

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción	
		GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS	GCI-GCI-CP-01	INCUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTES		Riesgos Operativos	Falta de conocimiento del proceso de liquidación para los cierres parciales o traslado a hospitalización.	Una vez el paciente salga de su periodo de enfermedad crítica el medico dispondrá de acuerdo a la valoración diaria el momento adecuado para el traslado para un servicio de hospitalización. En el alistamiento de los documentos se puede omitir alguno de los formatos requeridos	DE PROCESO	PROCESOS	Inoportunidad en la oferta de un cubiculo a otro paciente. Inoportunidad en el cierre de la facturación.	No contar con la cultura de la comunicación formal.	Auditoría realizada por el comité de calidad semestralmente aplicando la lista de chequeo, la cual medirá el cumplimiento y la adherencia al Protocolo ENF-PT-21, Versión 3 del 22 de octubre de 2014 denominado Protocolo de Cuidado de Enfermería para el traslado Intra Institucional de la persona en estado crítico y no crítico median y ante las desviaciones encontradas se llevan a una reunión y se presentan para aplicar proceso de mejoramiento continuo, dejando evidencia en el formato de control de asistencia	GCI-GCI-CP-01	Falta de conocimiento del proceso de liquidación para los cierres parciales o traslado a hospitalización.	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Subgerente de Servicios Alto Costo (Nivel Directivo)				OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
		GESTIÓN DE INTERNACIÓN	GIN-HOS-CP-01	Incumplimiento en el manejo integral del paciente hospitalizado por la inadecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente		Riesgos Operativos	El incumplimiento en el manejo integral del paciente se puede presentar por la inadecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente por el desconocimiento de las técnicas de comunicación efectivas por el desconocimiento del protocolo para la adecuada comunicación de las personas que cuidan y atienden al paciente adoptado en la institución.	Se pueden general fallas en la atención integral del paciente por la mala comunicación entre el personal de salud	DE PROCESO	COMUNICACIÓN INTERNA	Demora en la prestación del servicio, generando insatisfacciones y estancias prolongadas de los pacientes en el servicio de hospitalización.	Capacitación a todo el personal asistencial en la comunicación asertiva y efectiva	La subgerencia de servicios médicos realizará una capacitación semestral al personal médico adscrito a esta subgerencia del protocolo de comunicación de la institución con el fin de desarrollar y/o mejorar las habilidades comunicativas del personal administrativo, la cual se realizará de manera virtual realizando las evaluaciones de adherencias de la capacitación en la herramienta de google form y con la cantidad de quejas de los usuarios por maltrato, siendo estos los criterios para determinar las posibles desviaciones.	GIN-HOS-CP-01		Actual	Correctivo	No	Si			Subgerente de Medicas (Nivel Directivo)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si	
		GESTIÓN DE INTERNACIÓN	GIN-HOS-CP-01	Incumplimiento en los tiempos de respuesta a interconsultas		Riesgos Operativos	La demanda de interconsultas de algunas especialidades supera la oferta de la institución	Se puede presentar demora en los tiempos establecidos para la respuesta de interconsultas de las diferentes especialidades que oferta la institución.	DE PROCESO	COMUNICACIÓN INTERNA	Aumento en el tiempo de estancia de los pacientes por demoras en la respuesta de interconsultas.	Capacitación de los médicos en relación a los tiempos de respuesta a interconsultas según lo establecido en el procedimiento de respuesta de interconsultas.	La subgerencia de servicios de manera mensual realiza la revisión de los indicadores de respuesta de interconsultas en el servicio de medicina interna para verificar el tiempo de respuesta de interconsultas de las especialidades medicas adscritas a esta subgerencia y de encontrar alguna desviación se plantan las acciones de mejora según sea el caso.	GIN-HOS-CP-01		Actual	Correctivo	No	Si						OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No	
Misional		GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO	IMA-01	Incumplimiento en la continuidad de la prestación del servicio de imagenología		Riesgos Operativos	No existe un plan de contingencia determinado para actuaciones en caso de eventualidades en los equipos.	Se puede presentar incumplimiento en la realización de los exámenes imagenológicos, pues se generan fallas técnicas en los equipos del servicio.	DE PROCESO	TECNOLOGIA	Demora en la prestación del servicio al paciente generando incumplimientos en la realización de exámenes y entrega oportuna de resultados para la oportuna ejecución de su tratamiento medico.	Programación de mantenimientos preventivos de los equipos que funcionan en el servicio de imagenología.	Definir por parte del Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnostico un control periódico mensual del funcionamiento de equipos con verificación de mantenimientos preventivos, repuestos pendientes de los mismos y demás, para tener información a la mano de la situación que presenta cada uno de los equipos que forman parte del servicio, de esta manera poder responder frente a cualquier eventualidad. La actividad de control se realizará de la mano del área de mantenimiento y de los ingenieros de las empresas a las que corresponden los equipos para garantizar la atención oportuna a cada uno de los equipos.	IMA-01		Actual	No	No						OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No		
Misional		GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO	IMA-02	Incumplimiento en la articulación del procedimiento de asignación de citas en el servicio de imagenología.		Riesgos Operativos	Falta de estandarización del procedimiento de asignación de citas en el servicio de imagenología.	Falta de la estandarización del procedimiento de asignación de citas en el servicio de imagenología.	EXTERNO	PROCESOS	Aumento de quejas por el desconocimiento por parte de los usuarios generando congestión en todos los canales de comunicación del servicio de imagenología por falta de estandarización del procedimiento correcto en la asignación de citas.	Definición de la ruta de acceso del servicio de imagenología.	La Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnostico realizara con una periodicidad mensual el control en el procedimiento definido para la asignación de citas de los usuarios con el fin de verificar que estas cumplan con las necesidades de los usuarios. Se realizará a través de la verificación de indicadores tales como Oportunidad en la asignación de citas para la toma del examen y una vez sea analizado se toman decisiones frente a las desviaciones encontradas.	IMA-02		Actual	No	No						DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	No		
Misional		GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO	IMA-03	Incumplimiento con la medición de la demanda insatisfecha presentada en el servicio de imagenología.		Riesgos Operativos	Falta de acciones de control que permitan la identificación de la demanda insatisfecha presentada en el servicio de imagenología.	Se evidencia desconocimiento de la demanda insatisfecha por falta de herramientas que suministren información sobre el rango de satisfacción en la prestación de servicios según los usuarios atendidos en el área.	INTERNO	PROCESOS	Aumento de quejas por falta de control sobre las fallas que se vienen presentando en la atención a los usuarios.	Recepción de quejas y reclamos interpuestas por los usuarios en el área del SIAU y respondidas a través de plan de mejora por el personal del servicio de imagenología.	El subgerente de Servicios de Apoyo Diagnostico realizará seguimiento mensual a la satisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios del área de imagenología con el fin de tomar decisiones que lleven al cumplimiento de todos los estándares de calidad a través del análisis periódico de los indicadores cada vez que sea encontrada alguna desviación.	IMA-03		Actual	No	No						DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	No		

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO	Imagenología	IMA-04	Probabilidad de punción e infección al personal en el procedimiento de radiología intervencionista.		Riesgos Operativos	Falla en la aplicación de las normas de bioseguridad establecidas para la sala en la cual se realiza el procedimiento.	Probabilidad de que ocurran eventos adversos en el momento de la realización de biopsias y/o drenajes durante los procedimientos de radiología intervencionista, tales como, punción e infección por el contacto directo con fluidos biológicos.	DE PROCESO	PROCESOS	Eventos adversos tales como la transmisión de enfermedades y/o infecciones.	Disposición de los elementos de bioseguridad en el área de trabajo.	El subgerente de Servicios de Apoyo Diagnóstico realiza de manera mensual el seguimiento al cumplimiento de las normas de seguridad dentro de la sala de los procedimientos de radiología intervencionista con lista de chequeo previamente establecida de acuerdo a los ítems institucionales que debe cumplir, con el fin de garantizar la seguridad del personal que lleva a cabo los procedimientos y el paciente. En caso tal de presentarse desviaciones, tomar las decisiones y los controles rigurosos correspondientes.	IMA-04		Actual	No	No							OPERATIVO				
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO	Laboratorio Clínico	7010-LCL	INCUMPLIMIENTO EN LA SOLICITUD, IDENTIFICACIÓN, TOMA, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DEL LABORATORIO CLÍNICO		Riesgos Operativos, Riesgos de Cumplimiento	Porque el personal desconoce los procedimientos, no se adhiere a los protocolos y omite las indicaciones dadas con respecto a los procedimientos	EL RIESGO DESCRIBE LA PROBABILIDAD DE QUE SE GENEREN SOLICITUDES DE LABORATORIOS DE FORMA INCORRECTA POR PARTE DEL MEDICO, DE QUE NO SE CUMPLA CON IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE PACIENTES Y MUESTRAS, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE INADECUADA DE LAS MUESTRAS DE LOS SERVICIOS DE INTERNACION AL LABORATORIO CLÍNICO.	DE PROCESO	PROCESOS	Inoportunidad en el resultado Diagnostico Incorrecto Perdida de Muestras Rechazadas Contaminación de las muestras Riesgos de exposición a microorganismos del personal que transporta las muestras	Paquete Instruccional Correcta Identificación de pacientes y muestras del Laboratorio Clínico, Estrategia 6 correctos en toma de muestras, capacitaciones a los servicios de internación en identificación, toma de muestras, conservación y transporte de las mismas, procedimiento de solicitud,	La profesional universitaria área de la salud laboratorio clínico junto con la profesional de calidad del laboratorio crearon, socializaron y aplicaron en los servicios de internación y ambulatorio de la ESEHUS los documentos GAD-LCL-PR-01 PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, RECEPCIÓN E IDENTIFICACIÓN, TOMA Y CONSERVACIÓN MUESTRAS BIOLÓGICAS, PROTOCOLO GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MUESTRAS DEL LABORATORIO CLÍNICO esto se ha venido realizando mediante capacitaciones a los colaboradores del laboratorio clínico esto con el fin de afianzar en ellos el conocimiento para el buen desarrollo en la practica diaria de su labor, en los servicios de internación se viene realizando desde el año pasado capacitaciones de acuerdo a las falencias mas evidentes aplicando la estrategia de los 6 correctos en toma de	7010-LCL	Porque el personal desconoce los procedimientos, no se adhiere a los protocolos y omite las indicaciones dadas con respecto a los procedimientos	Actual	No	No				Profesional Universitario área salud Laboratorio clínico (Profesional Universitario del Área de la Salud), Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnóstico (Nivel Directivo)	OPERATIVO	Moderado	Fuerte	Moderado	Sí		
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO	Laboratorio Clínico	GAD-LCL01	Probabilidad de falla en la toma, identificación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.		Riesgos Operativos, Riesgos de Cumplimiento	Falta de estrategias para la implementación del protocolo de correcta identificación del paciente y toma de muestras del laboratorio clínico.	Hace referencia al incumplimiento de las condiciones adecuadas de la toma, identificación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.	INTERNO	PERSONAL	Demora en el resultado diagnostico del paciente. Demora en el inicio del tratamiento del paciente. Deterioro de la muestra Evento Adverso	Manual de Toma y Transporte de Muestras del Laboratorio Clínico. Paquete Instruccional Correcta Identificación de muestras y pacientes del laboratorio clínico. Procedimiento de solicitud, recepción y toma de muestras de laboratorio clínico. Estrategias 6 correctos en toma de muestra. Estrategia de lideres de área.	La auxiliar administrativa de la recepción del laboratorio clínico diariamente realiza la trazabilidad de la recepción de las muestras que son tomadas en los servicios de hospitalización adicionalmente el bacteriologo realiza la verificación antes de procesar la respectiva muestra y registra en el sistema ENTERPRISE el respectivo tomado de la muestra, como evidencia se registra en el formato llamado trazabilidad de muestras tomadas en los diferentes servicios GDA-LCL-FO-25 Versión 3. Dado el caso la muestra no cumpla con los parámetros se realiza la devolución al servicio junto con la orden medica teniendo en cuenta algunas excepciones de acuerdo a la particularidad de la muestra, telefónicamente es informado a la jefe del servicio y se deja registro en la historia clínica en notas aclaratorias.	01	Actual	Correctivo	No	Sí				Profesional Universitario área salud Laboratorio clínico (Profesional Universitario del Área de la Salud)	OPERATIVO	Moderado	Fuerte	Moderado	No		
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO	Patología	GAD-PAT-CP-01	PROBABILIDAD DE ERROR EN LA IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS		Riesgos de Cumplimiento	NO TENER DEFINIDO EL MANEJO SEGURO DE MUESTRAS PARA EVITAR PERDIDA DE LAS MISMAS	PERDER LA TRAZABILIDAD DE LA MUESTRA DURANTE EL PROCESAMIENTO	DE PROCESO	PROCESOS	NO PODER EMITIR UN RESULTADO PARA APOYAR LA CONDUCTA MEDICA	ASIGNACIÓN DE CONSECUATIVO INTERNO A LA MUESTRA	EL HISTOTÉCNICO REALIZA A DIARIO LA CLASIFICACIÓN DE MUESTRAS Y ASIGNA EN LA HOJA DE SOLICITUD EL CONSECUATIVO INTERNO PARA REALIZAR SEGUIMIENTO DURANTE TODO EL PROCESAMIENTO DE MUESTRAS, EN CASO DE ENCONTRAR MUESTRAS SIN CONSECUATIVO INTERNO, NO SE DEBE SEGUIR EL PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA, HASTA ASIGNAR CONSECUATIVO.	GAD-PAT-CP-01		Actual	Preventivo	Sí	No				Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnóstico (Nivel Directivo)	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No	
Apoyo	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	Dotación e Insumos	GAF-DTI01	Probabilidad de pérdida, hurto o daño de los activos propiedad, planta y equipo de la ESE HUS		Riesgos Financieros, Riesgos de Cumplimiento	Falta de cumplimiento y aplicación del procedimiento de ingreso y salida de insumos a la ESE HUS. Falta de efectividad en el control de la revisión periódica a los inventarios	Es el riesgo de pérdida, hurto o daño de los elementos que son propiedad de la ESE HUS y son los recursos usados para el desarrollo de las actividades diarias en los servicios y demás áreas.	INTERNO	PROCESOS	- Detrimiento patrimonial - Sanciones disciplinarias	-Procedimiento inventario activos, bienes de consumo y devolutivos (GAF-DTI-PR-10) -Formato Toma física (GAF-DTI-FO-01) -Organización inventarios anuales a través de programación de toma de inventarios en servicios y áreas de la ESE HUS -Notificación de la toma de inventarios a los servicios y áreas -Actualización de la información en la DGH.	El profesional universitario almacenista general mensualmente programa y ejecuta toma física de inventarios en la ESE HUS con el apoyo de los profesionales del área de activos fijos del almacén, en conjunto con cada líder del área donde se realiza la toma de inventario. En caso de inconsistencias al comparar los inventarios con la vigencia anterior, se reporta por escrito al responsable del activo fijo, indicando la desviación(es) evidenciada(s) y solicitando en un plazo de tres (3) días respuesta al requerimiento. Se deja evidencia en la programación de la toma física de inventario en la ESE HUS, el oficio de reporte del inventario realizado, el formato de toma de inventario GAF-DTI-FO-01, el formato de responsable de activos fijos.	01	Falta de cumplimiento y aplicación del procedimiento de ingreso y salida de insumos a la ESE HUS.	Actual	Correctivo	No	Sí			Profesional Universitario Almacenista General (Profesional Universitario del Área Administrativa)	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No		

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción		
Apoyo	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	Dotación e Insumos	GAF-DT101	Probabilidad de pérdida, hurto o daño de los activos propiedad, planta y equipo de la ESE HUS	Riesgos Financieros, Riesgos de Cumplimiento	Falta de cumplimiento y aplicación del procedimiento de ingreso y salida de insumos a la ESE HUS. Falta de efectividad en el control de la revisión periódica a los inventarios	Es el riesgo de pérdida, hurto o daño de los elementos que son propiedad de la ESE HUS y son los recursos usados para el desarrollo de las actividades diarias en los servicios y demás áreas.	INTERNO	PROCESOS	- Detrimiento patrimonial - Sanciones disciplinarias	-Procedimiento inventario activos, bienes de consumo y devolutivos (GAF-DTI-PR-10) -Formato Toma física (GAF-DTI-FO-01) -Organización inventarios anuales a través de programación de toma de inventarios en servicios y áreas de la ESE HUS -Notificación de la toma de inventarios a los servicios y áreas -Actualización de la información en la DGH.	El profesional universitario almacenista general al inicio de cada vigencia y teniendo en cuenta el listado de activos fijos e inventarios, realiza la solicitud de adquisición de un programa de aseguramiento para la ESE HUS, dando cumplimiento a los requisitos aplicados a las instituciones públicas. En caso de no contratar oportunamente el programa de seguros se realiza notificación a la Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera y Oficina Asesora Jurídica para la oportuna toma del seguro. Como evidencia quedan definidas las pólizas contra riesgos para los activos de la ESE HUS.	02	Falta de efectividad en el control de la revisión periódica a los inventarios	Actual	Correctivo	No	Si					Profesional Universitario Almacenista General (Profesional Universitario del Área Administrativa)				OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Apoyo	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	Dotación e Insumos	GAF-DT102	Insuficiencia en la dotación de insumos y recursos para la operación de las áreas.	Riesgos Operativos, Riesgos de Cumplimiento	Recursos presupuestales limitados	Algunos requerimientos o solicitudes de insumos y recursos realizados al Almacén, desde los servicios y/o áreas de la ESE HUS, no son satisfechos el 100% debido a asignaciones presupuestales limitadas	INTERNO	PROCESOS	- Insatisfacción en los servicios y/o áreas de la ESE HUS - Inoportunidad en la atención de las necesidades - Distribución de los insumos y recursos según las existencias en almacén y no según las necesidades en los servicios y/o áreas de la ESE HUS	- Recursos presupuestales limitados - Notificaciones de contratos demoradas	El profesional universitario almacenista general cada vez que se realice requerimiento de insumos al almacén por las áreas de la ESE HUS, verifica las solicitudes contra las existencias de insumos en el almacén, para determinar la cantidad a despachar. En caso de no contar con existencias para responder a la necesidad de insumos del área, anualmente se realiza consolidación de las necesidades insatisfechas para ser presentada a la Unidad Funcional de Recursos Físicos y Servicios Básicos para su inclusión al plan de compras de la vigencia inmediatamente siguiente. Se registra la evidencia en el formato requerimiento almacén GAF-AL-FO-04, oficio con consolidado de necesidades para incluir al plan de compras.	01	Recursos presupuestales limitados	Actual	Correctivo	No	Si								DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No	
Apoyo	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	Gestión Ambiental	GAF-GEA01	Incumplimiento en la respuesta ante una emergencia de riesgo biológico	Riesgos Operativos, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	Falta de contrato de recolección para la prestación del servicio de recolección y disposición final de residuos.	Hace referencia a la capacidad que tenga al ESE HUS para responder cuando se presenten emergencias como sobre-capacidad de almacenamiento de residuos peligrosos y que no se puedan evacuar o dar tratamiento.	INTERNO	PROCESOS	Accidentes laborales de riesgo biológico Afectación de la imagen institucional Sanciones disciplinarias por entes de control	Contrato 394 de 2019 - recolección y tratamiento de residuos peligrosos (Sandesol) Instructivo de aseo, limpieza y desinfección	La Profesional Especializada de la Unidad Funcional de Recursos Físicos y Servicios Básicos, mensualmente realiza la verificación del cumplimiento contrato 394 para la recolección de los residuos por parte de la empresa de recolección y disposición de residuos, a través del informe de cumplimiento de los requisitos contractuales. En caso de incumplimiento de los requisitos contractuales se realiza requerimiento por oficio al contratista del cumplimiento de la obligación. Lo anterior queda registrado en las actas de interventoría GABS-ADQ-FO-06 las cuales reposan en el expediente del contrato 394 de 2019 ubicado en la oficina de Gestión Ambiental.	01	Falta de contrato de recolección para la prestación del servicio de recolección y disposición final de residuos.	Actual	Preventivo	Si	No					Profesional Universitario Servicios Básicos (Profesional Universitario del Área Administrativa)				DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Apoyo	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	Gestión Ambiental	GAF-GEA02	Incumplimiento en la segregación de residuos hospitalarios por parte del personal de la ese HUS	Riesgos Operativos, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	Falta de concientización, control y seguimiento sobre una errada segregación de residuos hospitalarios	El personal de la ese HUS no realiza una optima clasificación de residuos hospitalarios disponiendo los residuos en los recipientes que no corresponden y realizando una inadecuada identificación en la carta de colores establecida en el PGRIHS	INTERNO	PERSONAL	Ocurrencia de accidentes laborales de riesgo biológico	inspecciones a la correcta segregación en los servicios a través de la aplicación de una lista de chequeo	La profesional universitaria de Gestión Ambiental junto con el equipo de ambiente físico realiza ronda de inspección mensualmente a los servicios de la ese HUS con el fin de identificar la adecuada segregación de residuos hospitalarios. En caso de desviaciones durante la verificación se realizan acciones inmediatas; si no se puede actuar inmediatamente sobre el hallazgo se incluye el compromiso dentro del acta de reunión de las inspecciones. Se deja como evidencia la aplicación de lista de chequeo formato GAF-SBA-FO-07 Versión 3 elaborando acta de reunión la cual incluye compromisos de cumplimiento sobre las desviaciones encontradas.	01	Falta de concientización, control y seguimiento sobre una errada segregación de residuos hospitalarios	Actual	Correctivo	No	Si					Profesional Especializado Unidad Funcional Recursos Físicos y Servicios Básicos (Profesional Especializado del Área Administrativa)				DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción	
Apoyo	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	Infraestructura	GAF-IFR01	Probabilidad de falla en la estructural sismo-resistente de las edificaciones de la ESE HUS.	Gerenciales, Riesgos de Tecnología, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	Gerenciales	Falta de incorporación de lineamientos de hospital inteligente dentro de la institución	La infraestructura de la ESE HUS puede presentar posibles fallas en la estructura como lo son en muros y/o columnas teniendo en cuenta la estructura sismo-resistente	INTERNO	TECNOLOGIA	Daños no recuperables en la infraestructura del edificio Pérdidas económicas	Lista de chequeo para verificación de cumplimiento de requisitos mínimos de habilitación Reforzamiento estructural de torre	El profesional especializado de recursos físicos mensualmente realiza inspecciones de seguridad del ambiente físico, aplicando lista de chequeo código GAF-SBA-FO-07 que incluye el componente de infraestructura, con el cual se elabora un informe con los principales hallazgos que afectan el funcionamiento no estructural de la planta física, los hallazgos que se pueden resolver de manera rápida con los recursos existentes se ejecutan en los días próximos, los hallazgos que requieren mayores recursos técnicos y financieros se reportan a la subgerencia administrativa y financiera para su gestión, dejando evidencia en la lista de chequeo, informe escrito y por correo electrónico.	01	Falta de incorporación de lineamientos de hospital inteligente dentro de la institución	Actual	Preventivo	Si	No			Profesional Universitario Servicios Básicos (Profesional Universitario del Área Administrativa)				OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Apoyo	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	Infraestructura	GAF-IFR02	Probabilidad de falla de elementos no estructurales y de funcionamiento de la planta física de la ESE-HUS	Riesgos de Cumplimiento	Riesgos de Cumplimiento	falta de ejecución de mantenimientos oportunamente la planta física de la ESE-HUS	hace referencia al desgaste natural de la planta física a lo largo del tiempo, causado por el uso normal en elementos como pintura, sanitarios, enchapes, pisos, cielorasos, puertas, ventanas, redes eléctricas, redes de acueducto, redes sanitarias, etc.	INTERNO	TECNOLOGIA	accidentes laborales, pérdidas económicas, sanciones por incumplimientos de requisitos normativos.	aplicación de lista de chequeo código GAF.SBA-FO-07 VERSIÓN 3	el profesional especializado de recursos físicos mensualmente realiza inspecciones de seguridad del ambiente físico, aplicando lista de chequeo código GAF-SBA-FO-07 que incluye el componente de infraestructura, con el cual se elabora un informe con los principales hallazgos que afectan el funcionamiento no estructural de la planta física, los hallazgos que se pueden resolver de manera rápida con los recursos existentes se ejecutan en los días próximos, los hallazgos que requieren mayores recursos técnicos y financieros se reportan a la subgerencia administrativa y financiera para su gestión, dejando evidencia en la lista de chequeo, informe escrito y por correo electrónico.	01	falta de ejecución de mantenimientos oportunamente a la planta física de la ESE-HUS	Actual	Preventivo	Si	No			Profesional Especializado Unidad Funcional Recursos Físicos y Servicios Básicos (Profesional Especializado del Área Administrativa)				OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si
Apoyo	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	Servicios Basicos	GAF-SBA01	Inoportunidad en la gestión de los servicios de apoyo contratados y tercerizados para el bienestar del cliente interno y externo de la ESE HUS.	Riesgos Financieros, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	Riesgos Financieros	falta de control en la ejecución de los servicios de apoyo.	hace referencia a la demora que puede presentar en la prestación de los servicios de apoyo de lavandería, vigilancia, aseo y desinfección, ejemplo la demora en el servicio de aseo y desinfección, puede causar mala imagen del hospital, que no se presente a su puesto de trabajo un guardia de seguridad a tiempo.	INTERNO	PROCESOS	Afectación de la imagen institucional Demora en el inicio y ejecución de procedimientos médicos.	Personal capacitado y suficiente INSTRUCTIVO DE LIMPIEZA, ASEO Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS Y SUPERFICIES Manual de procedimientos de vigilancia Procedimiento manejo interno de ropa hospitalaria	El profesional de servicios básicos, mensualmente, realiza acta de inventoria técnica que incluye el informe de cumplimiento de obligaciones contractuales, con los prestadores de servicios externos de los servicios de apoyo contratados y tercerizados para realizar un seguimiento a todas las actividades pactadas. En caso de incumplimiento se realiza el respectivo llamado al contratista por escrito. Como evidencia queda registro en el acta de inventoria código GABS-ADQ-FO-02 y código GABS-INC-FO-03	01		Actual	Preventivo	Si	No			Profesional Universitario Servicios Básicos (Profesional Universitario del Área Administrativa)				OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Misional	GESTIÓN AMBULATORIA	Consulta Externa	GAM-CEX01	PROBABILIDAD DE SUBUTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA	Gerenciales, Riesgos Operativos, Riesgos Financieros, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	Gerenciales, Riesgos Operativos	Falta de continuidad en los contratos de atención y prestación de Servicios de Salud con los afiliados a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios	El riesgo probable de subutilización de los recursos dispuestos en el servicio de Consulta Externa por baja demanda, debido a la fluctuación de los contratos con las Entidades Responsables de Pago	INTERNO	ESTRATÉGICOS	Detrimento patrimonial	Mensualmente se lleva registro de las especialidades medicas de baja demanda, este informe se presenta en el Grupo Primario de Coordinadores de la Subgerencia de Servicios Ambulatorios y se da a conocer a cada Subgerencia.	El Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico mensualmente realizara el análisis del informe de Subutilización de las horas mes por especialidad presentando el informe en el Grupo Primario de Coordinadores de la Subgerencia de Servicios Ambulatorios, tomando decisiones frente a los resultados y estableciendo acciones de mejoramiento frente a desviaciones encontradas. Queda evidencia del seguimiento en el informe de Subutilización de las horas mes por especialidad y el análisis en las actas de grupo primario de coordinadores.	01		Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico (Nivel Directivo)				DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO	Farmacia	GAT-FAR01	INOPORTUNIDAD EN LA ADQUISICIÓN, DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, PARA DAR CUMPLIMIENTO OPORTUNO A LA TERAPIA PRESCRITA	Riesgos Operativos	Riesgos Operativos	NO EXISTE UN MÉTODO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO PARA REALIZAR EL INICIO Y EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS PARA LA ADQUISICIÓN OPORTUNA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.	EL CAMBIO DE ADMINISTRACIÓN EN LA ESE-HUS TRAE CONSIGO MODIFICACIONES EN EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN, OCASIONANDO INCUMPLIMIENTO O EN EL INICIO Y EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS PARA LA ADQUISICIÓN OPORTUNA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.	INTERNO	PROCESOS	1. INTERRUPCIÓN DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS PRESCRITOS Y RETRASOS EN LA APERTURA DE NUEVOS TRATAMIENTOS. 2. DEMANDAS 3. ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA. 4. PRESENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	PROYECTAR Y RADICAR DE MANERA OPORTUNA LAS NECESIDADES DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS UNA VEZ SEA NOTIFICADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL SERVICIO FARMACÉUTICO	EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE FARMACIA, SEMANALMENTE REALIZARA SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE CONTRATACIÓN PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS FECHAS ESTABLECIDAS EN LOS CRONOGRAMAS DE EJECUCIÓN DE LAS DIFERENTES FIGURAS CONTRACTUALES PARA LA ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, MEDIANTE UNA LISTA DE CHEQUEO DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTAR Y REALIZANDO LAS OBSERVACIONES AL ÁREA DE CONTRATACIÓN CUANDO SE PRESENTE INCUMPLIENDO EN LO ESTABLECIDO; DEJANDO COMO EVIDENCIA LA LISTA DEL CHEQUEO DILIGENCIADA Y CORREOS O COMUNICACIONES POR ESCRITO AL ÁREA JURÍDICA Y SUGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPÉUTICO.	01	NO EXISTE UN MÉTODO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO PARA REALIZAR EL INICIO Y EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS PARA LA ADQUISICIÓN OPORTUNA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.	Actual	Preventivo	Si	No			Profesional Universitario Farmacia (Profesional Universitario del Área Administrativa)				DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción	
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO	Farmacia	GAT-FAR02	FALLA EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS FORMULADOS DE MANERA INCOMPLETA A TRATAMIENTOS PRESCRITOS CON CANTIDADES Y TIEMPO SEÑALADO		Riesgos Operativos	FALTA DE ENTREGA OPORTUNA DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS POR PARTE DEL PROVEEDOR	LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DEBE REALIZAR DE MANERA OPORTUNA Y CON LAS CANTIDADES SOLICITADAS POR LA PRESCRIPCIÓN MEDICA, INCUMPLIMIENTO EN LAS ENTREGAS DE PRODUCTOS SOLICITADOS A LOS PROVEEDORES CON CONTRATOS DEBIDAMENTE LEGALIZADOS, OCASIONA EL	INTERNO	PROCESOS	INTERRUPCIÓN EN LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO PRESCRITO AL PACIENTE	ESTABLECER UN INDICADOR DE CONTROL DE PEDIDOS Y ENTREGAS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS SOLICITADOS A LOS PROVEEDORES	EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE FARMACIA MENSUALMENTE CUANTIFICA EL INDICADOR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS SOLICITADOS COMPARÁNDOLO LAS CANTIDADES RECIBIDAS PARA GARANTIZAR CUMPLIMIENTO EN EL PEDIDO SOLICITADO, DEJANDO COMO EVIDENCIA LA FACTURA Y EL PEDIDO SOLICITADO.AL EVIDENCIAR DESVIACIONES SE INFORMA AL PROVEEDOR MEDIANTE UN CORREO ELECTRÓNICO LOS FALTANTES.	02	FALTA DE ENTREGA OPORTUNA DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS POR PARTE DEL PROVEEDOR	Actual	Preventivo	Si	No			Profesional Universitario Farmacia (Profesional Universitario del Área Administrativa)				OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO	Hemocentro	GAT-HEM01	Insuficiencia en la captación de donantes voluntarios de sangre para suplir la demanda de la ESE HUS.		Riesgos Operativos	Falta de estrategias que promuevan la donación de sangre en el departamento de Santander	La sangre es la materia prima del hemocentro, sino tenemos suficientes donantes voluntarios no podríamos cumplir con demanda de hemocomponentes de la ESE HUS.	DE PROCESO	INTERACCIONES CON OTROS PROCESOS	Aumento de eventos adversos relacionados con transfusión sanguínea en los diferentes servicios de la ESE HUS.	Procedimiento documentado de la Promoción de la donación voluntaria de sangre. Equipo de talento humano para la promoción de la donación voluntaria de sangre. Se cuenta con listas de chequeo para verificar el procedimiento.	La Coordinadora del Hemocentro realiza el seguimiento del cronograma mensual de actividades de campañas extramurales del Hemocentro, a través del grupo primario con la presentación de los informes de gestión de la oficina de calidad del servicio. Se revisa si existen hallazgos para establecer los planes de acción que minimicen los riesgos de cumplimiento. Se deja evidencia en el cronograma de actividades de campañas extramurales y en acta de equipo primario.	01	Falta de estrategias que promuevan la donación de sangre en el departamento de Santander	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnóstico (Nivel Directivo)			DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si	
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO	Nutrición	GAT-NUT01	Inoportunidad en la identificación del riesgo nutricional del paciente hospitalizado		Riesgos Operativos	Desconocimiento del objetivo y funcionalidad de la herramienta de tamizaje nutricional Herramienta de tamizaje nutricional sin control de registro en el sistema DINAMICA que permite la omisión de la aplicabilidad al ingreso del paciente en internación.	Inadecuado tiempo de atención a cada paciente hospitalizado por parte del profesional de Nutrición clínica y/o Grupo de Soporte Metabólico Nutricional.	INTERNO	PERSONAL	Deterioro de la salud del paciente y aumento de la estancia hospitalaria por inoportunidad al ingreso del paciente con necesidades nutricionales especiales	Diligenciamiento de la herramienta de tamizaje nutricional en DINAMICA por médico tratante al ingreso del paciente en internación Solicitud de interconsulta a nutrición clínica en DINAMICA	La Profesional Universitario de Salud, Nutrición y dietética mensualmente realiza educación a medicos con el apoyo de las nutricionistas clinicas asistenciales del area de urgencias centrada en el objetivo y funcionalidad de la herramienta de Tamizaje Nutricional. La evidencia seran las listas de asistencia a la capacitación al personal y evaluación de la capacitación.	2	Desconocimiento del objetivo y funcionalidad de la herramienta de tamizaje nutricional Herramienta de tamizaje nutricional sin control de registro en el sistema DINAMICA que permite la omisión de la aplicabilidad al ingreso del paciente en internación.	Actual	Preventivo	Si	No			Profesional Universitario área salud Nutrición y Dietética (Profesional Universitario del Área de la Salud)			OPERATIVO	Moderado	Moderado	Moderado		
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO	Nutrición	GAT-NUT01	Inoportunidad en la identificación del riesgo nutricional del paciente hospitalizado		Riesgos Operativos	Desconocimiento del objetivo y funcionalidad de la herramienta de tamizaje nutricional Herramienta de tamizaje nutricional sin control de registro en el sistema DINAMICA que permite la omisión de la aplicabilidad al ingreso del paciente en internación.	Inadecuado tiempo de atención a cada paciente hospitalizado por parte del profesional de Nutrición clínica y/o Grupo de Soporte Metabólico Nutricional.	INTERNO	PERSONAL	Deterioro de la salud del paciente y aumento de la estancia hospitalaria por inoportunidad al ingreso del paciente con necesidades nutricionales especiales	Diligenciamiento de la herramienta de tamizaje nutricional en DINAMICA por médico tratante al ingreso del paciente en internación Solicitud de interconsulta a nutrición clínica en DINAMICA	La Profesional Universitario de Salud, Nutrición y dietética mensualmente realiza revisión de la aplicabilidad de la herramienta de tamizaje nutricional en los servicios de hospitalización, a través del informe remitido por UFATI, verificando el número de pacientes interconsultados por la clasificación del riesgo y la generación de interconsulta, en caso de no evidenciar la generación de interconsulta se realiza reunion con oficina UFATI para verificar las aletas de la historia clinica. La evidencia sera el informe de pacientes tamizados con identificación de riesgo nutricional y los interconsultados por el servicio de Nutrición y Dietética.	2	Desconocimiento del objetivo y funcionalidad de la herramienta de tamizaje nutricional Herramienta de tamizaje nutricional sin control de registro en el sistema DINAMICA que permite la omisión de la aplicabilidad al ingreso del paciente en internación.	Actual	Preventivo	Si	No			Profesional Universitario área salud Nutrición y Dietética (Profesional Universitario del Área de la Salud)			OPERATIVO	Moderado	Moderado	Moderado	No	
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO	Rehabilitación	GAT-REH01	Inoportunidad en la entrega de soportes para facturación por parte de los profesionales de Rehabilitación		Riesgos Operativos, Riesgos de Cumplimiento	Falta de adherencia de los profesionales al procedimiento. Falta de control de factura pendiente. Falta de control de factura pendiente.	No se entrega oportunamente los soportes por parte de los profesionales para facturar los servicios de rehabilitación.	INTERNO	PERSONAL	Retrasos en la facturación de servicio. Glosas por facturación no oportuna.	Procedimiento de egreso y continuidad del servicio de Rehabilitación	La funcionaria de facturación diariamente registrara los ingresos al servicio de rehabilitación y semanalmente revisara el avance de las sesiones realizadas en cada factura y lo consolida en el cuadro de seguimiento de facturas del servicio de rehabilitación, con el fin de controlar la entrega oportuna de soportes de los profesionales y el cierre oportuno de las facturas. Mensualmente envía el avance del seguimiento al coordinador del servicio de rehabilitación mediante correo electrónico junto con las observaciones encontradas en dado caso que se presenten.	1	Falta de control de factura pendiente.	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico (Nivel Directivo)			DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No	

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción
Estratégico	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	Sistema de Información del Usuario	GCM-SIU01	Insatisfacción por parte de los usuarios en el cumplimiento de los derechos y deberes	Riesgos de Cumplimiento	Riesgos de Cumplimiento	La falta de cumplimiento de las políticas institucional Centradas en el Usuario por parte del personal asistencial, administrativo y tercerizado.	La satisfacción es el concepto relativo que el usuario tiene luego de la experiencia con el servicio recibido	INTERNO	PERSONAL	Presentación de Quejas, tutelas, demandas en contra de la ESE HUS	Aplicación de la encuesta que mide la percepción del usuario acerca de los servicios recibidos	Las auxiliares de siau realizan semanalmente la identificación de los casos de vulneración de derechos en los servicios registrando en el formato los datos del paciente, su ubicación y personal institucional implicado. Cuando se presentan desviaciones las auxiliares Siau intervienen ante el personal de los servicios y en caso de no seguir las recomendaciones se reporta al profesional de siau para su respectiva intervención y diligencia evidenciándose a través de correo electrónico u oficio	01		Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Jefe Oficina Asesora de Calidad (Nivel Asesor)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Estratégico	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	Sistema de Información del Usuario	GCM-SIU02	Inoportunidad en la respuesta a las quejas	Riesgos de Cumplimiento	Riesgos de Cumplimiento	La falta de cumplimiento a la gestión de las quejas ordenadas por la circular externa 008 de 2018 de la Supersalud	La entrega o gestión demorada por parte de las dependencias para responder las quejas presentadas por los usuarios	INTERNO	PERSONAL	Presentación de demandas en contra de la ESE HUS	El procedimiento actualizado y reporte a control interno en caso de demora o incumplimiento por parte de la dependencia	La profesional universitaria SIAU semanalmente revisa y consolida las quejas presentadas por los usuarios radicadas a través de los buzones de sugerencia los cuales tienen ronda de apertura cada 8 días. Realiza la lectura a cada documento la causa de la queja y/o felicitación. Se realiza la consolidación en la herramienta de seguimiento y se remite a la dependencia que corresponda con los diferentes soportes, la dependencia realiza la investigación y emite la respuesta de acuerdo a su área de competencia dentro de los tiempos establecidos por normatividad siendo la oficina del SIAU quien remite la respuesta final al usuario dado el caso se presenten desviaciones (Incumplimientos en los tiempos, no realización de la gestión) la profesional del servicio de atención al usuario remite a Control interno disciplinario el soporte del incumplimiento		La falta de cumplimiento a la gestión de las quejas ordenadas por la circular externa 008 de 2018 de la Supersalud	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Profesional Universitario SIAU (Profesional Universitario del Área Administrativa)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Evaluación	GESTIÓN DE CONTROL	Control Interno	GCO-CIN01	Inadecuada realización de auditorias	Gerenciales	Gerenciales	Ausencia de una metodología de priorización de actividades	Alcance de las actividades de auditoria, que no se ajusta con las expectativas del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y la Alta Dirección, en relación con los riesgos claves	INTERNO	PROCESOS	Programa de auditoria no aprobado por el comité de control interno, reprocesos en las actividades, retraso en el cronograma. No identificación de hallazgos durante el ejercicio de auditoria	No aplica	El jefe de la Oficina de Control Interno, al iniciar cada vigencia, por medio de la Matriz de Priorización de auditorias califica los procesos establecidos en el mapa de procesos de la entidad para definir el Plan Anual de Auditorias. El Plan Anual de Auditorias es presentado como proyecto en el Comité Institucional de Control Interno para su aprobación. En caso de ser necesario, el Comité puede solicitar la inclusión de las auditorias que considere. Como evidencia queda el acta del comité donde se aprueba el Plan de Auditorias y el Plan anual de auditorias.	01	Ausencia de una metodología de priorización de actividades	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Jefe Oficina Asesora de Control Interno (Nivel Asesor)			DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Evaluación	GESTIÓN DE CONTROL	Control Interno	GCO-CIN01	Inadecuada realización de auditorias	Gerenciales	Gerenciales	Ausencia de una metodología de priorización de actividades	Alcance de las actividades de auditoria, que no se ajusta con las expectativas del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y la Alta Dirección, en relación con los riesgos claves	INTERNO	PROCESOS	Programa de auditoria no aprobado por el comité de control interno, reprocesos en las actividades, retraso en el cronograma. No identificación de hallazgos durante el ejercicio de auditoria	No aplica	El jefe de la Oficina de Control Interno, presenta anualmente, ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y ante la Gerencia avance de las Auditorias e informes realizados por Control Interno. En caso de presentarse situaciones de no mejora, el Comité realiza el análisis y da directrices para implementar. Como evidencia queda el acta del Comité Institucional de Control Interno	02	Ausencia de comunicación entre la Oficina de Control Interno y el comité institucional de Control Interno.	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Jefe Oficina Asesora de Control Interno (Nivel Asesor)			DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Evaluación	GESTIÓN DE CONTROL	Control Interno	GCO-CIN02	Inoportunidad en la entrega de informes de auditoria	Riesgos de Cumplimiento	Riesgos de Cumplimiento	Ausencia de un cronograma de actividades específico dentro del plan de auditoria, para que las áreas consoliden la información de entrega	La combinación de factores como la no realización de seguimiento al cumplimiento, entrega inoportuna de información por parte de los auditados, puede ocasionar inoportunidad en la elaboración de los informes de auditoria.	DE PROCESO	COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROCESOS	Incumplimiento en las fechas establecidas en el plan de auditoria Sanciones por parte del ente de control	No aplica	El jefe de la Oficina de Control Interno, al iniciar cada vigencia, define el Plan Anual de Auditorias que contiene cronograma de actividades y responsables de cada una de las auditorias priorizadas en la vigencia, adicionalmente, en cada grupo primario de la oficina se realiza seguimiento al cumplimiento del Plan Anual de Auditorias. En caso de presentarse inconvenientes en la realización de las auditorias, se estudia el caso y se toman los correctivos correspondientes. Como evidencia esta el Plan Anual de Auditoria y las actas mensuales de grupo primario.	01	Ausencia de un cronograma de actividades específico dentro del plan de auditoria, para que las áreas consoliden la información de entrega	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Jefe Oficina Asesora de Control Interno (Nivel Asesor)			DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Evaluación	GESTIÓN DE CONTROL	Control Interno	GCO-CIN02	Inoportunidad en la entrega de informes de auditoria	Riesgos de Cumplimiento	Riesgos de Cumplimiento	Ausencia de un cronograma de actividades específico dentro del plan de auditoria, para que las áreas consoliden la información de entrega	La combinación de factores como la no realización de seguimiento al cumplimiento, entrega inoportuna de información por parte de los auditados, puede ocasionar inoportunidad en la elaboración de los informes de auditoria.	DE PROCESO	COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROCESOS	Incumplimiento en las fechas establecidas en el plan de auditoria Sanciones por parte del ente de control	No aplica	El auditor encargado de cada auditoria establece el plan de auditoria que contiene el cronograma de actividades a realizar y es comunicado al proceso auditado al iniciar la auditoria. En caso que el auditado no presente la información solicitada en los tiempos establecidos, se realiza la reiteración de la solicitud y si persiste el incumplimiento se da a conocer la situación al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Como evidencia del control se cuenta con el plan de auditoria, notificación al auditado y si es el caso el acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	02	Entrega de información de manera inoportuna para la realización de los informes de auditoria	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Jefe Oficina Asesora de Control Interno (Nivel Asesor)			DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción
Evaluación	GESTIÓN DE CONTROL	Control Interno	GCO-CIN03	Incumplimiento en la consecución de los objetivos de la entidad y la normatividad que rige a la ESE HUS	Riesgos Operativos	No se cuenta con una herramienta adecuada para el seguimiento de planes de mejoramiento	Por factores como la ausencia de seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas puede ocasionar que no se alcancen los objetivos del proceso y por tanto de la Entidad	DE PROCESO	COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROCESOS	Hallazgos reiterativos. Hallazgos por parte de entes externos. Sanciones	No aplica	El jefe de la Oficina de Control Interno, realiza seguimiento mensual a la revisión al cumplimiento de los planes de mejoramiento por parte de los auditados en los grupos primarios de la Oficina. En caso de presentarse desviaciones se dan directrices a seguir o, si se requiere, se lleva la situación para el análisis del Comité Institucional de Control Interno. Como evidencia del control se cuenta con el acta del grupo primario y si es el caso el acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	01	No se cuenta con una herramienta adecuada para el seguimiento de planes de mejoramiento	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Jefe Oficina Asesora de Control Interno (Nivel Asesor)			DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No	
Evaluación	GESTIÓN DE CONTROL	Control Interno	GCO-CIN03	Incumplimiento en la consecución de los objetivos de la entidad y la normatividad que rige a la ESE HUS	Riesgos Operativos	No se cuenta con una herramienta adecuada para el seguimiento de planes de mejoramiento	Por factores como la ausencia de seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas puede ocasionar que no se alcancen los objetivos del proceso y por tanto de la Entidad	DE PROCESO	COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROCESOS	Hallazgos reiterativos. Hallazgos por parte de entes externos. Sanciones	No aplica	El auditor encargado de cada auditoría realiza seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de mejoramiento aprobado producto de la auditoría realizada para garantizar la subsanación de los hallazgos presentados. En caso de presentarse incumplimientos, se requiere al auditado, si persiste se lleva el caso al grupo primario de la Oficina. Como evidencia se cuenta con los informes de seguimiento a planes de mejoramiento realizados por el auditor.	02	Ausencia de un cronograma de reporte de cumplimiento de planes de mejora	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Jefe Oficina Asesora de Control Interno (Nivel Asesor)			DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No	
Evaluación	GESTIÓN DE CONTROL	Control Interno	GCO-CIN04	Incorrecta evaluación a la efectividad de los controles del Sistema de Control Interno	Gerenciales	Limitación en la información	Que en los ejercicios de auditoría no se realice una adecuada evaluación de la efectividad de los controles del SCI.	DE PROCESO	COMUNICACIÓN INTERNA	Pérdida de eficiencia en los procesos		El Equipo Auditor en cada auditoría, valida la calidad de la evidencia de la efectividad del control, mediante otras fuentes de información. En el caso que la evidencia no cumpla con los parámetros esperados, se solicita nuevamente al líder del proceso o responsable remitir la información ajustada. Se evidencia su gestión mediante registros de reunión, correos electrónicos, informe de auditoría interna, entre otros.	1		Actual		No	No			Jefe Oficina Asesora de Control Interno (Nivel Asesor)			DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	No	
Estratégico	GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Comunicación	GDI-COM01	Incumplimiento en el despliegue de la información Institucional	Riesgos de Tecnología, Riesgo Imagen o Reputacional	La no aplicación y apropiación del plan de comunicaciones institucionales y del procedimiento de difusión	Cada uno de los líderes de proceso envían al área de comunicaciones sus necesidades de difusión con la información a ser publicada en cada uno de los medios de comunicación para las partes interesadas. Sin embargo existen debilidades para hacer un despliegue efectivo de información a determinados grupos de interés teniendo en cuenta que la información puede no estar completa o con	INTERNO	TRANSVERSALIDAD	Desinformación en la institución debido al despliegue de información inexacta, incompleta e inoportuna		El profesional de comunicaciones anualmente socializa a través de los grupos primarios y medios de difusión el plan de comunicaciones y el procedimiento de difusión de información para que los grupos de interés conozcan el conducto regular establecido para el despliegue de la información en la institución.	GID-COM01	La no aplicación y apropiación del plan de comunicaciones institucionales y del procedimiento de difusión	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Nivel Asesor)			DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si	
Estratégico	GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Comunicación	GDI-COM02	Inoportunidad en el despliegue de la información Institucional enviada por los líderes de cada proceso al proceso de comunicaciones	Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	Desconocimiento del procedimiento de difusión de información por partes de las áreas y procesos y así mismo la entrega inoportuna de las solicitudes de difusión de información	Representa el riesgo de inoportunidad en la publicación de la información enviada a la dependencia de comunicaciones y así mismo la difusión con solicitudes sobre el tiempo por parte de los líderes	INTERNO	PROCESOS	1. Afectación en el desarrollo de las actividades planeadas y programadas por el área de comunicaciones 2. Presentación de errores en la difusión por falta de planeación, ejecución y verificación de la información. 3. Afectación de la imagen institucional 4. Sanciones por cumplimiento de despliegue de información oportuna y evidencias normativas a entes de control		El profesional de comunicaciones cada vez que llegue una solicitud de difusión realiza la revisión de la información remitida por parte de los líderes de proceso teniendo en cuenta los parámetros establecidos dentro del procedimiento de difusión de información. Se deja evidencia de las solicitudes a través de correo electrónico de prensa@hus.gov.co y se alimentan los indicadores del proceso los cuales son socializados trimestralmente en el comité de gestión y desempeño.	01	Desconocimiento del procedimiento de difusión de información por partes de las áreas y procesos y así mismo la entrega inoportuna de las solicitudes de difusión de información	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Nivel Asesor)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si	
Estratégico	GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Mercadeo	GDI-MER03	Inadecuada aplicación del procedimiento de referenciones institucionales.	Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	No apropiación del procedimiento de referenciones institucionales.	Se refiere a la no aplicación y diligenciamiento correcto del procedimiento de referenciones institucionales.	INTERNO	COMUNICACIÓN INTERNA	Afectar el mejoramiento continuo de la institución en los procesos establecidos.	No Aplica	El profesional de mercadeo anualmente capacita a los líderes de los procesos de la ESE HUS en el procedimiento de referenciones institucionales con el fin de realizar la divulgación, apropiación y aplicación del conocimiento.	1	No apropiación del procedimiento de referenciones institucionales.	Actual		No	No			Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Nivel Asesor)			DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si	

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción	
Estratégico	GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Planeación	GDI-PLA01	Incumplimiento en la elaboración y formulación del Plan de Desarrollo Institucional según normatividad vigente.		Riesgos de Cumplimiento	Desconocimiento de la Normatividad legal vigente. No articulación del Plan estratégico con el Plan de Desarrollo Departamental y Nacional y demás normatividad vigente.	Hace referencia a la formulación, elaboración del Plan de Desarrollo Institucional de la ESE HUS teniendo en cuenta el inicio del Cuatrienio (Período de Gestión) acorde al Plan de Desarrollo Departamental y Nacional.	INTERNO	ESTRATÉGICOS	Sanciones Disciplinarias No formulación de Objetivos Estratégicos acorde a los lineamientos Departamentales y Nacionales.	No Aplica	El jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional lidera cada cuatro años la formulación y elaboración del Plan de Desarrollo Institucional para el cuatrienio según la metodología establecida por el Departamento Nacional de Planeación, del riesgo Incumplimiento en la elaboración y formulación del Plan de Desarrollo Institucional según normatividad vigente.			Actual		No	No											
Estratégico	GESTIÓN FINANCIERA	Cartera	GFI-CAR01	Incumplimiento en la generación de respuestas a glosas		Riesgos Financieros, Riesgos de Cumplimiento	falta de soportes en las facturas	Al momento de recibir las objeciones que hacen la erp. después de revisar las facturas radicadas, se tiene que generar una respuesta sustentada para volver a radicar la factura y que continúe el tramite de pago.	INTERNO	PERSONAL	No recaudo de recursos financieros	En el comité de facturación, carter y glosas, que se realiza mensualmente, se presenta informe por parte del equipo de Médicos Auditores, para hacer seguimiento a las glosas presentadas	El profesional de Cartera mensualmente realiza la presentación del informe de gestión de glosas, en el comité de Facturación, Cartera y glosas, identificando en que subgerencia se generan mas y cual es el motivo de la misma. En caso de desviaciones se establecen las acciones de mejoramiento quedando planteadas en el comité dejando registro de los análisis y acciones de mejora en formato de acta de reunión.	01	falta de soportes en las facturas	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si		Profesional Universitario Cartera (Profesional Universitario del Área Administrativa)		DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si			
Estratégico	GESTIÓN FINANCIERA	Cartera	GFI-CAR02	Incumplimiento en la negociación con los acreedores a través de acuerdos de pago, conciliaciones y compra de carter.		Riesgos Financieros	Incumplimiento en los acuerdos de pago, conciliaciones y compras de carter.	Hace referencia a que no se cumple con lo pactado en las conciliaciones.	EXTERNO	FINANCIEROS	Perdidas económicas para la entidad. Falta de liquidez.		El comité de conciliaciones cada mes se reúne para revisar los acuerdos de pago, las conciliaciones y las compras de carter e identificar los dineros consignados por parte de las EPP para así informar a Tesorería sobre estos. Como evidencia se cuenta con el acta del comité y las actas de conciliaciones previas, el acuerdo de pago y dado el caso aplique la compra de carter. En caso de desviaciones en cuanto a los acuerdos o conciliaciones incumplidas son remitidas a la Oficina Jurídica de la ESE HUS.			Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si		Profesional Universitario Cartera (Profesional Universitario del Área Administrativa)		LEGAL	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si			
Estratégico	GESTIÓN FINANCIERA	Contabilidad	GFI-CON01	Probabilidad de baja confiabilidad en la información para la generación de estados financieros		Riesgos Financieros, Riesgos de Cumplimiento	Registro de información incorrecta por las áreas involucradas.	Representa todas las incongruencias que puedan surgir de información suministrada por las diferentes áreas para procesar el estado financiero y que como resultado se obtengan estados de resultados poco confiables.	INTERNO	FINANCIEROS	La toma de decisiones desacertadas por parte de la gerencia y junta directiva. Sanciones económicas y disciplinarias	Conciliaciones con las diferentes áreas que suministra y registran la información. Instructivos sobre preparación de los diferentes estados financieros.	El profesional universitario de contabilidad junto con el equipo de mensualmente realizan las conciliaciones con los responsables de las áreas de carter, facturación, costos, presupuesto, tesorería, talento humano, activos fijos y farmacia, verificando la información suministrada de hechos económicos sucedidos en la entidad. En caso de inconsistencias se solicita al área con la que se está conciliando realizar las correcciones y se verifica en el sistema de información que la información haya sido corregida.	01	Registro de información incorrecta por las áreas involucradas.	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si		Profesional Universitario Contador (Profesional Universitario del Área Administrativa)		OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No			
Estratégico	GESTIÓN FINANCIERA	Costos	GFI-COS01	Inoportunidad en la radicación de cuentas por pagar. (Proveedores, Talento Humano, Honorarios y Servicios)		Riesgos Operativos, Riesgos Financieros	Falta de información y de soporte que permita realizar la causación en tiempo real de la cuenta por pagar y falta de coordinación entre Interventoría de contratos y Cuentas por pagar, para el registro oportuno de la factura.	Hace referencia a la calidad de la información registrada en el sistema DGH módulo de cuentas por pagar, para obtener costos reales que permitan realizar la estimación por cada centro de costos. Puede presentarse que se cause un valor equivocado de la cuenta por pagar, o que no se registre el costo en el mes que corresponde.	INTERNO	PROCESOS	Informes erróneos. Información no veraz. Mala toma de decisiones.	Informe de seguimiento a la causacion de cuentas mes a mes.	El Profesional Universitario de Costos mensualmente genera una lista de chequeo que incluye la totalidad de los contratos operativos (misional), administrativos y de apoyo, para la prestación de los servicios de la ESE HUS, con el valor total del contrato y el valor promedio mes, de acuerdo a los contratos notificados por la Oficina Jurídica. Se realiza el cruce entre la lista de chequeo y el informe de la causación del mes, (balance de prueba módulo de contabilidad cuenta 58972300 hasta 58972399), para determinar las cuentas por pagar que de acuerdo a la lista de chequeo quedaron pendientes por causar. En caso de desviaciones (diferencias encontradas) se genera un informe detallando los terceros y el valor pendiente por causar en el mes, el cual se remite al área de Tesorería y Contabilidad para los fines pertinentes. Como evidencia queda el soporte del recibido del	001	Falta de información y de soporte que permita realizar la causación en tiempo real de la cuenta por pagar y falta de coordinación entre Interventoría de contratos y Cuentas por pagar, para el registro oportuno de la factura.	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si		Profesional Universitario Costos (Profesional Universitario del Área Administrativa)		OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si			

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción	
Estratégico	GESTIÓN FINANCIERA	Costos	GFI-COS02	Incumplimiento en el diseño de estrategias para la reducción del costo operativo y gasto administrativo buscando la eficiencia de los recursos.	Riesgos Financieros	Riesgos Financieros	Falta de estrategias a desarrollar en la vigencia para que sean ejecutadas por los diferentes servicios que permitan optimizar los costos operativos y los gastos administrativos para lograr la eficiencia de los recursos.	Hace referencia a la definición de estrategias que permitan la optimización de los costos operativos y los gastos administrativos, así como también en los ingresos por venta de servicios de salud, de tal forma que se logre eficiencia de los recursos y márgenes positivos en los diferentes servicios. Estas estrategias deben diseñarse para ser ejecutadas durante la Se presenta cuando el personal a cargo de los almacenes o bodegas diseñadas para los servicios (almacén, banco de sangre, laboratorio clínico, laboratorio de hematología, farmacia), no descargan en tiempo real los despachos realizados o insumos utilizados, lo cual debe quedar registrado en el sistema antes del cierre de cada mes para evitar errores en la causación del	INTERNO	INTERACCIONES CON OTROS PROCESOS	No se cumpla con el eje estratégico de gestión financiera.		La profesional de Costos genera mensualmente el informe de costos directos e indirectos y de ingresos por venta de servicios de salud para obtener el margen operacional por cada una de las subgerencias y de la entidad. Con esta información más los informes de producción que se generan mensualmente, se socializan con las subgerencias para que cada responsable tenga conocimiento de su comportamiento financiero. De acuerdo a los resultados obtenidos se deben realizar los análisis que permitan identificar los aumentos o disminución en la producción, así como mecanismos que permitan optimizar los costos en cada servicio, para mejorar los márgenes. Estas estrategias aplican tanto para costos como para ingresos. Trabajo que se debe desarrollar de manera conjunta con los responsables de los servicios.	01	Falta de estrategias a desarrollar en la vigencia para que sean ejecutadas por los diferentes servicios que permitan optimizar los costos operativos y los gastos administrativos para lograr la eficiencia de los recursos.	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Profesional Universitario Costos (Profesional Universitario del Área Administrativa)				DE GESTIÓN	Moderado	Fuerte	Fuerte	Si
Estratégico	GESTIÓN FINANCIERA	Costos	GFI-COS03	Incumplimiento en el descargo de los materiales, por parte de los responsables de los almacenes y/o bodegas de la ESE HUS	Riesgos Operativos	Riesgos Operativos	Desconocimiento del manejo del sistema de información en cuanto al descargo en el sistema. Falta de procesos de inducción adecuados en el manejo del módulo de inventarios y de las cuentas contables. Falta de conciliación mensual de todas las bodegas con el área contable.	Consiste en identificar por parte del grupo de revisoría de cuentas del proceso de facturación . Errores en parametrización de los servicios y de las tarifas de los contratos, y Fallas en la verificación de la liquidación de las facturas.	INTERNO	PROCESOS	Puede generar informes de costos de materiales erróneos. Información no veraz o incompleta. Puede generar márgenes operacionales no reales de los servicios, por falta de causación del costo.		El área de costos mensualmente y antes del cierre contable se comunicará con las áreas que manejan bodegas e inventarios para solicitar el descargue oportuno de los despachos y consumos realizados durante el mes, de igual forma realizará seguimiento a las conciliaciones que se realicen entre cada área con el módulo de contabilidad, e informará en caso de encontrar novedades que afecten los registros y la causación de estos costos.	01	Desconocimiento del manejo del sistema de información en cuanto al descargue en el sistema. Falta de procesos de inducción adecuados en el manejo del módulo de inventarios y de las cuentas contables. Falta de conciliación mensual de todas las bodegas con el área contable.	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Profesional Universitario Costos (Profesional Universitario del Área Administrativa)				OPERATIVO	Moderado	Moderado	Moderado	No
Estratégico	GESTIÓN FINANCIERA	Facturación	GFI-FAC01	Probabilidad de fallas en el proceso de revisoría de cuentas (facturas)	Riesgos Financieros, Riesgos de Cumplimiento	Riesgos Financieros, Riesgos de Cumplimiento	Falta de control en la verificación de las facturas una vez realizadas alto volumen de facturas a revisar	El profesional universitario del proceso de Facturación junto con el equipo de facturación aplica cada vez que se revisa las facturas la lista de chequeo para encontrar inconformidades dentro de la factura. En caso de encontrar no conformidades se realiza corrección de la factura teniendo en cuenta los soportes y cargue de información relacionada. Se deja evidencia de la aplicación de la lista en cada factura.	DE PROCESO	INTERACCIONES CON OTROS PROCESOS	1. Retraso en el envío de la facturación 2. Glosas y devoluciones de la facturación 3. Reprocesos	Lista de chequeo para verificación de soportes' Alto volumen de facturas a revisar	001	Falta de control en la verificación de las facturas una vez realizadas	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Profesional Universitario Facturación (Profesional Universitario del Área Administrativa)				OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No	
Estratégico	GESTIÓN FINANCIERA	Facturación	GFI-FAC02	Incumplimiento en el aseguramiento de ingresos por venta de servicios de alta complejidad	Riesgos Financieros	Riesgos Financieros	Los recursos financieros no permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE HUS.	Hace referencia al no lograr cumplir con el incremento de ingresos por venta de servicios de alta complejidad	INTERNO	FINANCIEROS	El incumplimiento a la meta establecida dentro del eje estratégico 5 gestión financiera		El profesional de facturación junto con el Gerente , el profesional de mercadeo, el jefe de la Oficina Jurídica cada vez que se requiera se reúnen previamente para definir la modalidad de contratación para estos servicios y así llevar a cabo la contratación con las respectivas ERP. Como evidencia se cuenta con la certificación trimestral del valor facturado mes a mes por alta complejidad lo que soporta la sostenibilidad financiera de la ESE HUS.		Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Profesional Universitario Facturación (Profesional Universitario del Área Administrativa)				DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si	
Estratégico	GESTIÓN FINANCIERA	Presupuesto	GFI-PRE01	Incumplimiento en la meta del presupuesto proyectado para cubrir los compromisos adquiridos por la institución.	Gerenciales, Riesgo Estratégico, Riesgos Operativos, Riesgos Financieros, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	Gerenciales, Riesgo Estratégico, Riesgos Operativos, Riesgos Financieros, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	No existe el cumplimiento de los recaudos pactados con las entidades administradoras de salud con la ESE HUS.	Si no existe el recaudo esperado, la ESE HUS no cuenta con el flujo de las obligaciones adquiridas y el cumplimiento del presupuesto proyectado.	INTERNO	FINANCIEROS	* Ilíquidez Financiera * Baja Calificación en la evaluación de desempeño a la gerencia * Incumplimiento de las obligaciones financieras	NA	La profesional Universitario de Presupuesto, mensualmente realiza un análisis de las Ejecuciones Presupuestales indicando los factores de riesgo del recaudo frente al gasto en caso que se presente novedades que afecten el presupuesto, a la alta Dirección, para la toma de decisiones.frente al Disponible en el presupuesto. Lo anterior queda evidenciado en los Informes de las ejecuciones presupuestales.		No existe el cumplimiento de los recaudos pactados con las entidades administradoras de salud con la ESE HUS.	Actual	Preventivo	Si	No			Profesional Universitario Presupuesto (Profesional Universitario del Área Administrativa)				DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción		
Estratégico	GESTIÓN FINANCIERA	Tesorería	GFI-TES01	Probabilidad de Falla en la digitación y aplicación de los descuentos al momento de hacer el egreso		Riesgos Financieros	No existen métodos de verificación en la digitación de la información financiera, por el personal de tesorería.	Cuando vamos a realizar el pago a un proveedor se debe generar un egreso, en el cual se detalla la (las) facturas a pagar, en este se deben digitar los descuentos de impuestos, estampillas, libranzas, embargos, sin errores.	DE PROCESO	RESPONSABLES DEL PROCESO	Procesos disciplinarios,	VERIFICACION POR BASE DE DATOS EN EXCEL	La tesorera cada vez que se realice un pago registra en el archivo del listado de liquidación de pagos la información del proveedor, verificando el numero del egreso que continua dentro del Sistema dinámica gerencial, fecha de pago, numero de factura, numero del contrato, valor de la factura, descuentos de impuestos, descuentos estampillas y valor a pagar. E n caso de encontrar errores en la digitación, se corrige inmediatamente, antes de ser cargado en el sistema de dinámica gerencial, se deja evidencia en listado de liquidación de pagos, que se encuentra en la carpeta compartida de Tesorería con el equipo de trabajo.	01	No existen métodos de verificación en la digitación de la información financiera, por el personal de tesorería.	Actual	Preventivo	Si	No					Profesional Universitario Tesorero General (Profesional Universitario del Área Administrativa)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Misional	Hospitalización	Hospitalización Gineco-Obstétricas	PEO1GI01	INOPORTUNIDAD EN LA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA DE LOS RECIÉN NACIDOS .		Riesgos Operativos, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	DEMORA EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA POR ALTA AFLUENCIA DE PACIENTES.	SE CUENTA CON PEDIATRA A LLAMADO CON DISPONIBILIDAD EN EL DÍA Y EN LA NOCHE Y SE MANEJA UNA ALTA ATENCIÓN DE RECIÉN NACIDOS QUE REQUIEREN VALORACIÓN.	INTERNO	COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROCESOS	NO REALIZAR VALORACIÓN INTEGRAL OPORTUNA DEL RECIÉN NACIDO Y LA NO ATENCIÓN DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.	APOYO POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE REALIZA LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS Y EN CASO DE REQUERIRSE LA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA INFORMA DE INMEDIATO AL PROFESIONAL DE PEDIATRÍA.	LA SUBGERENTE DE MUJER E INFANCIA EN EL GRUPO PRIMARIO EVALUARA LOS RIESGOS CADA 3 MESES DE LOS TIEMPOS DE OPORTUNIDAD DE LA INTERCONSULTA O VALORACIÓN POR PEDIATRÍA QUE SE REQUIERE EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA CON EL FIN DE IDENTIFICAR RIESGOS EN LOS RECIÉN NACIDOS O COMPLICACIONES DE ATENCIÓN INMEDIATA Y GENERAR PLAN DE ACCIÓN SI SE REQUIERE, LOS CUALES SERÁN REGISTRADOS EN EL ACTA DE LA REUNIÓN CON SUS RESPECTIVOS COMPROMISOS			Actual	Correctivo	No	Si						DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	No		
Misional	DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	Docencia - Servicio	GID-DOC01	Probabilidad de estudiantes rotando por los servicios sin haber realizado proceso de Inducción institucional		Riesgos Operativos	existe una alta rotación de personal en practica formativa, falta de personal para realizar verificación a cada uno de los estudiantes.	Todo el personal que realice practicas formativas en la ESE HUS, debe realizar proceso de Inducción para conocer la plataforma estratégica, ejes transversales, programas que se llevan a cabo en la Institución y de esta manera contribuir a mejorar la atención brindada a los pacientes y disminuir el numero de eventos adversos que se presentan en los servicios por los	INTERNO	PERSONAL	desconocimiento de procesos internos de la ESE HUS, mala atención brindada a los usuarios, incremento de eventos de adversos.	Comité Docencia servicio con cada una de las Instituciones de Educación Superior en convenio. procedimiento GID-DS-PR-02 PROCEDIMIENTO INDUCCIÓN A PRÁCTICAS FORMATIVAS	El profesional de Docencia Servicio realiza anualmente la medición del numero de estudiantes que ingresan a realizar inducción virtual en la plataforma Moodle sobre el total de los estudiantes que ingresa a realizar practicas formativas a la ESE HUS, generando un indicador de cumplimiento. En caso de encontrar desviaciones se realiza las acciones de mejoramiento teniendo en cuenta la metodología de acciones correctivas para minimizar las causas de la desviación. Se deja seguimiento del indicador a través de la ficha el cual se reporta en el sistema de información Almera. las desviaciones se informan en el comité Docencia Servicio y se plantean correcciones que se evidencian en actas.	01		Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Subgerente de Servicios Alto Costo (Nivel Directivo)			DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No		
Misional	DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	Docencia - Servicio	GID-DOC02	Insatisfacción del personal en Practica formativa		Riesgo Imagen o Reputacional	Incumplimiento de las condiciones establecidas en el decreto 780 de 2016, donde se definen los convenios docencia servicio y los requisitos para los hospitales universitarios.	no conformidad del trato, condiciones o recursos dados a los estudiantes y profesores que realizan practicas formativas en la ESE HUS pertenecientes a las Instituciones de educación superior con las cuales el hospital tiene una convenio marco docencia servicio firmado.	INTERNO	PERSONAL	No cumplir con las expectativas de hospital Universitario para el personal en practica formativa, y por ende se dificulta ampliación de convenios Docencia Servicio con Instituciones de educación acreditadas.	procedimiento de evaluación de practica formativa encuesta de satisfacción del personal que forma parte del convenio medición del grado de satisfacción del personal en formación.	El profesional de la unida de Docencia servicio realiza anualmente la medición del grado de satisfacción del personal en practica formativa perteneciente a las Instituciones de educación Superior con las cuales se tiene un convenio docencia servicio vigente, a través de encuestas realizadas al personal que hace parte de la practica formativa. con esta información se genera un porcentaje de satisfacción y se determinan las causas que pueden generar la insatisfacción, Se realiza reuniones con los representantes de cada institución educativa para plantear las acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas. Se deja registro de la evaluación en las encuestas diligenciadas y en las actas de reunión con los representantes de cada una de las instituciones.	02		Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Subgerente de Servicios Alto Costo (Nivel Directivo)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si		
Misional	DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	Investigación	GID-INV01	Incumplimiento de la normatividad vigente sobre la ley de protección de datos personales.		Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	la mala utilización de los datos.	Efectos legales por violar la privacidad del paciente utilizando información sobre los datos personales , fotografías y videos de estos sin previa autorización y de manera inadecuada como identificar al paciente causando una vulneración de los derechos del paciente y a su privacidad.	INTERNO	PROCESOS	- Sanciones legales y disciplinarias por insatisfacción del Usuario causado por la vulneración de los derechos y a su privacidad.	-lineamientos para la protección de datos. - Comité de Ética en Investigación regulador de las investigaciones	El profesional del proceso de Investigación realiza mensualmente la verificación de la aplicación del Formato de Supresión de Identidad para asegurar el cumplimiento de la ley protección de datos al momento de trabajar en las investigaciones sin identificar al paciente, en caso de encontrar desviaciones en el formato se notificará al Comité de Ética en Investigación, en donde se tomaran acciones de mejora, la evidencia queda registrada en el formato GID-INV-FO-14, Versión 1 y en las actas del comité.	01	la mala utilización de los datos.	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Subgerente de Servicios Alto Costo (Nivel Directivo)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si		

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción
Misional	DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	Investigación	GID-INV02	Incumplimiento de los tiempos estimados para la realización de la investigación	Riesgos de Cumplimiento	Riesgos de Cumplimiento	falta de tiempo de los investigadores para realizar el proyecto. mala asesoría metodológica	Abandono de los proyectos por parte de los investigadores.	INTERNO	PROCESOS	falla en la metodología de la investigación.	Comité Ética en Investigación. Procedimiento seguimiento de las investigaciones	El profesional del Proceso de Investigación mensualmente realiza seguimiento a las investigaciones a través de la base de datos de investigaciones realizadas, en donde se evalúa el tiempo de aprobación para determinar el plazo para la realización del informe de seguimiento o finalización del proyecto de investigación a través del GID-INV-FO-01 FORMATO SEGUIMIENTO INVESTIGACIONES, en caso de encontrar inconsistencia a la base de datos se realiza el reporte al Comité de Ética en investigación. se deja evidencia en el formato GID-INV-FO-01 FORMATO SEGUIMIENTO INVESTIGACIONESy en actas del comité.	01		Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Subgerente de Servicios Alto Costo (Nivel Directivo)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Apoyo	GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	Gestión Documental	GII-GDO01	Cumplimiento en las condiciones físicas de almacenamiento de documentos en bodega.	Riesgos Operativos, Riesgos de Cumplimiento	Riesgos Operativos, Riesgos de Cumplimiento	No existe un mecanismo de verificación de condiciones de infraestructura para el almacenamiento del archivo	Las condiciones actuales de la bodega de almacenamiento no cumplen con la reglamentación que exige el acuerdo 050 del 2000 y el acuerdo 008 de 2014 y la ley 514 de 2005 y los artículos 13 y 14 de la ley general de archivo.	INTERNO	MEDIOAMBIENTE	Sanciones por incumplimiento a la normatividad	Se cuenta con un programa de fumigación anual. Se cuenta con el personal de aseo Se cuenta con un programa de reciclaje Se cuenta elementos contra incendios	El Profesional Universitario Gestión Documental realiza mensualmente una revisión de la infraestructura y estado de los documentos almacenados, revisando a través de observación las inconsistencias o problemas de infraestructura. Este registro lo lleva en FORMATO GII-GDO-FO-17 REGISTRO DE CONDICIONES AMBIENTALES EN ZONAS DE ARCHIVO Si se encuentra una anomalía en la infraestructura se le reporta al interventor del contrato de arrendamiento de la bodega vía correo electrónico y este reporta el daño a la arrendadora para su arreglo, en caso de fallas en las instalaciones de aires, ventiladores o otros a mantenimiento para su revisión, se reporta por correo electrónico y a su vez por el formato de mantenimiento establecido por la institución.	1		Actual	Correctivo	No	Si			Profesional Especializado Unidad Funcional Apoyo tecnológico y de información (Profesional Especializado del Área Administrativa)			DE GESTIÓN	Fuerte	Moderado	Moderado	No
Apoyo	GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	Gestión Documental	GII-GDO02	No realización de la transferencia documental por parte de los procesos de la ESE HUS	Riesgos Operativos	Riesgos Operativos	Falta de conocimientos en la gestión para la transferencia documental en las diferentes unidades funcionales por rotación de los funcionarios.	Cada año los diferentes procesos y unidades funcionales debe realizar la transferencia de los archivos de los dos periodos anteriores para ser enviados al archivo central para su almacenamiento, cumpliendo con los requisitos de gestión documental (identificación, archivo, almacenamiento, etc.)	INTERNO	PERSONAL	Pérdida de la información de los documentos. Falta de espacio en las áreas de trabajo lo que genera estrés laboral. Sanciones por incumplimiento de las tablas de retención.	Capacitaciones a personal sobre gestión documental Cronograma de transferencias documentales	El profesional universitario de gestión documental elabora anualmente el Cronograma de transferencias con la distribución mensual de las áreas para la solicitud de la transferencia de los documentos al archivo central de gestión documental. Se envía a cada área la información de la transferencia de las fechas de retención para que se envíen los documentos de cada vigencia. En caso del envío de información fuera de las fechas, o el no envío de la información, se notifica al área del requerimiento del envío de la información. Una vez finalizado el cronograma se notifica a control interno las áreas que no han dado cumplimiento con la transferencia documental para la toma de acciones de mejora. Se deja evidencia de notificación a unidades funcionales del cronograma de transferencia y de informe a control interno.	01		Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Profesional Especializado Unidad Funcional Apoyo tecnológico y de información (Profesional Especializado del Área Administrativa)			DE GESTIÓN	Moderado	Fuerte	Moderado	No
Apoyo	GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	Gestión Documental	GII-GDO-03	DETERIORO DE LOS DOCUMENTOS	Riesgos Operativos	Riesgos Operativos	Ausencia de equipos y control del medio ambiente	Deterioro de los documentos en forma natural, incendio, terremoto o inundación o por falta de equipos.	INTERNO	MEDIOAMBIENTE	Sanciones disciplinarias de entes de control en contra del HUS. Pérdida de la memoria institucional. Mala imagen institucional. Re-procesos y pérdidas económicas.	Se cuenta con un programa de fumigación anual. Se cuenta con el personal de aseo Se cuenta con un programa de reciclaje Se cuenta elementos contra incendios.	El profesional universitario de Gestión Documental, elabora un cronograma semestral para revisar las diferentes cajas del archivo central si contiene documentos deteriorados. Se envía la información de cual es estado de los documentos al Subgerente Administrativo y financiero para su evaluación y procedimiento a seguir si existen documentos deteriorados.	GII-GDO-03	Ausencia de equipos y control del medio ambiente	Actual	Preventivo	Si	No			Profesional Especializado Unidad Funcional Apoyo tecnológico y de información (Profesional Especializado del Área Administrativa)			DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Apoyo	GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	Gerencia de la Información	GII-GEI01	Cumplimiento a la entrega de informes a los entes de vigilancia y control.	Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	No identificación de los informes normativos que debe entregar el proceso	Cada uno de los procesos debe reportar a los entes de vigilancia y control reportes normativos los cuales solicitan como apoyo al proceso de Gerencia de la información para generar las bases de datos según la información ingresada en los sistemas.	INTERNO	PROCESOS	Sanciones por entes de Vigilancia y Control	Definición de responsables por cada informe Plan de Gerencia de la información	El profesional de la central de información realiza el levantamiento del flujo de información (GII-GEI-FO-06) de forma anual o cada vez que los líderes de los procesos lo soliciten, realizando reunión con cada líder de proceso, actualizando el Plan de Gerencia de la Información. En caso de desviaciones se ejecutaran las acciones inmediatas que favorezca la presentación oportuna del informe.	001		Actual	Preventivo	Si	No			Profesional Especializado Unidad Funcional Apoyo tecnológico y de información (Profesional Especializado del Área Administrativa)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción
Apoyo	GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	Sistemas de Información	GIL-SIS01	Perdida de información de las bases de datos almacenadas en los servidores.		Riesgos Operativos, Riesgos Financieros, Riesgos de Tecnología, Riesgo Imagen o Reputacional	No contar con un plan de contingencia que incluya replica en línea de los servidores de la ESE Hus y/o No renovación del licenciamiento como antivirus y firewall que contribuyen a la seguridad de la información.	Posibilidad de pérdida de información por diferentes causas, como daño del software o hardware.	INTERNO	TECNOLOGIA	Sanciones, incumplimientos, pérdida de dinero, eventos adversos, pérdida de confidencialidad, integridad, y disponibilidad.	procedimientos manejo base de datos, procedimiento acceso al data center, listas de chequeo, controles de la plataforma tecnológica, backups, replica, perfiles de usuario.	El profesional universitario de ufati diariamente mediante formato lista de chequeo realiza revisión de la infraestructura tecnológica y backups de los diferentes sistemas de información de la ese hus, si se encuentran desviaciones debe tomar acciones necesarias junto con el profesional especializado ufati para evitar que dicho riesgo se materialice. el seguimiento de hace mediante el formato GTE-GTE-FO-47 Versión 1	01		Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Profesional Especializado Unidad Funcional Apoyo tecnológico y de información (Profesional Especializado del Área Administrativa), Profesional Universitario Apoyo Tecnológico y de Información (Profesional Universitario del Área Administrativa)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si
Apoyo	GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	Sistemas de Información	GIL-SIS02	Interrupción en el sistema de Información Dinámica Gerencial.		Riesgos Operativos, Riesgos Financieros, Riesgos de Tecnología, Riesgo Imagen o Reputacional	Probabilidad de falla en el hardware en los servidores	No continuidad en la prestación del servicio de Dinámica Gerencial.	INTERNO	TECNOLOGICO	Falla en el registro y consulta de la información de historia clínica o administrativa Demoras en la prestación del servicio asistencial. Desarticulación del expediente de Historia Clínica.		El profesional universitario de ufati programa una tarea en el servidor la cual consiste en realizar una réplica en tiempo real de los servidores de la institución diariamente, para generar backups de la información que se encuentran en los servidores, el seguimiento se hace mediante el formato GTE-GTE-FO-47 Versión 1, si se presenta alguna falla se revisa la conexión de red q permite la sincronización de estos servidores.	2	Probabilidad de falla en el hardware en los servidores	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Profesional Universitario Apoyo Tecnológico y de Información (Profesional Universitario del Área Administrativa)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Misional	GESTIÓN DE INTERNACIÓN	Hospitalización	GIN-HOS01	Incumplimiento en la aplicación del protocolo para la atención de pacientes cardiovasculares.		Riesgos Operativos	No aplicación del paquete instruccional reducir el riesgo en la atención de pacientes cardiovasculares		DE PROCESO	PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS	Largas estancias hospitalarias. Eventos adversos. Falta de continuidad en los tratamientos de los pacientes cardiovasculares.	Protocolo para reducir el riesgo en la atención de pacientes cardiovasculares	El Subgerente de Medicas mensualmente realiza seguimiento a las actividades definidas en el protocolo para la reducción del riesgo en la atención de pacientes cardiovasculares. Se aplica lista de chequeo para realizar el seguimiento dejando registro en el formato correspondiente y se plantean acciones de mejora en caso de incumplimiento de los criterios del protocolo.	001		Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Subgerente de Medicas (Nivel Directivo)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Misional	GESTIÓN DE INTERNACIÓN	Infectología	GIN-INF01	La probabilidad de aumento en la incidencia de IAAS.		Riesgos Operativos, Riesgos Financieros, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	Falta de adherencia a las buenas prácticas para la prevención de IAAS.	El aumento de los casos en infecciones intrahospitalarias lleva a aumentar el sufrimiento del paciente, la familia, los costos en el tratamiento, la estancia hospitalaria, el riesgo jurídico y la exposición a otros pacientes, familia y equipo de salud.	INTERNO	PERSONAL	Eventos adversos. Muerte de pacientes. Sanciones por entes de vigilancia y control. Pérdida económica por demandas jurídicas.	GMC-GCA-FO-60 FORMATO LISTA DE CHEQUEO RONDAS S IAAS-2019 GIN-INF-FO-02 FORMATO LISTA CHEQUEO HIGIENE MANOS 5 MOMENTOS GIN-INF-FO-03 FORMATO LISTA CHEQUEO HIGIENE MANOS TECNICA AGUA JABON GIN-INF-FO-04 FORMATO LISTA CHEQUEO HIGIENE MANOS INSUMO INFRAESTRUCTURA GIN-INF-FO-05 FORMATO LISTA CHEQUEO HIGIENE MANOS	El Infectólogo junto con el equipo de profesionales de infectología realiza semanalmente verificación sobre las actividades del personal asistencial para el cumplimiento de las medidas preventivas del manual adoptado de medidas básicas de prevención de IAAS a través de las listas de chequeo de seguridad del paciente específicas para la evaluación de las buenas prácticas. Se realiza seguimiento al cumplimiento de las buenas prácticas presentando informe al comité de infecciones y tomando decisiones frente a desviaciones encontradas. Se deja registro del control en las listas de chequeo el análisis en el acta de comité de infecciones.	01	Falta de adherencia a las buenas prácticas para la prevención de IAAS.	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si	Médicos Especialistas Infectología (Medicos Especialistas)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No		
Apoyo	GESTIÓN JURÍDICA	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	GJU-ADQ-01	Incumplimiento de requisitos legales para la adquisición de bienes, servicios y obras.		Riesgos de Cumplimiento	No se realiza una correcta supervisión técnica y administrativa de los contratos	Se relaciona con el incumplimiento de las etapas procesales, documentos, justificación, selección objetiva, pluralidad de oferentes, eficacia, eficiencia debido proceso que pueda generar adjudicación de contratos con vicios.	INTERNO	PROCESOS	Responsabilidad fiscal, disciplinaria y legal de los servidores públicos involucrados en los temas pertinentes	*Programación de contratación *Unificación de documentos para llevar a cabo los procesos de selección *Construcción interdisciplinaria de los documentos de contratación *Requisitos técnicos, financieros, habilitantes construidos de forma interdisciplinaria	Cada supervisor de contrato realiza mensualmente seguimiento a los requisitos según el alcance del contrato a través de acta de interventoría, garantizando que lo pactado se haya ejecutado durante la vigencia; el acta se adjunta como soporte a la cuenta de cobro para tener el visto bueno de la ejecución de las actividades por el tercero y realizar los trámites para el respectivo pago. En caso de incumplimiento de los requisitos pactados, el supervisor informa a la oficina asesora jurídica los hallazgos de incumplimiento para iniciar el proceso por presuntos incumplimientos a través de descargos con el contratista y generar las acciones de mejoramiento. Se deja registro del seguimiento de requisitos en el acta de interventoría código GABS-ADQ-FO-02 y evidencia del proceso de descargos en acta de reunión.	01	No se realiza una correcta supervisión técnica y administrativa de los contratos	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si	Jefe Oficina Asesora Jurídica (Nivel Asesor)			DE GESTIÓN	Moderado	Fuerte	Fuerte	No		

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción	
Apoyo	GESTIÓN JURÍDICA	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	GU-ADQ-02	Inoportunidad en al adquisición de los bienes y servicios requeridos por la entidad	Gerenciales, Riesgos Operativos	Carencia de controles en el procedimiento de contratación	Hace referencia al vencimiento de los tiempos para la contratación de servicios tercerizados según los requerimientos de la ESE HUS para la prestación de los servicios	INTERNO	PROCESOS	Incumplimiento en la entrega de bienes y servicios para la prestación de servicios	Matriz de seguimiento de las solicitudes para la contratación con terceros	El jefe de la oficina asesora Jurídica en conjunto con la Coordinadora de Contratación, mensualmente realiza el seguimiento a la matriz de contratación que se encuentra en Gogole Drive compartido con los diferentes subgerentes de las áreas del HUS donde se ingresa la información de las solicitudes de las áreas para la contratación de los servicios tercerizados según sus requerimientos. En caso de identificar solicitudes con fechas fuera de la vigencia programada, se realiza seguimiento con el profesional encargado de cada etapa para la contratación y se solicita acción de mejora para realizar la contratación en el menor tiempo posible. El seguimiento se realiza en la matriz de seguimiento a contratación compartida con los Subgerentes.	01	Carencia de controles en el procedimiento de contratación	Actual	Preventivo	Si	No					Jefe Oficina Asesora Jurídica (Nivel Asesor)			OPERATIVO	Moderado	Fuerte	Fuerte	No
Apoyo	GESTIÓN JURÍDICA	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	GU-ADQ03	Inoportunidad en la publicación de documentos y actos administrativos en SECOP	Gerenciales, Riesgo Imagen o Reputacional	No se cuentan con controles para realizar seguimiento del cargue de los documentos en el sistema SECOP	SECOP es el sistema donde se cargan las convocatorias y documentos contractuales para la participación en las licitaciones de proyectos y servicios requeridos en la ESE HUS, lo cual representa cargar en los tiempos requeridos estos documentos y de esta manera realizar la verificación en el momento de las licitaciones.	EXTERNO	COMUNICACIÓN EXTERNA	Sancciones legales por entes de vigilancia y control	Afectación de la transparencia de la ESE HUS	El jefe de la oficina asesora jurídica en conjunto con la Coordinadora de Contratación, mensualmente, realiza verificación aleatoriamente a 5 procesos publicados en la plataforma de SECOP a través de lista de chequeo para identificar que los documentos se encuentren completamente cargados. En caso de inconsistencias se define el plan de mejora con el técnico responsable del cargue de la información en SECOP. Se deja registro en el formato de lista de chequeo.	01	No se cuentan con controles para realizar seguimiento del cargue de los documentos en el sistema SECOP	Actual	Correctivo	No	Si					Jefe Oficina Asesora Jurídica (Nivel Asesor)			OPERATIVO	Fuerte	Débil	Débil	Si
Apoyo	GESTIÓN JURÍDICA	Defensa Judicial y Extrajudicial	GU-DJE01	Inoportunidad en el cumplimiento de términos legales para el estudio de Acciones de Repetición en sede de COMITÉ DE CONCILIACIONES	Riesgos de Cumplimiento	El no cumplimiento de los términos estipulados dentro de la norma El ordenador del gasto, al día siguiente al pago total o al pago de la última cuota efectuado por la entidad pública, de una conciliación, condena o de cualquier otro crédito surgido por concepto de la responsabilidad patrimonial de la entidad, deberá remitir el acto administrativo y sus antecedentes al Comité de Conciliación, para que en un término no superior a cuatro (4) meses se adopte la decisión motivada de iniciar o no el proceso de repetición y se presente la correspondiente demanda, cuando la misma resulte procedente, dentro de los dos (2) meses siguientes a la decisión.	INTERNO	FINANCIEROS	Responsabilidad financiera, disciplinaria y legal de los servidores públicos involucrados en los temas pertinentes. Acciones de repetición.	Decreto 1167 de 2016 Artículo 2.2.4.3.1.2.12. De las Acciones de Repetición Comité de De conciliaciones (Acto resolutivo No. 383 del 06 de octubre de 2006, modificada por la resolución 421 de 25 de agosto de 2016)	GU-DJE01-COMITÉ DE CONCILIACIONES	La oficina de Tesorería junto con los abogados de la defensa externa de la ESE HUS informaran a la Gerencia con copia a la Oficina asesora Jurídica, el mismo día al pago total o al pago de la última cuota efectuado por la entidad pública, de una conciliación, condena o de cualquier otro crédito surgido por concepto de la responsabilidad patrimonial de la entidad, para que así, el ordenador del gasto, al día siguiente remita acto administrativo y sus antecedentes al Comité de Conciliación, para que en un término no superior a cuatro (4) meses se adopte la decisión motivada de iniciar o no el proceso de repetición y se presente la correspondiente demanda, cuando la misma resulte procedente, dentro de los dos (2) meses siguientes a la decisión, para ello se realizar los receptivos ajustes y/o modificaciones a la Resolución y al Procedimiento del Comité de El comité de conciliaciones en cabeza del Gerente y miembros permanentes, con el apoyo del equipo de defensa jurídica se reúne dos veces al mes o de manera extraordinaria en caso que se requiera revisión de casos específicos, con el fin de realizar el análisis y toma de decisiones frente a los casos judiciales y pre-judiciales en los cuales está inmersa la institución, realizando la solicitud ante el comité y presentando la ficha técnica la cual debe contener los antecedentes y pretensiones del caso a analizar junto con el análisis y recomendación que da el área de Defensa Jurídica viendo la viabilidad de conciliación. En caso que el comité no se pueda reunir, se solicita al ente judicial el aplazamiento y en caso de no aprobar el aplazamiento se da la obligatoriedad de la ejecución del comité con los participantes. Se deja evidencia en actas de reunión		Actual	Preventivo	Si	No					Profesional Universitario Control Interno Disciplinario (Profesional Universitario del Área Administrativa)			LEGAL	Débil	Débil	Débil	No	
Apoyo	GESTIÓN JURÍDICA	Defensa Judicial y Extrajudicial	GU-DJE01	Inoportunidad para la defensa en los procesos judiciales y extrajudiciales	Gerenciales, Riesgos Operativos, Riesgos Financieros, Riesgos de Tecnología, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional, Corrupción	No se encuentran actualizados y socializados los requisitos para el tratamiento de procesos judiciales y extrajudiciales	Hace referencia a los tiempos que se requieren en las etapas de procedimientos de defensa cuando se presenta una conciliación extrajudicial, demandas y /o conciliaciones, judiciales y proposiciones de excepciones previas.	INTERNO	PROCESOS	Responsabilidad fiscal, disciplinaria y legal de los servidores públicos involucrados en los temas pertinentes. Acciones de repetición.	Comité de De conciliaciones (Acto resolutivo No. 383 del 06 de octubre de 2006, modificada por la resolución 421 de 25 de agosto de 2016)		No se encuentran actualizados y socializados los requisitos para el tratamiento de procesos judiciales y extrajudiciales	01	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si					Profesional Universitario Control Interno Disciplinario (Profesional Universitario del Área Administrativa)			DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Estratégico	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	Gestión de Calidad	GMC-GCA01	Inoportunidad en la realización de las actividades de gestión que requieren manejo a través de internet	Riesgos Operativos	Infraestructura insuficiente para soportar la capacidad de red necesaria para el funcionamiento de los sistemas de información	Las actividades que se desarrollan a través de sistemas de información que funcionan en la web (internet) pueden verse afectadas en su continuidad cuando se cae la red.	INTERNO	TECNOLOGIA	Respuesta inoportuna a necesidad de información desde el proceso	No existe	Los profesionales del proceso de calidad, realiza de manera semanal o mensual (según aplique) el descargue de Almera la información correspondiente a cada módulo con el propósito de mantener Back Up propios para dar continuidad con las actividades en caso que se presenten fallas en la red.	01	Infraestructura insuficiente para soportar la capacidad de red necesaria para el funcionamiento de los sistemas de información	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si					Jefe Oficina Asesora de Calidad (Nivel Asesor)			OPERATIVO	Moderado	Fuerte	Moderado	Si

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Clasificación Ejecución del Control	Clasificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción	
Estratégico	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	Gestión de Calidad	GMC-GCA02	Incumplimiento de la metodología para la adopción de las GPC	Riesgos Operativos	Falta de compromiso por parte del personal médico para la adopción de las GPC	No existe adherencia a la metodología para la adopción de las GPC	DE PROCESO	RESPONSABLES DEL PROCESO	Eventos Adversos Prácticas clínicas inseguras Sobrecosto en la atención Glosas	GMC-GCA-IN-12 Instructivo de adopción y adaptación de GPC Plan de implementación de las GPC adoptadas para la ESE HUS	El auditor médico de calidad semestralmente aplica la lista de chequeo para la verificación del cumplimiento de la metodología de adopción de las GPC según instructivo GMC-GCA-IN-12, en caso de evidenciar desviaciones se notifica por medio del correo electrónico a las Subgerencias Asistenciales.	01	Falta de compromiso por parte del personal médico para la adopción de las GPC	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si				Jefe Oficina Asesora de Calidad (Nivel Asesor)				OPERATIVO	Moderado	Fuerte	Moderado	Si
Estratégico	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	Gestión de Calidad	GMC-GCA03	Inoportunidad del cierre del ciclo de PAMEC	Riesgos Operativos	Falta de cargue de las evidencias soporte para la subsanación de las no conformidades identificadas por las fuentes que alimentan el PAMEC	Que no se cumpla con el ciclo definido en el PAMEC y por ende no se pueda realizar el cierre	DE PROCESO	RESPONSABLES DEL PROCESO	Sanciones legales	Documentos PAMEC Seguimiento en Almera a través del cronograma y notificaciones en el sistema	La Profesional de PAMEC realiza seguimiento del cierre de acuerdo al periodo estipulado; fecha de inicio y fecha de finalización, con el fin de subsanar y cerrar las no conformidades identificadas. La verificación se realiza por medio del sistema, comparando las evidencias con las no conformidades. En caso de no cumplimiento, se realiza el reporte a la Oficina de Control Interno, con el fin de que se tomen las decisiones pertinentes. El sistema arroja un informe, en el cual se evidencian los tiempos de respuesta a las no conformidades.		Falta de cargue de las evidencias soporte para la subsanación de las no conformidades identificadas por las fuentes que alimentan el PAMEC	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si				Jefe Oficina Asesora de Calidad (Nivel Asesor)				DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Estratégico	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	Gestión de Calidad	GMC-GCA04	Inoportunidad en el reporte de los indicadores normativos	Riesgos de Cumplimiento	Falta de mecanismos eficientes para la obtención oportuna de la información	No reportar en la plataforma en los tiempos establecidos por norma	DE PROCESO	COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROCESOS	Sanciones legales		La profesional de apoyo a la oficina de calidad, mensualmente solicita las bases de datos en las cuales realiza la revisión de los registros para así evitar que la información se reporte erróneamente; en caso de identificar errores o desviaciones se hace retroalimentación de lo identificado al personal encargado, para así tomar correctivos.		Falta de mecanismos eficientes para la obtención oportuna de la información	Actual	Preventivo	Si	No				Jefe Oficina Asesora de Calidad (Nivel Asesor)				LEGAL	Moderado	Débil	Débil	No
Misional	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Esterilización	GSQ-EST01	Falla en la esterilización de los insumos, dispositivos quirúrgico y ropa hospitalaria	Riesgos Operativos, Riesgos Financieros, Riesgos de Tecnología, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	Falta de indicadores biológicos y químicos para el control de la calidad de la esterilización No hay adherencia del personal para la ejecución de las actividades de limpieza, desinfección e higiene durante el proceso esterilización de los insumos, dispositivos médicos, instrumental quirúrgico.	Hace referencia cuando existen errores en las actividades de la esterilización que no garantiza que el material que ingrese al proceso de esterilización quede totalmente estéril y pueda repercutir en el uso de material no conforme.	DE PROCESO	PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS	Infecciones asociadas a la atención del paciente Incidentes y Eventos Adversos	El uso de pruebas de indicador biológico y químico en el proceso de esterilización	La enfermera coordinadora del servicio de esterilización realiza semanalmente el pedido de farmacia a través del formato de inventario (Stock) de indicadores químicos, biológicos y cintas de control, para garantizar la disponibilidad del insumo y usarlo en cada carga y/o en cada dispositivo para el control de las esterilizaciones. En caso de desviaciones se envía correo a la subgerencia quirúrgica con la novedad para la gestión de préstamo externo con otras instituciones. La evidencia queda registrada en la orden de despacho de farmacia.	01		Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si				Subgerente de Servicios de Enfermería (Nivel Directivo), Subgerente de Servicios Quirúrgicos (Nivel Directivo)				DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Misional	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Gestión Quirúrgica	GSQ-01	Inoportunidad en la programación de cirugía para pacientes externos.	Riesgos Operativos	La demanda de servicios por especialidad es superior a la ofertada por la Institución.	La programación de procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios puede superar el tiempo estándar para algunas especialidades debido a la alta demanda quirúrgica de las mismas.	DE PROCESO	PROCESOS	Posible complicación del paciente, derechos de petición, tutelas.	Personal médico apto y suficiente para suplir la demanda de las diferentes especialidades quirúrgicas.	Indicador de oportunidad en la realización de cirugía programada consulta externa, el cual va a ser ejecutado por la profesional universitaria de la subgerencia de servicios quirúrgicos mensualmente, con el fin de llevar la trazabilidad y control de la oportunidad por especialidad. El cálculo de este indicador se realiza en archivo excel según base de datos enviada por la profesional universitaria de programación de cirugía y sus resultados se socializan en el grupo primario de la subgerencia de servicios quirúrgicos para tomar las decisiones necesarias con el fin de mejorar el proceso, dejando constancia de esto en el acta de grupo primario.	GSQ-01		Actual	Correctivo	No	Si				Subgerente de Servicios Quirúrgicos (Nivel Directivo)				DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	No
Misional	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Gestión Quirúrgica	GSQ-02	Inoportunidad en la programación quirúrgica	Riesgos Operativos	No disponibilidad de insumos al momento de programar el procedimiento	Demora en la asignación de turno quirúrgico	DE PROCESO	PROCESOS	Complicación del paciente, eventos adversos, estancias prolongadas, demandas.	Procedimiento programación de cirugía	El Subgerente de Servicios Quirúrgicos elabora mensualmente el informe de gestión de la Subgerencia para presentar en comité de Gerencia, que incluya las causas de cancelación de cirugía para tener en cuenta al momento de programar los procedimientos. Se analiza el informe en el comité para la toma de decisiones frente a hallazgos representativos del servicio. Se deja evidencia en la elaboración del informe de gestión y en acta de comité de gerencia.	GSQ-02		Actual	Correctivo	No	Si				Subgerente de Servicios Quirúrgicos (Nivel Directivo)				DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	No

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción	
Misional	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Gestión Quirúrgica	GSQ-03	Probabilidad de marcación equivocada de sitio operatorio.	Riesgos Operativos, Riesgos Financieros	Falta de adherencia al protocolo para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.	La marcación equivocada de sitio operatorio puede presentarse por mala comunicación entre el personal de salud o error de digitación en historia clínica.	DE PROCESO	PROCESOS	Riesgo inminente del paciente, aumento de costos. Estancias prolongadas, glosas, demandas	Implementación del paquete instruccional: Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	La lista de chequeo de cirugía segura es diligenciada por el personal de salud que interviene en la realización de los procedimientos quirúrgicos y su seguimiento está a cargo de la Jefe coordinadora del área quirúrgica mensualmente, con el fin de verificar la información del paciente aplicando la lista de chequeo durante 3 momentos clave de la cirugía. El resultado del seguimiento al adecuado diligenciamiento de la lista de chequeo de cirugía segura es socializado en el grupo primario de la subgerencia de servicios quirúrgicos para tomar las decisiones necesarias con el fin de mejorar el proceso, dejando constancia de esto en el acta de grupo primario.	GSQ-03		Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si					Subgerente de Servicios Quirúrgicos (Nivel Directivo)		OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No	
Misional	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Gestión Quirúrgica	GSQ-04	Inadecuada evaluación clínica del paciente programado para cirugía	Riesgos Operativos	Valoración inadecuada del paciente por parte del personal de salud.	Al momento de realizar la valoración del paciente antes del procedimiento quirúrgico, se presenta la evaluación clínica inadecuada (Se programa al paciente sin medio diagnóstico, sin contar con los insumos necesarios o sin tener en cuenta alguna infección el día de la valoración prequirúrgica), lo cual conlleva a la cancelación de las cirugías.	DE PROCESO	PROCESOS	Cancelación de procedimientos quirúrgicos. Complicación del paciente.	Se cuenta con el sistema DGH para consulta de historia clínica, de tal forma que se puede hacer verificación del reporte por parte de cada profesional de la salud que hace seguimiento a las condiciones de salud de los pacientes.	Informe de cirugías canceladas, el cual es reportado por el profesional universitario de programación de cirugía mensualmente con el fin de analizar las causas que llevaron a la cancelación de los procedimientos quirúrgicos en un período determinado. Este análisis es realizado en la reunión de cirugías canceladas, la cual se realiza todos los meses en la oficina de programación de cirugía con un representante de control interno, el médico auditor del área quirúrgica, médico anesestesiólogo coordinador de área quirúrgica, profesional de programación de cirugía, profesional de la subgerencia quirúrgica, enfermera coordinadora del área quirúrgica y coordinadora de instrumentación quirúrgica. En esta reunión se analizan las causas para poder generar el informe y enviarlo a la Subgerencia de Servicios Quirúrgicos. Este informe junto con el acta de	GSQ-04		Actual	Correctivo	No	Si			Subgerente de Servicios Quirúrgicos (Nivel Directivo)		DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	No			
Apoyo	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	Gestión de la Tecnología	GTE-GTE01	Incumplimiento a las actividades relacionadas con la metrología legal vigente	Riesgos de Tecnología, Riesgos de Cumplimiento	Falla en la interpretación de las metodologías para realizar	No se tienen definidas las actividades necesarias para la correcta gestión metrología de la tecnología	DE PROCESO	DISEÑO DEL PROCESO	Sanciones por entes de inspección, vigilancia y control. Resultados no confiables para la toma de decisiones	Procedimiento metrología Formato de tecnología Formato ficha técnica de tecnología (hoja de vida)	No existe actualmente un método de control definido para el seguimiento a metrología	01		Actual	Correctivo	No	Si					Profesional Universitario Mantenimiento (Profesional Universitario del Área Administrativa)							
Apoyo	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	Gestión de la Tecnología	GTE-GTE02	Incumplimiento de la política de renovación	Riesgo Estratégico, Riesgos de Tecnología	no se aplica el procedimiento de evaluación de tecnología propiedad de la ESE HUS.	hace referencia cuando no se evalúa la tecnología existente que permita la tecnología a renovar o cambiar por su estado de vida útil.	INTERNO	TECNOLOGIA	afectación en la integridad del servicio; evento adverso; afectación en la resolutivez en la decisiones medicas	procedimiento de evaluación de tecnología propiedad de la ESE HUS	la subgerencia administrativa y financiera en conjunto con el Líder del proceso de gestión de la tecnología, cada año o según el índice de obsolescencia, realiza la evaluación de tecnología propiedad de la ESE HUS, aplicando la matriz de índice de obsolescencia GTE-GTE-FO-49, en caso de desviación o de dar de baja la tecnología se incluye dentro de la matriz de priorización de compra GTE-GTE-56, siendo este la evidencia de la gestión para la renovación de tecnología en la ESE HUS.	01	no se aplica el procedimiento de evaluación de tecnología propiedad de la ESE HUS.	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Subgerente Administrativo y Financiero (Nivel Directivo)		DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si			
Estratégico	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Desarrollo del Talento Humano	GTH-DTH02	Incumplimiento en la normatividad vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo.	Riesgos Operativos, Riesgos de Cumplimiento	Inadecuada ejecución de los programas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Se refiere a no cumplir con los lineamientos del gobierno nacional en materia de riesgos laborales, referente a contar con un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo que cubra a todo el personal que labora en la ESE-HUS.	EXTERNO	POLITICO	incremento de la accidentalidad y enfermedad laboral, sanciones legales, responsabilidad solidaria, pérdida de la imagen institucional, ausentismo laboral	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo-SG-SST Autoevaluación de Estándares Mínimos Evaluación de Estándares Mínimos por la ARL Manual de Bioseguridad Procedimiento para selección y entrega de EPP Procedimiento para la realización de inspecciones de seguridad Procedimiento para la identificación y monitorización de cambios en	La profesional Especializada en Seguridad y Salud en el Trabajo realiza seguimiento semestral a la implementación de la estructura del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Institución, con base en los parámetros definidos en el decreto 1072 de 2015 y la resolución 1111 de 2017 y demás normativa vigente, teniendo en cuenta los programas de medicina preventiva y del trabajo y el programa de higiene y seguridad industrial, articulado con las empresas contratistas y el Proceso de Gestión de Investigación y Docencia. En caso de incumplimientos se ejecutan las acciones de mejoramiento según el procedimiento del sistema y se realiza seguimiento a los planes de acción. El seguimiento y ejecución de la implementación del sistema queda registrado en el Plan Anual del SG-SST.	01	Inadecuada ejecución de los programas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Profesional Especializado Unidad Funcional Talento Humano (Profesional Especializado del Área Administrativa)		LEGAL	Moderado	Fuerte	Moderado	No			

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción
Estratégico	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Ingreso del Talento Humano	GTH-ITH01	Incumplimiento en la ejecución del Programa de Inducción para el personal nuevo de la ESE HUS.	Riesgos de Cumplimiento	Inadecuado seguimiento en la ejecución del Programa de Inducción General.	Se refiere a la probabilidad de incumplimiento con el tiempo establecido para que el personal nuevo de la ESE HUS, ejecute el Programa de Inducción General y una vez culminado adquieran su Certificado.	INTERNO	PROCESOS	-Deficiente prestación de servicios. -Desmotivación del personal. -Pérdida de la Imagen Institucional.	-Formato de Creación de Usuarios en la Plataforma Virtual de Aprendizaje MOODLE. -Instructivo de Apoyo Ingreso Aula Virtual de Aprendizaje -Formato Certificado de Inducción.	El Profesional Especializado de la Unidad Funcional Talento Humano realiza revisión mensual para dar seguimiento que las personas de nuevo ingreso, a las cuales, la Unidad Funcional de Talento Humano les creó el usuario y contraseña con acceso a la Plataforma Virtual de Aprendizaje MOODLE, culminen satisfactoriamente la Inducción General hasta obtener el Certificado. En caso de desviaciones, se informa al Jefe o líder del área/proceso solicitando su apoyo para que el personal culmine la Inducción. Se lleva registro vía correo electrónico y Excel, evidenciándose en el Indicador de Cumplimiento del Programa Inducción General.	01	inadecuado seguimiento en la ejecución del Programa de Inducción General.	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Profesional Especializado Unidad Funcional Talento Humano (Profesional Especializado del Área Administrativa)		DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No		
Estratégico	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Retiro del Talento Humano	GTH-RTH01	Incumplimiento en la ejecución del Plan de desvinculación y retiro de la ESE HUS	Riesgos de Cumplimiento	No existe integración del Plan de Desvinculación y Retiro al Plan de Bienestar Social e Incentivos.	se refiere a la probabilidad de incumplir en la ejecución de actividades contempladas en el Plan de desvinculación y retiro de la ESE HUS.	INTERNO	PROCESOS	Insatisfacción del personal Pérdida de gestión del conocimiento Incumplimiento a los criterios contemplados en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y al sistema de Accreditación en Salud respecto a la desvinculación y retiro del personal.	GTH-RTH-PG-01	El profesional especializado de la Unidad Funcional de Talento Humano, cada vigencia, verifica que las acciones planteadas en el Plan de Desvinculación y Retiro GTH-RTH- sean incluidas en el Plan de Bienestar Social e Incentivos aprobado por el Comité de Gestión y Desempeño y el Gerente de la ESE HUS bajo resolución, con el fin, de que las actividades planeadas en el Plan de Desvinculación y Retiro sean cumplidas en su totalidad, al asignar para ellas una parte del presupuesto y tiempo del Plan de Bienestar Social y se encuentran monitorizadas bajo el seguimiento del Plan Estratégico y Operativo. En caso de no existir la integración de los planes, el profesional especializado de la UFTH reporta al comité de gestión y desempeño la anomalía para que se tomen las decisiones correspondientes. La evidencia de la integración de los planes, queda plasmada en el Plan de Bienestar Social e Incentivos de	GTH-RTH01	No existe integración del Plan de Desvinculación y Retiro al Plan de Bienestar Social e Incentivos.	Propuesto	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Profesional Especializado Unidad Funcional Talento Humano (Profesional Especializado del Área Administrativa)		DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No		
Misional	GESTIÓN DE URGENCIAS	Gestión de Urgencias	GUR-GUR01	Incumplimiento en la ejecución de las actividades y procedimientos del servicio urgencias de la ESE HUS	Riesgos Operativos, Riesgos Financieros, Riesgos de Tecnología, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	Dificultades en la comunicación asertiva entre los actores de las actividades del servicio de urgencias	Cuando se supera la capacidad instalada puede presentarse fallas en la prestación del servicio de urgencias y en los procedimientos misionales.	INTERNO	PROCESOS	Eventos adversos e incidentes en la prestación del servicio, sanciones legales e investigaciones, demandas.	La correcta aplicación de los procedimientos de triage, ingreso del paciente, atención y egreso.	El Coordinador del servicio de urgencias adultos mensualmente realiza la supervisión de los indicadores del servicio en cuanto a oportunidad en triage, interconsulta, consulta, entre otros, por medio de la auditoría concurrente que se realiza al servicio diariamente para así detectar posibles desviaciones y establecer acciones de mejora las cuales se socializan en el grupo primario y por medio de correos electrónicos.	01		Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Subgerente de Medicas (Nivel Directivo)		DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No		
Misional	Consulta externa	Madre Canguro	GMMAC EXMCO1	INOportunidad en la CONTINUIDAD DEL PROCESO DE INGRESO DEL MENOR AL PROGRAMA	Riesgos Operativos, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LAS AUTORIZACIONES DEL PROGRAMA POR PARTE DE LAS EPS.	LOS NIÑOS CON CRITERIO PARA INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA MADRE CANGURO QUE EGRESAN DE LA INSTITUCIÓN SE TARDAN EN INGRESAR A LA CONSULTA AMBULATORIA	INTERNO	PROCESOS	COMPLICACIONES EN EL ESTADO DE SALUD DE LOS NIÑOS REINGRESOS HOSPITALARIOS	RECONOCIMIENTO DEL PROGRAMA MADRE CANGURO POR LAS IPS Y EPS. SOCIALIZACION DEL PROGRAMA MADRE CANGURO EN LOS SERVICIOS MATERNO INFANTILES EDUCATIVO PARA LOS USUARIOS CON NIÑOS QUE TIENEN CRITERIO DE INCLUSIÓN AL PROGRAMA CONVENIO CON ASOCIACIONES Y FUNDACIONES	LA SUBGERENTE DE MUJER E INFANCIA REALIZA SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE INGRESOS DEL PROGRAMA Y A LAS ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS PARA SU MEJORAMIENTO CADA 3 MESES EN LOS GRUPOS PRIMARIOS DE PEDIATRÍA. CON EL PROPÓSITO DE IDENTIFICAR LAS DESVIACIONES CON EL FIN DE CREAR UN PLAN DE MEJORA. COMO EVIDENCIA QUEDAN LAS ACTAS DE LOS GRUPOS PRIMARIOS DONDE QUEDAN CONSIGNADOS LOS INDICADORES, EL ANÁLISIS CON LAS POSIBLES ACCIONES DE MEJORA.		FALTA DE OPORTUNIDAD EN LAS AUTORIZACIONES DEL PROGRAMA POR PARTE DE LAS EPS.	Actual	Correctivo	No	Si			Subgerente de Servicios Mujer y la Infancia (Nivel Directivo)		DE GESTIÓN	Moderado	Fuerte	Moderado	Si		
Misional	Hospitalización	Hospitalización Pediátrica	GIN-HOS-PE01	INOportunidad en la ATENCIÓN INTEGRAL DE PEDIATRÍA EN EL HORARIO DE 11:00 am A 1:00 PM	Riesgos de Cumplimiento	EVENTO ADVERSO ASOCIADO A ATENCION	EXISTE CUBRIMIENTO DE PEDIATRÍA POR PARTE DE LA UIS EN EL HORARIO DE 7:00 AM A 11:00 AM . EL PEDIATRA DE LA TARDE RECIBE HASTA LAS 1:00 PM. ANTE UNA EMERGENCIA O SITUACION DE ASISTENCIA DE PEDIATRA SOLO QUEDA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE PEDIATRÍA UN MEDICO GENERAL Y EN OCASIONES RESIDENTES DE PEDIATRÍA DE ACUERDO A LA ROTACION DEL	INTERNO	PROCESOS	1. ATENCION INOPORTUNA DE PACIENTES POR NO DISPONIBILIDAD DE PEDIATRA ANTE UN LLAMADO DE SITUACION DE EMERGENCIA O INESTABILIDAD DE LA POBLACION PEDIATRICA HOSPITALIZADA EN EL SERVICIO GENERANDO RIESGOS DE PRESENTAR EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ATENCION. 2. FALTA DE OPORTUNIDAD EN EL INGRESO	1. PRESTACION DE LA ATENCION INTEGRAL POR PARTE DE PROFESIONAL DE ENFERMERIA, MEDICINA GENERAL. 2. FALTA DE OPORTUNIDAD EN EL INGRESO	EL SUBGERENTE DE MUJER E INFANCIA ARTICULA LA CONTRATACION CON LA UIS Y EMPRESA VIGENTE PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA FRECUENCIA DE PEDIATRAS CONTRATADOS PARA EL SERVICIO DE PEDIATRÍA QUE ABARQUE LOS SERVICIOS DE MEDICO LACTANTES, CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y E INFECTO PEDIATRÍA. CONTEMPLAR EVIDENCIAS DE REUNIONES PROGRAMADAS PARA LA TOMA DE DECISIONES CON EL GRUPO LÍDER RELACIONADOS SE DEJA EVIDENCIA MEDIANTE ACTA Y CUBRIMIENTO EFECTIVO DE LO SOLICITADO (PRESENCIA DE PEDIATRA EN EL HORARIO DE 11:00 AM A 1:00 PM)			Actual	Correctivo	No	Si					DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	No		

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción	
Misional	Gestión de Urgencias	Urgencias Gineco-Obstétricas	GURUP-UG01	INCUMPLIMIENTO EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS MATERNOPERINATALES (INCOMPATIBILIDAD DE GRUPO).		Riesgos Operativos, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	NO APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO DE DE PARTO SEGURO GAM-CEX-FO-06 A TODAS LAS GESTANTES.	VALORACIÓN INADECUADA DE LAS CONDICIONES DE LA MATERNA AL INGRESO.	INTERNO	INTERACCIONES CON OTROS PROCESOS	AUMENTO DE LA MORTALIDAD NEONATAL	ADECUADA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS DE LA GESTANTE AL INGRESO A TRAVÉS DE LA LISTA DE CHEQUEO DE PARTO SEGURO.	LA SUBGERENTE DE MUJER E INFANCIA REALIZARA LA SUPERVISIÓN CADA DOS MESES DE LA ADHERENCIA DEL PERSONAL DEL SERVICIO ASISTENCIAL CON EL FIN DE REALIZAR LA IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DE LA MATERNA Y RETROALIMENTAR AL PERSONAL DEL SERVICIO EN GRUPOS PRIMARIOS DE LA IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN COMPLETA DE LA GESTANTE Y LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO DE PARTO SEGURO, SE DEJARA COMO EVIDENCIA LAS ACTAS DE GRUPO PRIMARIO.		NO APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO DE DE PARTO SEGURO GAM-CEX-FO-06 A TODAS LAS GESTANTES.	Actual	Preventivo	Si	No					Subgerente de Servicios Mujer y la Infancia (Nivel Directivo)		DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Misional	Gestión de Urgencias	Urgencias Pediátricas	GURUP-01	INACCESIBILIDAD A LAS SALAS DE AISLAMIENTO PARA LA UBICACIÓN DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO CON PATOLOGÍAS CONFIRMADAS QUE REQUIERAN AISLAMIENTO PROTECTOR, DE CONTACTO.		Riesgos de Cumplimiento	INFRAESTRUCTURA INSUFICIENTE	FÍSICA	INTERNO	PROCESOS	TRANSMISIÓN DE AGENTES PATOGENOS (INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD)	SE CUENTA CON UNA SALA DE AISLAMIENTO CON PROTOCOLOS Y DEFINIDOS PARA PRESTAR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD.	EL SUBGERENTE DE MUJER E INFANCIA REvisa EN CONJUNTO CON INGENIERO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA INSTITUCIÓN CON EL FIN DE OPTIMIZAR Y ADECUAR LAS ÁREAS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO (2 SALAS MAS DE AISLAMIENTO) DE TAL FORMA QUE ANTE LA TOMA DE DECISIONES FORMULADAS EN REUNIÓN SEAN EJECUTADAS CON OPORTUNIDAD Y EFICIENCIA. SE DEJARA EVIDENCIA DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS PARA REDUCIR EL RIESGO.		INFRAESTRUCTURA FÍSICA INSUFICIENTE	Actual	Correctivo	No	Si						DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Si	
Misional	GESTIÓN AMBULATORIA	Oncología	GAM-ONCO1	Probabilidad de interrupción en la continuidad del tratamiento del paciente para la prestación del servicio de oncología.		Riesgos Operativos	Falta de asignación de recursos por parte de las Entidades Administradoras para la continuidad del tratamiento	Son todas las circunstancias que puedan afectar la continuidad de la prestación del servicio de oncología, por ejemplo: daños de equipos, falta de insumos, falta de personal, falta de autorización y requerimientos por parte de la EPS etc.	INTERNO	ESTRATÉGICOS	Evento adverso en el paciente Progresión de la enfermedad tumoral por falta de tratamiento	Procedimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos en oncología. Comité de seguridad radiológica. Grupo primario de oncología.	Las auxiliares de enfermería de oncología clínica mensualmente realizan seguimiento a los pacientes que no asisten al tratamiento sin causa justificada durante 10 días hábiles seguidos. Se realiza llamada telefónica para seguimiento de paciente y se elabora informe para comunicar al área de trabajo social y Coordinación de Oncología, quienes revisan las causas de la inasistencia e inician la gestión con el paciente para abordar las mismas; elaboran informe nuevamente de causas y lo comunican a la Subgerencia de Alto Costo para ser enviado a las Entidades Administradoras quienes deberán dar su respectivo tratamiento. Como evidencia, los informes quedan registrados en la historia clínica de cada paciente por Médicos y Trabajo Social y posteriormente ser enviados a través de correo electrónico a las partes interesadas. El Médico Oncólogo Clínico Hemato Oncólogo en el momento previo a realizar el tratamiento recibe los exámenes de laboratorio (cuadro hemático) para verificar que los parámetros hematológicos del paciente se encuentren dentro de los parámetros normales. En caso que el paciente no tenga los exámenes dentro de los parámetros normales se suspende el tratamiento hasta cuando los parámetros se encuentren estables. De igual manera la Jefe del servicio de quimioterapia debe revisar los parámetros hematológicos del paciente estén normales. En caso de conocerse previamente que el tratamiento de quimioterapia que va a recibir el paciente es muy aplasante, este se debe prevenir mediante la aplicación de factores de crecimiento de colonia. La evidencia de los exámenes quedan registradas en las evoluciones del paciente dentro de la historia	01	Falta de asignación de recursos por parte de las Entidades Administradoras para la continuidad del tratamiento	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Subgerente de Servicios Alto Costo (Nivel Directivo)		DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No		
Misional	GESTIÓN AMBULATORIA	Oncología	GAM-ONCO2	Probabilidad de complicación del paciente en su tratamiento antineoplásico		Riesgos Operativos	El paciente puede tener cambios en sus condiciones de salud y parametros de laboratorio entre la consulta y la aplicación del tratamiento	Hace referencia a cuando un paciente inmunosuprimido o por su enfermedad de base, los tratamientos que se le dan para manejo de su neoplasia son de igual manera inmunosupresores, lo conlleva a aumentar el riesgo de infecciones en estos pacientes.	DE PROCESO	PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS	Infección al paciente Evento Adverso	Aplicación de cuadro hemático actualizado previo al tratamiento Consentimiento Informado	El paciente puede tener cambios en sus condiciones de salud y parametros de laboratorio entre la consulta y la aplicación del tratamiento	01	El paciente puede tener cambios en sus condiciones de salud y parametros de laboratorio entre la consulta y la aplicación del tratamiento	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Médicos Especialistas Oncología (Medicos Especialistas)		OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No		

Clasificación	Grupo	Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Origen	Clase de Riesgo	Causas	Descripción	Contexto	Categoría	Efectos (Consecuencias)	Barreras de Mejoramiento	Nombre del control	Código control	Causas Asociadas	Clase	Clasificación	Mitiga Probabilidad	Mitiga Impacto	Frecuencia Aplicación	Frecuencia Revisión	Responsable(s) Aplicación	Responsable(s) Revisión	Responsable(s) Gestión	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Aplica Plan de Acción
Misional	GESTIÓN AMBULATORIA	Oncología	GAM-ONC-CP-01	Probabilidad de complicación del paciente en su tratamiento antineoplásico	Riesgos Operativos		El paciente puede tener cambios en sus condiciones de salud y parámetros de laboratorio entre la consulta y la aplicación del tratamiento	Hace referencia a cuando un paciente inmunosuprimido por su enfermedad de base, los tratamientos que se le dan para manejo de su neoplasia son de igual manera inmunosupresores, lo conlleva a aumentar el riesgo de infecciones en estos pacientes.	DE PROCESO	PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS	Infección al paciente Demora en la continuidad del tratamiento.	Aplicación de cuadro hemático actualizado previo al tratamiento.	GAM-ONC-CP-01		Actual		No	No							OPERATIVO				