ESTABLECIMIENTO DE CONTROLES A RIESGOS ESE HUS 2019

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	GAD-IMA01	Falla en la continuidad de la prestación de los servicios de imagenología.		Riesgos Operativos, Riesgos de Tecnología, Riesgos de Cumplimiento	No existe un plan de contingencia para actuación en caso de eventualidades en los equipos y no se puede dar continuidad con los procedimientos.	Hace referencia al momento en el cual los equipos presentan fallas en su funcionamiento y no es posible realizar la toma y procesamiento de imágenes.	INTERNO	TECNOLOGIA	Demora en la ejecución del tratamiento de pacientes.	Cronograma de mantenimiento de equipos del hospital.	El Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnóstico realiza revisión mensual del plan de contingencia para garantizar la continuidad en la prestación del servicio cuando se presentan las fallas en el funcionamiento de los equipos. Se realiza verificación de las fallas para realizar seguimiento a las órdenes de mantenimiento. Se deja evidencia a través del plan de contingencia y de correos electrónicos como notificación y seguimiento a mantenimiento.	01		Actual	Correctivo	No	Si			Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnóstico (Nivel Directivo)			OPERATIVO				
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO	Laboratorio Clínico	GAD-LCL01	Falla en la toma , identificación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.		Riesgos Operativos, Riesgos de Cumplimiento	Falta de estrategias para la implementacion 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 diagnóstico 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 Institucional Correcta identificación de muestras y pacientes del laboratorio clínico.	La Coordinadora de Laboratorio Clínico realiza informe mensual con los hallazgos la toma, identificación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico, por parte del personal asistencial de la institución.	01		Actual	Correctivo	No	Si			Profesional Universitario área salud Laboratorio clínico (Profesional Universitario del Área de la Salud)			OPERATIVO				
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO	Patología	GAD-PAT01	Falla en la identificación de muestras recibidas en el laboratorio de patología		Riesgos Operativos, Riesgos Financieros, Riesgos de Tecnología, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	Falta de implementar estrategias para hacer una correcta identificación de muestras durante el procesamiento de las mismas.	Hace referencia a la incorrecta asignación de consecutivo interno a la muestra de un paciente, la cual permite realizar trazabilidad y/o seguimiento a la muestra desde su recepción hasta la entrega de resultado y archivo de laminas y bloques.	DE PROCESO	RESPONSABLES DEL PROCESO	Evento adverso Diagnostico equivocado retraso en tratamiento del paciente		Definición de lineamientos para la correcta identificación de las muestras por parte del personal de patología	1		Actual	Correctivo	No	Si			Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnóstico (Nivel Directivo)			OPERATIVO				
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	- Detrimento 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-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	- Detrimento 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	Si			Profesional Universitario Almacenista General (Profesional Universitario del Área Administrativa)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Apoyo	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	Dotación e Insumos	GAF-DTI02	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 en 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	Falla 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 040 de 2019 - recolección y tratamiento de residuos peligrosos (Sandesol) Instructivo de aseo, limpieza y desinfección	La Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Físicos y Servicios Basicos, mensualmente realiza la verificación del cumplimiento contrato 040 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 040 de 2019 ubicado en la oficina de Gestión Ambiental.	01		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	Falla 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 sobre los efectos de realizar una errada segregación de residuos hospitalarios Falta de control y semiento sobre la correcta 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 PGIRHS	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		Actual	Correctivo	No	Si			Profesional Especializado Unidad Funcional Recursos Físicos y Servicios Básicos (Profesional Especializado del Área Administrativa)			DE GESTIÓN	Moderado	Fuerte	Moderado	Si
Apoyo	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	Infraestructura	GAF-IFR01	Probabilidad de falla en la estructura sismo -resistente de las edificaciones de la ESE HUS		Gerenciales, Riesgos de Tecnología, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	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	Aplicar los lineamientos de hospital seguro y hospital verde en las actividades recurrentes de mantenimiento y verificación de infraestructura con relación al cumplimiento de los requisitos de sismo resistencia	01	Falta de incorporación de lineamientos de hospital inteligente dentro de la institución	Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Profesional Universitario Servicios Básicos (Profesional Universitario del Área Administrativa)			DE GESTIÓN				
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	Falta de ejecución de mantenimientos oportunamente a 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, aparatos sanitarios, enchapes, pisos, cielorasos, puertas, ventanas, redes eléctricas, redes de acueducto, redes sanitarias, etc.	INTERNO	TECNOLOGIA	accidentes laborales, perdidas económicas, sanciones por incumplimientos de requisitos normativos.	aplicación de lista de chequeo código GAF-SBA-FO-07 VERSION 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		Actual	Preventivo	Si	No			Profesional Especializado Unidad Funcional Recursos Físicos y Servicios Básicos (Profesional Especializado del Área Administrativa)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
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	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 guarda 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, AGEO 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 interventoría 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 interventoría codigo 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, Riesgo Estratégico, Riesgos Operativos, Riesgos Financieros, Riesgos de Cumplimiento, Riesgo Imagen o Reputacional	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	No existe una barrera de mejoramiento	El Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico mensualmente realizar 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				
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO	Farmacia	02	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 ENTREGA DE PRODUCTOS SOLICITADOS A LOS PROVEEDORES CON CONTRATOS DEBIDAMENTE LEGALIZADOS, OCASIONA EL DESPACHO DE FORMULAS	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 MÉDICOS SOLICITADOS COMPARÁNDOLO LAS CANTIDADES SOLICITADAS CON LAS CANTIDADES RECIBIDAS PARA GARANTIZAR CUMPLIMIENTO EN EL PEDIDO SOLICITADO, DEJANDO COMO EVIDENCIA LA FACTURA Y EL PEDIDO SOLICITADO.	02		Actual	Preventivo	Si	No			Profesional Universitario Farmacia (Profesional Universitario del Área Administrativa)			OPERATIVO				
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	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 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 SUBGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPÉUTICO.	01		Actual	Preventivo	Si	No					Profesional Universitario Farmacia (Profesional Universitario del Área Administrativa)	DE GESTIÓN				
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. Interrupción en la continuidad de los tratamientos de pacientes.	Procedimiento documentado de la Promoción de la donación voluntaria de sangre. Equipo de recurso 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	Correctivo	No	Si			Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnóstico (Nivel Directivo)			DE GESTIÓN				
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO	Nutrición	GAT-NUT01	Inoportunidad en la atención nutricional adecuada al paciente hospitalizado.		Riesgos Operativos	Falta de profesionales de Nutrición en jornadas completas diurnas.	Inadecuado tiempo de atención nutricional a cada paciente hospitalizado por parte del profesional de Nutrición clínica y/o Grupo de Soporte Metabólico Nutricional.	INTERNO	PERSONAL	Inadecuada atención nutricional al paciente hospitalizado de acuerdo a sus necesidad y patología de base.	Asignación de profesionales de Nutrición clínica en la jornada de la tarde para disminuir la inoportunidad de la atención nutricional a pacientes hospitalizados.	La profesional de Nutrición y dietética semanalmente realiza revisión de interconsultas pendientes por contestar a través del sistema Dinamica y asigna a los profesionales de nutrición las interconsultas a contestar de acuerdo al tiempo de respuesta a interconsultas definidos y priorización de respuesta. En caso de encontrar un aumento en el tiempo de respuesta a interconsultas mensuales se plantea plan de mejora. El seguimiento a las interconsultas pendientes queda registrado por medio de correo electrónico entre la profesional de nutrición y las nutricionistas clínicas asistenciales, el plan de mejora en caso de tener que plantearse estará registrado en la plataforma almera, en la medición del indicador de oportunidad en la respuesta a interconsultas.	1		Actual	Correctivo	No	Si			Profesional Universitario área salud Nutrición y Dietética (Profesional Universitario del Área de la Salud)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No
Misional	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO	Nutrición	GAT-NUT02	Falla en la distribución de dietas al paciente hospitalizado de acuerdo a prescripción dietaria.		Riesgos Operativos	Falta en la comunicación entre la nutricionista clínica y la Nutricionista de la empresa contratista.	Posibilidad de error entre la dieta entregada al paciente por parte de la empresa contratista de alimentos y la prescripción dietaria de la misma por parte del profesional de Nutrición clínica asistencial.	INTERNO	PROCESOS	Evento adverso asociado a una inadecuado suministro de alimentos. Prolongación de la estancia hospitalaria. Cancelación de apoyos diagnósticos para el paciente.	Planilla de dietas impresa y verificación de dietas ensambladas en piso por parte de la Nutricionista clínica.	La Nutricionista clínica cada vez que define formulación y cambios en las dietas de los pacientes realiza envío por correo electrónico a la empresa contratista de nueva planilla con la indicaciones correspondiente, en el caso de pedidos especiales se realiza llamada telefónica al área de ensamble y también correo electrónico. En caso de presentarse fallas en la distribución de alimentos, se reporta a la empresa contratista la notificación de la eventualidad registrada por el responsable del paciente y se solicita a la empresa contratista la formulación de plan de mejora y espina de pescado. Se deja registro electrónico del envío planillas de dietas, firma de las profesionales de nutrición en planillas físicas cuando son revisadas por las mismas y registro por correo electrónico de la gestión a las fallas presentadas.	01	Falta en la comunicación entre la nutricionista clínica y la Nutricionista de la empresa contratista.	Actual	Preventivo	Si	No			Profesional Universitario área salud Nutrición y Dietética (Profesional Universitario del Área de la Salud)			OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	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.	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, con el fin de controlar la entrega oportuna de soportes de los profesionales y la cierre oportuno de las facturas.	1		Actual	Correctivo	No	Si			Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico (Nivel Directivo)			OPERATIVO				
Misional	GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS	Gestión de Cuidados Intensivos	GCI-GCI01	Fallas en la identificación de eventos adversos asociados a cuidado crítico.		Riesgos Operativos	No se encuentra definido el protocolo institucional de sistema de reporte xxx		DE PROCESO	PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS	Interrupción de tratamientos eventos adversos	documento xxxx	El Subgerente de Servicios Alto Costo realiza mensualmente el seguimiento a los lineamientos del protocolo de sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidado crítico revisando los reportes a través del sistema de información Almera y llevando informe de seguimiento al grupo primario. Se deja evidencia en acta de grupo primario donde se toman decisiones frente a los reportes y acciones de mejora frente a eventos adversos.	01		Actual	Correctivo	No	Si					Subgerente de Servicios Alto Costo (Nivel Directivo)	OPERATIVO				
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	La falta de cumplimiento de las políticas institucional Atención Centrada 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 evidenciandose a través de correo electrónico y oficio	01		Actual	Preventivo, Correctivo	Si	Si			Jefe Oficina Asesora de Calidad (Nivel Asesor)			OPERATIVO				
Estratégico	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	Sistema de Información del Usuario	GCM-SIU02	Inoportunidad en la respuesta a las quejas		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 presentada 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 universitario siau semanalmente revisa y consolida las quejas presentadas por los usuarios identificando la causa de queja. Cuando se presentan desviaciones la profesional del servicio remite a Control interno disciplinario evidenciandose en oficio y correo electrónico con soportes de lo actuado		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				
Evaluación	GESTIÓN DE CONTROL	Control Interno	GCO-CIN01	Inadecuada realización de auditorias		Gerenciales	Ausencia de una metodología de priorización de actividades Ausencia de comunicación entre la Oficina de Control Interno y el comité Institucional de Control Interno.	Alcance de las actividades de auditoría, 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 auditoría no aprobado por el comité de control interno, reprocesos en las actividades, retraso en el cronograma. No identificación de hallazgos durante el ejercicio de	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 Auditorías 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 Comite 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-CIN01	Inadecuada realización de auditorias		Gerenciales	Ausencia de una metodología de priorización de actividades Ausencia de comunicación entre la Oficina de Control Interno y el comité Institucional de Control Interno.	Alcance de las actividades de auditoría, 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 auditoría no aprobado por el comité de control interno, reprocesos en las actividades, retraso en el cronograma. No identificación de hallazgos durante el ejercicio de auditoría	No aplica	El jefe de la Oficina de Control Interno, al iniciar cada vigencia, por medio de la Matriz de Priorización de auditorías califica los procesos establecidos en el mapa de procesos de la entidad para definir el Plan Anual de Auditorías. El Plan Anual de Auditorías 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 auditorías que considere. Como evidencia queda el acta del comité donde se aprueba el Plan de Auditorías y el Plan anual de auditorías.	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-CIN02	Inoportunidad en la entrega de informes de auditoria		Riesgos de Cumplimiento	Ausencia de un cronograma de actividades específico dentro del plan de auditoría, para que las áreas consoliden la información de entrega Entrega de información de manera inoportuna para la realización de los informes de auditoria	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 la 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 Auditorías que contiene cronograma de actividades y responsables de cada una de las auditorías priorizadas en la vigencia, adicionalmente, en cada grupo primario de la oficina se realiza seguimiento al cumplimiento del Plan Anual de Auditorías. En caso de presentarse inconvenientes en la realización de las auditorías, se estudia el caso y se toman los correctivos correspondientes. Como evidencia esta el Plan Anual de Auditoría y las actas mensuales de grupo primario.	01	Ausencia de un cronograma de actividades específico dentro del plan de auditoría, 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	Ausencia de un cronograma de actividades específico dentro del plan de auditoría, para que las áreas consoliden la información de entrega Entrega de información de manera inoportuna para la realización de los informes de auditoria	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 la fechas establecidas en el plan de auditoria Sanciones por parte del ente de control	No aplica	El auditor encargado de cada auditoría establece el plan de auditoría que contiene el cronograma de actividades a realizar y es comunicado al proceso auditado al iniciar la auditoría. 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 auditoría, 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
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 Ausencia de un cronograma de reporte de cumplimiento de planes de mejora	Por factores como la ausencia de seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorias 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-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 Ausencia de un cronograma de reporte de cumplimiento de planes de mejora	Por factores como la ausencia de seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorias 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 las directrices a seguir a, si se requiere, se lleva la situación para el análisis del Comite 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	No			Jefe Oficina Asesora de Control Interno (Nivel Asesor)			DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	No