



# **INFORME GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO**

## **SUBSISTEMA DE RIESGOS DE PROCESOS**

### **OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

# **INFORME CORRESPONDIENTE AL PERÍODO JULIO 1 A DICIEMBRE 31 2022**



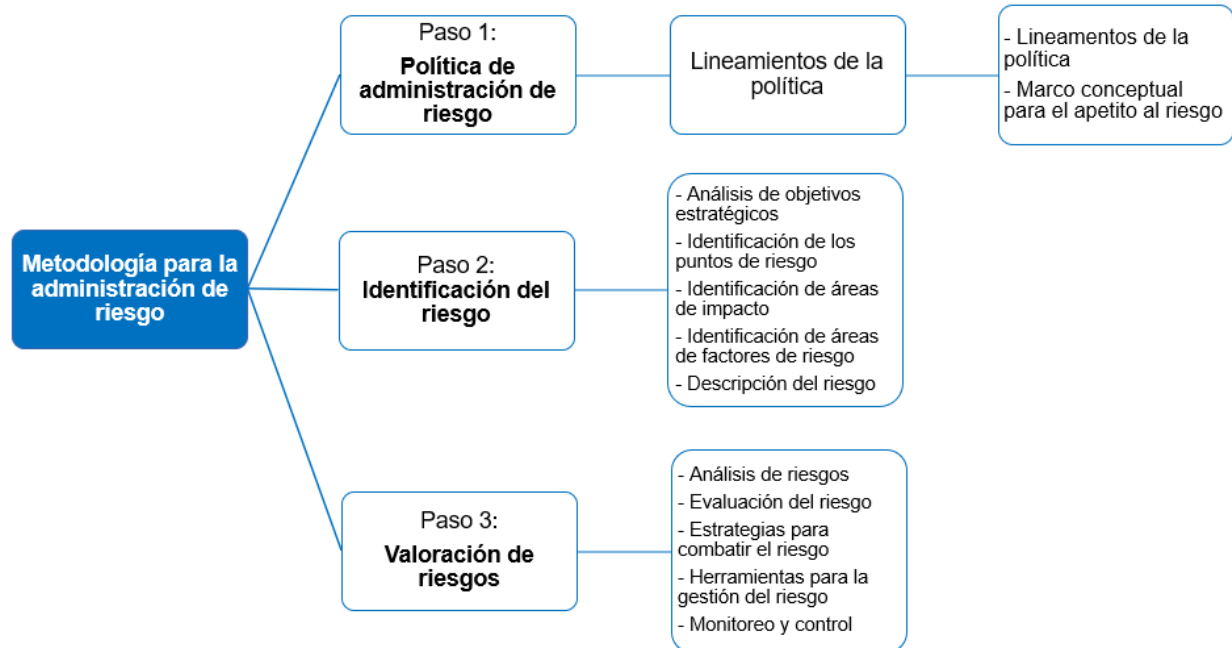
## SUBSISTEMA DE RIESGOS DE PROCESO

### 1. DESCRIPCIÓN DEL SUBSISTEMA

El modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar las actividades de las entidades y organismos públicos. De acuerdo Política de planeación institucional de la dimensión “Direccionamiento estratégico y planeación” de MIPG, se deben formular las metas de largo plazo, tangibles, medibles, audaces y coherentes con los problemas y necesidades que deben atender o satisfacer, evitando proposiciones genéricas que no permitan su cuantificación y definiendo los posibles riesgos asociados al cumplimiento de las prioridades. Teniendo en cuenta lo anterior, la identificación, análisis, valoración, tratamiento, control y seguimiento de riesgos se integra en el desarrollo de la estrategia y el cumplimiento de los objetivos de la entidad a través de cada uno de los procesos.

La gestión de los riesgos de proceso en la ESE HUS da cumplimiento a los objetivos institucionales, orientados a la toma de decisiones oportunas para minimizar efectos adversos al interior de la entidad efectuando su control y seguimiento a los riesgos, divulgando y capacitando a los colaboradores sobre la gestión del riesgo que aseguren el cumplimiento de los compromisos con los grupos de interés, midiendo la cultura del riesgo en los funcionarios y ejecutores del proceso, disminuyendo las potenciales consecuencias negativas, y las vulnerabilidades ante las amenazas internas y externas, así como midiendo el nivel de efectividad de los controles para el tratamiento de los riesgos identificados en los subsistemas de gestión del riesgo bajo metodología DAFP implementados.

La metodología para la administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP se compone de tres (3) pasos básicos para su desarrollo. A continuación, se puede observar la estructura completa con su desarrollo básico:



## 2. MARCO NORMATIVO DEL SUBSISTEMA

El subsistema de riesgos de proceso se rige bajo la siguiente normatividad.

- Norma Técnica Colombiana NTC ISO 31000. Gestión del riesgo. Principios y directrices. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2011.
- Guía para la administración de riesgos y el diseño de controles en entidades públicas, versión 4. Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018.
- Guía para la administración de riesgos y el diseño de controles en entidades públicas, versión 5. Departamento Administrativo de la Función Pública, 2020.

## 3. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS

El subsistema de riesgos de proceso es gestionado a través de la plataforma ALMERA, dentro de la vigencia se identificaron 108 riesgos, los cuales se evidencian en la siguiente tabla.

**TABLA 1. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO 2022**

No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
1	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por investigaciones penales, fiscales o disciplinarias, debido a incumplimiento de requisitos legales para la adquisición de bienes, servicios y obras.
2	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	Posibilidad de afectación económica por inoportunidad en la adquisición de los bienes y servicios requeridos por la entidad, debido a carencia de controles en el procedimiento de contratación.
3	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por sanciones legales por entes de vigilancia y control, debido a inoportunidad en la publicación de documentos y actos administrativos en SECOP
4	Apoyo Diagnóstico Especializado	Probabilidad de no atención de los pacientes por falla en la preparación del usuario debido a la falta de adherencia a los protocolos y guías de preparación previa del usuario.
5	Cartera	Posibilidad incremento en la cuentas por pagar por bajo flujo de recursos, debido a disminución en el recaudo de saldos de cartera.
6	Cartera	Posibilidad de afectación económica por incumplimiento en la generación de respuesta a glosas por parte de la ESE HUS, debido al no cumplimiento en la normatividad vigente de la auditoria de facturas teniendo en cuenta los tiempos estipulados.
7	Cartera	Posibilidad de afectación económica por incumplimiento en los acuerdos de pago y conciliaciones debido a la no cancelación de las Entidades Responsables de Pagos - ERP de los mismos.
8	Cartera	Posibilidad de afectación económica por no pago de los pagarés debido a inconsistencias en la información suministrada al momento de diligenciar el mismo y el no cumplimiento el procedimiento de pagares por parte del personal responsable de esta labor.
9	Comunicación	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por información difundida, esto debido a su carencia de cohesión entre la misma y la razón de ser del hospital, derivada de su Direccionamiento Estratégico.
10	Comunicación	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por inoportunidad en el despliegue de información desde el proceso de comunicaciones debido a la no entrega dentro de los tiempos por parte de los líderes de los procesos.



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
11	Comunicación	Posibilidad de violación a los derechos de imagen y datos personales de los usuario y familiares por registro fotográfico sin respectivo consentimiento informado, debido al desconocimiento del Formato autorización fotos, videos, entrevistas -GCO-FO-08-, y/o la inmediatez de publicación en los medios externos.
12	Consulta Externa	Probabilidad de afectación económica por la Subutilización de las consultas en el Servicio de Atención Ambulatoria por el comportamiento de la contratación respecto de la oferta del servicio
13	Consulta Externa	Probabilidad de afectación de la salud del personal del Servicio de Consulta Externa, por el contagio de COVID-19, debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, afectando la prestación del servicio.
14	Consulta Externa	Probabilidad de inaccesibilidad a la atención ambulatoria al programa madre canguro de la E.S.E HUS por recién nacidos con criterios de prematurez y/o bajo peso por deserción en el contexto de la pandemia covid-19.
15	Consulta Externa	Probabilidad de la no continuidad del proceso de ingreso del menor al programa madre canguro Ambulatorio de la E.S.E Hospital Universitario de Santander por barreras en los trámites relacionados a afiliación en la EPS y autorización de ingreso al programa por parte de la EPS-S.
16	Contabilidad	Probabilidad de inadecuada toma de decisiones por parte de la gerencia y/o junta directiva debido a información no confiable para la generación de estados financieros, por incongruencias que puedan surgir de información suministrada por las diferentes áreas.
17	Control Interno	Posibilidad de afectación reputacional por debilitamiento del Sistema de Control Interno debido a que el alcance de las actividades de auditoría no se ajusta con las expectativas del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y la Alta Dirección, en relación con los riesgos claves.
18	Control Interno	Posibilidad de afectación económica y reputacional por posibles investigaciones y sanciones disciplinarias por Entes de Control debido a la combinación de factores como la no realización de seguimiento al cumplimiento, entrega inoportuna de información por parte de los auditados que puede ocasionar inoportunidad en la elaboración de los informes de auditoría.

No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
19	Control Interno	Posibilidad de afectación reputacional por debilitamiento del Sistema de Control Interno debido a la ausencia de seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas que puede ocasionar que no se alcancen los objetivos del proceso y por tanto de la Entidad.
20	Costos	Posibilidad de afectación económica por inoportunidad en la radicación de cuentas por pagar (Proveedores, Talento Humano, Honorarios y Servicios), debido a falta de información y de soporte que permita realizar la causación en tiempo real.
21	Costos	Posibilidad de afectación económica y en la imagen de la institución por incumplimiento en el diseño de estrategias para la reducción del costo operativo y gasto administrativo buscando la eficiencia de los recursos, debido a falta de estrategias a desarrollar en la vigencia.
22	Costos	Probabilidad de afectación económica por errores en el costeo de los servicios ofrecidos por la ESE HUS, que comprometen la rentabilidad de la institución, debido a falta de competencia con relación al tema.
23	Costos	Probabilidad de incremento en el valor de producción de Unidad Valor Relativo - UVR - por capacidad instalada ociosa, debido a disminución en la demanda del servicio de salud o aumento en el costo de operación.
24	Defensa Judicial y Extrajudicial	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por investigaciones financieras, fiscales disciplinarias y legales, debido a inoportunidad en el cumplimiento de términos legales para el estudio de Acciones de Repetición en sede de Comité de Conciliaciones.
25	Defensa Judicial y Extrajudicial	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por investigaciones fiscal, disciplinaria y legal, debido a inoportunidad para la defensa en los procesos judiciales y extrajudiciales.
26	Desarrollo del Talento Humano	Probabilidad de afectación en la salud del trabajador, y pérdida de la imagen institucional por incumplimiento en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo debido a falta de planeación del Sistema.
27	Desarrollo del Talento Humano	Posibilidad de no mejoramiento de competencias por baja participación al desarrollo del Plan Institucional de capacitaciones debido a fallas en la comunicación.



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
28	Docencia - Servicio	Probabilidad de afectación en la prestación del servicio de salud, imagen institucional y/o afectación personal del estudiante, por desconocimiento de los protocolos institucionales para realizar los procedimientos en los servicios y/o áreas de rotación, debido a falla en el proceso de inducción a práctica formativa.
29	Docencia - Servicio	Posibilidad de no desarrollo de competencias en la formación del talento humano por condiciones del escenario de práctica formativa, debido a no cumplimiento del plan conjunto de trabajo.
30	Dotación e Insumos	Probabilidad de Afectación Económica por pérdida, hurto o daño de los activos propiedad, planta y equipo de la ESE HUS, debido a manejo inadecuado o problemas de seguridad o causas externas que se presente en la ESE HUS.
31	Dotación e Insumos	Probabilidad de afectación reputacional por insuficiencia en la dotación de insumos y recursos para la operación de las todas las áreas de la ESE HUS, debido a causas externas que se puedan presentar por la proveeduría de las empresas contratistas.
32	Dotación e Insumos	Probabilidad de afectación reputacional por la inoportunidad en la entrega de dotación e insumos que se requieran para la atención de pacientes COVID-19 por causas externas en la proveeduría por parte del contratista.
33	Esterilización	Probabilidad de afectación en la salud del paciente por falla en la esterilización de los insumos, dispositivos médicos, instrumental quirúrgico y ropa hospitalaria, debido a no adherencia del personal para la ejecución de las actividades de limpieza, desinfección e higiene durante el proceso esterilización de los mismos.
34	Esterilización	Probabilidad de contagiarse con enfermedades infectocontagiosas por errores en la recepción de dispositivos médicos e instrumental quirúrgico, debido a la no adherencia al procedimientos de recepción dispositivos médicos a esterilizar.
35	Facturación	Probabilidad de retraso en el recaudo (flujo) de recursos por concepto de cobro a las ERP, por los diferentes servicios de salud prestados; a razón de la devolución de facturas por las diferentes causales normativas.
36	Facturación	Probabilidad de demora en recuperación de recursos económicos; a razón de retrasos en el análisis de la glosa



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
		aceptada para determinación de la posible responsabilidad de los diferentes centros de costos
37	Facturación	Probabilidad de difícil recaudo por servicios de salud prestados a usuarios particulares, no viables para vinculación a un sistema general de Seguridad Social; a razón de pagarés que respaldan la deuda, mal diligenciados o con novedades en los datos de contacto registrados.
38	Farmacia	Posibilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador debido al incumplimiento técnico en la recepción de medicamentos y dispositivos médicos con defectos mayores, críticos, fraudulentos y almacenados sin criterios técnicos.
39	Gerencia de la Información	Posibilidad de sanción por parte de un ente de control debido al desconocimiento de nuevas solicitudes de información y cambios en la presentación de informes de acuerdo a la normatividad aplicable a la institución, por la desarticulación entre gerencia de la información y los demás procesos
40	Gestión Ambiental	Probabilidad de incumplimiento en la respuesta ante una emergencia de riesgo biológico ocasionada por la no recolección de residuos peligrosos
41	Gestión Ambiental	Probabilidad de incumplimiento en la segregación de residuos generados en la atención en salud por parte del personal de la ESE HUS con ocasión a la implementación del nuevo código de colores
42	Gestión Ambiental	Probabilidad de inadecuada segregación de residuos biológicos COVID-19 por parte del personal de la ESE HUS ocasionando incumplimiento a la normatividad ambiental vigente
43	Gestión Ambiental	Posibilidad de insuficiencia de recipientes que faciliten la segregación de residuos biológicos y ropa contaminada generados en la atención de pacientes COVID-19 (emergencia sanitaria) ocasionando un incumplimiento en la normatividad ambiental vigente.
44	Gestión Ambiental	Probabilidad de la ocurrencia de una emergencia de riesgo biológico generada por residuos de COVID 19 ocasionando incumplimiento a la normatividad ambiental vigente
45	Gestión de Calidad	Probabilidad de no disponibilidad de información oportuna por fallas técnicas de la plataforma ALMERA.
46	Gestión de Calidad	Probabilidad de no adopción de las Guías de Práctica



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
		Clínica – GPC basadas en la evidencia científica de acuerdo al perfil epidemiológico institucional debido a la asignación de responsabilidades del equipo adoptador.
47	Gestión de Calidad	Probabilidad de Inoportunidad en el cierre del ciclo de PAMEC por incumplimiento a las fechas establecidas en las acciones de mejoramiento.
48	Gestión de Calidad	Posibilidad de no ser oportunos en el reporte de los indicadores normativos por no realizar el cargue en la plataforma.
49	Gestión de Cuidados Intensivos	Probabilidad de afectación en la salud del paciente, usuarios y/o personal asistencial debido a incumplimiento del personal asistencial al protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19 o insuficiencia respiratoria aguda en UCIA y UCIP por adherencia al protocolo.
50	Gestión de Internación	Probabilidad de inadecuado tratamiento al paciente hospitalizado por incumplimiento en la atención integral dada la inadecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente
51	Gestión de la Tecnología	Probabilidad de afectación económica y/o en la salud del paciente, por sanciones de los entes de control y/o generación de un evento adverso, debido al incumplimiento a las actividades relacionadas con la metrología legal vigente
52	Gestión de la Tecnología	Probabilidad de alto índice de obsolescencia de la tecnología, por la afectación en la integridad de la prestación del servicio, evento adverso y/o afectación en la resolutivez en la decisiones médicas, debido al incumplimiento en la cobertura de la política de renovación de la tecnología
53	Gestión de la Tecnología	Probabilidad de afectación de la capacidad resolutivez de las áreas de expansión, por el incumplimiento de la dotación hospitalaria, debido a la no disponibilidad de recursos económicos.
54	Gestión de Urgencias	Probabilidad de afectación de la salud en la gestante por el incumplimiento de las medidas preventivas para ocurrencia de infecciones del sitio operatorio y el tracto urinario asociadas a la atención en salud en el servicio de urgencias gineco-obstétricas, debido a lo no ejecución de las medidas por parte del personal asistencial.
55	Gestión de Urgencias	Probabilidad de afectación en la salud del binomio madre e hijo con sospecha o diagnóstico de covid-19 por inoportunidad en la valoración de ginecoobstetricia debido



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
		a no disponibilidad de área de aislamiento en el servicio de urgencias gineco-obstétricas.
56	Gestión de Urgencias	Posibilidad de atención no segura en el Servicio de Urgencias Adultos por caída de pacientes debido a la no adherencia en la aplicación del Paquete instruccional prevención y reducción de las frecuencias de caídas (GIN-HOS-PT-03).
57	Gestión de Urgencias	Probabilidad de afectación en la salud de los usuarios por 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 debido a que no se cuenta con dichas áreas.
58	Gestión de Urgencias	Probabilidad de afectación en la salud del usuario interno y externo por el incumplimiento en la ruta de atención pediátrica Covid-19 (GIN-HOS-AN-07) y las medidas de bioseguridad por parte de los colaboradores del servicio de urgencias pediátricas de la E.S.E HUS en el contexto de la emergencia sanitaria.
59	Gestión Directiva	Probabilidad de no ofertar una mayor capacidad de atención a la emergencia COVID-19 por presencia de eventos externos y condiciones de mercado que no permitan que las obras se ejecuten en el tiempo y con los recursos establecidos.
60	Gestión Documental	Probabilidad de incumplimiento en las tablas de retención por no realizar la transferencia documental, por parte de los procesos al archivo central de la ESE HUS.
61	Gestión Documental	Probabilidad de pérdida de información por el deterioro de los documentos debido a fenómenos naturales.
62	Gestión Documental	Probabilidad de afectación en la salud por el uso inadecuado de los elementos de protección personal para el adecuado manejo de documentos de archivo en tiempos de pandemia (COVID-19).
63	Gestión Quirúrgica	Posibilidad de afectación en la salud del paciente por cancelación en los procedimientos quirúrgicos, debido a las causas institucionales.
64	Gestión Quirúrgica	Probabilidad de contagio de COVID-19 en el personal del servicio del área de quirófanos, por uso indebido de elementos de protección personal.
65	Gestión Quirúrgica	Probabilidad de la inadecuada manipulación de la vía aérea e intubación a paciente con sospecha o diagnóstico de infección por COVID-19, debido al desconocimiento del protocolo institucional por parte de los colaboradores del



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
		servicio.
66	Hemocentro	Posibilidad de insuficiencia en la captación de donantes voluntarios de sangre para suplir la demanda de la ESE HUS, debido a falta de estrategias que promuevan la donación de sangre en el departamento de Santander
67	Hemocentro	Probabilidad de incumplimiento en el protocolo GAT-HEM-PR-04 procedimiento recepción de donantes, manejo y despacho de hemocomponentes contingencia COVID-19, debido a falta de adherencia al procedimiento.
68	Hospitalización	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la efectividad de las interconsultas de especialidades y subespecialidades adscritas a la Subgerencia de Servicios Médicos debido a que la demanda supera la oferta.
69	Hospitalización	Probabilidad de afectación en la salud del recién nacido por la inoportuna valoración por pediatría debido a falencia en la ruta de atención del usuario.
70	Hospitalización	Probabilidad de no atención de recién nacidos debido a la alta afluencia de pacientes y no disponibilidad de cubículos.
71	Imagenología	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la prestación del servicio de imagenología debido a daños en los equipos.
72	Imagenología	Probabilidad de la demora en la entrega de resultados del servicio de imagenología por el incumplimiento en los tiempos establecidos debido a que la demanda supera la oferta.
73	Imagenología	Probabilidad de demora en la asignación de citas por incumplimiento del procedimiento de asignación de citas debido a la falta de adherencia del mismo.
74	Imagenología	Probabilidad de no medición de la demanda insatisfecha en el servicio de imagenología por falta de estandarización del procedimiento de asignación de citas en el servicio debido a la no aplicación del mismo
75	Infectología	Probabilidad de aumento en la incidencia de IAAS en los usuarios por la no aplicabilidad del personal asistencial a las medidas establecidas por parte de la institución, generando eventos adversos asociados a la atención.
76	Infectología	Probabilidad de contagio de COVID-19 en la comunidad hospitalaria, debido a la incorrecta utilización de elementos de protección personal (EPP) por falta de sensibilización

No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
		frente a las posibles consecuencias.
77	Infraestructura	Probabilidad de afectación a personas y económica por falla en la estructural sismo-resistente de las edificaciones de la ESE HUS, debido a un evento natural.
78	Infraestructura	Probabilidad de afectación económica y a personas por la falla de elementos no estructurales y de funcionamiento de la planta física de la ESE-HUS, debido al deterioro natural de estos elementos y daño por el uso.
79	Infraestructura	Probabilidad de afectación en la imagen institucional ante los entes de control y la comunidad por no ejecutar las obras/adequaciones en la infraestructura para la emergencia COVID-19 debido a la falta de presupuesto.
80	Ingreso del Talento Humano	Probabilidad de no adaptación del colaborador a la institución por incumpliendo en la ejecución del Programa de Inducción General debido a fallas en la comunicación.
81	Investigación	Probabilidad de no promoción de la investigación que den respuestas a las necesidades de salud de la población por no realización de actividades que fomenten la investigación.
82	Laboratorio Clínico	Probabilidad de afectación en la salud del paciente y el colaborador por no cumplimiento a los lineamientos descritos en el instructivo para el manejo de muestras biológicas de pacientes con sospecha de infección por COVID-19.
83	Laboratorio Clínico	Probabilidad de afectación en la salud del paciente por no cumplir la solicitud, identificación, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.
84	Mercadeo	Posibilidad de afectación económica y en la imagen institucional por inoportunidad en la divulgación del portafolio de servicios, debido a la no entrega de información actualizada de los servicios ofertados por la ESE HUS.
85	Mercadeo	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por inadecuada aplicación del procedimiento de referenciaci3nes institucionales debido a desconocimiento en el diligenciamiento del procedimiento de referenciaci3nes institucionales o la no aplicaci3n del mismo.
86	Nutrici3n	Probabilidad de deterioro del estado nutricional del paciente por la no la identificaci3n del riesgo nutricional, por inadecuado diligenciamiento de la herramienta de



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
		tamizaje nutricional al ingreso del paciente en hospitalización en servicios de urgencias.
87	Oncología	Probabilidad de interrupción en la continuidad del tratamiento del paciente para la prestación del servicio de oncología, debido a fallas en la tecnología, provocando retrasos en el tratamiento del paciente oncológico.
88	Oncología	Probabilidad de complicación del paciente en su tratamiento antineoplásico, debido al potencial daño colateral producido por los tratamientos oncológicos
89	Oncología	Probabilidad de incumplimiento en la ruta de atención de pacientes oncológicos frente a un posible caso de COVID-19 por la no adherencia del personal a los procesos institucionales.
90	Patología	Posibilidad de afectación en la salud del paciente por una inadecuada identificación de las muestras debido al incumplimiento del procedimiento de manejo seguro de las muestras y resultados en el laboratorio de patología.
91	Patología	Probabilidad de infección por COVID-19 al personal de salud por el incumplimiento de la Guía de orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por COVID-19 debido a la no implementación de la misma.
92	Patología	Probabilidad de afectación a los usuarios y familiares por inadecuada identificación del cuerpo de persona fallecida, debido al incumplimiento en el procedimiento "GAD-PAT-PR-01 Procedimiento para el manejo de cadáveres" y "Procedimiento para la morgue y sala de autopsia".
93	Planeación	Probabilidad de afectación en la calificación de evaluación de la gestión del gerente por no cumplimiento a los objetivos estratégicos de la ESE HUS, debido a fallas en la formulación y seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional según normatividad vigente.
94	Planeación	Probabilidad de sanciones de ente de control por el no cumplimiento a las dimensiones de Plan de Implementación del Modelo Integral de Planeación y Gestión, debido a la no entrega de información en los tiempos estipulados.
95	Planeación	Probabilidad de pérdidas de recursos asignados por demoras en los tramites internos, debido a falta de información oportuna para la elaboración de los proyectos.
96	Planeación	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento de las políticas institucionales que den cumplimiento a los objetivos estratégicos de la ESE HUS



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
		debido a una falla en la medición de las mismas.
97	Planeación	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento de la Gestión Integral del Riesgo en la ESE HUS, debido a desconocimiento de la normatividad aplicable.
98	Presupuesto	Probabilidad de afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto, alternando así los registros presupuestales en el sistema DGH.NET
99	Rehabilitación	Probabilidad de pérdidas económicas por inoportunidad en la facturación del servicio de rehabilitación debido a demoras en la entrega de soportes por parte de los profesionales de Rehabilitación y/o auxiliar de facturación afectando los procesos de recaudo.
100	Rehabilitación	Probabilidad de afectación de la salud del personal de servicio de Rehabilitación por contagio por COVID-19, debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad durante la realización de los procedimientos de atención a los usuarios ambulatorio y de internación, afectando la prestación de servicios.
101	Retiro del Talento Humano	Probabilidad de baja satisfacción de los colaboradores en el proceso de desvinculación y retiro de la ESE HUS por baja participación debido a fallas en la comunicación.
102	Servicios Básicos	Posibilidad de afectación en la salud del usuario y/o personal por inadecuado manejo de la ropa hospitalaria utilizada en áreas de aislamiento COVID-19, debido al desconocimiento del Procedimiento manejo interno de ropa hospitalaria.
103	Servicios Básicos	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por inoportunidad en la gestión de los servicios de apoyo contratados y tercerizados, debido a la demora en la prestación del servicio pudiendo ocasionar falencias en el bienestar del cliente interno y externo de la ESE HUS.
104	Servicios Básicos	Posibilidad de afectación en la salud de los pacientes y/o personal por inadecuada desinfección de las áreas contaminadas por COVID-19, debido a consecuencia del desconocimiento del instructivo de limpieza y desinfección de superficies.
105	Servicios Básicos	Posibilidad de afectación en la salud del paciente y/o usuario por inadecuada identificación de los usuarios que presentan síntomas de COVID-19, debido al desconocimiento de las preguntas emitidas por la



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
		coordinador de urgencias, puesto que no se hace una adecuada inducción al personal.
106	Sistema de Información del Usuario	Posibilidad de afectación reputacional de la institución por generación de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) debido al no despliegue de los deberes y derechos de los usuarios.
107	Sistema de Información del Usuario	Posibilidad de afectación reputacional de la E.S.E. HUS por sanciones por parte de la secretaria de salud municipal y departamental, así como de la Supersalud, debido a la inoportunidad en la respuesta a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS), dentro del tiempo establecido por el procedimiento para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF).
108	Sistemas de Información	Probabilidad de reprocesos y/o no consolidación de información debido a la obsolescencia de los sistemas de información institucionales, por falta de contrato de actualización de los mismos
109	Tesorería	Probabilidad de afectación económica y reproceso por falla en la digitación y aplicación de los descuentos al momento de hacer el egreso, debido a alto volumen de facturas para su respectivo pago.

#### 4. VALORACIÓN DE LOS RIESGOS

La valoración para la zona de riesgo residual da como resultado 27 riesgos en nivel aceptable, 70 riesgos en nivel moderado, 10 riesgos en nivel alto y 1 riesgos en nivel extremo del total de los 108 riesgos identificados, tal como se presenta en la siguiente tabla.

No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
1	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por investigaciones penales, fiscales o disciplinarias, debido a incumplimiento de requisitos legales para la adquisición de bienes, servicios y obras.	Moderado	Moderado
2	Posibilidad de afectación económica por inoportunidad en la adquisición de los bienes y servicios requeridos por la entidad, debido a carencia de controles en el procedimiento de	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
	contratación.		
3	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por sanciones legales por entes de vigilancia y control, debido a inoportunidad en la publicación de documentos y actos administrativos en SECOP	Moderado	Aceptable
4	Probabilidad de no atención de los pacientes por falla en la preparación del usuario debido a la falta de adherencia a los protocolos y guías de preparación previa del usuario.	Aceptable	Aceptable
5	Posibilidad incremento en la cuentas por pagar por bajo flujo de recursos, debido a disminución en el recaudo de saldos de cartera.	Moderado	Moderado
6	Posibilidad de afectación económica por incumplimiento en la generación de respuesta a glosas por parte de la ESE HUS, debido al no cumplimiento en la normatividad vigente de la auditoria de facturas teniendo en cuenta los tiempos estipulados.	Moderado	Moderado
7	Posibilidad de afectación económica por incumplimiento en los acuerdos de pago y conciliaciones debido a la no cancelación de las Entidades Responsables de Pagos - ERP de los mismos.	Moderado	Moderado
8	Posibilidad de afectación económica por no pago de los pagarés debido a inconsistencias en la información suministrada al momento de diligenciar el mismo y el no cumplimiento el procedimiento de pagares por parte del personal responsable de esta labor.	Moderado	Moderado
9	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por información difundida, esto debido a su carencia de cohesión entre la misma y la razón de ser del hospital, derivada de su Direccionamiento Estratégico.	Moderado	Aceptable
10	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por inoportunidad en el despliegue de información desde el proceso de comunicaciones debido a la no entrega dentro	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
	de los tiempos por parte de los líderes de los procesos.		
11	Posibilidad de violación a los derechos de imagen y datos personales de los usuario y familiares por registro fotográfico sin respectivo consentimiento informado, debido al desconocimiento del Formato autorización fotos, videos, entrevistas -GCO-FO-08-, y/o la inmediatez de publicación en los medios externos.	Moderado	Moderado
12	Probabilidad de afectación económica por la Subutilización de las consultas en el Servicio de Atención Ambulatoria por el comportamiento de la contratación respecto de la oferta del servicio	Alto	Alto
13	Probabilidad de afectación de la salud del personal del Servicio de Consulta Externa, por el contagio de COVID-19, debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, afectando la prestación del servicio.	Extremo	Alto
14	Probabilidad de inaccesibilidad a la atención ambulatoria al programa madre canguro de la E.S.E HUS por recién nacidos con criterios de prematuridad y/o bajo peso por deserción en el contexto de la pandemia covid-19.	Aceptable	Aceptable
15	Probabilidad de la no continuidad del proceso de ingreso del menor al programa madre canguro Ambulatorio de la E.S.E Hospital Universitario de Santander por barreras en los trámites relacionados a afiliación en la EPS y autorización de ingreso al programa por parte de la EPS-S.	Moderado	Moderado
16	Probabilidad de inadecuada toma de decisiones por parte de la gerencia y/o junta directiva debido a información no confiable para la generación de estados financieros, por incongruencias que puedan surgir de información suministrada por las diferentes áreas.	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
17	Posibilidad de afectación reputacional por debilitamiento del Sistema de Control Interno debido a que el alcance de las actividades de auditoría no se ajusta con las expectativas del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y la Alta Dirección, en relación con los riesgos claves.	Aceptable	Aceptable
18	Posibilidad de afectación económica y reputacional por posibles investigaciones y sanciones disciplinarias por Entes de Control debido a la combinación de factores como la no realización de seguimiento al cumplimiento, entrega inoportuna de información por parte de los auditados que puede ocasionar inoportunidad en la elaboración de los informes de auditoría.	Aceptable	Aceptable
19	Posibilidad de afectación reputacional por debilitamiento del Sistema de Control Interno debido a la ausencia de seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas que puede ocasionar que no se alcancen los objetivos del proceso y por tanto de la Entidad.	Moderado	Moderado
20	Posibilidad de afectación económica por inoportunidad en la radicación de cuentas por pagar (Proveedores, Talento Humano, Honorarios y Servicios), debido a falta de información y de soporte que permita realizar la causación en tiempo real.	Moderado	Aceptable
21	Posibilidad de afectación económica y en la imagen de la institución por incumplimiento en el diseño de estrategias para la reducción del costo operativo y gasto administrativo buscando la eficiencia de los recursos, debido a falta de estrategias a desarrollar en la vigencia.	Aceptable	Aceptable
22	Probabilidad de afectación económica por errores en el costeo de los servicios ofrecidos por la ESE HUS, que comprometen la rentabilidad de la institución, debido a falta de competencia con relación al tema.	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
23	Probabilidad de incremento en el valor de producción de Unidad Valor Relativo - UVR - por capacidad instalada ociosa, debido a disminución en la demanda del servicio de salud o aumento en el costo de operación.	Alto	Alto
24	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por investigaciones financieras, fiscales disciplinarias y legales, debido a inoportunidad en el cumplimiento de términos legales para el estudio de Acciones de Repetición en sede de COMITÉ DE CONCILIACIONES.	Moderado	Moderado
25	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por investigaciones fiscal, disciplinaria y legal, debido a inoportunidad para la defensa en los procesos judiciales y extrajudiciales.	Moderado	Aceptable
26	Probabilidad de afectación en la salud del trabajador, y pérdida de la imagen institucional por incumplimiento en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo debido a falta de planeación del Sistema.	Moderado	Moderado
27	Posibilidad de no mejoramiento de competencias por baja participación al desarrollo del Plan Institucional de capacitaciones debido a fallas en la comunicación.	Moderado	Moderado
28	Probabilidad de afectación en la prestación del servicio de salud, imagen institucional y/o afectación personal del estudiante, por desconocimiento de los protocolos institucionales para realizar los procedimientos en los servicios y/o áreas de rotación, debido a falla en el proceso de inducción a práctica formativa.	Alto	Moderado
29	Posibilidad de no desarrollo de competencias en la formación del talento humano por condiciones del escenario de práctica formativa, debido a no cumplimiento del plan	Alto	Alto



No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
	conjunto de trabajo.		
30	Probabilidad de Afectación Económica por pérdida, hurto o daño de los activos propiedad, planta y equipo de la ESE HUS, debido a manejo inadecuado o problemas de seguridad o causas externas que se presente en la ESE HUS.	Moderado	Moderado
31	Probabilidad de afectación reputacional por insuficiencia en la dotación de insumos y recursos para la operación de las todas las áreas de la ESE HUS, debido a causas externas que se puedan presentar por la proveeduría de las empresas contratistas.	Moderado	Moderado
32	Probabilidad de afectación reputacional por la inoportunidad en la entrega de dotación e insumos que se requieran para la atención de pacientes COVID-19 por causas externas en la proveeduría por parte del contratista.	Moderado	Moderado
33	Probabilidad de afectación en la salud del paciente por falla en la esterilización de los insumos, dispositivos médicos, instrumental quirúrgico y ropa hospitalaria, debido a no adherencia del personal para la ejecución de las actividades de limpieza, desinfección e higiene durante el proceso esterilización de los mismos.	Moderado	Aceptable
34	Probabilidad de contagiarse con enfermedades infectocontagiosas por errores en la recepción de dispositivos médicos e instrumental quirúrgico, debido a la no adherencia al procedimientos de recepción dispositivos médicos a esterilizar.	Moderado	Aceptable
35	Probabilidad de retraso en el recaudo (flujo) de recursos por concepto de cobro a las ERP, por los diferentes servicios de salud prestados; a razón de la devolución de facturas por las diferentes causales normativas.	Alto	Alto
36	Probabilidad de demora en recuperación de recursos económicos; a razón de retrasos en el análisis de la glosa aceptada para	Alto	Alto





No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
	determinación de la posible responsabilidad de los diferentes centros de costos		
37	Probabilidad de difícil recaudo por servicios de salud prestados a usuarios particulares, no viables para vinculación a un sistema general de Seguridad Social; a razón de pagarés que respaldan la deuda, mal diligenciados o con novedades en los datos de contacto registrados.	Moderado	Moderado
38	Posibilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador debido al incumplimiento técnico en la recepción de medicamentos y dispositivos médicos con defectos mayores, críticos, fraudulentos y almacenados sin criterios técnicos.	Alto	Alto
39	Posibilidad de sanción por parte de un ente de control debido al desconocimiento de nuevas solicitudes de información y cambios en la presentación de informes de acuerdo a la normatividad aplicable a la institución, por la desarticulación entre gerencia de la información y los demás procesos	Moderado	Moderado
40	Probabilidad de incumplimiento en la respuesta ante una emergencia de riesgo biológico ocasionada por la no recolección de residuos peligrosos	Moderado	Moderado
41	Probabilidad de incumplimiento en la segregación de residuos generados en la atención en salud por parte del personal de la ESE HUS con ocasión a la implementación del nuevo código de colores	Moderado	Moderado
42	Probabilidad de inadecuada segregación de residuos biológicos COVID-19 por parte del personal de la ESE HUS ocasionando incumplimiento a la normatividad ambiental vigente	Moderado	Moderado
43	Posibilidad de insuficiencia de recipientes que faciliten la segregación de residuos biológicos y ropa contaminada generados en la atención de pacientes COVID-19 (emergencia sanitaria) ocasionando un incumplimiento en la	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
	normatividad ambiental vigente.		
44	Probabilidad de la ocurrencia de una emergencia de riesgo biológico generada por residuos de COVID 19 ocasionando incumplimiento a la normatividad ambiental vigente	Moderado	Moderado
45	Probabilidad de no disponibilidad de información oportuna por fallas técnicas de la plataforma ALMERA.	Aceptable	Aceptable
46	Probabilidad de no adopción de las Guías de Práctica Clínica – GPC basadas en la evidencia científica de acuerdo al perfil epidemiológico institucional debido a la asignación de responsabilidades del equipo adoptador.	Moderado	Moderado
47	Probabilidad de Inoportunidad en el cierre del ciclo de PAMEC por incumplimiento a las fechas establecidas en las acciones de mejoramiento.	Aceptable	Aceptable
48	Posibilidad de no ser oportunos en el reporte de los indicadores normativos por no realizar el cargue en la plataforma.	Moderado	Moderado
49	Probabilidad de afectación en la salud del paciente, usuarios y/o personal asistencial debido a incumplimiento del personal asistencial al protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19 o insuficiencia respiratoria aguda en UCIA y UCIP por adherencia al protocolo.	Moderado	Moderado
50	Probabilidad de inadecuado tratamiento al paciente hospitalizado por incumplimiento en la atención integral dada la inadecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente	Aceptable	Aceptable
51	Probabilidad de afectación económica y/o en la salud del paciente, por sanciones de los entes de control y/o generación de un evento adverso, debido al incumplimiento a las actividades relacionadas con la metrología legal vigente	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
52	Probabilidad de alto índice de obsolescencia de la tecnología, por la afectación en la integridad de la prestación del servicio, evento adverso y/o afectación en la resolutivez en la decisiones médicas, debido al incumplimiento en la cobertura de la política de renovación de la tecnología	Alto	Alto
53	Probabilidad de afectación de la capacidad resolutivez de las áreas de expansión, por el incumplimiento de la dotación hospitalaria, debido a la no disponibilidad de recursos económicos.	Moderado	Moderado
54	Probabilidad de afectación de la salud en la gestante por el incumplimiento de las medidas preventivas para ocurrencia de infecciones del sitio operatorio y el tracto urinario asociadas a la atención en salud en el servicio de urgencias gineco-obstétricas, debido a lo no ejecución de las medidas por parte del personal asistencial.	Moderado	Moderado
55	Probabilidad de afectación en la salud del binomio madre e hijo con sospecha o diagnóstico de covid-19 por inoportunidad en la valoración de ginecoobstetricia debido a no disponibilidad de área de aislamiento en el servicio de urgencias gineco-obstétricas.	Moderado	Moderado
56	Posibilidad de atención no segura en el Servicio de Urgencias Adultos por caída de pacientes debido a la no adherencia en la aplicación del Paquete instruccional prevención y reducción de las frecuencias de caídas (GIN-HOS-PT-03).	Alto	Alto
57	Probabilidad de afectación en la salud de los usuarios por 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 debido a que no se cuenta con dichas áreas.	Moderado	Moderado
58	Probabilidad de afectación en la salud del usuario interno y externo por el incumplimiento	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
	en la ruta de atención pediátrica Covid-19 (GIN-HOS-AN-07) y las medidas de bioseguridad por parte de los colaboradores del servicio de urgencias pediátricas de la E.S.E HUS en el contexto de la emergencia sanitaria.		
59	Probabilidad de no ofertar una mayor capacidad de atención a la emergencia COVID 19 por presencia de eventos externos y condiciones de mercado que no permitan que las obras se ejecuten en el tiempo y con los recursos establecidos.	Moderado	Aceptable
60	Probabilidad de incumplimiento en las tablas de retención por no realizar la transferencia documental, por parte de los procesos al archivo central de la ESE HUS.	Moderado	Aceptable
61	Probabilidad de pérdida de información por el deterioro de los documentos debido a fenómenos naturales.	Moderado	Moderado
62	Probabilidad de afectación en la salud por el uso inadecuado de los elementos de protección personal para el adecuado manejo de documentos de archivo en tiempos de pandemia (COVID-19).	Moderado	Aceptable
63	Posibilidad de afectación en la salud del paciente por cancelación en los procedimientos quirúrgicos, debido a las causas institucionales.	Moderado	Moderado
64	Probabilidad de contagio de COVID-19 en el personal del servicio del área de quirófanos, por uso indebido de elementos de protección personal.	Moderado	Moderado
65	Probabilidad de la inadecuada manipulación de la vía aérea e intubación a paciente con sospecha o diagnóstico de infección por COVID-19, debido al desconocimiento del protocolo institucional por parte de los colaboradores del servicio.	Moderado	Moderado
66	Posibilidad de insuficiencia en la captación de donantes voluntarios de sangre para suplir la demanda de la ESE HUS, debido a falta de	Alto	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
	estrategias que promuevan la donación de sangre en el departamento de Santander		
67	Probabilidad de incumplimiento en el protocolo GAT-HEM-PR-04 procedimiento recepción de donantes, manejo y despacho de hemocomponentes contingencia COVID-19, debido a falta de adherencia al procedimiento.	Moderado	Moderado
68	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la efectividad de las interconsultas de especialidades y subespecialidades adscritas a la Subgerencia de Servicios Médicos debido a que la demanda supera la oferta.	Aceptable	Aceptable
69	Probabilidad de afectación en la salud del recién nacido por la inoportuna valoración por pediatría debido a falencia en la ruta de atención del usuario.	Moderado	Moderado
70	Probabilidad de no atención de recién nacidos debido a la alta afluencia de pacientes y no disponibilidad de cubículos.	Moderado	Moderado
71	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la prestación del servicio de imagenología debido a daños en los equipos.	Moderado	Aceptable
72	Probabilidad de la demora en la entrega de resultados del servicio de imagenología por el incumplimiento en los tiempos establecidos debido a que la demanda supera la oferta.	Moderado	Moderado
73	Probabilidad de demora en la asignación de citas por incumplimiento del procedimiento de asignación de citas debido a la falta de adherencia del mismo.	Moderado	Moderado
74	Probabilidad de no medición de la demanda insatisfecha en el servicio de imagenología por falta de estandarización del procedimiento de asignación de citas en el servicio debido a la no aplicación del mismo	Moderado	Moderado
75	Probabilidad de aumento en la incidencia de IAAS en los usuarios por la no aplicabilidad del personal asistencial a las medidas establecidas por parte de la institución,	Alto	Aceptable



No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
	generando eventos adversos asociados a la atención.		
76	Probabilidad de contagio de COVID-19 en la comunidad hospitalaria, debido a la incorrecta utilización de elementos de protección personal (EPP) por falta de sensibilización frente a las posibles consecuencias.	Moderado	Aceptable
77	Probabilidad de afectación a personas y económica por falla en la estructural sismo-resistente de las edificaciones de la ESE HUS, debido a un evento natural.	Moderado	Moderado
78	Probabilidad de afectación económica y a personas por la falla de elementos no estructurales y de funcionamiento de la planta física de la ESE-HUS, debido al deterioro natural de estos elementos y daño por el uso.	Moderado	Moderado
79	Probabilidad de afectación en la imagen institucional ante los entes de control y la comunidad por no ejecutar las obras/adequaciones en la infraestructura para la emergencia COVID-19 debido a la falta de presupuesto.	Moderado	Moderado
80	Probabilidad de no adaptación del colaborador a la institución por incumpliendo en la ejecución del Programa de Inducción General debido a fallas en la comunicación.	Moderado	Moderado
81	Probabilidad de no promoción de la investigación que den respuestas a las necesidades de salud de la población por no realización de actividades que fomenten la investigación.	Moderado	Moderado
82	Probabilidad de afectación en la salud del paciente y el colaborador por no cumplimiento a los lineamientos descritos en el instructivo para el manejo de muestras biológicas de pacientes con sospecha de infección por COVID-19.	Moderado	Moderado
83	Probabilidad de afectación en la salud del paciente por no cumplir la solicitud, identificación, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.	Alto	Alto





No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
84	Posibilidad de afectación económica y en la imagen institucional por inoportunidad en la divulgación del portafolio de servicios, debido a la no entrega de información actualizada de los servicios ofertados por la E.S.E. HUS.	Moderado	Aceptable
85	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por inadecuada aplicación del procedimiento de referenciaci3nes institucionales debido a desconocimiento en el diligenciamiento del procedimiento de referenciaci3nes institucionales o la no aplicaci3n del mismo.	Moderado	Aceptable
86	Probabilidad de deterioro del estado nutricional del paciente por la no la identificaci3n del riesgo nutricional, por inadecuado diligenciamiento de la herramienta de tamizaje nutricional al ingreso del paciente en hospitalizaci3n en servicios de urgencias.	Alto	Moderado
87	Probabilidad de interrupci3n en la continuidad del tratamiento del paciente para la prestaci3n del servicio de oncologí3, debido a fallas en la tecnologí3, provocando retrasos en el tratamiento del paciente oncol3gico.	Moderado	Moderado
88	Probabilidad de complicaci3n del paciente en su tratamiento antineoplásico, debido al potencial daíno colateral producido por los tratamientos oncol3gicos	Moderado	Moderado
89	PROBABILIDAD DE INCUMPLIMIENTO EN LA RUTA DE ATENCI3N DE PACIENTES ONCOL3GICOS FRENTE A UN POSIBLE CASO DE COVID-19 POR LA NO ADHERENCIA DEL PERSONAL A LOS PROCESOS INSTITUCIONALES.	Moderado	Moderado
90	Posibilidad de afectaci3n en la salud del paciente por una inadecuada identificaci3n de las muestras debido al incumplimiento del procedimiento de manejo seguro de las muestras y resultados en el laboratorio de patologí3.	Moderado	Moderado
91	Probabilidad de infecci3n por COVID-19 al personal de salud por el incumplimiento de la	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
	Guía de orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por COVID-19 debido a la no implementación de la misma.		
92	Probabilidad de afectación a los usuarios y familiares por inadecuada identificación del cuerpo de persona fallecida, debido al incumplimiento en el procedimiento GAD-PAT-PR-01 PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CADAVERES” y PROCEDIMIENTO PARA LA MORGUE Y SALA DE AUTOPSIA.	Moderado	Moderado
93	Probabilidad de afectación en la calificación de evaluación de la gestión del gerente por no cumplimiento a los objetivos estratégicos de la ESE HUS, debido a fallas en la formulación y seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional según normatividad vigente.	Aceptable	Aceptable
94	Probabilidad de sanciones de ente de control por el no cumplimiento a las dimensiones de Plan de Implementación del Modelo Integral de Planeación y Gestión, debido a la no entrega de información en los tiempos estipulados.	Moderado	Moderado
95	Probabilidad de pérdidas de recursos asignados por demoras en los tramites internos, debido a falta de información oportuna para la elaboración de los proyectos.	Moderado	Aceptable
96	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento de las políticas institucionales que den cumplimiento a los objetivos estratégicos de la E.S.E HUS debido a una falla en la medición de las mismas.	Moderado	Moderado
97	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento de la Gestión Integral del Riesgo en la ESE HUS, debido a desconocimiento de la normatividad aplicable.	Moderado	Moderado
98	Probabilidad de afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto, alternando así los registros presupuestales en el sistema DGH.NET	Aceptable	Aceptable
99	Probabilidad de pérdidas económicas por inoportunidad en la facturación del servicio de rehabilitación debido a demoras en la entrega	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
	de soportes por parte de los profesionales de Rehabilitación y/o auxiliar de facturación afectando los procesos de recaudo.		
100	Probabilidad de afectación de la salud del personal de servicio de Rehabilitación por contagio por COVID-19 debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad durante la realización de los procedimiento de atención a los usuarios ambulatorio y de internación, afectando la prestación de servicios.	Extremo	Extremo
101	Probabilidad de baja satisfacción de los colaboradores en el proceso de desvinculación y retiro de la ESE HUS por baja participación debido a fallas en la comunicación.	Moderado	Aceptable
102	Posibilidad de afectación en la salud del usuario y/o personal por inadecuado manejo de la ropa hospitalaria utilizada en áreas de aislamiento COVID-19, debido al desconocimiento del Procedimiento manejo interno de ropa hospitalaria.	Moderado	Moderado
103	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por inoportunidad en la gestión de los servicios de apoyo contratados y tercerizados, debido a la demora en la prestación del servicio pudiendo ocasionar falencias en el bienestar del cliente interno y externo de la ESE HUS.	Moderado	Moderado
104	Posibilidad de afectación en la salud de los pacientes y/o personal por inadecuada desinfección de las áreas contaminadas por COVID-19, debido a consecuencia del desconocimiento del instructivo de limpieza y desinfección de superficies.	Moderado	Moderado
105	Posibilidad de afectación en la salud del paciente y/o usuario por inadecuada identificación de los usuarios que presentan síntomas de COVID-19, debido al desconocimiento de las preguntas emitidas por la coordinador de urgencias, puesto que no se hace una adecuada inducción al personal.	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Nivel de Riesgo Absoluto	Nivel de Riesgo Residual
106	Posibilidad de afectación reputacional de la institución por generación de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) debido al no despliegue de los deberes y derechos de los usuarios.	Moderado	Moderado
107	Posibilidad de afectación reputacional de la E.S.E. HUS por sanciones por parte de la secretaria de salud municipal y departamental, así como de la Supersalud, debido a la inoportunidad en la respuesta a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS), dentro del tiempo establecido por el procedimiento para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF).	Moderado	Moderado
108	Probabilidad de reprocesos y/o no consolidación de información debido a la obsolescencia de los sistemas de información institucionales, por falta de contrato de actualización de los mismos	Moderado	Moderado
109	Probabilidad de afectación económica y reproceso por falla en la digitación y aplicación de los descuentos al momento de hacer el egreso, debido a alto volumen de facturas para su respectivo pago.	Moderado	Moderado

## 5. CONTROLES APLICADOS

Los controles aplicados a cada uno de los riesgos identificados en el subsistema de riesgos a través de la plataforma ALMERA se evidencia en la siguiente tabla.

No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
1	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por investigaciones penales, fiscales o disciplinarias, debido a incumplimiento de requisitos legales para la	Los profesionales de contratación realizan seguimiento a los requisitos según el alcance del contrato a través de "Formato verificación de cumplimiento de requisitos, etapa precontractual modalidad convocatoria pública, formato hoja de verificación de cumplimiento de requisitos, etapa precontractual, contratación directa - causal servicios profesionales o de apoyo a la gestión,



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	adquisición de bienes, servicios y obras.	formato hoja de verificación de cumplimiento de requisitos, etapa precontractual contratación directa – todas las causales excepto servicios profesionales o de apoyo a la gestión”, dejando como evidencia en la minuta de cada contrato.
2	Posibilidad de afectación económica por inoportunidad en la adquisición de los bienes y servicios requeridos por la entidad, debido a carencia de controles en el procedimiento de contratación.	El Jefe de la oficina asesora Jurídica en conjunto con los Coordinadores de Contratación, mensualmente realiza el seguimiento a la matriz de contratación que se encuentra en Google 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.
3	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por sanciones legales por entes de vigilancia y control, debido a inoportunidad en la publicación de documentos y actos administrativos en SECOP	El jefe de la oficina asesora jurídica en conjunto con el tecnólogo administrativo del área de notificaciones de contratos mensualmente realiza verificación de los procesos publicados en la plataforma de SECOP a través de una matriz en Excel de Verificación de contratos cargados en SECOP vigencia 2021 para identificar que los documentos se encuentren completamente cargados. En caso de inconsistencias se notifica al técnico responsable del cargue de la información en SECOP para realizar el plan de mejora.
4	Probabilidad de no atención de los pacientes por falla en la preparación del usuario debido a la falta de adherencia a los protocolos y guías de preparación previa del usuario.	El enfermero/a de cada uno de los servicios de apoyo diagnóstico especializado realiza la aplicación del Formato lista de chequeo para procedimientos que requieren preparación previa con el fin de identificar la correcta preparación del usuario, el registro se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de gestión documental, de encontrarse desviaciones se registra en la lista de chequeo y se regresa el paciente al servicio.
5	Posibilidad incremento en la cuentas por pagar por bajo flujo de	El profesional universitario de Cartera mensualmente gestiona el cobro de cartera a través de gestiones administrativas, suscripción de acuerdos de pago,





No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	recursos, debido a disminución en el recaudo de saldos de cartera.	remisión de cartera mayor 120 días a la Oficina Asesora Jurídica para que se realice el cobro prejurídico y jurídico. Como evidencia quedan los informes del contratista de cartera. En caso de desviaciones se presenta informes a la Gerencia para la toma de acciones respectivas.
6	Posibilidad de afectación económica por incumplimiento en la generación de respuesta a glosas por parte de la ESE HUS, debido al no cumplimiento en la normatividad vigente de la auditoria de facturas teniendo en cuenta los tiempos estipulados.	El profesional de Cartera mensualmente realiza la presentación del Informe de gestión de glosas, en el Comité de Facturación, Cartera y Glosas, donde se evidencian las glosas recepcionadas durante el periodo, y en caso encontrar respuestas no oportunas se realiza el respectivo reporte dentro del Comité, queda registrado en el acta de la reunión, y se establece la medidas correctivas para controlar el no acatamiento a la respuesta oportuna. Dentro del requerimiento para el contrato de la operación de cartera se establece multas dependiendo del monto de la glosa sin contestar oportunamente.
7	Posibilidad de afectación económica por incumplimiento en los acuerdos de pago y conciliaciones debido a la no cancelación de las Entidades Responsables de Pagos - ERP de los mismos.	El profesional de Cartera deberá presentar trimestralmente en el Comité de facturación, cartera y glosa un informe sobre los acuerdos de pago y conciliaciones, donde se identifique los incumplimientos y estos sean reportados a la oficina Jurídica de la E.S.E. HUS. Como evidencia se cuenta con el acta del comité. En caso de encontrar desviaciones deberá remitirse dichos incumplimientos al área de jurídica para presentar acciones frente a los deudores.
8	Posibilidad de afectación económica por no pago de los pagarés debido a inconsistencias en la información suministrada al momento de diligenciar el mismo y el no cumplimiento el procedimiento de pagares por parte del personal responsable de esta labor.	El auxiliar de pagarés de cartera verifica los pagarés entregados por facturación mensualmente con el fin de iniciar el trámite de cobro de los mismos, y devuelve a facturación aquellos que no cumplan con los requisitos y anexos exigidos para el cobro, quedando evidencia dentro del acta mensual de pagares los recibidos para el respectivo tramite de cobro.
9	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por información	El profesional de comunicaciones alinea la información a desplegar de acuerdo al direccionamiento estratégico de la institución. Para dar cumplimiento a la Política de



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	<p>difundida, esto debido a su carencia de cohesión entre la misma y la razón de ser del hospital, derivada de su Direccionamiento Estratégico.</p>	<p>Comunicaciones, el proceso cuenta con una herramienta en la cual se evidencia el cronograma de despliegue de temas, a través de los canales propios del proceso, información mediante la cual se analizan los indicadores respectivos. En caso de presentarse una desviación debido a la falta de cohesión de la información publicada en la redes sociales de la institución, se cuenta con un apartado como base guía para afrontar dichas crisis - en el Procedimiento de Difusión de Información -, lo anterior con el fin de disminuir el impacto generado y reducir la afectación ocasionada en la imagen institucional.</p> <p>Caracterización del Proceso que respalda su intencionalidad y fin: Plan institucional de comunicaciones, Procedimiento de Difusión de Información y la Política de Comunicaciones.</p>
10	<p>Posibilidad de afectación en la imagen institucional por inoportunidad en el despliegue de información desde el proceso de comunicaciones debido a la no entrega dentro de los tiempos por parte de los líderes de los procesos.</p>	<p>El profesional de comunicaciones identifica las necesidades informativas y solicita a los responsables la misma a través del correo institucional, con ello, se recuerda y recalca de igual forma la entrega oportuna de la información para así evitar retrasos en su publicación a los grupos de interés. En caso de presentarse un retraso en los tiempos de entrega, se solicita al jefe de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional reiterar al responsable el envío de la información.</p>
11	<p>Posibilidad de violación a los derechos de imagen y datos personales de los usuario y familiares por registro fotográfico sin respectivo consentimiento informado, debido al desconocimiento del Formato autorización fotos, videos, entrevistas -GCO-FO-08-, y/o la inmediatez de publicación en los</p>	<p>La tecnóloga II de proceso de comunicaciones socializa mensualmente a través de correos electrónicos el Formato autorización fotos, videos, entrevistas -GCO-FO-08-, y en la página web institucional para el uso de dicho documento en caso de requerirse. Como evidencia de esto queda los correos electrónicos. En caso de desviaciones se investigan y se aplican las herramientas de mejora.</p>



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	medios externos.	
12	Probabilidad de afectación económica por la Subutilización de las consultas en el Servicio de Atención Ambulatoria por el comportamiento de la contratación respecto de la oferta del servicio	El Auditor concurrete mensualmente realiza el análisis del informe de Subutilización de las horas mes por especialidad, verificando las horas ofertadas frente a las agendadas, presentando el informe en el Grupo Primario de Coordinadores de la Subgerencia de Servicios Ambulatorios, con base en la información suministrada, el Subgerente toma decisiones frente a los resultados y establece 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.
13	Probabilidad de afectación de la salud del personal del Servicio de Consulta Externa, por el contagio de COVID-19, debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, afectando la prestación del servicio.	La Enfermera del Servicio de Consulta Externa mensualmente verificará mediante la aplicación del Formato Inspección uso de Elementos de Protección Personal, el cumplimiento al Protocolo de Bioseguridad de la Institución, a través de una muestra aleatoria, la misma será reportada a la Subgerencia de Servicios Ambulatorios. En caso de presentarse desviaciones, la Enfermera del Servicio de Consulta Externa realizara de manera inmediata realimentara al personal con el fin de corregir la desviación. El resultado de esta validación queda registrado en el informe EPP que se entrega a la Subgerencia.
14	Probabilidad de inaccesibilidad a la atención ambulatoria al programa madre canguro de la E.S.E HUS por recién nacidos con criterios de prematurez y/o bajo peso por deserción en el contexto de la pandemia covid-19.	El subgerente de mujer e infancia vigila y controla el cumplimiento de la ruta atención en el programa madre canguro en contexto de la pandemia covid-19 (GAM-CEX-IN-03) y la coordinadora del programa madre canguro realiza seguimiento a la aplicación de la ruta cada vez que se recibe un recién nacido con sintomatología respiratorio , actividades implementadas para la prevención del contagio de Covid-19 según documentos y protocolos ya establecidos; además gestiona los contactos de los responsables del funcionamiento de la EPS en la institución, con la finalidad de garantizar la atención integral que resuelvan las necesidades de esta población, en caso de incumplimiento a la ruta la subgerente de los servicios de mujer e infancia realizará una investigación

No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
		de campo y tomara los correctivos pertinentes en los diferentes servicios los cuales serán socializados en el Cove y en el grupo primario de manera trimestral según le aplique, se deja como evidencia acta donde se describa la acción realizada.
15	Probabilidad de la no continuidad del proceso de ingreso del menor al programa madre canguro Ambulatorio de la E.S.E Hospital Universitario de Santander por barreras en los trámites relacionados a afiliación en la EPS y autorización de ingreso al programa por parte de la EPS-S.	El 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.
16	Probabilidad de inadecuada toma de decisiones por parte de la gerencia y/o junta directiva debido a información no confiable para la generación de estados financieros, por incongruencias que puedan surgir de información suministrada por las diferentes áreas.	El profesional universitario de contabilidad junto con el equipo de trabajo del área de contabilidad mensualmente realiza las conciliaciones con los responsables de las áreas de cartera, 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 DInamicaGerencial.Net que esta haya sido corregida. Para soportar las conciliaciones se deja como evidencia un formato GFI-CON-FO-02 Conciliaciones de información mensual, el cual se archiva por cada mes cerrado.
17	Posibilidad de afectación reputacional por debilitamiento del Sistema de Control Interno debido a que el alcance de las actividades de auditoría no se ajusta con las expectativas del Comité	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 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



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	Institucional de Coordinación de Control Interno y la Alta Dirección, en relación con los riesgos claves.	comité donde se aprueba el Plan de Auditorías y el Plan anual de auditorías.
18	Posibilidad de afectación reputacional por debilitamiento del Sistema de Control Interno debido a que el alcance de las actividades de auditoría no se ajusta con las expectativas del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y la Alta Dirección, en relación con los riesgos claves.	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 Comité Institucional de Control Interno
19	Posibilidad de afectación económica y reputacional por posibles investigaciones y sanciones disciplinarias por Entes de Control debido a la combinación de factores como la no realización de seguimiento al cumplimiento, entrega inoportuna de información por parte de los auditados que puede ocasionar inoportunidad en la elaboración de los informes de auditoría.	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 está el Plan Anual de Auditoría y las actas mensuales de grupo primario.
20	Posibilidad de afectación económica y reputacional por posibles investigaciones y sanciones disciplinarias por Entes de Control	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



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	debido a la combinación de factores como la no realización de seguimiento al cumplimiento, entrega inoportuna de información por parte de los auditados que puede ocasionar inoportunidad en la elaboración de los informes de auditoría.	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.
21	Posibilidad de afectación reputacional por debilitamiento del Sistema de Control Interno debido a la ausencia de seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas que puede ocasionar que no se alcancen los objetivos del proceso y por tanto de la Entidad.	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 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.
22	Posibilidad de afectación reputacional por debilitamiento del Sistema de Control Interno debido a la ausencia de seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas que puede ocasionar que no se alcancen los objetivos del proceso y por tanto de la Entidad.	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.
23	Posibilidad de afectación económica por inoportunidad en la	El Profesional Universitario de Costos mensualmente genera una lista de chequeo que incluye la totalidad de los contratos operativos (misional), administrativos y de



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	<p>radicación de cuentas por pagar (Proveedores, Talento Humano, Honorarios y Servicios), debido a falta de información y de soporte que permita realizar la causación en tiempo real.</p>	<p>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 oficio con el informe radicado en las áreas de Tesorería y Contabilidad.</p>
24	<p>Posibilidad de afectación económica y en la imagen de la institución por incumplimiento en el diseño de estrategias para la reducción del costo operativo y gasto administrativo buscando la eficiencia de los recursos, debido a falta de estrategias a desarrollar en la vigencia.</p>	<p>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.</p>
25	<p>Probabilidad de afectación económica por errores en el costeo de los servicios ofrecidos por la ESE HUS, que comprometen la rentabilidad de la institución, debido a falta de competencia con relación al tema.</p>	<p>El profesional de costos realiza una ficha unitaria para los servicios nuevos ofrecidos por la E.S.E. HUS, junto con las subgerencias respectivas verifican el costeo del servicio y se aprueban a través de una resolución de tarifas institucionales. En el caso actualización en costeos de servicios ya ofrecidos por la E.S.E. HUS el profesional de costos presenta el ajuste en la ficha unitaria para la aprobación de las subgerencias respectivas y posterior publicación a través de la resolución que deroga la tarifa inmediatamente anterior.</p>





No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
26	Probabilidad de incremento en el valor de producción de Unidad Valor Relativo - UVR - por capacidad instalada ociosa, debido a disminución en la demanda del servicio de salud o aumento en el costo de operación.	El Subgerente Administrativo Financiero calcular trimestralmente la Unidad de Valor Relativo - UVR - con base en los informes de producción, y determinar los gastos de funcionamiento y producción durante el mismo periodo, con el fin de definir el indicador evolución del gasto por unidad de valor relativa y proyectarlo para la finalización del cierre de la vigencia. El indicador es socializado en el Comité de Gerencia y la evidencia del mismo queda registrado en el acta del comité. En caso de desviaciones en el comité se toma acciones correctivas y/o herramientas de mejora.
27	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por investigaciones financieras, fiscales disciplinarias y legales, debido a inoportunidad en el cumplimiento de términos legales para el estudio de Acciones de Repetición en sede de Comité de Conciliaciones.	La defensa jurídica externa presentan informe de sentencias que están pendiente de pago junto con las fechas de pago ante el Comité de Conciliación, para que en un término no superior a cuatro (4) meses después de la última cuota del pago total, con el fin que 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 Conciliaciones, una vez realizado se presentara en sesión ordinaria de Comité de Conciliaciones para su aprobación y posterior se realizara la socialización.
28	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por investigaciones fiscal, disciplinaria y legal, debido a inoportunidad para la defensa en los procesos judiciales y extrajudiciales.	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 y las certificaciones frente a entidades judiciales (GJU-



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
		DJE-FO-18).
29	Probabilidad de afectación en la salud del trabajador, y perdida de la imagen institucional por incumplimiento en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo debido a falta de planeación del Sistema.	El equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo anualmente diseña el 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 0312 de 2019 y demás normativa vigente, teniendo en cuenta los subsistemas de medicina preventiva y del trabajo y el subsistema de higiene y seguridad industrial, articulado con las empresas contratistas y el Proceso de Gestión de Docencia Innovación e Investigación. El SG-SST es presentado en el Comité de Gestión y Desempeño para su aprobación y posterior asignación de acto administrativo. En caso de desviaciones se gestiona a través de las herramientas de mejora estandarizadas en la institución.
30	Posibilidad de no mejoramiento de competencias por baja participación al desarrollo del Plan Institucional de capacitaciones debido a fallas en la comunicación.	El Profesional Universitario del equipo de Capacitación y Cultura y el Tecnólogo Administrativo de Talento Humano realizan promoción según los medios de comunicación interna de la institución y se generan reportes de la participación; como evidencia de esto quedan los correos electrónicos e informes de capacitación, en caso de desviaciones se realiza nuevamente la convocatoria para su nueva programación al responsable del tema a socializar.
31	Probabilidad de afectación en la prestación del servicio de salud, imagen institucional y/o afectación personal del estudiante, por desconocimiento de los protocolos institucionales para realizar los procedimientos en los servicios y/o áreas de rotación, debido a falla en el proceso de inducción a práctica formativa.	El técnico administrativo de la oficina de Docencia Servicio verifica el cumplimiento del curso de inducción general y reinducción a práctica formativa y el curso de procesos prioritarios de la institución de cada estudiante y docente al inicio de cada rotación. Queda documentado en la Matriz de verificación de requisitos para ingreso a práctica formativa. En caso de alguna desviación, se aplica los lineamientos del programa de seguridad del paciente institucional.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
32	Posibilidad de no desarrollo de competencias en la formación del talento humano por condiciones del escenario de práctica formativa, debido a no cumplimiento del plan conjunto de trabajo.	El profesional de Docencia servicio verifica al inicio de cada rotación que el plan conjunto de trabajo cumpla con los lineamientos establecidos como garantía al desarrollo de las competencias para aprobación de inicio de rotación. Quedando evidenciado en el plan conjunto de trabajo. En caso de desviaciones no se aprueba el inicio de las prácticas.
33	Probabilidad de Afectación Económica por pérdida, hurto o daño de los activos propiedad, planta y equipo de la ESE HUS, debido a manejo inadecuado o problemas de seguridad o causas externas que se presente en la ESE HUS.	Cada Colaborador deberá reportar con un Informe Mensual a cada Subgerencia las novedades de mal uso, pérdida o hurto presentadas en los servicios asistenciales o administrativos, y cada Subgerencia deberá reportarle al área de Almacén estos informes de forma resumida con los controles y soluciones respectivas a través correo electrónico o de forma escrita por medio de oficio.
34	Probabilidad de Afectación Económica por pérdida, hurto o daño de los activos propiedad, planta y equipo de la ESE HUS, debido a manejo inadecuado o problemas de seguridad o causas externas que se presente en la ESE HUS.	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 de los seguros. Como evidencia quedan definidas las pólizas contra riesgos para los activos de la ESE HUS.
35	Probabilidad de Afectación Económica por pérdida, hurto o daño de los activos propiedad, planta y equipo de la ESE HUS, debido a manejo inadecuado o problemas de seguridad o causas externas que se presente en la ESE	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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	HUS.	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.
36	Probabilidad de afectación reputacional por insuficiencia en la dotación de insumos y recursos para la operación de las todas las áreas de la ESE HUS, debido a causas externas que se puedan presentar por la proveeduría de las empresas contratistas.	El profesional universitario Almacenista general realiza un seguimiento continuo al contratista o al requerimiento de insumos para tener pronta solución en la proveeduría a las áreas de la ESE HUS, dejando evidencia el correo electrónico u oficios o seguimiento telefónico.
37	Probabilidad de afectación reputacional por insuficiencia en la dotación de insumos y recursos para la operación de las todas las áreas de la ESE HUS, debido a causas externas que se puedan presentar por la proveeduría de las empresas contratistas.	El profesional universitario almacenista general analiza los requerimientos de insumos realizados por las diferentes áreas de la ESE HUS en el sistema. Verifica las solicitudes contra el inventario de existencias de insumos en la bodega del Almacén. Determina la cantidad a despachar vs los requerimientos de las áreas de la ESE HUS, en caso de no contar con existencias para responder a la necesidad de insumos del área, realiza consolidación de las necesidades insatisfechas para darles una solución pronta. Anualmente proyecta un plan de compras de la vigencia inmediatamente siguiente e involucra necesidades primordiales de consumo diario de las diferentes áreas de la ese HUS. Se registra la evidencia en el formato requerimiento almacén GAF-AL-FO-04, oficio con consolidado de necesidades para incluir al plan de compras.
38	Probabilidad de afectación reputacional por la inoportunidad en la entrega de dotación e insumos que se requieran para la atención de pacientes COVID-19 por causas	El profesional del almacén general de la ESE HUS cada vez que se requiera, apoya las rondas de inspección, según cronograma generado desde la unidad funcional de recursos físicos y servicios básicos, con el fin de realizar revisión en los servicios, de insumos y dotación e identificar las necesidad de los mismos en los respectivos servicios, así mismo proyecta la necesidad de contrato para garantizar la

No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	externas en la proveeduría por parte del contratista.	atención de las necesidades en los diferentes servicios de la ESE HUS en cuanto a dotación e insumos. De igual manera realiza revisión mensual del inventario de la bodega general del almacén. En caso de requerirse mayor abastecimiento de insumos, se realiza el requerimiento simple describiendo la necesidad de compra a la Subgerencia Administrativa y Financiera de la ESE HUS. Como evidencia se cuenta con el formato del formato de ronda, asistencia de la toma de inventario en la bodega del almacén general y acta de dicha actividad, así mismo Formato de requerimiento simple
39	Probabilidad de afectación en la salud del paciente por falla en la esterilización de los insumos, dispositivos médicos, instrumental quirúrgico y ropa hospitalaria, debido a no adherencia del personal para la ejecución de las actividades de limpieza, desinfección e higiene durante el proceso esterilización de los mismos.	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.
40	Probabilidad de contagiarse con enfermedades infectocontagiosas por errores en la recepción de dispositivos médicos e instrumental quirúrgico, debido a la no adherencia al procedimientos de recepción dispositivos médicos a esterilizar.	La Enfermera Coordinadora de Central de Esterilización cada 6 meses realiza verificación a través de lista de chequeo el cumplimiento del protocolo de recepción de dispositivos médicos a esterilizar GSQ-ES-PR-01 Versión 1, con el fin de garantizar el cumplimiento del protocolo durante la recepción y manipulación de los dispositivos médicos e instrumental quirúrgico. En dado caso de encontrar desviaciones se realiza socialización de los hallazgos en grupo primario, se toma lista de asistencia y se deja constancia en el acta.
41	Probabilidad de retraso en el recaudo (flujo) de recursos por concepto	El profesional de Devoluciones de la empresa contratista que ejecuta el proceso de facturación, consolida las diferentes causales de devoluciones,





No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	de cobro a las ERP, por los diferentes servicios de salud prestados; a razón de la devolución de facturas por las diferentes causales normativas.	consignándolas en el informe mensual de ejecución, con fines de presentar resultados y retroalimentar a admisionista, liquidadores y revisores de cuentas. En caso de que una factura presente más de una devolución, ésta será reportada a la Subgerencia Administrativa y Financiera de la ESE HUS, para su posterior trámite y radicación ante la SUPERSALUD.
42	Probabilidad de demora en recuperación de recursos económicos; a razón de retrasos en el análisis de la glosa aceptada para determinación de la posible responsabilidad de los diferentes centros de costos	El profesional universitario de Facturación a través del equipo técnico y médico para análisis de la posible responsabilidad de la glosa aceptada, hacen verificación de cada una de las glosas, según base de datos suministrada por el área de Cartera mensualmente por este concepto; con fines de, determinar a partir de la causal de la glosa si existe una posible responsabilidad, emitiendo solicitud de respuesta mediante formato GFI-FAC-FO-07 a los centros de costos involucrados para que justifique mediante concepto técnico o administrativo la glosa o, la acepte si es el caso. A partir de respuesta, el equipo técnico y médico realiza el análisis y determina si es subsanable o no. Cuando se es subsanable, se refactura para posteriormente enviar a Cartera para su radicación. Cuando no es subsanable, se define la responsabilidad y se emite formato GFI-FAC-FO-01 para dar trámite con el área de jurídica, según trazabilidad expuesta en GFI-FAC-IN-04 (INSTRUCTIVO RESPONSABILIDAD SOBRE GLOSAS ACEPTADAS DOCUMENTO FINAL).
43	Probabilidad de difícil recaudo por servicios de salud prestados a usuarios particulares, no viables para vinculación a un sistema general de Seguridad Social; a razón de pagarés que respaldan la deuda, mal diligenciados o con novedades en los datos de contacto registrados.	El auxiliar administrativo cada vez que recibe los pagarés tramitados para firma por parte del admisionista, verifica la legibilidad, correcto diligenciamiento de todos los campos y demás anexos que acompañan el título valor, asegurando que no vaya a ver inhabilidad del documento a causa de éstos; así como, confronta los datos aportados por el deudor y/o firmante en plataforma de ADRES y PLANEACIÓN NACIONAL. En caso de haber inconsistencias o enmendadura, el pagaré se anula dejando registro en archivo Excel (archivo interno de empresa contratista de facturación) y se informa al responsable, para la nueva emisión y captura de datos. Posteriormente, se entregan los títulos valores (pagarés) al técnico gestor





No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
		de servicios hospitalarios para su custodia.
44	Posibilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador debido al incumplimiento técnico en la recepción de medicamentos y dispositivos médicos con defectos mayores, críticos, fraudulentos y almacenados sin criterios técnicos.	El profesional universitario de farmacia según programación mensual de pedidos solicitados y recepcionados, verificará el cumplimiento en la utilización de herramientas técnicas para realizar el procedimiento de recepción, revisando el diligenciamiento de los formatos GAT-FAR-FO-35 Formato acta recepción producto farmacéutico instructivo con tabla militar estándar. En el evento de presentarse incumplimiento en el diligenciamiento de estos requisitos se investigará el motivo y se realizarán los correctivos pertinentes, dejando como evidencia la información registrada al revisar los formatos e instructivo de la tabla militar.
45	Posibilidad de sanción por parte de un ente de control debido al desconocimiento de nuevas solicitudes de información y cambios en la presentación de informes de acuerdo a la normatividad aplicable a la institución, por la desarticulación entre gerencia de la información y los demás procesos	El profesional especializado de la subgerencia administrativa y financiera mensualmente realiza el seguimiento de las fechas de la resolución 408 el informe de productividad 2193, asimismo el contenido de dicho informe, informando al auditor médico cada servicio cuando se presenten desviaciones en las mediciones.
46	Posibilidad de sanción por parte de un ente de control debido al desconocimiento de nuevas solicitudes de información y cambios en la presentación de informes de acuerdo a la normatividad aplicable a la institución, por la desarticulación entre gerencia de la información y los demás	El profesional de apoyo a las herramientas web mensualmente revisa los tiempos de entrega en que se deban cargar los informes a los entes de control y ejerce control a través de correo electrónico a los líderes y responsables de los informes.

No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	procesos	
47	Posibilidad de sanción por parte de un ente de control debido al desconocimiento de nuevas solicitudes de información y cambios en la presentación de informes de acuerdo a la normatividad aplicable a la institución, por la desarticulación entre gerencia de la información y los demás procesos	El profesional de indicadores de la oficina asesora de calidad, mensualmente realiza seguimiento a través de un cronograma en donde se relaciona: la normatividad, el tipo de información que se debe reportar, el responsable de reportar a calidad, el medio por el que se debe reportar y la fecha de reporte, este cronograma irá a cada uno de los responsables de realizar el reporte a calidad por medio de un oficio firmado por parte de la Jefe de oficina asesora de calidad y el jefe de oficina control interno. en caso de presentarse alguna desviación y/o observación se realizará el reporte al proceso correspondiente.
48	Probabilidad de incumplimiento en la respuesta ante una emergencia de riesgo biológico ocasionada por la no recolección de residuos peligrosos	La Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Físicos y Servicios Básicos, mensualmente realiza la verificación del cumplimiento contrato 133 de 2022 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 133 de 2022 ubicado en la oficina de Gestión Ambiental.
49	Probabilidad de incumplimiento en la segregación de residuos generados en la atención en salud por parte del personal de la ESE HUS con ocasión a la implementación del nuevo código de colores	La profesional universitaria de Gestión Ambiental junto con el equipo de ambiente físico realiza ronda de inspección mensualmente a los servicios de la E.S.E. 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



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
		encontradas.
50	Probabilidad de inadecuada segregación de residuos biológicos COVID-19 por parte del personal de la ESE HUS ocasionando incumplimiento a la normatividad ambiental vigente	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 biológicos COVID 19 y hospitalarios en general. 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 y la actualización del documento PGIRASA donde incluye el manejo seguro de residuos Biológicos COVID19.
51	Posibilidad de insuficiencia de recipientes que faciliten la segregación de residuos biológicos y ropa contaminada generados en la atención de pacientes COVID-19 (emergencia sanitaria) ocasionando un incumplimiento en la normatividad ambiental vigente.	La Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Físicos y Servicios Básicos, realiza rondas de inspección para supervisar el adecuado suministro de recipientes para la recolección de los residuos y ropa contaminada. 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.
52	Probabilidad de la ocurrencia de una emergencia de riesgo biológico generada por residuos de COVID-19 ocasionando incumplimiento a la normatividad ambiental vigente	La Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Físicos y Servicios Básicos, mensualmente realiza la verificación del cumplimiento contrato 133 de 2022 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



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
		interventoría GABS-ADQ-FO-06 las cuales reposan en el expediente del contrato 133 de 2022 ubicado en la oficina de Gestión Ambiental.
53	Probabilidad de no disponibilidad de información oportuna por fallas técnicas de la plataforma ALMERA.	La ESE HUS tiene un contrato establecido con la empresa ALMERA, quienes realizan Back up de los módulos de la plataforma ALMERA tres veces al día en caso de requerir una información específica, la profesional de apoyo ALMERA realiza la solicitud a la empresa contratista a través de correo electrónico, quienes envían la información solicitada.
54	Probabilidad de no adopción de las Guías de Práctica Clínica - GPC basadas en la evidencia científica de acuerdo al perfil epidemiológico institucional debido a la asignación de responsabilidades del equipo adoptador.	El auditor médico de calidad anualmente se reúne con las subgerencias técnicocientíficas y de acuerdo al perfil epidemiológico prioriza las Guías de prácticas clínicas a adoptar o adaptar y es asignado el equipo adoptador, se deja como evidencia acta de las reuniones realizadas.
55	Probabilidad de Inoportunidad en el cierre del ciclo de PAMEC por incumplimiento a las fechas establecidas en las acciones de mejoramiento.	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.
56	Posibilidad de no ser oportunos en el reporte de los indicadores normativos por no realizar el cargue en la plataforma.	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. Las bases de datos finales reposan en la oficina de calidad y son reportadas a los entes de control.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
57	Probabilidad de afectación en la salud del paciente, usuarios y/o personal asistencial debido a incumplimiento del personal asistencial al protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19 o insuficiencia respiratoria aguda en UCIA y UCIP por adherencia al protocolo.	El coordinador médico y de enfermería de las UCIA y UCIP realizarán auditorías internas con listas de chequeos cada dos semanas de forma aleatoria verificando el cumplimiento del protocolo de atención frente a un posible caso de covid-19 o insuficiencia respiratoria aguda con código gin-inf-pt-02, versión 1, marzo de 2020 con el propósito de disminuir el riesgo de contagio a otros pacientes, usuarios y/o personal asistencial que se encuentran dentro de las ucis, en caso de evidencia de desviación del protocolo se realizarán las acciones correctivas inmediatas y se retroalimentaran en auditoría interna y se socializaran en grupo primario de las ucis y como evidencia se registrara en el acta cargada en la plataforma ALMERA.
58	Probabilidad de inadecuado tratamiento al paciente hospitalizado por incumplimiento en la atención integral dada la inadecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente	La subgerencia de servicios médicos realiza 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.
59	Probabilidad de afectación económica y/o en la salud del paciente, por sanciones de los entes de control y/o generación de un evento adverso, debido al incumplimiento a las actividades relacionadas con la metrología legal vigente	el Profesional de mantenimiento de forma anual realiza seguimiento de las actividades de metrología programadas, ejecutadas y el error permitido mediante el formato GTE-GTE-FO-45 Planeación y seguimiento del aseguramiento metrológico, con el fin de verificar su cumplimiento, lo cual queda registrado en dicho formato y alimentara los indicadores de procedimiento para la gestión meteorológica, presentado los resultados en el comité de tecno reactivo vigilancia, en caso de encontrar desviaciones con respecto al error permitido se analiza la funcionalidad o baja del equipo y en caso de no cumplir con la programación se debe informar la razón por la cual no se cumplió la meta, lo cual quedara registrado en el acta del comité.
60	Probabilidad de alto índice de obsolescencia de la tecnología, por la	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





No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	afectación en la integridad de la prestación del servicio, evento adverso y/o afectación en la resolutivez en la decisiones médicas, debido al incumplimiento en la cobertura de la política de renovación de la tecnología	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.
61	Probabilidad de afectación de la capacidad resolutivez de las áreas de expansión, por el incumplimiento de la dotación hospitalaria, debido a la no disponibilidad de recursos económicos.	El proceso de gestión de la tecnología junto con el programa de Tecnovigilancia realizará verificación de la dotación según la normatividad 3100/19 mediante un análisis de oferta/demanda de la tecnología relacionada a la contingencia de Covid-19, se deberán realizar como mínimo dos seguimientos uno al inicio para definir las necesidades y otro al final para verificar el cumplimiento de la dotación, en caso de evidenciar incumplimiento se deberá gestionar adquisición de dotación. de todo lo anterior se deberá general informe escrito.
62	Probabilidad de afectación de la salud en la gestante por el incumplimiento de las medidas preventivas para ocurrencia de infecciones del sitio operatorio y el tracto urinario asociadas a la atención en salud en el servicio de urgencias gineco-obstétricas, debido a lo no ejecución de las medidas por parte del personal asistencial.	La subgerente de Mujer infancia realiza análisis de los eventos reportados sobre infecciones asociadas a la atención en salud ocurridos en el servicio de Urgencias Ginecobstetricia, los cuales se socializan cada tres meses junto con las fallas encontradas que contribuyeron a la ocurrencia del evento, a su vez los protocolos y procedimientos relacionados al incumplimiento de los procesos institucionales. Se deja como constancia listas acta de grupo primario de la socialización y se aplican las herramientas de mejora en caso de desviaciones.
63	Probabilidad de afectación en la salud del binomio madre e hijo con sospecha o diagnóstico de covid-19	El auditor de la subgerencia de mujer e infancia realiza verificación cada mes del indicador de oportunidad de respuesta a interconsulta por ginecoobstetricia, identificando las gestantes con sospecha y/o diagnóstico de Covid-19. Si se presenta alguna





No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	por inoportunidad en la valoración de ginecoobstetricia debido a no disponibilidad de área de aislamiento en el servicio de urgencias gineco-obstétricas.	desviación en la oportunidad se socializa en grupo primario y se aplican las herramientas de mejora.
64	Posibilidad de atención no segura en el Servicio de Urgencias Adultos por caída de pacientes debido a la no adherencia en la aplicación del Paquete instruccional prevención y reducción de las frecuencias de caídas (GIN-HOS-PT-03).	El programa de Seguridad del paciente junto con la Subgerencia de Servicios de Enfermería y la Coordinación del Servicio de Urgencias adultos de manera mensual realiza la medición y análisis del indicador Tasa de caídas de pacientes en el servicio de urgencias, en el sistema de información Almera, con el fin de identificar las posibles fallas en la adherencia al Paquete instruccional prevención y reducción de las frecuencias de caídas (GIN-HOS-PT-03), de encontrar alguna desviación se implementan herramientas de mejora.
65	Probabilidad de afectación en la salud de los usuarios por 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 debido a que no se cuenta con dichas áreas.	El subgerente de mujer e infancia revisa en conjunto con ingeniero de infraestructura física de la institución y coordinadora asistencial del servicio con el fin de optimizar y adecuar las áreas de acuerdo a las necesidades del servicio (2 salas más de aislamiento) de tal forma que ante la toma de decisiones formuladas en reunión sean ejecutadas con oportunidad y eficiencia, se lleva a comité de gerencia la solicitud para la creación de las salas de aislamiento y se realizará seguimiento cada tres meses, se dejara evidencia de las intervenciones realizadas para reducir el riesgo.
66	Probabilidad de afectación en la salud del usuario interno y externo por el incumplimiento en la ruta de atención pediátrica Covid-19 (GIN-HOS-AN-07) y las medidas de bioseguridad por parte de los colaboradores del servicio de urgencias	El personal de salud de urgencias pediátricas cada vez que reciba a un paciente pediátrico de 0 días a 12 años y con condiciones especiales hasta los 17 años con sospecha o diagnóstico de covid-19 aplica la ruta de atención pediátrica covid-19 (GIN-HOS-AN-07), esto con el fin de reducir la probabilidad de contagio y asegurar la prestación del servicio de la salud en los niños , en caso de incumplimiento a la ruta el Subgerente de Mujer e Infancia realiza una investigación de campo integral y tomará los correctivos pertinentes en los diferentes servicios los

No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	pediátricas de la E.S.E HUS en el contexto de la emergencia sanitaria.	cuales se socializan en el grupo primario de manera mensual según le aplique, se deja como evidencia acta donde se describa las desviaciones encontradas y verificación de cumplimiento de uso de elementos de protección personal mediante el formato inspección uso de elementos de protección personal GTH-DTH-FO-35. Las coordinadoras asistenciales realizan trazabilidad al cumplimiento de los criterios relacionados.
67	Probabilidad de no ofertar una mayor capacidad de atención a la emergencia COVID 19 por presencia de eventos externos y condiciones de mercado que no permitan que las obras se ejecuten en el tiempo y con los recursos establecidos.	El profesional universitario de Servicios Básicos, revisión de la normativa vigente emanada por las autoridades nacionales y locales, para lograr dar continuidad a la ejecución de los contratos de obra. Realizar seguimiento estricto a la ejecución contractual. Las evidencias del seguimiento realizado se archivan en expediente contractual. Si ocurre se conmina al contratista a cumplir con lo establecido en la condiciones contractuales.
68	Probabilidad de incumplimiento en las tablas de retención por no realizar la transferencia documental, por parte de los procesos al archivo central de la ESE HUS.	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.
69	Probabilidad de pérdida de información por el deterioro de los documentos debido a fenómenos naturales.	El profesional universitario de Gestión Documental, realiza cada que se requiere con los funcionarios de las áreas una revisión de los 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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
70	Probabilidad de afectación en la salud por el uso inadecuado de los elementos de protección personal para el adecuado manejo de documentos de archivo en tiempos de pandemia (COVID19).	El profesional de Gestión Documental anualmente realiza difusión de circular que establece las normas de bioseguridad a seguir en tiempos de COVID-19 para el manejo de documentos. La evidencia es un pantallazo de la difusión de la circular. Esta evidencia está en los correos institucionales.
71	Posibilidad de afectación en la salud del paciente por cancelación en los procedimientos quirúrgicos, debido a las causas institucionales.	Medico coordinador/Auditor área quirúrgica realiza el Reunión de cirugía segura y cancelación de procedimientos quirúrgicos mensualmente en donde se consolida todos los casos de cancelación de cirugías para ser analizados y se clasifican según las causas estandarizadas de cancelación (administrativas, logísticas y clínicas), y se realiza los planes de acción. Queda evidencia en las actas de las reuniones en la plataforma Almera.
72	Probabilidad de contagio de COVID-19 en el personal del servicio del área de quirófanos, por uso indebido de elementos de protección personal.	La Subgerencia de Servicios Quirúrgicos realiza solicitud mensual de EPP (mascarilla quirúrgica - N95) a todo el personal asistencial dejando como evidencia Formato de entrega de elementos de protección personal GTH-DTH-FO-39. Así mismo, se encargará de difundir las invitaciones para capacitación al personal del área, al igual que los correos donde se difunde la información para el uso correcto de los EPP. Esto con el fin de que el personal tenga conocimiento de cuáles elementos debe usar en su área de trabajo y la manera adecuada de utilizarlos para minimizar la probabilidad de contagio por COVID-19. La socialización de la información puede ser realizada tanto de manera presencial como por correo electrónico, organizada por la UIS, la oficina de talento humano, o la oficina de educación de enfermería. Se hace seguimiento al personal de la Subgerencia de Servicios Quirúrgicos con el fin de reforzar socialización de ser necesario Se deja evidencia en las listas de asistencia y en el correo electrónico, elementos enviados.
73	Probabilidad de la inadecuada manipulación de la vía aérea e intubación a	La Subgerencia de Servicios Quirúrgicos es la encargada de definir un responsable para realizar la socialización del Protocolo de manipulación de vía aérea e intubación endotraqueal a paciente con



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	paciente con sospecha o diagnóstico de infección por COVID-19, debido al desconocimiento del protocolo institucional por parte de los colaboradores del servicio.	sospecha o diagnóstico de infección por COVID-19, con el fin de que el personal médico adscrito a esta Subgerencia tenga conocimiento de cómo realizar este procedimiento y así evitar posibles contagios. La socialización tiene una periodicidad de cada 6 meses, se hace por reunión virtual, despliegue de información por correo electrónico y se evalúa la adherencia del conocimiento a través de una evaluación realizada en Google Forms. Se realiza seguimiento con el fin de que la totalidad del personal médico de la Subgerencia Quirúrgica haya recibido la formación. Se deja evidencia de pantallazos de socialización e informe de capacitación en el formato institucional.
74	Posibilidad de insuficiencia en la captación de donantes voluntarios de sangre para suplir la demanda de la ESE HUS, debido a falta de estrategias que promuevan la donación de sangre en el departamento de Santander	La Directora del Hemocentro realiza el seguimiento del cronograma mensual de actividades de captación de donantes, a través del grupo primario con la presentación de los informes de gestión de la oficina de promoción de la donación. 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 del grupo primario. En Comité de Transfusiones se hace seguimiento por medio de análisis estadísticos de Captación y uso de los Hemocomponentes con un comparativo del año anterior.
75	Probabilidad de incumplimiento en el protocolo GAT-HEM-PR-04 procedimiento recepción de donantes, manejo y despacho de hemocomponentes contingencia COVID-19, debido a falta de adherencia al procedimiento.	La profesional de Calidad del Hemocentro, realiza periódicamente socialización en el grupo primario del servicio, de las actualizaciones en los lineamientos del Instituto Nacional de Salud, en lo referente a Bancos de Sangre. Como evidencia se encuentran las actas de los grupos primarios, en caso de desviaciones se realiza acción correctiva con los colaboradores y se socializa nuevamente el procedimiento
76	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la	La subgerencia de servicios Médicos de manera mensual realiza la verificación y análisis de los indicadores de respuesta de interconsultas en el servicio de medicina interna y se registra en la

No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	efectividad de las interconsultas de especialidades y subespecialidades adscritas a la Subgerencia de Servicios Médicos debido a que la demanda supera la oferta.	plataforma ALMERA, de encontrar alguna desviación se plantean acciones de mejora según sea el caso.
77	Probabilidad de afectación en la salud del recién nacido por la inoportuna valoración por pediatría debido a falencia en la ruta de atención del usuario.	La subgerencia de mujer e infancia realizará verificación del cumplimiento de la ruta de atención del recién nacido cada mes a través de validación en historia clínica de la valoración por parte del neonatólogo y/o pediatra. En caso de desviaciones se socializa en grupo primario y se aplican herramientas de mejora.
78	Probabilidad de no atención de recién nacidos debido a la alta afluencia de pacientes y no disponibilidad de cubículos.	La subgerente de mujer e infancia asigna al auditor medico encargado del servicio para hacer seguimiento y control mensual de los indicadores de productividad de giro cama , porcentaje ocupacional , porcentaje de mortalidad, promedio de día de estancia, porcentaje de egresos los cuales son socializados en el grupo primario de pediatría, de tal forma que se garantice la disponibilidad de unidades básica e intermedia de la unidad neonatal , se deja evidencia en el acta del grupo primario, en caso de desviaciones se agiliza el egreso de los pacientes o traslados internos para brindar atención adecuada y de calidad a los usuarios de la unidad neonatal.
79	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la prestación del servicio de imagenología debido a daños en los equipos.	El coordinador administrativo del área de Servicios de Apoyo Diagnostico realizará control periódico diario, del funcionamiento de equipos con verificación de mantenimientos preventivos, capacitación del personal, 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 con el área de gestión de la tecnología, para garantizar la atención oportuna a cada uno de los equipos. Adicionalmente se cuenta con aplicación E-PLUX para





No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
		<p>reporta las novedades que presentan los diferentes equipos.</p> <p>En caso de desviación del proceso, se emite un comunicado a la subgerencia de apoyo diagnóstico y este a su vez genera alerta a las demás subgerencias, con el fin de que se opte por una solución alternativa (Remisión de pacientes extrainstitucional o traslado del paciente prioritario para la toma del estudio) para dar continuidad en la atención del paciente.</p>
80	<p>Probabilidad de la demora en la entrega de resultados del servicio de imagenología por el incumplimiento en los tiempos establecidos debido a que la demanda supera la oferta.</p>	<p>El profesional universitario responsable de la ejecución de indicadores realiza medición y análisis de indicadores con una periodicidad mensual, de tal forma que se debe intervenir los procesos donde se presenten indicadores que presenten desviaciones, realizando planes de mejora pertinentes. Los reporte quedan consignados en la plataforma Almera y se socializa en el grupo primario, dejando como constancia el acta de la reunión.</p>
81	<p>Probabilidad de demora en la asignación de citas por incumplimiento del procedimiento de asignación de citas debido a la falta de adherencia del mismo.</p>	<p>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 el cual queda evidenciando en la plataforma ALMERA y es socializado en el grupo primario, con el fin de analizar y tomar decisiones frente a las desviaciones encontradas dejando como constancia el acta de la reunión.</p>
82	<p>Probabilidad de no medición de la demanda insatisfecha en el servicio de imagenología por falta de estandarización del procedimiento de asignación de citas en el servicio debido a la no aplicación del mismo</p>	<p>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. Se realiza una evaluación y análisis del indicador que se socializa a través del grupo primario, se toman decisiones respecto de las desviaciones encontradas dejando como evidencia el acta de la reunión.</p>



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
83	Probabilidad de aumento en la incidencia de IAAS en los usuarios por la no aplicabilidad del personal asistencial a las medidas establecidas por parte de la institución, generando eventos adversos asociados a la atención.	El Infectólogo junto con el equipo de profesionales de infectología realiza semanalmente verificación sobre las actividades del personal asistencial, con el propósito de vigilar 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.
84	Probabilidad de contagio de COVID-19 en la comunidad hospitalaria, debido a la incorrecta utilización de elementos de protección personal (EPP) por falta de sensibilización frente a las posibles consecuencias.	El equipo de prevención y control de infecciones realiza control y seguimiento por medio de rondas de seguridad, capacitación al personal, aplicando listas de chequeo de los protocolos relacionados con el manejo de paciente con sospecha o confirmación de COVID-19, el manejo del aislamiento hospitalario y las precauciones estándar. con el propósito de verificar la disminución y el control del riesgo de contagio de COVID-19 en la institución.
85	Probabilidad de afectación a personas y económica por falla en la estructural sismo-resistente de las edificaciones de la ESE HUS, debido a un evento natural.	El profesional especializado de recursos físicos y Servicios básicos 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.
86	Probabilidad de afectación económica y a personas por la falla de elementos no estructurales y de	el profesional Universitario de Servicios Básicos mensualmente verifica el cumplimiento del GAF-SBA-IN-05 INSTRUCTIVO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE LAS INSTALACIONES DE LA ESE HUS y queda la



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	funcionamiento de la planta física de la ESE-HUS, debido al deterioro natural de estos elementos y daño por el uso.	evidencia dentro de los documentos de gestión del proceso de mantenimiento de la planta física. En caso de desviaciones se informa al líder del proceso vía correo electrónico, para tomar acciones.
87	Probabilidad de afectación en la imagen institucional ante los entes de control y la comunidad por no ejecutar las obras/adequaciones en la infraestructura para la emergencia COVID-19 debido a la falta de presupuesto.	El profesional de servicios básicos y las diferentes dependencias identifican y verificación de las necesidades y se remite la necesidad a contratación y se verifican disponibilidad presupuestal para realizar el contrato posteriormente el profesional de servicios básicos o el interventor / supervisor del contrato de obra, realiza revisión del informe mensualmente de ejecución a los contratos (Actas mensuales de interventoría), con el fin de llevar seguimiento a las ejecuciones de obras por la emergencia covid-19, esto con el fin de dar cumplimiento en las directrices emitidas por la Gerencia ya cumplimiento de la normatividad a Nivel Nacional.
88	Probabilidad de no adaptación del colaborador a la institución por incumpliendo en la ejecución del Programa de Inducción General debido a fallas en la comunicación.	El Profesional Especializado de la Unidad Funcional Talento Humano realiza revisión mensual de las personas que ingresan a la institución a las cuales, la Unidad Funcional de Talento Humano les creó el usuario y contraseña para 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.
89	Probabilidad de no promoción de la investigación que den respuestas a las necesidades de salud de la población por no realización de actividades que fomenten la investigación.	El profesional del proceso de Investigación trimestralmente presenta el avance en el cumplimiento de la meta 59 Aportar a la solución de salud de mediana y alta complejidad mediante la generación de conocimiento e innovación. Quedando evidenciado en el plan de acción del proceso de investigación del POA de la vigencia. En caso de desviaciones se realiza intervención en el equipo primario de mejoramiento del macroproceso de Docencia, investigación e innovación.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
90	<p>Probabilidad de afectación en la salud del paciente y el colaborador por no cumplimiento a los lineamientos descritos en el instructivo para el manejo de muestras biológicas de pacientes con sospecha de infección por COVID-19.</p>	<p>La profesional universitario área de la salud laboratorio clínico junto con la profesional de calidad del laboratorio documentaron , socializaron y aplicaron en el Laboratorio Clínico el Instructivo para manejo de muestras biológicas de pacientes con sospecha de COVID-19 GAD-LCL-IN-11, Instructivo Prueba de Antígeno COVID-19 GAD-LCL-IN-13, CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA HISOPADO NASOFARÍNGEO Y/O OROFARÍNGEO GAD-LCL-FO-112, GAD-LCL-IN-12 REMISIÓN MUESTRAS COVID-19) , GAD-LCL-FO-109 FORMATO VERIFICACIÓN ALISTAMIENTO KIT Y USO DE EPP Se ha venido realizando verificación mediante sesión breve al personal del laboratorio clínico del Uso Racional de EPPS (Respirador N95), Lineamientos para Vigilancia por Laboratorios Clínicos de Virus Respiratorios , Toma de Muestras para COVID-19, Conservación , Embalaje y Envío de muestras de COVID-19, Ruta de Atención Integral Manejo de Pacientes con sospecha de COVID-19 en la ESEHUS y Descarte correcto de Residuos de muestras tomadas de pacientes con sospecha de COVID-19. Además, en grupos primarios se reforzó nuevamente en el personal los lineamientos en Toma de Muestras para COVID-19, Protocolo de atención de un paciente con sospecha de COVID-19 en la ESEHUS, Colocación y Retiro de EPPS. Se aplican listas de chequeo y auditorias para verificación de cumplimiento del instructivo para manejo de muestras biológicas de pacientes con sospecha de COVID-19 en el personal del Laboratorio Clínico. Se realiza seguimiento de manera diaria a la remisión de muestras de COVID-19 al Laboratorio Externo emitiéndose un informe de calidad que registra cumplimiento en identificación de muestras para RT-PCR SARS-CoV-2(COVID-19), embalaje, conservación, transporte y soportes documentales requeridos. En caso de encontrar desviaciones se analiza todo el proceso para la identificación de la causa generando las acciones correctivas y subsanando lo ocurrido.</p>
91	<p>Probabilidad de afectación en la salud</p>	<p>La profesional universitario área de la salud laboratorio clínico junto con la profesional de calidad del</p>



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	<p>del paciente por no cumplir la solicitud, identificación, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.</p>	<p>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, GAD-LCL-PT-01 PROTOCOLO GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MUESTRAS DEL LABORATORIO CLÍNICO, GAD-LCL-MA-08 MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DEL LABORATORIO CLÍNICO esto se ha venido realizando mediante capacitaciones a los colaboradores del laboratorio clínico con el fin de afianzar en ellos el conocimiento para el buen desarrollo en la práctica diaria de su labor , con respecto a los colaboradores de los servicios de internación se viene realizando desde el año pasado capacitación y despliegue a través de plataformas educativas institucionales MOODLE de acuerdo a las falencias más evidentes aplicando la estrategia de los 6 correctos en toma de muestras , procedimiento de solicitud , recepción , identificación de muestras y pacientes , toma, conservación y transporte de muestras , también se cuenta con una estrategia en el laboratorio clínico que se denomina Lideres de área siendo auditorías internas realizadas mediante listas de chequeo LISTA DE VERIFICACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO GAD-LCL-FO-106 , SEGUIMIENTO DE LA VERIFICACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO GAD-LCL-FO-108 por cada uno de los profesionales del laboratorio clínico en el día a día , donde se evalúa identificación de pacientes y muestras , uso de EPPS, conservación de muestras , transporte y otros ítems asociados al desarrollo del proceso del laboratorio clínico . Esta estrategia se evalúa cada dos meses y es presentada en equipo primario del laboratorio clínico donde se dan a conocer las fallas activas en el personal y las acciones de mejora ejecutadas para disminuir la ocurrencia de las mismas. Además, se cuenta con un formato GAD-LCL-FO-25 Trazabilidad en la recepción de muestras tomadas en los diferentes servicios, este formato se encuentra en cada uno de los servicios de</p>





No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
		<p>hospitalización y en el laboratorio clínico y tiene el fin de hacer el seguimiento de las muestras tomadas en internación donde se evalúa la correcta identificación de las muestras, la conservación y el transportarte de las mismas al laboratorio clínico. Esta verificación es realizada por el auxiliar administrativo de la recepción y en su ausencia el auxiliar de material del laboratorio clínico, cada vez que se encuentre una falla se da aviso al servicio dejando en el formato registrado el motivo de devolución de la muestra, rechazo y / o descarte de la muestra esto con el fin de obtener una muestra de calidad y garantizar un resultado oportuno y confiable. Se cuenta con una etiqueta de identificación de muestras biológicas GAD-LCL-FO-110 Versión 2 donde se registran los datos del paciente, número de identificación, numero de solicitud médica, tipo de muestra, fecha de toma y hora de toma de muestra. No solamente se enfatiza en la muestra también se revisa la solicitud u orden medica esto con el fin de verificar que las pruebas solicitadas sean correctas y en caso de no ser así se da aviso al servicio para la corrección pertinente dejando el registro en el formato de trazabilidad como evidencia o realizando nota aclaratoria en historia clínica del paciente.</p>
92	<p>Posibilidad de afectación económica y en la imagen institucional por inoportunidad en la divulgación del portafolio de servicios, debido a la no entrega de información actualizada de los servicios ofertados por la E.S.E. HUS.</p>	<p>El profesional de mercadeo verifica la información suministrada en el portafolio con respecto a la actualización que envían desde cada servicio de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, y realiza cada vez que se requiera la divulgación del portafolio de servicios por medio de la página web, divulgando así los servicios ofertados a la fecha por la ESE HUS. Como evidencia se cuenta con la publicación en la página web y la remisión del mismo a la Oficina Asesora Jurídica.</p>
93	<p>Posibilidad de afectación de la imagen institucional por inadecuada aplicación del procedimiento de referenciaciones institucionales debido a</p>	<p>El profesional de mercadeo cada vez que se requiera verifica el procedimiento de referenciaciones institucionales de los diferente servicios, asimismo anualmente capacita a los lideres de los procesos de la ESE HUS en el procedimiento de referenciaciones institucionales con el fin de realizar la divulgación, apropiación y aplicación del conocimiento.</p>



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	desconocimiento en el diligenciamiento del procedimiento de referenciaci3n institucionales o la no aplicaci3n del mismo.	Para la adecuada referenciaci3n se diligencia el formato GDI-MER-FO-03, Versi3n 2. Este formato se consolida y se presenta en comit3 de gesti3n y desempe1o.
94	Probabilidad de deterioro del estado nutricional del paciente por la no la identificaci3n del riesgo nutricional, por inadecuado diligenciamiento de la herramienta de tamizaje nutricional al ingreso del paciente en hospitalizaci3n en servicios de urgencias.	La Profesional Universitario de Salud, Nutrici3n y Diet3tica mensualmente verificara la aplicabilidad de la herramienta de tamizaje nutricional en los servicios de hospitalizaci3n urgencias, a trav3s de la plataforma DINAMICA GERENCIAL, verificando la calidad del reporte de las herramientas de tamizaje nutricional, en caso de identificar inadecuado reporte se realiza articulaci3n con el Coordinador M3dico para orientar su implementaci3n en los servicios de urgencias. La evidencia ser3 el informe de pacientes tamizados con identificaci3n de riesgo nutricional y los interconsultados por el servicio de Nutrici3n y Diet3tica.
95	Probabilidad de deterioro del estado nutricional del paciente por la no la identificaci3n del riesgo nutricional, por inadecuado diligenciamiento de la herramienta de tamizaje nutricional al ingreso del paciente en hospitalizaci3n en servicios de urgencias.	La Profesional Universitario de Salud, Nutrici3n y Diet3tica semanalmente verificara la identificaci3n de signos cl3nicos de malnutrici3n o desnutrici3n en pacientes por parte de los m3dicos tratantes en los servicios de urgencias, a trav3s del seguimiento de pacientes identificados con riesgo nutricional por el equipo de nutrici3n cl3nica que no reportan riesgo en las herramientas de tamizaje nutricional, se realiza articulaci3n con el Coordinador M3dico para generar la intervenci3n oportuna por nutrici3n cl3nica. La evidencia ser3 el informe de pacientes interconsultados por el servicio de Nutrici3n y Diet3tica.
96	Probabilidad de interrupci3n en la continuidad del tratamiento del paciente para la prestaci3n del servicio de oncolog3a, debido a fallas en la tecnolog3a, provocando retrasos en el tratamiento del paciente oncol3gico.	Las auxiliares de enfermer3a de oncolog3a cl3nica mensualmente realizan seguimiento a los pacientes que no asisten al tratamiento sin causa justificada durante 10 d3as h3biles seguidos, detectando los casos de interrupci3n del tratamiento. Se realiza llamada telef3nica para seguimiento de paciente y se elabora informe para comunicar al 3rea de trabajo social y Coordinaci3n de Oncolog3a, quienes revisan las causas de la inasistencia, analizando dichas desviaciones al procedimiento e inician la gesti3n con el paciente para abordar las mismas; elaboran informe nuevamente de causas y lo comunican a la Subgerencia de Alto Costo



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
		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.
97	Probabilidad de complicación del paciente en su tratamiento antineoplásico, debido al potencial daño colateral producido por los tratamientos oncológicos	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 aplaciente, este se debe prevenir mediante la aplicación de factores de crecimiento de colonia. La evidencia de los exámenes queda registrada en las evoluciones del paciente dentro de la historia clínica (Dinámica)
98	Probabilidad de incumplimiento en la ruta de atención de pacientes oncológicos frente a un posible caso de COVID-19 por la no adherencia del personal a los procesos institucionales.	La enfermera de la unidad de oncología y radioterapia realizara el registro mediante la lista de chequeo diariamente verificando el cumplimiento de la ruta de atención de pacientes oncológicos frente a un posible caso de covid-19 con el propósito de disminuir el riesgo de contagio al personal de salud, pacientes y familiares, en caso de evidencia de las desviación de la implementación de la ruta de atención a pacientes oncológicos se realizarán las acciones correctivas inmediatas y se retroalimentaran en grupo primario de la unidad de oncología y radioterapia y como evidencia se registrará en el acta de dicho grupo primario que será cargada en la plataforma Almera.
99	Posibilidad de afectación en la salud del paciente por una inadecuada identificación de las muestras debido al incumplimiento del	El personal de histotecnología diariamente diligencia el libro de clasificación de muestras asignando el consecutivo interno con el que se realiza seguimiento a la muestra durante el procesamiento, en caso de encontrar muestras sin consecutivo interno, no se continua con el procesamiento de la misma, hasta

No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	procedimiento de manejo seguro de las muestras y resultados en el laboratorio de patología.	asignar el respectivo consecutivo.
100	Probabilidad de infección por COVID-19 al personal de salud por el incumplimiento de la Guía de orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por COVID-19 debido a la no implementación de la misma.	El personal de patología diariamente implementa el protocolo de manejo de personas fallecidas por COVID-19 con el fin de evitar el contagio del virus, generando rotulo de identificación en la parte externa de la bolsa del cadáver COVID-19 debidamente sellada, únicamente con la información remitida del servicio dejando evidencia fotográfica
101	Probabilidad de afectación a los usuarios y familiares por inadecuada identificación del cuerpo de persona fallecida, debido al incumplimiento en el procedimiento GAD-PAT-PR-01 PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CADAVERES” y PROCEDIMIENTO PARA LA MORGUE Y SALA DE AUTOPSIA.	El personal de patología diariamente implementa el protocolo de identificación de personas fallecidas a través del uso del “Formato certificado de entrega y reconocimiento de cadáveres GAD-PAT-FO-07”. En caso de desviaciones se aplican las herramientas de mejora.
102	Probabilidad de afectación en la calificación de evaluación de la gestión del gerente por no cumplimiento a los objetivos estratégicos de la ESE HUS, debido a fallas en la formulación y seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional según normatividad	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. Lo cual queda documentado en las evidencias de las mesas de trabajo para la formulación del plan, adicionalmente queda aprobado por junta directiva y publicado en página web de la institución, además de la socialización del plan en los grupos de interés.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	vigente.	
103	Probabilidad de sanciones de ente de control por el no cumplimiento a las dimensiones de Plan de Implementación del Modelo Integral de Planeación y Gestión, debido a la no entrega de información en los tiempos estipulados.	El Profesional de MIPG verifica la información suministrada por líderes de cada política, que hacen parte de las dimensiones del Plan de Implementación de Planeación y Gestión, respecto a las actividades programas durante la vigencia, como evidencia se suministra un informe semestral a la Oficina de Control Interno. En caso de encontrar desviaciones se aplican herramientas de mejora.
104	Probabilidad de pérdidas de recursos asignados por demoras en los tramites internos, debido a falta de información oportuna para la elaboración de los proyectos.	El profesional universitario de proyectos verifica que las áreas involucradas presenten la información necesaria la elaboración de los proyectos y sus anexos, con ello presentarlos ante los entes de control. Como evidencias quedan los correos, en caso de desviaciones se aplicarán las herramientas de mejora.
105	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento de las políticas institucionales que den cumplimiento a los objetivos estratégicos de la E.S.E HUS debido a una falla en la medición de las mismas.	El profesional de Planeación semestralmente monitorea las políticas institucionales a través de las fichas de indicadores para evaluar su cumplimiento, con el fin de articular dichos resultados con el cumplimiento del direccionamiento estratégico. En caso de que el indicador de la política presente desviaciones se realiza la acción de mejora siguiendo los lineamientos del instructivo de calidad.
106	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento de la Gestión Integral del Riesgo en la ESE HUS, debido a desconocimiento de la normatividad aplicable.	El Profesional Especializado III de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional realiza seguimiento trimestral al avance en la Gestión Integral del Riesgo, así como acompaña a los líderes de los sistemas para la identificación y valoración de los riesgos. Como evidencia queda el informe semestral que se presenta a la Oficina Asesora de Control Interno, asimismo la presentación ante el Comité de Gestión y Desempeño. En caso de desviaciones se remite a la Oficina de Control Interno para tomar las decisiones respectivas.





No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
107	Probabilidad de afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto, alternando así los registros presupuestales en el sistema DGH.NET	La profesional Universitario de Presupuesto, cada vez que radiquen un requerimiento debe realizar verificación del objeto de la solicitud, identificando el rubro presupuestal de acuerdo al documento recibido teniendo en cuenta el presupuesto aprobado para la vigencia fiscal, de tal forma que el rubro asignado este acorde con los recursos del gasto aprobado. En caso de presentarse una observación o desviación del recurso se realice las acciones administrativas pertinentes en el sistema DGH.NET, liberando recursos y asignado el rubro presupuestal correcto.
108	Probabilidad de pérdidas económicas por inoportunidad en la facturación del servicio de rehabilitación debido a demoras en la entrega de soportes por parte de los profesionales de Rehabilitación y/o auxiliar de facturación afectando los procesos de recaudo.	La auxiliar de facturación diariamente registra los ingresos del servicio de rehabilitación y semanalmente verificando los 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 verificar y gestiona la entrega oportuna de soportes de los profesionales y el cierre oportuno de las facturas. Mensualmente se 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. La coordinadora del Servicio de Rehabilitación toma decisiones frente a los resultados y establece acciones de mejoramiento frente a desviaciones encontradas. Como evidencia queda el informe enviado por parte de la auxiliar de facturación asignada al servicio.
109	Probabilidad de afectación de la salud del personal de servicio de Rehabilitación por contagio por COVID-19 debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad durante la realización de los procedimientos de atención a los usuarios ambulatorio y de internación, afectando la prestación de servicios.	La Coordinadora del proceso de Rehabilitación verificará mensualmente el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad establecidos para la atención de los pacientes mediante entrega de EPP a cada personal, seguimiento a actualización de curso de lavado de manos y aplicación del Formato Inspección uso de Elementos de Protección Personal que se realizará a través de una muestra aleatoria, la misma será reportada a la Subgerencia correspondiente. En caso de presentarse desviaciones, la Coordinadora del proceso de Rehabilitación realizara de manera inmediata realimentara al personal con el fin de corregir la desviación. El resultado de esta validación queda registrado en el informe EPP que se entrega a la Subgerencia.

No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
110	Probabilidad de baja satisfacción de los colaboradores en el proceso de desvinculación y retiro de la ESE HUS por baja participación debido a fallas en la comunicación.	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 e incentivos 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 la vigencia con su respectivo cronograma de ejecución de actividades y así mismo, se define como requisito de inclusión en el Procedimiento para Estructurar el Plan de Bienestar Social e Incentivos GTH-DTH-PR-15.
111	Posibilidad de afectación en la salud del usuario y/o personal por inadecuado manejo de la ropa hospitalaria utilizada en áreas de aislamiento COVID-19, debido al desconocimiento del Procedimiento manejo interno de ropa hospitalaria.	El profesional Universitario de Servicios Básicos, revisa dos veces al año, por medio de una auditoria en planta, el cumplimiento de los protocolos y procedimientos de lavado de ropa COVID-19 y solicitando planes de mejora de ser necesario, este informe queda archivado en la carpeta de cada contrato, junto con el plan de mejora si se requiere.
112	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por inoportunidad en la gestión de los servicios de apoyo contratados y tercerizados, debido a la demora en la prestación del servicio pudiendo	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



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
	ocasionar falencias en el bienestar del cliente interno y externo de la ESE HUS.	evidencia queda registro en el acta de interventoría código GABS-ADQ-FO-02 y código GABS-INC-FO-03
113	Posibilidad de afectación en la salud de los pacientes y/o personal por inadecuada desinfección de las áreas contaminadas por COVID-19, debido a consecuencia del desconocimiento del instructivo de limpieza y desinfección de superficies.	El profesional Universitario de Servicios Básicos, verifica las capacitaciones realizadas al personal de servicios generales sobre el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia de COVID-19 a fin de proteger a sus trabajadores y usuarios por medio de los informes mensuales generados por la empresa contratista, en caso de encontrar desviaciones se realizan observaciones por medio de correo electrónico.
114	Posibilidad de afectación en la salud del paciente y/o usuario por inadecuada identificación de los usuarios que presentan síntomas de COVID-19, debido al desconocimiento de las preguntas emitidas por la coordinador de urgencias, puesto que no se hace una adecuada inducción al personal.	El profesional Universitario de Servicios Básicos verifica las capacitaciones realizadas al personal de vigilancias sobre el protocolo de ingreso a la ESE HUS por medio de informes mensuales generados por parte de la empresa contratista, verificando el contenido de esta capacitación, en caso de encontrar desviaciones se realizan observaciones a la empresa contratista.
115	Posibilidad de afectación reputacional de la institución por generación de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) debido al no despliegue de los deberes y derechos de los usuarios.	Los auxiliares de SIAU diariamente realizan el despliegue de deberes y derechos de los usuarios en todos los servicios de la E.S.E. HUS entregando un folleto a los usuarios y/o familiares, asimismo por medio electrónico y telefónico, registrando dicha información en el formato de socialización de deberes y derechos. La profesional universitaria del SIAU verifica el despliegue a través de los resultados de la pregunta ¿Se le dieron a conocer los deberes y derechos? de la encuesta de satisfacción del usuario y/o familiar. En caso de desviaciones la profesional universitaria de SIAU tomas las decisiones pertinentes para la mejora del mismo.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
116	Posibilidad de afectación reputacional de la E.S.E. HUS por sanciones por parte de la secretaria de salud municipal y departamental, así como de la Supersalud, debido a la inoportunidad en la respuesta a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS), dentro del tiempo establecido por el procedimiento para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF).	La profesional universitario SIAU diariamente revisa y clasifica las manifestaciones de los usuarios Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones presentadas por los usuarios radicadas en los diferentes canales de información de la E.S.E. HUS (telefónico, presencial, electrónico, y los buzones de sugerencia). Realiza la lectura a cada documento la causa de las Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones. 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. En 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 dejando como evidencian un oficio y/o correo electrónico con soportes de lo actuado.
117	Probabilidad de reprocesos y/o no consolidación de información debido a la obsolescencia de los sistemas de información institucionales, por falta de contrato de actualización de los mismos	El profesional especializado de UFATI junto con su equipo de trabajo identifica anualmente las necesidades de modernización de plataformas tecnológicas en el plan de compras de la unidad funcional de apoyo tecnológico y de información. El subgerente administrativo y financiero da el visto bueno para la contratación respectiva. En caso de desviaciones se cuenta con un equipo de ingeniería para dar soporte de respuesta a las necesidades requeridas en la institución.
118	Probabilidad de afectación económica y reproceso por falla en la digitación y aplicación de los descuentos al momento de hacer el egreso, debido a alto volumen de facturas para su respectivo pago.	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 número 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. En 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

No.	Nombre del Riesgo	Nombre del Control
		liquidación de pagos, que se encuentra en la carpeta compartida de Tesorería con el equipo de trabajo.

## 6. PLANES DE ACCIÓN DEFINIDOS Y AVANCE

El subsistema de riesgos de procesos cuenta con 11 riesgos priorizados cada uno de ellos con su respectivo plan de acción.

En seguida se evidencia las acciones y avances de las misma de cada uno de los planes de acción para los respectivos riesgos priorizados.

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
1	Probabilidad de afectación de la salud del personal de servicio de Rehabilitación por contagio por COVID-19 debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad durante la realización de los procedimiento de atención a los usuarios ambulatorio y de internación, afectando la prestación de servicios.	1P. Definir acciones para mitigar el contagio por Covid-19 en el personal del Servicio de Rehabilitación.	100%
		2H. Ejecutar las acciones de mejora para mitigar el contagio por COVID-19 del Servicio de Rehabilitación	100%
		3V. Supervisar la aplicación de las acciones de mejora definidas para mitigar el contagio por COVID-19 en el personal del Servicio de Rehabilitación	100%
		4A. Tomar decisiones frente a las desviaciones encontradas en la mitigación del contagio por Covid-19 en el personal del Servicio de Rehabilitación	100%
2	Probabilidad de afectación económica por la Subutilización de las consultas en el Servicio de Atención Ambulatoria por el comportamiento de la contratación respecto de la oferta del servicio	1P. Definir el informe de Gestión de la Subutilización de las horas mes por especialidad.	100%
		2H. Documentar el informe de Gestión de la Subutilización de las horas mes por especialidad.	100%
		3V. Supervisar que el análisis de la Subutilización de las horas mes por especialidad sea incluido en el acta de Grupo Primario de Coordinadores de la Subgerencia.	100%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones observadas.	100%
3	Probabilidad de retraso en el recaudo (flujo) de recursos por concepto de	1P. Identificar las causales de devolución como insumo para la definición de un plan de trabajo.	100%





No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
	cobro a las ERP, por los diferentes servicios de salud prestados; a razón de la devolución de facturas por las diferentes causales normativas.	2H. Presentar informe mensual de trazabilidad de devoluciones gestionadas.	100%
		3V. Verificar el nivel de avance mensual en el trámite de respuesta a las devoluciones.	100%
		4A. Tomar las acciones correctivas frente a las desviaciones presentadas.	100%
4	Probabilidad de demora en recuperación de recursos económicos; a razón de retrasos en el análisis de la glosa aceptada para determinación de la posible responsabilidad de los diferentes centros de costos	1P. Diagnosticar el estado actual del proceso de análisis de la glosa aceptada para definición de actividades.	100%
		2H. Socializar el plan de trabajo al equipo de análisis de la posible responsabilidad de la glosa aceptada.	100%
		3H. Enviar a centros de costos formato para solicitud de respuesta a presunta responsabilidad por glosa aceptada.	100%
		4V. Verificar el nivel de avance mensual en el análisis de la glosa aceptada.	100%
		5A. Tomar las acciones definidas según instructivo interno frente a la responsabilidad de la glosa aceptada.	100%
5	Probabilidad de alto índice de obsolescencia de la tecnología, por la afectación en la integridad de la prestación del servicio, evento adverso y/o afectación en la resolutivez en la decisiones médicas, debido al incumplimiento en la cobertura de la política de renovación de la tecnología	1. Fortalecer la implementación de la matriz de índice de obsolescencia.	100%
		2. Aplicar el índice de obsolescencia a los equipos de los servicios priorizados.	100%
		3. Verificar los resultados obtenidos del índice de obsolescencia	100%
		4. Tomar acciones según las desviaciones encontradas	100%
6	Posibilidad de atención no segura en el Servicio de Urgencias Adultos por caída de pacientes debido a la no adherencia en la aplicación del Paquete instruccional prevención y reducción de las	1. Planear estrategias de educación hacia el familiar y/o cuidador que aporten a evitar desviaciones del indicador tasa de caídas.	100%
		2H. Elaborar material educativo hacia el familiar y/o cuidador para reducir las caídas de los pacientes.	100%
		3H. Realizar la implementación del	100%



No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
	frecuencias de caídas (GIN-HOS-PT-03).	material de educación enfocado hacia el familiar y/o cuidador para evitar las caídas en el servicio.	
		4V. Verificar mediante el indicador la eficacia de las estrategias para el mejoramiento del indicador.	100%
		5A. Actuar de acuerdo a las desviaciones encontradas en el indicador tasa de caídas.	100%
7	Probabilidad de afectación de la salud del personal del Servicio de Consulta Externa, por el contagio de COVID-19, debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, afectando la prestación del servicio.	1P. Definir acciones para mitigar el contagio por Covid-19 en el personal del Servicio de Consulta Externa.	100%
		2H. Ejecutar las acciones de mejora para mitigar el contagio por COVID-19 del Servicio de Consulta Externa.	100%
		3V. Supervisar la aplicación de las acciones de mejora definidas para mitigar el contagio por COVID-19 en el personal del Servicio de Consulta Externa.	100%
		4A. Tomar decisiones frente a las desviaciones encontradas en la mitigación del contagio por Covid-19 en el personal del Servicio de Consulta Externa.	100%
8	Probabilidad de incremento en el valor de producción de Unidad Valor Relativo - UVR - por capacidad instalada ociosa, debido a disminución en la demanda del servicio de salud o aumento en el costo de operación.	1P. Definir cronograma de para la revisión y análisis del indicador UVR.	100%
		2H. Realizar el cálculo de indicador de evolución de la Unidad Valor Relativo.	100%
		3V. Verificar el resultado del indicador con referencia a la meta establecida en la Resolución No. 408 del 2018.	100%
		4A. Tomar decisiones respecto a lo observado.	100%
9	Posibilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador debido al incumplimiento técnico en la recepción de medicamentos y dispositivos médicos con defectos mayores, críticos,	1P. Planear un cronograma de trabajo para la socialización al personal del área de farmacia bodega de las herramientas técnicas para la recepción de medicamentos y dispositivos médicos.	100%
		2H. Ejecutar el cronograma de trabajo para la socialización al personal del área de farmacia bodega de las herramientas	100%



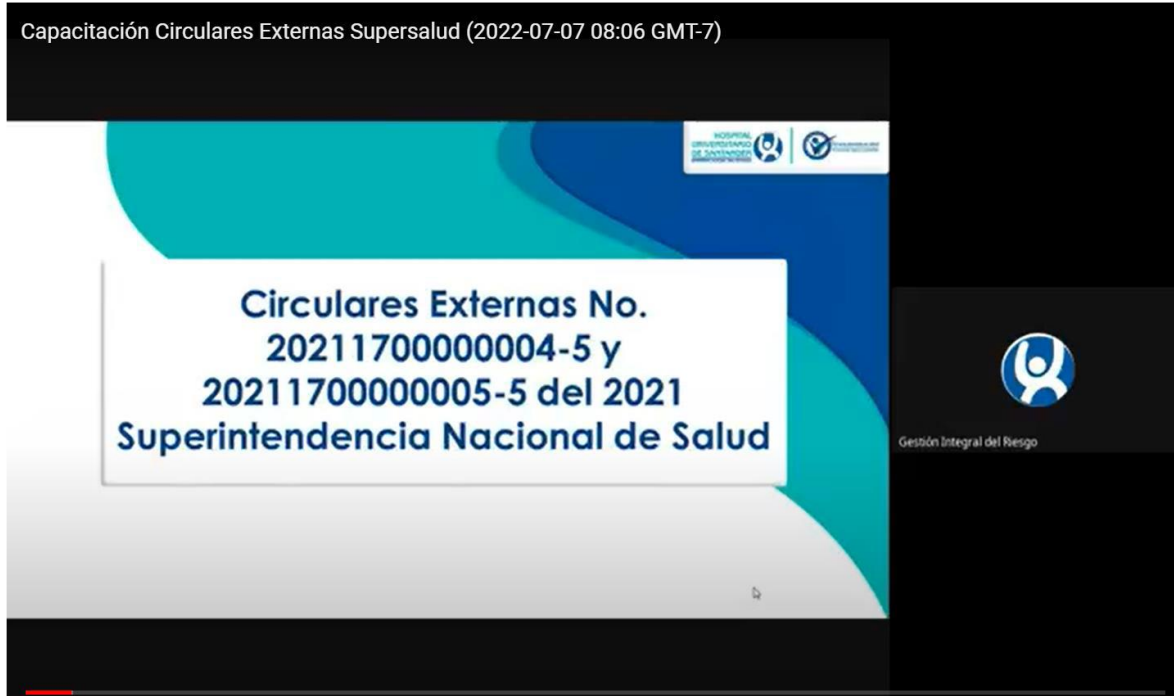
No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
	fraudulentos y almacenados sin criterios técnicos.	técnicas para la recepción de medicamentos y dispositivos médicos. 3V. Verificar el uso de las herramientas técnicas para la recepción de medicamentos y dispositivos médicos. 4A. Actuar y realizar los ajustes pertinentes de acuerdo a lo observado.	 100% 100%
10	Posibilidad de no desarrollo de competencias en la formación del talento humano por condiciones del escenario de práctica formativa, debido a no cumplimiento del plan conjunto de trabajo.	1P. Diseñar estrategias para fortalecer la implementación del Formato de Plan Conjunto de Trabajo 2H. Implementar las estrategias planteadas para el fortalecimiento del uso del Formato de Plan Conjunto de Trabajo 3V. Verificar la adherencia a la implementación del Formato de Plan Conjunto de Trabajo 4A. Tomar decisiones frente a resultados encontrados	 100% 100% 100%
11	Probabilidad de afectación en la salud del paciente por no cumplir la solicitud, identificación, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.	1P. Definir el cronograma para la socialización mediante plataformas educativas del paquete instruccional correcta identificación de pacientes y muestras en los colaboradores de los servicios de internación y colaboradores del Laboratorio Clínico. 2H. Desplegar mediante estrategias como plataformas educativas y líderes de área el paquete instruccional correcta identificación de pacientes y muestras del Laboratorio Clínico a los colaboradores del Laboratorio Clínico y los colaboradores de los servicios de internación. 3V. Evaluar el cumplimiento de los colaboradores del Laboratorio Clínico y colaboradores de los servicios de internación en la correcta identificación de pacientes y muestras del Laboratorio Clínico. 4A. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado	 100% 100% 100%

## 7. SOCIALIZACIÓN DEL SUBSISTEMA

La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional realiza las capacitaciones a los líderes de los procesos y los colaboradores, durante el segundo semestre se ejecutaron dos (2) capacitaciones en los meses de julio y noviembre, adicionalmente en los meses de enero a marzo se realizaron capacitaciones personalizadas por cada proceso. A continuación, se evidencia las capacitaciones y socializaciones.

- Socialización del Eje Gestión del Riesgo el día 7 de julio del 2022.

Capacitación Circulares Externas Supersalud (2022-07-07 08:06 GMT-7)







**LISTA DE ASISTENCIA  
GTH-DTH-FO-20, Versión 4  
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

FECHA	07/07/2022	HORA PROGRAMADA	10:00 a.m.	HORA DE INICIO	10:00 a.m.	HORA FINAL	11:00	LUGAR	Auditorio Hemocentro de Santander
MOTIVO DE LA REUNIÓN	Capacitación Circulares Externas No. 20211700000004-5 y 20211700000005-5 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud								
RESPONSABLE	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO Y/O PERFIL	PROCESO	EMPRESA	FIRMA			
1	ANGELO LOZANO MAYAS	3591377	PROF. UNIVERSITARIO	CONTROL INTERNO	GESTION INTEGRAL	[Firma]			
2	Jorge Eliécer Arcejo	91250819	Prof. Universitario	COSTOS	ESE H.U.S.	[Firma]			
3	Dina Marcela Rojas	109824910	Prof. Especialista	G. calidad	Centro Integral	[Firma]			
4	Silvia Contreras Ramirez	89351533	Enfermera Especialista	G. Calidad	Gestión Integral	[Firma]			
5	DANIEL F. LIZARZO	110093842	FECA ADMINISTRATIVA	G. Integral	Desarrollo	[Firma]			
6	Héctor Enrique Ariza Díaz	91492949	Jefe Oficina Asesora	G. Dto. Instituciones	ESE - HUS	[Firma]			
7	LAVIER A. ZAPATE C.	9041882	P. U. FACTURACION	U.F.R.F.	ESE HUS	[Firma]			
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									



- Capacitación en Gestión Integral del Riesgo el día 10 de agosto del 2022.

LISTA DE ASISTENCIA GTH-DTH-FO-20, Versión 4 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO						
FECHA	HORA PROGRAMADA	HORA DE INICIO	HORA FINAL	LUGAR	ASISTENTES	
10/08/22	8:00AM	8:10AM	10:00AM	AUDITORIO HERCENRO	REINDUCCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO	
RESPONSABLE: DRA. ANA MARÍA PEUELO - DRA. UZ MARLY SANCHEZ						
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO Y/O PERFIL	PROCESO	EMPRESA	FIRMA
1	Uribe del Real Jorge C	1009211023	Prof. Apoyo	G. Calidad	ESE HUS	Uribe del Real Jorge C
2	Monica Norbuca Vargas B	1025130222	Rec. adm. IVO	Servicios Básicos	Gestión Integral	Monica Norbuca Vargas B
3	Diana K. Saldal H	63526008	Md. Patología	Pat. Apoy. Dp	DARSALUD	Diana K. Saldal H
4	Ana María Peuelo	34.551.525	Asesor externo	G. Calidad	ESE HUS	Ana María Peuelo
5	Marly Sánchez B	51643080	Asesor Externo	G. Calidad	ESE HUS	Marly Sánchez B
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

LISTA DE ASISTENCIA GTH-DTH-FO-20, Versión 4 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO						
FECHA	HORA PROGRAMADA	HORA DE INICIO	HORA FINAL	LUGAR	ASISTENTES	
10/08/22	8:00AM	8:10AM	10:00AM	AUDITORIO HERCENRO	REINDUCCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO	
RESPONSABLE: DRA. ANA MARÍA PEUELO - DRA. UZ MARLY SANCHEZ						
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO Y/O PERFIL	PROCESO	EMPRESA	FIRMA
1	Clodia P. González	28151347	Prof. universitario	Facturación	Gestión Integral	Clodia P. González
2	Sandra Rodríguez	37352843	Prof. UNIV. MANTENIMIENTO	G. RECURSOS	ESE HUS	Sandra Rodríguez
3	TAUER A. ZARATE C	80415882	PU. FACTURACION	URF	ESE HUS	Tauer A. Zarate C
4	Alvaro Gomez T.	13363246	Empleados	SS. G. Calidad	HUS/MS	Alvaro Gomez T.
5	Doramy Rueda S	37849241	Prof. Especializado	Desarrollo Humano	ESE HUS	Doramy Rueda S
6	Sandra H. Salazar P	63304474	Prof. Especializado	HERCENRO	ESE HUS	Sandra H. Salazar P
7	Clodia V. Lozano	27324987	Prof. Universitario	Desarrollo TH	Gestión Int	Clodia V. Lozano
8	MARY LUZ ARBOLE	37557604	enf. Covid.	GRUPO	DARSALUD	Mary Luz Arbole
9	SARA CEDEÑO LOPEZ	109044637	Ecología Ciudad	Hemocentro	DARSALUD	SARA CEDEÑO LOPEZ
10	Maria B. Vega G	37615649	enf. Coordinadora	Intervención	DARSALUD	Maria B. Vega G
11	Andrés Mauricio Danta	1095440151	Enf. Coordinador	Intervención	DARSALUD	Andrés Mauricio Danta
12	Ana Paola Cardona Torres	106507930	Coordinador Imagenología	Imagenología	DARSALUD	Ana Paola Cardona Torres
13	Josmar Martínez	91229494	Coord. enf.	Urgencias	DARSALUD	Josmar Martínez
14	Eva Borrero Vargas	910207011	Prof. Universi	UFIATI	ESE HUS	Eva Borrero Vargas
15	Doramy Yareth Gomez A	1098262152	Tecnología Adm	DTH	Gestión Integral	Doramy Yareth Gomez A
16	Diana Pina S	208153203	Prof. universitario	DTH	Gestión Integral	Diana Pina S
17	Lizeth Pinto Jara	110234180	Coord. Acad	G. Calidad	G. Integrar	Lizeth Pinto Jara
18	Monica Ruiz Perez	63482971	enf. Coordinadora	Intervención	DARSALUD	Monica Ruiz Perez
19	Marly Arboles Rondon Parde	63541121	Sepe. Ofic. Asesor	G. Calidad	ESE HUS	Marly Arboles Rondon Parde
20	UZ MARLY SANCHEZ B	63500093	COORD. ENF. COVID	G. CALIDAD	ESE HUS	UZ MARLY SANCHEZ B

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.

LISTA DE ASISTENCIA GTH-DTH-FO-20, Versión 4 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO								HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	
FECHA	10/08/22	HORA PROGRAMADA	8:00AM	HORA DE INICIO	8:00AM	HORA FINAL	10:00AM	LUGAR	Auditorio Honorario
MOTIVO DE LA REUNIÓN	Revisión de Gestión del Riesgo								
RESPONSABLE	ORA. ANA MARÍA REVELO - ORA. WIZ MARLY SANCHEZ								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO Y/O PERFIL	PROCESO	EMPRESA	FIRMA			
1	Wendy Gutierrez Estephan	1078823783	Prof. Universitario	G. Ambiental	G. Integral				
2	Xolanda Cediel Castro	6220791	Prof. Especialista	GAFSS	ESSEHU				
3	Helly Mander Mora	3706151	Prof. Especialista de	G. Integral Inf	ESSEHU				
4	Ludwing Mario Rey	91068062	Prof. Universitario	G. Documental	G. INTEGRAL				
5	Sergio Alexander Gilwis	91534952	Prof. Universitario	G. Informacion	ATA - Group				
6	Ana Milena Acevedo Gil	37722540	prof. Esp. SST	GTH-DTH	G. Integral				
7	Paola Andrea Ruiz Rojas	63549389	PROF. UNIVERSITARIO	Atención al paciente	ESSEHU				
8	Dandee W. Wendee A.	63543461	Prof. de apoyo	Control Interno	EJE FUJ- CPS				
9	Yeidy Cardozo Morantes	109873399	Prof. Especializado III	Planeación	Gestión Integral				
10	Mariana Guayana Pérez	109134040	Prof. Universitario	Comunicaciones	Gestión Integral				
11	Fran Co. los Cardozo Romo	109087143	Prof. Universitario	Planeación	Gestión Integral				
12	Fabio Quiñones Y.	9110141	Prof. Esp.	Proyectos	GI HUJ				
13	Lery Yesenia Rizo	37750334	P. Especializado	SSAET	Gestión Integral				
14	Alicia Karla Lucía Quiñones	109871854	Prof. Universitario	Sub. Proceso diagnóstico	Gestión Integral				
15	SANTIAGO OCHOA G.	91512230	Profesional Univ.	Sub. Alto Costo	Gestión Integral				
16	Edwin Sanchez Casas Pinilla	109872857	Profesional Universitario	Sub. Enfermería	Gestión Integral				
17	Alvaro Mantilla Moreno	109873805	Profesional Universitario	Sub. Enfermería	Gestión Integral				
18	Albino Teófilo Díaz	110936800	Profesional Universitario	Sub. Enfermería	Gestión Integral				
19	M. Antonia Rueda	62431246	Prof. Universitario	SSMIZ	G. Integral				
20	Isabel A. Buitrago G.	11354415	Prof. Uni.	COMTECA	GES. HU.				

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos

- Otras socializaciones de Gestión Integral del Riesgo.

LISTA DE ASISTENCIA GTH-DTH-FO-20, Versión 4 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO								HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	
FECHA	29/09/22	HORA PROGRAMADA	10:00	HORA DE INICIO	10:00	HORA FINAL	11:00	LUGAR	Seguridad Paciente
MOTIVO DE LA REUNIÓN	Seguimiento Planes de Acción - Subsistema de Riesgo Paquetes Instruccionales								
RESPONSABLE	Lider Gestión Integral del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO Y/O PERFIL	PROCESO	EMPRESA	FIRMA			
1	Silvia Contreras Ramirez	29229573	Enfermera Esp. Gestión	G. Calidad	G. Integral				
2	Yeidy Cardozo Morantes	109873399	Prof. Especializado III	Planeación	Planeación				
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									



LISTA DE ASISTENCIA GTH-DTH-FO-20, Versión 4 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO						
FECHA	HORA PROGRAMADA	HORA DE INICIO	HORA FINAL	LUGAR		
19/10/22	3:00 pm	3:00 pm	4:00 pm	Of. Desarrollo Institucional		
MOTIVO DE LA REUNIÓN: Seguimiento Riesgos Oncología y UCI						
RESPONSABLE: Líder de Gestión Integral del Riesgos						
ASISTENTES						
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO Y/O PERFIL	PROCESO	EMPRESA	FIRMA
1	SANTIAGO OCHOA G.	91512230	Profesional Univer.	Sub. Alto Carb	Gestión Integral	[Firma]
2	Yeidy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Especializado II	Planeación	Gestión Integral	[Firma]
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

## 8. INDICADORES

- **Porcentaje de eficacia de los planes de acción de los riesgos priorizados.**

% Eficacia de los planes de acción de los riesgos priorizados = (Acciones desarrolladas/Acciones Planeadas) \* 100

% Eficacia de los planes de acción de los riesgos priorizados = (46 / 46) \* 100

% Eficacia de los planes de acción de los riesgos priorizados = 100%

## 9. MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS

NO APLICA

## 10. OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

- Se realizó el proceso de identificación, análisis, evaluación y tratamiento a los 45 procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2022, dando como resultado un total de 109 riesgos identificados.



- Se priorizaron 11 riesgos, los cuales cuentan con su respectivo plan de acción.
- El porcentaje de eficacia de los planes de acción de los riesgos priorizados en el subsistema de riesgos de procesos es de 100% a corte de 31 de diciembre de 2022.
- Se ha realizado capacitaciones personalizadas a cada líder de procesos, con el fin de apoyar en la identificación, análisis, evaluación, tratamiento, seguimiento y control de los riesgos en su entorno laboral.
- Se está dando cumplimiento a la medición de los indicadores y así mismo la meta establecida en la política institucional de GIR.