prevención y control																																	
Alcance: Desde la delimitación de las instancias asistenciales responsables en la detección y búsqueda diaria de eventos de interés en Salud Pública Hasta: el seguimiento a planes de mejora establecidos con base en el análisis de estadísticas resultantes de la notificación a nivel local, departamental y nacional según corresponda.																																	
Referencia	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente				Evaluación del riesgo - Valoración de los controles				Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual				Plan de Acción																
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Eficacia	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (aporte)
1	Económico y Reputacional	No cumplimiento y/o desconocimiento de los procedimientos institucionales	Aumento del volumen de notificaciones que se han presentado	Notificación de los eventos con baja calidad de datos. Mejorar la calidad del dato en sistema de notificación de SIVIGILA para favorecer el análisis institucional y extrainstitucional	Ejecución y Administración de procesos	800	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	1	Verificación de laboratorios, reportes de patología e historia clínica. Búsqueda activa de la institución. Revisión de historias clínicas y confirmación de datos reales de identificación	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Revisión de la notificación bajo los estándares de protocolo capacitación, infografía, reconocimiento eno tiempo de los eventos	Coordinador Vigilancia Epidemiológica	2025	Semestral	En curso	PORCENTAJE DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA DE NOTIFICACION INMEDIATA
2	Económico y Reputacional	No adherencia a guías de práctica clínica. No disponibilidad del antibiograma en la institución	Incumplimiento y sanciones de lineamientos establecidos	Incumplimiento con los lineamientos establecidos en el PROA del Minsalud. El desarrollo de los procesos establecidos en los lineamientos nacionales del Programa de Optimización de uso de Antibióticos favorece la reducción de la resistencia antimicrobiana en la institución	Ejecución y Administración de procesos	800	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	2	Modificación de la prescripción de la antimicrobiana por parte del equipo PROA en Pacientes Adultos Y pediátricos Seguimiento periódico para la inclusión de los indicadores establecidos en el Lineamientos durante los EPAMs	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Alteoría	Con Registro	Medio	48%	Catastrófico	100%	Extremo		Capacitación en el manejo de antibiogramas teniendo en cuenta guías de práctica clínica y fortalecimiento del equipo PROA Seguimiento periódico de los indicadores siguiendo los lineamientos del Minsalud	Coordinador Vigilancia Epidemiológica	2025	Semestral	En curso	PORCENTAJE DE RECHAZO VO CAMBIO DE TERAPIA ANTIMICROBIANA EN FONDA PROA HUEM. SEGUIMIENTO AL AJUSTE DE PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN PEDIATRIA DIRIGIDA POR PROA
3	Económico y Reputacional	No adherencia al manual de precauciones de aislamiento hospitalario	No adherencia a higiene de manos	Transmisión de infecciones asociadas a la atención en salud. Mecanismo por el cual se transmiten las infecciones y se describen los factores contribuyentes relacionados con estos	Ejecución y Administración de procesos	700	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	3	Medición de la adherencia de aislamiento hospitalario Medición de la adherencia a el protocolo de limpieza y desinfección Medición de la adherencia de higiene de manos	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Alteoría	Con Registro	Medio	48%	Catastrófico	100%	Extremo		Capacitación en protocolo de higiene de manos Inclusión en evaluación del desempeño del ítem de lavado de manos capacitación de usuarios	Coordinador Vigilancia Epidemiológica	2025	Semestral	En curso	NIVEL DE ADHERENCIA A PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN NIVEL DE ADHERENCIA A HIGIENE DE MANOS
4	Económico y Reputacional	complejidad de una vacunación masiva	complejidad de una vacunación masiva	Incumplimiento al plan Nacional de Vacunación PAI regular. La cobertura y las jornadas de vacunación, la búsqueda activa institucional y el cumplimiento de los lineamientos favorece la prevención de enfermedades infecciosas en todos los sectores vitales	Ejecución y Administración de procesos	700	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	4	Capacitación Continua al personal de la ESE HUEM y al equipo de vacunación Cumplimiento del Plan Nacional de vacunación	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Alteoría	Con Registro	Medio	48%	Catastrófico	100%	Extremo		Actualizar, planificación de agendas de acuerdo a la resolución y las etapas	Coordinador Vigilancia Epidemiológica	2025	Semestral	En curso	DOSES APLICADAS DE VACUNAS PAI REGULAR (INCLUYENDO COVID-19) DOSES APLICADAS DE VACUNAS APLICADAS EN RECHÉN NACIDOS Y PLAN CANGURO

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo sigue del mismo no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede ir en el riesgo 100 pero tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN		Área o Servicio: Docencia e Investigación																														
Objetivo: Perfeccionar habilidades y destrezas como mecanismo de generación de conocimiento a los futuros profesionales en las diferentes disciplinas de formación e incentivar la investigación que genere desarrollo al área donde se aplique.																																
Alcance: Desde la asignación de la práctica formativa hasta la presentación del trabajo de investigación hasta el aval de los resultados obtenidos																																
Referencia	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente				Evaluación del riesgo - Valoración de los controles				Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual				Plan de Acción				OBSERVACIONES											
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de Impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Frecuencia	Eficacia		Probabilidad Residual Final	%	Impago de riesgo residual	%	Zona de Riesgo Final	Tipo Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado
1	Reputacional	SOBRE CARGA LABORAL, EVENTOS O SUCESOS ADVERSOS, REGISTROS CLINICOS NO PERTINENTES	INCUMPLIMIENTO DE INDICADORES, CONTROL INADecuADO DE LOS ESTUDIANTES, CONFUSION DE ROLES, DESORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL-FI-FI-FI-FI	INCUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 10 PARAGRAFO 3 DEL DECRETO 2374 DE JULIO DE 2010 LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LOS ESTUDIANTES DE PROGRAMAS ACADÉMICOS DE REGISTRO QUE REQUIERAN SER SUPERVISADAS	Ejecución y Administración de procesos	180	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Moderado	1	DI-FO-005 FORMATO SUPERVISIÓN DE PRÁCTICAS	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Continúa	Con Registro	Bajo	38%	Leve	20%	Bajo	Reducir (mitigar)	RECOMENDACIONES EN LA INDUCCIÓN, CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS EN LOS COMITÉ, GARANTÍA DE LOS CONTRATOS DE LOS DOCENTES	COORDINADORA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	2025	Semestral	En curso	CONSOLIDADO DEL DI-FO-005 FORMATO SUPERVISIÓN DE LA PRÁCTICA
2	Reputacional	NO ADHERENCIA AL PROCESO DE ADMISIÓN INSTITUCIONAL	INCUMPLIMIENTO DE INDICADORES, CONTROL INADecuADO DE LOS ESTUDIANTES, CONFUSION DE ROLES, DESORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL	ESTUDIANTES EN PRÁCTICA FORMATIVA SIN CONVENIO VIGENTE	Ejecución y Administración de procesos	12	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Bajo	2	DI-FO-018 LISTA DE CHEQUEO CONDICIONES DE CALIDAD DE LOS ESCENARIOS DE PRÁCTICA FORMATIVA, CARTA DE PRESENTACIÓN A LOS DIFERENTES SERVICIOS	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Continúa	Con Registro	Bajo	24%	Leve	20%	Bajo	Reducir (mitigar)	REVISIÓN DE DOCUMENTOS DE ADMISIÓN PARA LA PRÁCTICA, APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO	COORDINADORA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	2025	Semestral	En curso	SCANNER DE DI-FO-018 LAS LISTAS DE CHEQUEO DE LAS CONDICIONES DE CALIDAD
3	Reputacional	NO RADICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS, FALTA DE ORGANIZACIÓN EN EL ARCHIVO DE LA INFORMACIÓN	PERDIDA DE CREDIBILIDAD EN EL PROCESO, POSIBLES HALLAZGOS EN PROCESOS DE AUDITORIA	PERDIDA DE INFORMACIÓN DE ARCHIVOS DE DOCENCIA SERVICIO	Ejecución y Administración de procesos	12	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	3	DI-FO-018 LISTA DE CHEQUEO CONDICIONES DE CALIDAD DE LOS ESCENARIOS DE PRÁCTICA FORMATIVA, CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN RADICADA CON CÓDIGO DIGITALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN BAKUP DE RESPALDO	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Continúa	Con Registro	Bajo	24%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	REVISIÓN DE DOCUMENTOS DE ADMISIÓN PARA LA PRÁCTICA, APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO DE SISTEMAS	COORDINADORA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN, COORDINADOR DE SISTEMAS	2025	Semestral	En curso	SCANNER DE DI-FO-018 LAS LISTAS DE CHEQUEO DE LAS CONDICIONES DE CALIDAD
4	Reputacional	NO RADICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN SIN EL AVIL DEL COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN	FUGA DE CONOCIMIENTO, FALTA DE CREDIBILIDAD, PERDIDA DE RECONOCIMIENTO DE CREDITOS INSTITUCIONAL	PERDIDA DEL CONOCIMIENTO EXPLÍCITO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIONES	Ejecución y Administración de procesos	6	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	4	DI-FO-201 FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Continúa	Con Registro	Bajo	24%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	REALIZACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN, PROMOVER LA INVESTIGACIÓN DENTRO DE LA INSTITUCIÓN	COORDINADORA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	2025	Semestral	En curso	REPOSITORIO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PÁGINA WEB EXTERNA - DI-FO-001 FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS INDICADOR: NUMERO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
5	Reputacional	INGRESO EXTEMPORANEO DE LOS ESTUDIANTES EN FORMACIÓN, FALTA DE TIEMPO DE LOS COORDINADORES PARA BRINDAR LA INDUCCIÓN	NO ADHERENCIA A LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES	INCUMPLIMIENTO DE LA INDUCCIÓN A LOS ESTUDIANTES AL INICIO DE SU PRÁCTICA FORMATIVA	Ejecución y Administración de procesos	6	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Bajo	5	DESDE LA OFICINA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN, SE PROGRAMARÁ LA INDUCCIÓN GENERAL PARA LOS PROFESIONALES EN FORMACIÓN, CON LA OFICINA DE TALENTO HUMANO, CON LOS LÍDERES DE LOS SERVICIOS DE ACREDITACIÓN, ASÍ MISMO, SE REALIZA INDUCCIÓN POR ÁREA ESPECÍFICA EN APOYO DE LOS COORDINADORES DE LOS DIFERENTES SERVICIOS	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Continúa	Con Registro	Bajo	24%	Leve	20%	Bajo	Reducir (mitigar)	PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA INDUCCIÓN	COORDINADORA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	2025	Semestral	En curso	ACTA DE INDUCCIÓN GENERAL Y ESPECÍFICA
6	Reputacional	INCUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN EL ACTA DE CONTRAPRESTACIÓN	NO CUMPLIMIENTO DE LA NORMAL INSTITUCIONAL POR DOCENTES Y ESTUDIANTES POR FALTA DE GARANTÍAS PARA EL DESARROLLO ACADÉMICO	INCUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 21, ITEM H DEL DECRETO 2374 DE JULIO DE 2010 EL HOSPITAL DEBE MEJORAR LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS ESPACIOS, INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN FÍSICA Y TECNOCIENTÍFICA	Ejecución y Administración de procesos	2	Muy Baja	20%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de referencia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	6	SUPERVISIÓN DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LOS COMITÉ DOCENCIA SERVICIO	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Continúa	Con Registro	Muy Bajo	12%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS DE CONTRAPRESTACIÓN Y OTRAS COMPROMISOS DERIVADOS DE LOS COMITÉ DOCENCIA SERVICIO	COORDINADORA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	2025	Semestral	En curso	ACTA DE COMITÉ DOCENCIA SERVICIO
7	Económico	NO ACREDITACIÓN	PERDIDA DE LA ESTAMPILLA HOSPITAL UNIVERSITARIO Y DEMÁS RECONOCIMIENTOS	PERDIDA DE CALIDAD DE HOSPITAL UNIVERSITARIO	Ejecución y Administración de procesos	1	Muy Baja	20%	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	7	CUMPLIMIENTO DE LA AUTOEVALUACIÓN ANUAL INSTITUCIONAL	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Continúa	Con Registro	Muy Bajo	12%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE ACREDITACIÓN	ESE HUEM	2025	Semestral	En curso	Informe anual de autoevaluación, HISTÓRICO DE AUTOEVALUACIÓN



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD		Área o Servicio: 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: Inicia desde la identificación de autodiagnósticos y aplicación de la autoevaluación institucional, hasta lograr el aprendizaje organizacional basado en la disminución de brechas en las desviaciones encontradas.																																	
Referencia	Identificación del riesgo			Análisis del riesgo inherente					Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Plan de Acción														
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de Impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo de Implementación	Frecuencia de Implementación	Calificación de Documentación	Frecuencia de Control	Evidencia de Control	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (reporte)	
1	Económico	Baja adherencia a la GUIA DE PLANES DE MEJORAMIENTO MC-GH-003	Generación de hallazgos a través de auditoría de Control Interno de Gestión y entes de control Sanciones administrativas, económicas, civiles y penales por parte de los diferentes entes de control	Incumplimiento a las acciones de mejora, formuladas por las diferentes fuentes en el aplicativo institucional PUM	Ejecución y Administración de procesos	12	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental y municipal	Mayor	80%	Alto	1	Seguimiento mensual de las acciones de mejora generadas por las diferentes fuentes al Equipo Primario de Mejoramiento Seguimiento trimestral de las acciones de mejora al Equipo de Mejoramiento Institucional	Impacto	Correctivo	Manual	25%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	40%	Moderado	60%	Moderado	Revisor (ing/eg)	Reportar del aplicativo PUM el estado de acciones generadas en un periodo de tiempo evaluar las acciones cumplidas e identificar las acciones en desarrollo y pendientes Identificar desde Planeación las acciones con brechas de calidad apoyando su respectiva gestión e identificación de necesidades	Profesional SIG	2025	Trimestral	En curso	Indicador: Porcentaje de cumplimiento de acciones de mejora Indicador 2: Oportunidad en el cumplimiento de acciones de mejora
2	Reputacional	Deficiente compromiso por parte de los colaboradores para la formación y actualización continua en aspectos de humanización de la atención que conlleva a un incumplimiento de la política. La dificultad para abordar adecuadamente las diversas necesidades y expectativas de los pacientes.	Las expectativas y percepciones negativas de los usuarios respecto a la atención, pueden influir en la percepción de la humanización de la atención, dando aumento en el número de PCR negativas	Incumplimiento de los principios orientadores de la Política de Humanización.	Ejecución y Administración de procesos	326	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	2	• Despliegues de la política y programa de humanización a todos los servicios de la ESE HUEM • Intervenciones de humanización a colaboradores (temas en PCRFD) • Encuestas de percepción del cuidado humanizado	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Revisor (ing/eg)	Curso e-learning de humanización Desarrollo de la semana de humanización	Referente de Humanización	2025	Trimestral	En curso	Actas de despliegue realizada en los servicios Acta de intervenciones realizadas a colaboradores Consolidado de encuestas realizadas en los servicios, tabulación de la información
3	Reputacional	FALTA DE PERSONAL - RECARGA LABORAL - ACTIVIDAD DE ANÁLISIS DISPENSARIA	AUMENTO DE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD - REQUERIMIENTOS DE LOS ENTES DE CONTROL	Fallas en el monitoreo de acciones producto de rondas.	Ejecución y Administración de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental y municipal	Mayor	80%	Alto	3	Cuadro consolidado de acciones producto de rondas cruzadas con PUM	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Mayor	80%	Alto	Revisor (ing/eg)	Realizar seguimiento mensual de las acciones de mejora reportadas en el Aplicativo PUM de la ESE HUEM, levantando indicador de % de cumplimiento de acciones de mejora	Referente de Seguridad del paciente	2025	Trimestral	En curso	Cuadro consolidado de acciones producto de rondas cruzadas con PUM
4	Reputacional	FALTA DE PERSONAL - RECARGA LABORAL - ACTIVIDAD DE ANÁLISIS DISPENSARIA PORQUE SON 35 PAQUETES	NO CUMPLIMIENTO DE POLITICAS DE SEGURIDAD NORMATIZADA POR MPS	Fallas en el monitoreo de actividades e indicadores establecidos en los paquetes instruccionales.	Ejecución y Administración de procesos	325	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental y municipal	Mayor	80%	Alto	4	Cuadro consolidado de monitoreo de indicadores y compromisos con cada paquete instruccional	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Mayor	80%	Alto	Revisor (ing/eg)	Analizar en el Equipo de Mejoramiento Institucional las acciones de mejora con su respectivo seguimiento	Referente de Seguridad del paciente	2025	Trimestral	En curso	Cuadro consolidado de monitoreo de indicadores y compromisos con cada paquete instruccional
5	Reputacional	FALTA DE PERSONAL - RECARGA LABORAL - ACTIVIDAD DE ANÁLISIS DISPENSARIA	DEMOORA EN DOCUMENTAR LOS INDICADORES EN TUCI - DEMORA EN LA NOTIFICACION A LAS EAFB - DEMORA EN EL SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES	Inportunidad en la entrega de los eventos adversos analizados.	Ejecución y Administración de procesos	50000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental y municipal	Mayor	80%	Alto	5	Seguimiento al formato MC-FO-015 Análisis y seguimiento, registro, análisis de sucesos de seguridad y acta modelo institucional.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Mayor	80%	Alto	Revisor (ing/eg)	Los responsables realizan seguimiento e implementación a los diferentes servicios asistenciales verificando la adherencia de los paquetes instruccionales a cada colaborador	Referente de Seguridad del paciente	2025	Trimestral	En curso	Consolidado del formato MC-FO-015, Análisis y seguimiento, registro, análisis de sucesos de seguridad y acta modelo institucional.
6	Económico	FALTA DE PERSONAL MEDICO	ATENCIÓN MEDICA NO ACORDE CON LOS LINEAMIENTOS DE LAS CLUS DE PRACTICA CLINICA DEL MPS QUE FUERON ADOPTADAS POR ESE HUEM	Inportunidad en la medición de la adherencia al protocolo de paciente trazador.	Ejecución y Administración de procesos	151	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	6	Programa anual de relación de áreas a ser auditadas con paciente trazador	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Revisor (ing/eg)	los responsables realizan seguimiento e implementación a los diferentes servicios asistenciales verificando la adherencia de los paquetes instruccionales a cada colaborador	Referente de Seguridad del paciente	2025	Trimestral	En curso	Programa anual de relación de áreas a ser auditadas con paciente trazador
7	Económico	FALTA DE PERSONAL - RECARGA LABORAL - ACTIVIDAD DISPENSARIA YA QUE SE DEBE CUBRIR 45 SERVICIOS AL MES	NO CUMPLIMIENTO DE POLITICAS DE SEGURIDAD NORMATIZADA POR MPS	Inportunidad en la adherencia a la cultura de seguridad del paciente	Ejecución y Administración de procesos	365	Media	60%	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	7	Programa anual de relación de áreas a donde se aplican las listas de adherencia a la cultura de seguridad del paciente	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Revisor (ing/eg)	los responsables realizan seguimiento e implementación del programa anual	Referente de Seguridad del paciente	2025	Trimestral	En curso	programa anual de relación de áreas a donde se aplican las listas de adherencia a la cultura de seguridad del paciente
8	Reputacional	falta de talento humano, no contar con información digital de egresos hospitalarios	perdida de la calidad de la historia clínica institucional sanciones económicas y de imagen institucional por no cumplimiento de la resolución 1996 de 1999	NO REALIZAR AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS	Ejecución y Administración de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental y municipal	Mayor	80%	Alto	8	laborales través de auditorías, capacitación	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Mayor	80%	Alto	Revisor (ing/eg)	Seguimiento acortijos establecidos	Auditor Medico de Calidad	2025	Trimestral	En curso	indicador: evaluación de historia clínica institucional
9	Reputacional	falta de talento humano, no contar con guías de prácticas clínicas institucionales, no contar con información digital de egresos hospitalarios	sanciones económicas por no cumplimiento de la resolución 408 del 2018, perdida de la calidad de la adherencia de guías de práctica clínica	NO REALIZAR AUDITORIA DE PRACTICAS CLINICAS	Ejecución y Administración de procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental y municipal	Mayor	80%	Alto	9	seguimiento mensual de la historia clínica institucional a través de auditorías, socialización de guías de práctica clínica institucional	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Sin Registro	Baja	30%	Mayor	80%	Alto	Revisor (ing/eg)	Seguimiento y socialización de guías de práctica clínica	Auditor Medico de Calidad	2025	Trimestral	En curso	indicador: adherencia a guías de práctica clínica institucional
10	Económico	Por el no cumplimiento de los criterios mínimos de habilitación	No cumplimiento de los estándares de habilitación	Posibilidad de incumplimiento de los requisitos mínimos de acuerdo a la resolución 3100 de 2019: prestar un servicio de salud sin cumplir con las condiciones mínimas de habilitación en sus criterios, capacidad técnico/administrativa, suficiencia patrimonial/financiera, capacidad tecnológica y científica.	Ejecución y Administración de procesos	365	Media	60%	Mayor a 500 SMLMV	Casero/crítico	100%	Extremo	10	• Seguimiento en el formato de Autoevaluación resolución 3100 • Autorcontrol de todos los servicios en el REPS	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Casero/crítico	100%	Extremo	Revisor (ing/eg)	Realizar mensualmente seguimiento en el formato de Autoevaluación resolución 3100 a cada servicio, protocolo DE ACUERDO A FECHA DE VENCIMIENTO para verificar el avance en el plan de cumplimiento de Habilitación Reportar esta información al líder del servicio para que sea analizada en subcomité de mejoramiento	Referente de habilitación	2025	Trimestral	En curso	Porcentaje de cumplimiento de indicadores de autocontrol de servicios

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede ir en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO		Área o Servicio: GESTIÓN 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: Desde la identificación de las necesidades del talento humano hasta la respuesta oportuna, pertinente y acorde a las políticas institucionales																																		
Referencia	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente										Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual					Plan de Acción				
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Efectividad	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Residual Final	Trasmitido	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)	
1	Reputacional	No entrega oportuna del formato de novedades por parte de los servicios de Talento Humano. Errores humanos al momento de liquidar	Demandas y/o acciones legales	Errores en la liquidación de la nómina, prestaciones sociales y parafiscales	Ejecución y Administración de procesos	12	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Bajo	1	Recepción del TH-FO-034 FORMATO REPORTE DE PROGRAMACIONES Y NOVEDADES DE TURNOS	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	24%	Leve	20%	Bajo	Reducir (mitigar)	Socialización del TH-FO-034 FORMATO REPORTE DE PROGRAMACIONES Y NOVEDADES DE TURNOS y envío de correo de la entrega oportuna	Oficina GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	2025	Semestral	En curso	Indicador de la entrega oportuna de Novedades (Relación del TH-FO-034 FORMATO REPORTE DE PROGRAMACIONES Y NOVEDADES DE TURNOS)	
2	Reputacional	Que no se recepcionan a tiempo por parte de las otras dependencias las quejas y/o solicitudes. Carga Laboral	No dar trámite en los tiempos establecidos de la solicitudes que sean radicadas al Proceso de Gestión y Desarrollo del Talento Humano. Demandas y/o acciones legales	No tramitar las quejas y/o informes radicados en el proceso de Gestión y Desarrollo del talento humano.	Ejecución y Administración de procesos	450	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Moderado	2	<ul style="list-style-type: none"> • Archivo de las respuestas y/o atenciones realizadas mediante la relación de Control de quejas y peticiones • Relación del Control de reporte de Agresiones y comportamiento agresivos 	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Leve	20%	Bajo	Reducir (mitigar)	Socialización del Buzon de Sugerencias, Capacitación de la Guía de Agresiones	Oficina GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	2025	Semestral	En curso	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador del Índice de resolución de quejas y peticiones (Relación de control de quejas y peticiones) • Indicador de Reporte de Agresiones y comportamientos agresivos entre colaboradores y/o entre pacientes y colaboradores (Relación de control del reporte) 	
3	Reputacional	Falta de Capacitación y/o inducción. Omisión del reporte de accidente de trabajo por el colaborador fuera de los tiempos establecidos. Errores en la plataforma de la ARL	Sanciones legales, llamados de atención. No reconocimiento económico de las incapacidades. Inoportunidad en la atención y autorizaciones por la ARL	Incumplimiento en el reporte de accidente de trabajo	Ejecución y Administración de procesos	40	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	3	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de inducción y re inducción E-Learning. • Capacitación reporte de accidente de trabajo y lecciones aprendidas. • Reporte escrito estadístico de la accidentalidad 	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Mayor	80%	Alto	Reducir (compartir)	Capacitación de accidentes de trabajo y el reporte oportuno	Oficina GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	2025	Semestral	En curso	<ul style="list-style-type: none"> • Acta verificación curso de inducción y reinducción. • Acta capacitación reporte de accidente de trabajo. • Envío mediante Correo electrónico del Reporte escrito estadístico de la accidentalidad 	
4	Reputacional	Errores en la verificación de la documentación que aporta el personal al área de Talento Humano	Ingreso de personal no idóneo Demandas y/o acciones legales	Soportes falsos o adulterados en la hoja de vida aportada por el personal que ingresa a la Entidad	Ejecución y Administración de procesos	10	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	4	TH - FO -002 FORMATO DE REQUISITOS PARA INGRESO Y PERMANENCIA	Probabilidad	Detectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	28%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Envío de correo para el cumplimiento de los requisitos	Oficina GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	2025	Semestral	En curso	Consolidación de formato de Ingreso de Servidores Públicos mediante el TH - FO -002 FORMATO DE REQUISITOS PARA INGRESO Y PERMANENCIA	
5	Reputacional	Recarga Laboral. Falta de conocimiento. Falta de tiempo por parte de los responsables	Incumplimiento en los objetivos institucionales	No cumplimiento del Plan de Formación y Capacitación	Ejecución y Administración de procesos	600	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Leve	20%	Moderado	5	TH - FO -032 Formato de Plan de Formación y Capacitación.	Probabilidad	Detectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	Media	56%	Leve	20%	Moderado	Reducir (mitigar)	Socialización mediante vía correo electrónico para el cumplimiento del programa	Oficina GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	2025	Semestral	En curso	Indicador del Cumplimiento de Plan de Formación y Capacitación-Actas del Seguimiento del Plan de Formación y Capacitación. Correo Electrónico	

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgo, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite tener una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: GERSTIÓN DE RECURSOS FISICOS Y GESTIÓN DE AMBIENTE	Área o Servicio: RECURSOS FISICOS, MATENIMIENTO Y GESTIÓN AMBIENTAL
Objetivo: Programar, coordinar y supervisar actividades que garanticen el buen estado de la infraestructura, bienes muebles, ambiente físico y suministro de ropa hospitalaria, así como el ingreso y distribución de activos fijos y de consumo.	
Alcance: Desde que se genera la necesidad en las diferentes áreas administrativas y asistenciales de la institución, hasta la solución de la misma.	

Referencia	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente							Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual					Plan de Acción							
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Atributos										Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)
																	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Revisión Periódica	Revisión Periódica Final	%	Impacto Residual Final	%								
1	Económico	Uso inadecuado de los bienes muebles e infraestructura física. Cumplimiento de la vida útil de los muebles e infraestructura física de la institución. Falta de seriedad de pertenencia y cuidado de la infraestructura física y/o bienes muebles de la institución. Eventos externos y/o fenómenos naturales.	Afectación en la calidad de la prestación de los servicios. Afectación a la imagen institucional.	POSIBILIDAD DE DAÑO EN LOS BIENES MUEBLES E INFRAESTRUCTURA FISICA	Ejecucion y Administración de procesos	1400	Alta	80%	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	<ul style="list-style-type: none"> RF-PR-008 PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE INFRAESTRUCTURA Y/O BIENES MUEBLES. RF-PR-009 PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE INFRAESTRUCTURA 	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	<p>El líder de recursos físicos y coordinador de mantenimiento realizan monitoreo al cumplimiento del formato RF-FO-008 FORMATO CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE INFRAESTRUCTURA Y/O BIENES MUEBLES, el cual se realiza teniendo en cuenta el RF-PR-008 PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE INFRAESTRUCTURA Y/O BIENES MUEBLES.</p> <p>Por medio de las mesas de ayudas se reciben solicitudes de mantenimiento del diferente servicio de la institución las cuales se atienden teniendo en cuenta el RF-PR-009 PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE INFRAESTRUCTURA</p>	Líder de gestión del ambiente y recursos físicos. Coordinador de mantenimiento.	2025	Trimestral	En curso	<ul style="list-style-type: none"> • BUEN ESTADO DE LA INFRAESTRUCTURA • MANTENIMIENTO CORRECTIVO POR MAL USO DE INFRAESTRUCTURA FISICA Y/O BIENES MUEBLES (GLPI) OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE INFRAESTRUCTURA (GLPI) 	
2	Reputacional	Ausancia de recolección de residuos oportuna del gestor externo de residuos. Espacio limitado para el almacenamiento central de residuos.	Acumulación de residuos en los cuartos de almacenamiento de la institución. Generación de malos olores al interior de la institución. (INCINERADO, RELLENO, RECICLAJE). Afectación del entorno para usuarios y/o colaboradores.	LIMITACION DE ESPACIOS PARA EL ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS (INCINERADO, RELLENO, RECICLAJE)	Ejecucion y Administración de procesos	1095	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	2	LA OFICINA DE GESTION AMBIENTAL REALIZA EL SEGUIMIENTO DEL RF-PL-001 PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS ATENCION EN SALUD	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	<p>Oficina de gestión ambiental realiza seguimiento de la correcta ejecución del plan de gestión integral de residuos generados en atención en salud RF-PL-001</p>	Oficina de Gestión Ambiental. Auxiliares de servicios Generales	2025	Trimestral	En curso	INDICADOR DE DESTINACION PARA INCINERACION. INDICADOR DE DESTINACION PARA RECICLAJE. INDICADOR DE DESTINACION PARA RELLENO SANITARIO	
3	Reputacional	Falta de control de zoonosis por parte de las autoridades sanitarias de la ciudad. Alimentación por parte de los servicios del primer piso para los animales de la calle. Falta de control de zoonosis por parte de las autoridades sanitarias de la ciudad.	Presencia de Zoonosis en usuarios y/o colaboradores. Afectación en la calidad de la prestación de los servicios. Daño de los bienes muebles e infraestructura física.	PROLIFERACION DE ANIMALES DENTRO DE LA ESE HUEM	Ejecucion y Administración de procesos	365	Medio	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	3	<ul style="list-style-type: none"> • CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL DE LOS ANIMALES DENTRO DE LA INSTITUCIÓN. • REPORTE DE INFORME A ENTIDADES DE CONTROL DE ANIMALES 	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Bajo	36%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	<p>La oficina de gestión ambiental incluye la capacitación al personal de la institución en plan de capacitación anual del área de gestión ambiental referente a la proliferación de animales callejeros en la institución.</p> <p>La oficina de gestión ambiental realiza reporte a las entidades para ejecución de control sanitario</p>	Oficina de Gestión Ambiental. Coordinador de Mantenimiento	2025	Semestral	En curso	Acta de capacitación reporte a entidades de control	
4	Reputacional	Almacenamiento inadecuado de los equipos e insumos. Contingencia en la infraestructura física.	Posibilidad de daño en los equipos e insumos. Ocupación de espacios físicos no destinados para el almacenamiento de equipos e insumos.	INCUMPLIMIENTO DE ESPACIOS ADECUADOS PARA EL ALMACENAMIENTO DE EQUIPOS E INSUMOS	Ejecucion y Administración de procesos	1016	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	4	<ul style="list-style-type: none"> RF-MA-001 MANUAL DE BAJA DE BIENES MUEBLES E INVENTARIOS PARA LA ESE HUEM RF-GH-001 GUIA DE INVENTARIOS DE ALMACEN, MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS RF-PR-006 PROCEDIMIENTO DE INVENTARIOS ELEMENTOS DE ALMACEN, MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS 	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	<p>Se realizan las actividades según lo establecido en RF-MA-001 MANUAL DE BAJA DE BIENES MUEBLES E INVENTARIOS PARA LA ESE HUEM</p> <p>RF-GH-001 GUIA DE INVENTARIOS DE ALMACEN, MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS</p> <p>RF-PR-006 PROCEDIMIENTO DE INVENTARIOS ELEMENTOS DE ALMACEN, MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS</p>	Subgerencia Administrativa. Control Interno. Proceso de gestión de ambiente y recursos físicos. Aux administrativo de almacén	2025	Anual	En curso	<ul style="list-style-type: none"> Resolución de baja de bienes Acta y resolución de inventarios Listados de activos fijos Estado de inventario de activos fijos 	

*Nota: La columna referencial se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite tener una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: GESTIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS										Área o Servicio		GESTIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS																					
Objetivo: Asegurar la oportuna adquisición 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 institución, de acuerdo a los criterios de eficiencia, eficacia, economía, transparencia, publicidad, celeridad, imparcialidad, selección objetiva y demás principios que rigen la contratación																																	
Alcance: Abarca la totalidad de las áreas, servicios y dependencias que requieren apoyo logístico, técnico o asistencial para el cumplimiento de sus funciones misionales y de apoyo.																																	
Referencia	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de Impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Evaluación del riesgo - Valoración de los controles						Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual				Plan de Acción							
																Tipo	Implementación	Certificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de riesgo residual	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)
1	Económico	Urgencia de la necesidad a contratar, desconocimiento a definir las actividades necesarias, desconocimiento de los lineamientos contractuales, capacitación del personal	Posibilidad de la falta de planeación de las necesidades, errores, inexactitudes, ausencia de datos primordiales	Posibilidad de la falta de planeación en la solicitud de las necesidades del HUEM de manera inadecuada (Ciclo pre-contractual).	Ejecución y Administración de procesos	475	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	Revisión de los estudio previos	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentación	Continua	Con Registro	Bajo	36%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Profesionales y tecnico del area de GABYS, hacen la revisión jurídica y aprobación del estudio previo, posteriormente dependiendo de la modalidad de selección, se realiza el contrato como respaldo de dicha revisión.	Coordinador de bienes y servicios, Profesional especializado, profesional universitario de Gaby-Tecnico Administrativo	2025	Semestral	En curso	TIEMPO EN LA REVISIÓN JURÍDICA DEL ESTUDIO PREVIO - Estudio previo realizado
2	Económico	Ausencia de las fechas establecidas, caída o falla en las plataformas a subir, supervisión entregan tarde la información	Posibilidad de la Extemporaneidad de entregar información a los entes reguladores en la parte de los ciclos contractual y poscontractual	Posibilidad de multa o sanciones de los entes reguladores (SECOPI-SIA) debido a la extemporaneidad del incumplimiento normativo (Ciclos contractual-postcontractual).	Ejecución y Administración de procesos	475	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	2	Cronograma para subir los documentos	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentación	Alcance	Con Registro	Bajo	36%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Se tienen en cuenta los cronogramas de publicación, SECOPI II 1-3 día hábil y SIA 3 días hábiles, cumpliendo con la publicación de los documentos en sus diferentes etapas	Tecnico Administrativo	2025	Semestral	En curso	OPORTUNIDAD EN LA LEGALIZACIÓN DE LOS CONTRATOS - Legalización del contrato en tiempo asignado

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no estará otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Servicios.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso: GESTIÓN JURIDICA	Área o Servicio: JURIDICA ADMINISTRATIVA, CARTERA Y LABORAL
Objetivo: REPRESENTACIÓN Y ASESORÍA JURIDICA A LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEÓZ EN EL COMPONENTE LABORAL, TANTO EN LOS PROCESOS JUDICIALES EN DEFENSA DE SUS INTERESES, COMO EL ASESORAMIENTO A LAS ÁREAS QUE LO REQUIERAN, PARA REDUCIR LOS RIESGOS.	
Alcance: DESDE EL ANÁLISIS, LA PLANEACIÓN OPERATIVA Y TÉCNICA DE LA GESTIÓN JURIDICA EN LOS PROCESOS JUDICIALES, HASTA LA EMISIÓN DE CONCEPTOS JURIDICOS.	

Referencia	Identificación del riesgo											Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual					Plan de Acción						
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Atributos				Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Residual	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)
																Tipo	Implementación	Calificación	Documentación														
1	Económico	Falta de apoderado de la parte demandante dentro del proceso: imposibilidad de acceso a los expedientes digitales, la falta de informe de los apoderados al proceso	ALIMENTO DE LA CARTERA Y LA FALTA DE FLUJO DE RECURSOS	IMPOSIBILIDAD DE RECALDO EFECTIVO DE LA CARTERA	Fallas Tecnológicas	7	Baja	40%	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	Seguimiento de los procesos y de la gestión del abogado	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	24%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Revisión mediante plataforma de la Rama Judicial y SAMAJ, al igual que los correos institucionales (ZIMBERA), Control Doc y correo personal.	Juridica Cartera	2025	Anual	En curso	INFORMES- RELACION DE EXCEL CON BASE DE DATOS DE LOS PROCESOS- ESTADOS Y AUTOS
2	Económico	Imposibilidad acceso a todos las facturas con sus respectivos soportes	ALIMENTO DE LA CARTERA Y LA FALTA DE FLUJO DE RECURSOS	IMPOSIBILIDAD DE RECALDO EFECTIVO DE LA CARTERA	Fallas Tecnológicas	2	Muy Baja	20%	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	2	Seguimiento de los procesos ante la Superintendencia	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Muy Baja	12%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Revisión mediante plataforma de la Rama Judicial y SAMAJ, al igual que los correos institucionales (ZIMBERA), Control Doc y correo personal.	Juridica Cartera	2025	Anual	En curso	INFORMES- ACTOS ADMINISTRATIVOS DE CONCILIACION, SUSPENSIÓN O NO CONCILIACION
3	Económico	INSUFICIENCIA EN EL APORTE DE PRUEBAS DOCUMENTALES Fallas tecnológicas	DETRIENTO PATRIMONIAL DE LA ENTIDAD	INCUMPLIMIENTO EN LOS TERMINOS DE DEFENSA DEFENSA INSTITUCIONAL ANTE LA JURISDICCION ADMINISTRATIVA Y ORDINARIA	Fallas Tecnológicas	261	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Menor	40%	Moderado	3	Vigilancia judicial a través del aplicativo SAMAJ	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Reducir (mitigar)	Revisión mediante plataformas institucionales y personal (Control Doc, Zimbera y correo personal, SAMAJ)	Juridica Administrativa	2025	Semestral	En curso	Relacion de la vigilancia judicial consolidada en la planilla de excel
4	Económico	INSUFICIENCIA EN EL APORTE DE PRUEBAS DOCUMENTALES	DAÑO REPUTACIONAL Y DETRIENTO PATRIMONIAL DE LA ENTIDAD	INCUMPLIMIENTO EN LOS TERMINOS DE DEFENSA INSTITUCIONAL EN EL COMPONENTE ADMINISTRATIVO ANTE ENTES DE VIGILANCIA (SUPERSALUD-INVIAM-IDS)	Fallas Tecnológicas	10	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Menor	40%	Moderado	4	Documento de contestación ante entes de vigilancia	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	24%	Menor	40%	Moderado	Reducir (mitigar)	Revisión mediante plataformas institucionales y personal (Control Doc, Zimbera y correo personal, SAMAJ)	Juridica Administrativa	2025	Anual	En curso	Radicado y/o soporte de la contestación ante el ente de vigilancia
5	Reputacional	Falencias en la Representación Judicial- Extemporaneidad en la entrega de la información que es requerida por el apoderado a otras dependencias.	Falta de la continuidad en el seguimiento, monitoreo y control de las actuaciones judiciales que pueden generar una defensa oportuna o inatada, por los apoderados dentro de los procesos judiciales a su cargo - Falta de elementos probatorios para ejercer una correcta Defensa - Falta en el Servidor y/o sistema	La posibilidad de adelantar una defensa judicial con argumentación insuficiente - Demoras en la obtención de la información solicitada. No hacer seguimiento continuo a los estados judiciales y/o consulta de procesos por los encargados de esta actividad. Inasistencia a las audiencias sin mediar justificación suficiente con impacto reputacional	Ejecución y Administración de procesos	310	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	5	RASTREO DE LOS MOVIMIENTOS PROCESALES DARIOS VIRTUAL SEGUIMIENTO Y PUBLICACION EN CARTELESA (BITACORA)	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Se efectua monitoreo a la rama judiciala la pagina en consulta de proceso	Gestion juridica laboral	2025	Anual	En curso	Cosolidado de seguimiento
6	Económico	Falta de seguimiento a la actividad litigiosa - No atender de manera efectiva todas las actuaciones procesales que requiere un proceso judicial o extrajudicial ante los despachos judiciales, por parte de los apoderados	Incumplimiento de las obligaciones económicas o de hacer.	Incumplimiento de las decisiones judiciales en las que impongan a la entidad obligaciones económicas o de hacer - Inasistencia a las audiencias sin mediar justificación suficiente con impacto económico	Ejecución y Administración de procesos	280	Media	60%	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	6	REGISTRO INTERNO DE FECHAS DE VENCIMIENTOS MANUALES Y DIGITAL)	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Menor	40%	Moderado	Reducir (mitigar)	Revisión mediante plataformas institucionales y personal (Control Doc, Zimbera y correo personal, SAMAJ)	Juridica Laboral	2025	Anual	En curso	Radicado y/o soporte de la contestación ante el ente de vigilancia

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso:		GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA										Área o Servicio										GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA													
Objetivo:		Realizar la gestión para la identificación, evaluación, adquisición, puesta en marcha, mantenimiento, inspección y retirada de funcionamiento de las tecnologías de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz.																																	
Alcance:		Desde la identificación de necesidades de tecnología, hasta la renovación de la tecnología.																																	
Referencia	Identificación del riesgo										Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual										Plan de Acción				
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Atributos			Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Trasmitido	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)		
1	Económico	Incumplimiento de cronograma de mantenimiento. Cumplimiento de vida útil. Uso inadecuado de las tecnologías. Disponibilidad de materiales y repuestos.	Uso inadecuado de las tecnologías	Incumplimiento al cronograma de mantenimientos preventivos	Fallas Tecnológicas	3860	Alta	80%	Mayor a 500 SMLM/	Catastrófico	100%	Extremo	1	Cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo de las tecnologías	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Media	48%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Elaboración de cronograma	Coordinadores de las tecnologías (Biomédica, Industrial y Tc)	2025	Trimestral	En curso	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de mantenimiento preventivo de equipos médicos Cumplimiento de mantenimiento preventivo de equipos tic Cumplimiento de mantenimientos preventivos de equipos industriales de uso hospitalario 		
2	Económico	Incumplimiento de cronograma de mantenimiento. Cumplimiento de vida útil. Uso inadecuado de las tecnologías. Disponibilidad de materiales y repuestos.	Uso inadecuado de las tecnologías	Fallas en las tecnologías de la institución	Fallas Tecnológicas	3860	Alta	80%	Mayor a 500 SMLM/	Catastrófico	100%	Extremo	2	Directrices para la solicitud de tecnologías adicionales de periodicidad trimestral en el comité de gestión de la tecnología	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Solicitud de necesidades de tecnología por el servicio	Coordinadores de las tecnologías (Biomédica, Industrial y Tc)	2025	Trimestral	En curso	Gestión de solicitud de necesidades		
3	Económico	El personal encargado de manipular la tecnología no está en práctica la capacitación en el buen uso de las mismas.	Uso inadecuado de las tecnologías.	Uso inadecuado de las tecnologías.	Fallas Tecnológicas	3860	Alta	80%	Mayor a 500 SMLM/	Catastrófico	100%	Extremo	3	Capacitación al personal responsable en el manejo de las tecnologías asistencia y administrativo	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	48%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Capacitación a colaboradores del manejo de la tecnología	Coordinadores de las tecnologías (Biomédica, Industrial y Tc)	2025	Trimestral	En curso	Acta de capacitaciones a colaboradores sobre el manejo de la tecnología		
4	Económico	Incumplimiento de cronograma de mantenimiento. Cumplimiento de vida útil. Uso inadecuado de las tecnologías. Disponibilidad de materiales y repuestos.	Uso inadecuado de las tecnologías	Fallas en las mediciones de los equipos	Fallas Tecnológicas	3860	Alta	80%	Mayor a 500 SMLM/	Catastrófico	100%	Extremo	4	Medición obsolescencia de los equipos	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro	Medio	48%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	Calculo de las obsolescencia de las tecnologías	Coordinadores de las tecnologías (Biomédica, Industrial y Tc)	2025	Trimestral	En curso	Índice de obsolescencia		
5	Económico	Incumplimiento de traslado de la tecnología en el inventario del servicio del que se encuentre asignada	Posible pérdida del equipo. Dificultad cumplimiento cronograma de mantenimiento preventivo	Pérdida de la tecnología: traslado de un equipo a otro servicio	Daños Activos Físicos	5001	Muy Alta	100%	Mayor a 500 SMLM/	Catastrófico	100%	Extremo	5	Ejecución del procedimiento de inventarios elementos de alimentación, medicamentos y/o dispositivos médicos ser-pp-ops	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Medio	60%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	INFORMAR AL RESPONSABLE DE LOS SERVICIOS LAS TECNOLOGÍAS QUE SE NO ENCUENTRAN EN SERVICIO AL MOMENTO DE LA EJECUCION DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA SU RESPECTIVA BUSQUEDA	Coordinadores de las tecnologías (Biomédica, Industrial y Tc)	2025	Trimestral	En curso	REPORTE MANTENIMIENTO PREVENTIVO		

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso		Área o Servicio										DESTON FINANCIERA																									
Objetivo		Garantizar una administración eficiente, transparente y sostenible de los recursos financieros del hospital, asegurando la disponibilidad oportuna de fondos para la prestación continua y de calidad de los servicios de salud.																																			
Alcance:		Abrar todas las actividades relacionadas con la planeación, administración y control de los recursos económicos del hospital.																																			
Nº. Prioridad	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del riesgo	Clasificación del riesgo	Presencia con la realidad actual	Probabilidad	%	Análisis del riesgo interno		Zona de Riesgo	Descripción del control	Atractivo	Actuación					Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual					Plan de Acción													
									Control	%				Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)	
1	Repetitivo y Recurrente	RECUPERACION DE FACTURAS, COBROS CONTINUOS, INCUMPLIMIENTO DE LOS TERMINOS DE PAGOS EN LA FACTURACION, GENERACION DE GLOSAS	INCREMENTO DE SALDOS DE CONTAS, COBROS CONTINUOS, "COBROS AJUSTADOS" CORRIENTES PROCESOS LEGALES COMO SUBSIDIOS, DEMANDAS DE CONTAS DE LOS SERVICIOS	INCUMPLIMIENTO DE LOS TERMINOS DE PAGOS EN LA FACTURACION	Ejecución y Administración de procesos	6000	Muy Alto	###	Mayor	80%	Alto	1	Distribución de PROGRAMACIÓN ANUAL DE CAC PAC	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
2	Repetitivo y Recurrente	FALTA DE GESTION DE CONTABILIDAD, NO GENERAR UNA RECONCILIACION PARA DEFINIR LA CORTESIA.	INCREMENTO DE SALDOS DE CONTAS, "VENCIMIENTOS" OPORTUNIDAD DE RECIBIR PAGO DE SERVICIOS DE SALDO	EL NO RECALCULO DE LA CORTESIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALDO	Ejecución y Administración de procesos	500	Medio	###	Mayor	50%	Medio	2	OFICIO ENVIADO A LAS OFICINAS RESPONSABLES DE "PROCESOS CONTABLES" PERSEGUJIVO	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
3	Repetitivo	Demora en la entrega de la información, errores de diligenciamiento, información de ajuste	Errores en la entrega de la información, errores de diligenciamiento, información de ajuste	Errores en las conciliaciones bancarias	Ejecución y Administración de procesos	300	Medio	###	Mayor	20%	Medio	3	Informe de relación de conciliación al mesur fiscal, donde se señalen, errores, faltas de información	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
4	Repetitivo	Errores en la recepción de información, Errores en la clasificación de la información, Falta de actualización de procedimientos	Errores en la recepción de información, Errores en la clasificación de la información, Falta de actualización de procedimientos	Errores en la Preparación y presentación de Declaraciones, Impuesto Sobre Ventas, IVA, Renta, Impuesto DVA y Impuesto Industria y Comercio	Ejecución y Administración de procesos	27	Medio	###	Mayor	40%	Medio	4	Presentación de Declaraciones, Impuestos Sobre Ventas, IVA, Renta, Impuesto DVA y Impuesto Industria y Comercio	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
5	Repetitivo	Errores en la información recibida, Demora en la actualización de la información	Incumplimiento de la normalización de la E.S.E. HSEM	Fallas en la Preparación y presentación de Declaraciones Financieras	Ejecución y Administración de procesos	4	Alto	###	Mayor	40%	Medio	5	Presentación Informe de Estado Financiero de la ESE HSEM	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
6	Repetitivo	Demora en la recepción de información, Errores en la clasificación de la información, Falta de actualización de procedimientos	Retraso en la entrega de la información, Errores en la clasificación de la información, Falta de actualización de procedimientos	Fallas en la Clasificación de cuentas de procedimientos y provisiones de cuentas	Ejecución y Administración de procesos	300	Medio	###	Mayor	40%	Medio	6	Corrección entrega de cuentas de procedimientos y provisiones de cuentas	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
7	Repetitivo	Errores de diligenciamiento, errores de información, Falta de actualización de procedimientos	Errores de diligenciamiento, errores de información, Falta de actualización de procedimientos	Errores de Facturación cuentas de otros saldos de cuentas a normalizar	Ejecución y Administración de procesos	100	Medio	###	Mayor	40%	Medio	7	Facturación a otros saldos de cuentas a normalizar	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
8	Repetitivo	Errores en la recepción de información, Errores en la clasificación de la información, Falta de actualización de procedimientos	Errores en la recepción de información, Errores en la clasificación de la información, Falta de actualización de procedimientos	Fallas en la Preparación y presentación de Declaraciones Financieras	Ejecución y Administración de procesos	15	Alto	###	Mayor	40%	Medio	8	"Presentación del F704, "Presentación de Declaraciones, Impuesto Sobre Ventas, IVA, Renta, Impuesto DVA y Impuesto Industria y Comercio"	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
9	Repetitivo	Errores en la recepción de información, Errores en la clasificación de la información, Falta de actualización de procedimientos	Errores en la recepción de información, Errores en la clasificación de la información, Falta de actualización de procedimientos	Errores en el proceso de cierre contable	Ejecución y Administración de procesos	12	Alto	###	Mayor	40%	Medio	9	Cierre de ejercicio contable mensual de la ESE HSEM	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
10	Repetitivo	No se revisa de manera oportuna el estado de la ESE HSEM	Incumplimiento de la normalización de la E.S.E. HSEM	Fallas en la Actualización y seguimiento de provisiones, reservas y provisiones contables	Ejecución y Administración de procesos	1	Muy Alto	###	Mayor	40%	Alto	10	Actualización de Provisión, reservas y provisiones contables de la ESE HSEM	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
11	Repetitivo y Recurrente	Errores en la recepción de información, Errores en la clasificación de la información, Falta de actualización de procedimientos	Errores en la recepción de información, Errores en la clasificación de la información, Falta de actualización de procedimientos	No cumple con los tiempos establecidos para la entrega de información a los organismos, errores de información, errores de información, errores de información	Ejecución y Administración de procesos	60	Medio	###	Mayor	40%	Medio	11	Corrección por no cumplimiento de tiempos de entrega de información a los organismos, errores de información, errores de información, errores de información	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
12	Repetitivo y Recurrente	Errores en la recepción de información, Errores en la clasificación de la información, Falta de actualización de procedimientos	Errores en la recepción de información, Errores en la clasificación de la información, Falta de actualización de procedimientos	Información recibida presenta inconsistencias respecto a la información real	Definición y Administración de procesos	12	Alto	###	Mayor	40%	Medio	12	revisión de la información recibida y ajuste de provisiones contables y provisiones contables	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
13	Repetitivo	FALTA DE DOCUMENTACION POR PARTE DEL LEIADO, ERRORES DE CLASIFICACION DE LOS FACTORES, "SOPORTE" DE INFORMACION, "ANALISIS DE AGENDA"	"REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA"	NO PRESTACION DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	Definición y Administración de procesos	10400	Muy Alto	###	Mayor	100%	Alto	1	"FORMATO DE CONTROL DE AGENDAMIENTO DE CITAS MEDICAS"	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
14	Repetitivo	FALTA DE DOCUMENTACION POR PARTE DEL LEIADO, ERRORES DE CLASIFICACION DE LOS FACTORES, "SOPORTE" DE INFORMACION, "ANALISIS DE AGENDA"	"REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA"	ERRORES EN LA CODIFICACION DE PROCEDIMIENTOS Y CODIFICACION DE PROCEDIMIENTOS	Definición y Administración de procesos	40400	Muy Alto	###	Mayor	100%	Alto	3	"REVISOR DE SERVICIOS PRESTADOS POR ENTREGAS A RADICACIONES, "REVISOR DE SERVICIOS PRESTADOS POR ENTREGAS A RADICACIONES, "REVISOR DE SERVICIOS PRESTADOS POR ENTREGAS A RADICACIONES"	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
15	Repetitivo	NO HABILITACION POR PARTE DEL LEIADO, ERRORES DE CLASIFICACION DE LOS FACTORES, "SOPORTE" DE INFORMACION, "ANALISIS DE AGENDA"	"REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA"	ERRORES EN EL PROCESO DE AUTORIZACIONES	Definición y Administración de procesos	50605	Muy Alto	###	Mayor	100%	Alto	4	"CENSO DE AUTORIZACIONES"	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
16	Repetitivo	CARGA EXCESIVA DE INFORMACION EN LA FACTURACION, ERRORES DE CLASIFICACION DE LOS FACTORES, "SOPORTE" DE INFORMACION, "ANALISIS DE AGENDA"	"REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA"	ERRORES EN EL PROCESO DE RADICACION DE LAS ESP	Definición y Administración de procesos	40400	Muy Alto	###	Mayor	100%	Alto	5	"CERTIFICADO DE RADICACION DE FACTURAS, "CERTIFICADO DE RADICACION DE FACTURAS, "CERTIFICADO DE RADICACION DE FACTURAS"	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
17	Repetitivo	NO REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, ERRORES DE CLASIFICACION DE LOS FACTORES, "SOPORTE" DE INFORMACION, "ANALISIS DE AGENDA"	"REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA"	RETENCION DEL DINERO DE LAS ESP	Definición y Administración de procesos	8568	Muy Alto	###	Mayor	100%	Alto	6	"CERTIFICADO DE RETENCION DEL DINERO DE LAS ESP, "CERTIFICADO DE RETENCION DEL DINERO DE LAS ESP, "CERTIFICADO DE RETENCION DEL DINERO DE LAS ESP"	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
18	Repetitivo	NO HABILITACION POR PARTE DEL LEIADO, ERRORES DE CLASIFICACION DE LOS FACTORES, "SOPORTE" DE INFORMACION, "ANALISIS DE AGENDA"	"REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA"	ERRORES EN EL PROCESO DE RADICACION DE LAS ESP	Definición y Administración de procesos	480	Alto	###	Mayor	100%	Alto	1	"ACTA DE CIERRE TECNICO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR ENTREGAS A RADICACIONES, "ACTA DE CIERRE TECNICO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR ENTREGAS A RADICACIONES, "ACTA DE CIERRE TECNICO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR ENTREGAS A RADICACIONES"	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)
19	Repetitivo	RETRASO EN LA ENTREGA DE LA INFORMACION, ERRORES DE CLASIFICACION DE LOS FACTORES, "SOPORTE" DE INFORMACION, "ANALISIS DE AGENDA"	"REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA, "REPROGRAMACION DE AGENDA"	FALLA EN LA ENTREGA DE LA INFORMACION, ERRORES DE CLASIFICACION DE LOS FACTORES, "SOPORTE" DE INFORMACION, "ANALISIS DE AGENDA"	Ejecución y Administración de procesos	12	Alto	###	Mayor	100%	Alto	1	VERIFICACION DE LA INFORMACION PRECISADA POR LA INFORMACION DE MANEJO	Probabilidad	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Presencia	Actuación	Documentos	Con Registros	Responsable	Fecha implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (propósito)

Fuente: Análisis de Cuentas Resque Operativa Universidad de Risque por Dirección de Gestión y Desarrollo Institucional de Función Pública, 2023.



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

MATRIZ DE GESTIÓN DEL RIESGOS INSTITUCIONAL

CODIGO: PE-FO-020

VERSION: 4

FECHA: OCT 2024

PAGINA 1 DE 1

Proceso:	CONTRATACION VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD Y MERCADEO	Área o Servicio	CONTRATACION VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD Y MERCADEO
Objetivo:	Realizar un seguimiento exhaustivo al cumplimiento de los acuerdos de voluntades entre la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, las Entidades Responsables de Pago (ERP) y los prestadores de servicios de salud, conforme al Decreto 441 del 2022, abarcando las etapas precontractual, contractual y poscontractual, así como los mecanismos de protección a los usuarios. Además, se desarrollarán estrategias para promover y comercializar el portafolio de servicios de la IPS, asegurando que se cumplan las expectativas de satisfacción de los usuarios y posicionándonos como la mejor institución de salud en el departamento. Esto permitirá lograr un equilibrio entre la oferta, la demanda y las necesidades de la sociedad, generando una percepción positiva entre todos los actores involucrados en el proceso.		
Alcance:	Desarrollar una estrategia integral que contemple la gestión de contratos con las Entidades Responsables de Pago (ERP) para la venta de servicios de salud. Esta estrategia permitirá seleccionar y acordar diversas modalidades de pago, en función del objeto contractual y las obligaciones de las partes, en relación con los servicios y tecnologías incluidos en el plan de beneficios de salud o en el plan de intervenciones colectivas. El proceso iniciará con un análisis exhaustivo para la elaboración del plan estratégico de mercadeo, culminando con la medición de la satisfacción de las ERP respecto a la calidad y efectividad de los servicios ofrecidos.		

Referencia	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente				Evaluación del riesgo - Valoración de los controles										Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual					Plan de Acción										
	Impacto	Causas	Consecuencias	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad inherente	%	Criterios de impacto	Impacto inherente	%	Zona de Riesgo inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Atributos	Documentación	Eficacia	Evidencia	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado	Indicador (soporte)
1	Reputacional	Falta de comunicación internet servicios	incumplimiento al objeto contractual	promoción de servicios (cerrados temporalmente - inhabilitados)	Ejecucion y Administracion de procesos	2	Muy Baja	20%	El riesgo afecta la imagen de alguna area de la organizacion	Leve	20%	Bajo	1	Solicitud de Novedades de la prestación de servicios y daños de equipos	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Muy Baja	12%	Leve	20%	Bajo	Reducir (mitigar)	caracterización de los servicios	Oficina de contratación y mercadeo	2025	Semestral	En curso	registro de envío de solicitud por correo institucional - Actualización de los servicios de salud (cups - descripción)	
2	Reputacional	Por demora en el envío de la minuta contractual y firma del mismo, por parte de la ERP	Se pueden presentar hallazgos al momento de visita por parte de los entes de control	Demosa en la legalización por parte de la EAPB	Ejecucion y Administracion de procesos	43	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	2	Seguimiento a la legalización del contrato	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	seguimiento a la legalización de contratos	Oficina de contratación y mercadeo	2025	Semestral	En curso	registro de envío de solicitud por correo institucional - sobre legalización de contrato	
3	Reputacional	falla de comunicación y participación en las mesas de seguimiento	barreiras que afectan la ejecución contractual.	No reporte por parte de los servicios de los inconvenientes que se presentan en la ejecución contractual	Ejecucion y Administracion de procesos	7	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	3	Reporte de las inconvenientes que se presentan en la ejecución contractual	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	24%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Mesas de trabajo con las area de la ESE HUJEM y las EAPB	Oficina de contratación y mercadeo	2025	Semestral	En curso	registro de envío de solicitud por correo institucional - envío del formato de seguimiento CODIGO MV-FO-003 - FORMATO DEL SEGUIMIENTO A LA EJECUCION CONTRACTUAL DE LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES E INSPECCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO y invitación a las mesas de seguimiento	
4	Reputacional	Falta de compromiso de parte de las ERP para el diligenciamiento y tramite de esta actividad	incumplimiento al objeto contractual y la norma (Sanciones y multas)	Incumplimiento a la Norma	Ejecucion y Administracion de procesos	10	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	4	Solicitud a las EAPB del envío del acta de liquidación del contrato	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	24%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	solicitud a las EAPB del tramite de las actas de liquidacion	Oficina de contratación y mercadeo	2025	Semestral	En curso	registro de envío de solicitud por correo institucional - salida por cegob del acta de liquidacion.	
5	Reputacional	Que el servicio no esta incluido dentro del manual tarifado Sus Decreto 2423 del 31 de diciembre 1996	No ser atractivos para las ERP	Ofertar tarifas que no sean competitivas en el mercado	Ejecucion y Administracion de procesos	1	Muy Baja	20%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	5	estudios de mercado a entidades territoriales y racionales (publicas y privadas)	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Muy Baja	12%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Se realiza con investigación a otras entidades en plataformas digitales	Oficina de contratación y mercadeo	2025	Semestral	En curso	soporte de anexos de tarifas de diferentes entidades	
6																																		

*Nota: La columna referencia se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existirá otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede ir en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.

Proceso: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIA											Área o Servicio: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA																						
Objetivo: Prevenir, detectar y mitigar los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo (LAVFT) en todas las operaciones y relaciones contractuales del hospital público, garantizando la transparencia y legalidad en la gestión de los recursos.																																	
Alcance: Abarca todas las áreas de la ESE HUEM involucradas en los procedimientos relacionados con SARLAFT, como también a todos los colaboradores y contrapartes relacionadas																																	
Referencia	Identificación del riesgo				Análisis del riesgo inherente						Evaluación del riesgo - Valoración de los controles						Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual					Plan de Acción											
	Impacto	Causas	Consecuencias	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	Eficacia	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tiempo	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Estado
1	Económico y Reputacional	Legalización con soportes que no cumplen con las especificaciones.	Multas y sanciones para el hospital y/o falta de cumplimiento	Probabilidad de subregistro de recursos de la caja en el manejo de efectivo en unidades del HOSPITAL, para beneficio de algunos usuarios, o de terceros (como grupos al margen de la ley).	Ejecución y Administración de procesos	100	Media	60%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	1	Arqueros de Caja Menor por Control Interno y Líder Financiero	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Construccion	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	REVISION DE ARQUEOS	LIDER FINANCIERO Y CONTROL INTERNO	2025	Trimestral	En monitoreo y seguimiento
2	Económico y Reputacional	Por operar en zonas de Alto riesgo, los transportistas pueden ser sometidos a extorsiones por parte de grupos al margen de la ley.	Aumento de costos operativos debido al pago de extorsiones o pérdidas de insumos médicos y medicamentos por robos. Riesgo de interrupción en el suministro de insumos médicos y equipos esenciales, afectando la prestación de servicios de salud.	Probabilidad de pérdida de efectivo gestionado a través de los vehículos oficiales, para beneficio de algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Ejecución y Administración de procesos	250	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	Convenio con Banco Colpatría del servicio de recudo a través de firma especializada	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	SUPERVISION DE CONTROL INTERNO DEL PROCESO	TESORERIA, LIDER FINANCIERO	2025	Trimestral	En monitoreo y seguimiento
3	Económico y Reputacional	Legalización con soportes que no cumplen con las especificaciones.	Posibles sanciones administrativas o legales por incumplimiento de requisitos contables y fiscales.	Probabilidad del desvío de recursos de Caja - Manejo de Efectivo del HOSPITAL, con destino a pago de extorsiones realizadas por Grupos al Margen de la Ley.	Ejecución y Administración de procesos	34	Media	60%	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	3	Verificar la debida diligencia en Presupuesto antes de autorizar pagos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	36%	Leve	20%	Baja	Reducir (mitigar)	SUPERVISORES REALIZAN LA VALIDACION	TESORERIA, LIDER FINANCIERO	2025	Trimestral	En monitoreo y seguimiento
4	Económico y Reputacional	Vinculación de proveedores asociados a prácticas de LAFT/FPPADM	Riesgo de que los recursos del hospital sean utilizados para actividades ilícitas, exponiendo a la institución a investigaciones legales.	Probabilidad que HOSPITAL sea relacionado con actividades ilícitas al elegir a proveedores con proyección de lavado de activos, financiación del terrorismo o cualquier otra actividad ilegal.	Ejecución y Administración de procesos	300	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Menor	40%	Moderado	4	Realizar la Debita Diligencia y las cláusulas contractuales.	Probabilidad	Defensivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	Media	42%	Menor	40%	Moderado	Reducir (mitigar)	SUPERVISION DE OFICIAL DE CUMPLIMIENTO, A LAS AREAS ENCARGADAS DEL PROCESO DE DEBITA DILIGENCIA	OFICIAL DE CUMPLIMIENTO GABYS	2025	Trimestral	En monitoreo y seguimiento
5	Económico y Reputacional	Recibir donaciones a entidades sin ánimo de lucro, sin la verificación del cumplimiento de los requisitos legales y de la debida diligencia.	Posibles sanciones por incumplimiento de normativas de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.	Probabilidad de multas o sanciones por recepción de donaciones sin el lleno de los requisitos legales.	Ejecución y Administración de procesos	25	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	5	Validar el proceso de Debita Diligencia y cumplimiento de Cláusulas Contractuales	Probabilidad	Defensivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	Media	42%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	SUPERVISION DE OFICIAL DE CUMPLIMIENTO, A LAS AREAS ENCARGADAS DEL PROCESO DE DEBITA DILIGENCIA	OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	2025	Trimestral	En monitoreo y seguimiento
6	Económico y Reputacional	Contratación de colaboradores involucrados con el lavado de activos, financiación del terrorismo y cualquier otra actividad ilícita.	Riesgo de corrupción interna y filtración de información confidencial que comprometa la seguridad del hospital.	Probabilidad de contratar colaboradores involucrados con actividades relacionadas con el lavado de activos, financiación del terrorismo y cualquier otra actividad ilícita, afectando el desarrollo de las actividades del Hospital	Ejecución y Administración de procesos	1000	Alta	80%	Entre 10 y 50 SMLMV	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	40%	Moderado	6	Realizar la Debita Diligencia y las cláusulas contractuales a colaboradores	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Media	48%	Menor	40%	Moderado	Reducir (mitigar)	SUPERVISION DE OFICIAL DE CUMPLIMIENTO, A LAS AREAS ENCARGADAS DEL PROCESO DE DEBITA DILIGENCIA	OFICIAL DE CUMPLIMIENTO DOCCENCIA	2025	Trimestral	En monitoreo y seguimiento
7	Económico y Reputacional	Vinculación de estudiantes involucrados con el lavado de activos, financiación del terrorismo y cualquier otra actividad ilícita.	Pérdida de confianza de las instituciones académicas en el hospital como centro de formación profesional	Probabilidad de vincular por medio de convenios con universidades a estudiantes involucrados con actividades relacionadas con el lavado de activos, financiación del terrorismo y cualquier otra actividad ilícita, afectando el desarrollo de las actividades del Hospital.	Ejecución y Administración de procesos	3	Baja	40%	Entre 50 y 100 SMLMV	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	60%	Moderado	7	Realizar la Debita Diligencia y las cláusulas contractuales a estudiantes	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	Muy Baja	20%	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	SUPERVISION DE OFICIAL DE CUMPLIMIENTO, A LAS AREAS ENCARGADAS DEL PROCESO DE DEBITA DILIGENCIA	OFICIAL DE CUMPLIMIENTO DOCCENCIA	2025	Trimestral	En monitoreo y seguimiento	
8	Económico y Reputacional	Con el fin de disminuir riesgos operacionales en el transporte de productos a zonas de alto riesgo, HOSPITAL puede tercerizar el servicio de transporte.	Riesgo de incumplimiento en la entrega de insumos debido a fallas o conflictos con los proveedores de transporte.	Probabilidad que los transportadores de servicios del HOSPITAL tercerizados, paguen extorsiones a grupos al margen de la ley, para viabilizar las operaciones de entrega de los productos de HOSPITAL.	Ejecución y Administración de procesos	24	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	8	Realizar la Debita Diligencia y las cláusulas contractuales.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	24%	Leve	20%	Baja	Reducir (mitigar)	SUPERVISION DE OFICIAL DE CUMPLIMIENTO, A LAS AREAS ENCARGADAS DEL PROCESO DE DEBITA DILIGENCIA	OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	2025	Trimestral	En monitoreo y seguimiento
9	Económico y Reputacional	Demanda de recursos presupuestales para la implementación del programa de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo de HOSPITAL.	Desvío de recursos que podrían ser utilizados en otras áreas críticas del hospital, afectando la prestación de servicios de salud.	Probabilidad de Incumplimiento de las funciones del Oficial de Cumplimiento relacionadas circular externa ODI y ODES de la Superintendencia de Salud, por falta de recursos técnicos u operativos.	Ejecución y Administración de procesos	3	Baja	40%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	9	Aseguramiento del cumplimiento de reformas del Oficial de cumplimiento SARLAFT	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	Muy Baja	20%	Construccion	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	PROCEDIMIENTO EN GERENCIA, CAPACITACION	OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	2025	Trimestral	En monitoreo y seguimiento
10	Económico y Reputacional	Cambios en la normativa aplicable en materia de prevención de lavado de activos y societaria, o cambios en los procesos operativos o de apoyo de HOSPITAL.	Posibles incumplimientos normativos si el hospital no actualiza sus procesos conforme a la nueva legislación.	Probabilidad de incumplir con la frecuencia de actualización del manual SARLAFT de HOSPITAL, de acuerdo a las necesidades del proceso y por lo menos una vez cada dos (2) años.	Ejecución y Administración de procesos	2	Muy Baja	20%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	10	Actualización del Manual SARLAFT	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Muy Baja	12%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	ASESORIA EXTERNA	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	2025	Trimestral	En monitoreo y seguimiento
11	Económico y Reputacional	Asignación de recursos humanos, de tiempo o técnicos suficientes para realizar las capacitaciones.	Desconocimiento del personal sobre los protocolos de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.	Probabilidad de desconocimiento del sistema de SARLAFT, por falta de conocimiento de los temas y/o por ausencia de capacitación adecuadas.	Ejecución y Administración de procesos	2	Muy Baja	20%	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	11	Realizar capacitaciones al personal involucrado en el hospital	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	Muy Baja	10%	Leve	20%	Baja	Reducir (mitigar)	ASESORIA EXTERNA	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	2025	Trimestral	En monitoreo y seguimiento
12	Económico y Reputacional	Desconocimiento del proceso de reporte en el SIREL.	Omisión en la notificación de operaciones sospechosas, exponiendo al hospital a sanciones legales y administrativas.	Probabilidad de no realizar certificación ante la Superintendencia de Salud del cumplimiento de lo previsto en la normativa vigente.	Ejecución y Administración de procesos	12	Baja	40%	Mayor a 500 SMLMV	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	100%	Extremo	12	Realizar reportes obligatorios a la Superintendencia de Salud	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Baja	24%	Catastrófico	100%	Extremo	Reducir (mitigar)	ASESORIA EXTERNA	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	2025	Trimestral	En monitoreo y seguimiento

*Nota: La columna referencial se sugiere para mantener el consecutivo de riesgos, así el riesgo salga del mapa no existió otro riesgo con el mismo número. Una entidad puede ir en el riesgo 150 pero tener 70 riesgos, lo que permite llevar una traza de los riesgos. Esta información la debe administrar la Oficina Asesora de Planeación o Gerencia de Riesgos.