



INFORME GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO

SUBSISTEMA DE RIESGOS DE PROCESOS

OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

INFORME PERÍODO ENERO 1 A JUNIO 30 2023

SISTEMA DE RIESGOS DE PROCESO

1. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA

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 sistemas de gestión del riesgo bajo metodología DAFP implementados.

La metodología para la administración del riesgo en la ESE Hospital Universitario de Santander se realiza bajo los siguientes pasos:

1. Identificación

se debe revisar, evaluar, analizar el contexto interno y externo que permita identificar los factores de riesgo, riesgo asociados, entre otros.

2. Medición

Debe medirse la probabilidad de ocurrencia como el impacto de las consecuencias, para determinar el nivel de riesgo. Las escalas de medición dependen de la metodología o norma de cada subsistema.

4. Monitoreo

Se debe efectuar un seguimiento a todos los riesgos por subsistema, evitando la materialización de los mismos. Verificando el cumplimiento de los controles y las acciones definidas.

3. Control

Se debe establecer el tratamiento de los riesgos identificados, así mismo se deben diseñar e implementar controles que mitiguen la probabilidad, el impacto o ambos.



2. MARCO NORMATIVO DEL SISTEMA

El sistema 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.
- Circular externa SuperSalud 20211700000004-5 de 2021

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS

El sistema de riesgos de proceso es gestionado a través de la plataforma ALMERA, dentro de la vigencia se identificaron 110 riesgos, los cuales se evidencian en la siguiente tabla.

TABLA 1. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO 2023

N°	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
1	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.
2	Apoyo Diagnóstico Especializado	Probabilidad de eventos de seguridad del paciente por falla en identificación de riesgos al ingreso de los usuarios debido a la falta de adherencia a los protocolo de identificación.
3	Imagenología	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la prestación del servicio de imagenología debido a daños en los equipos.
4	Imagenología	Probabilidad de la demora en la entrega de resultados del servicio de imagenología por el incumplimiento en los tiempos establecidos debido a fallas en la herramienta tecnológica AQUILA/HIRUKO.
5	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.



N°	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
6	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, debido al desconocimiento del Procedimiento para la solicitud, recepción, identificación y toma de muestras biológicas.
7	Laboratorio Clínico	Probabilidad de afectación en la salud del paciente por no crear la alarma y reporte de resultado crítico en el sistema de información, debido a omisión en el cumplimiento al reporte de resultado crítico.
8	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.
9	Patología	Probabilidad de infección al personal de salud por el incumplimiento al Procedimiento para manejo de cadáveres GAD-PAT-PR-01, Protocolo para la solicitud, traslado y realización de autopsias médico-científico GAD-PAT-PT-01 y Procedimiento para la morgue y sala de autopsia GAD-PAT-PR-07, debido a la no implementación de la mismos.
10	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.
11	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.
12	Gestión Ambiental	Probabilidad de incumplimiento en la respuesta ante una emergencia de riesgo biológico ocasionada por la no recolección de residuos peligrosos
13	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
14	Infraestructura	Probabilidad de afectación a la prestación del servicio, a la infraestructura, a las personas y económica, por falla en la infraestructura de la ESE HUS, debido a un evento natural.
15	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.



N°	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
16	Servicios Básicos	Posibilidad de afectación en la salud del usuario y/o personal por inadecuado manejo de la ropa hospitalaria utilizada en áreas contaminadas, debido al desconocimiento del Procedimiento manejo interno de ropa hospitalaria.
17	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.
18	Servicios Básicos	Posibilidad de afectación en la salud de los pacientes y/o personal por inadecuada desinfección de las áreas contaminadas, debido al desconocimiento del instructivo de limpieza y desinfección de áreas y superficies.
19	Servicios Básicos	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por fuga o pérdida de pacientes, debido al inoportuno reporte del riesgo de fuga (códigos cuba) por parte del personal de enfermería y falta de planeación de simulacros que permitan fortalecer el proceso.
20	Consulta Externa	Probabilidad de afectación económica por la Subutilización de la oferta en la Atención Ambulatoria debido a la baja demanda de consultas
21	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 prematuridad y/o bajo peso por deserción en el contexto de la pandemia covid-19.
22	Consulta Externa	Probabilidad de afectación de la salud del personal del Servicio de Consulta Externa por el contagio, debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad.
23	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.
24	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.
25	Hemocentro	Posibilidad de afectación en la salud del paciente por 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



N°	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
26	Hemocentro	Probabilidad afectación en la salud del donante, paciente y/o colaborador, por incumplimiento en el uso de Elementos de Protección Personal, debido a exceso de confianza.
27	Nutrición	Probabilidad de deterioro del estado nutricional del paciente por la no la identificación del riesgo nutricional, por inadecuado diligenciamiento de la herramienta de tamizaje nutricional al ingreso del paciente en los servicios de urgencias.
28	Nutrición	Probabilidad de deterioro del estado nutricional del paciente por no administración de la complementación nutricional Alimento con Propósito Médico Especial, debido a ausencia de la formulación en la solicitud de medicamentos.
29	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.
30	Rehabilitación	Probabilidad de afectación en la salud del paciente por no realización de exámenes de audiología, debido a fallas en la preparación previa.
31	Rehabilitación	Posibilidad de deterioro de la salud de los pacientes por no realización de adecuada rehabilitación debido a la no adherencia a los protocolos de atención.
32	Rehabilitación	Probabilidad de afectación de la salud del personal de servicio de Rehabilitación por contagio debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad durante la realización de los procedimiento de atención a los usuarios, afectando la prestación de servicios.
33	Gestión de Cuidados Intensivos	Probabilidad de inoportunidad en la atención del paciente crítico debido a no contar con los recursos disponibles para el proceso de atención.
34	Sistema de Información del Usuario	Posibilidad de afectación de la imagen institucional debido a la inoportunidad en la respuesta de las PQRS manifestadas por el usuario relacionadas con inconformidades en la prestación del servicio e infraestructura de la ESE HUS (Peticiónes, Quejas, Reclamos y Sugerencias PQRS)
35	Sistema de Información del Usuario	Posibilidad de afectación de la imagen 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 Peticiónes, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS), dentro del tiempo establecido por el procedimiento para la atención de Peticiónes, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF).



N°	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
36	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
37	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.
38	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
39	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.
40	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.
41	Comunicación	Posibilidad de violación a los derechos de imagen y datos personales de los usuarios 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.
42	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.
43	Mercadeo	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por inadecuada aplicación del procedimiento de referenciones institucionales debido a desconocimiento en el diligenciamiento del procedimiento de referenciones institucionales o la no aplicación del mismo.
44	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.



N°	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
45	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.
46	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.
47	Planeación	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento de las políticas institucionales que da cumplimiento a los objetivos estratégicos de la ESE HUS debido a una falla en la medición de las mismas.
48	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.
49	Gestión Directiva	Probabilidad de disminución en la calificación de la Gestión del Gerente por incumplimiento en el Plan Operativo Anual de Inversiones debido a no finalización de las obras definidas en las metas del Plan de Gestión.
50	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.
51	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.
52	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.
53	Cartera	Posibilidad incremento en la cuentas por pagar por bajo flujo de recursos, debido a disminución en el recaudo de saldos de cartera.
54	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.
55	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.



N°	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
56	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.
57	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.
58	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.
59	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.
60	Facturación	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
61	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.
62	Presupuesto	Probabilidad de afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto, alternando así los registros presupuestales en el sistema DGH.NET
63	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.
64	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.
65	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.
66	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.



N°	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
67	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.
68	Gestión Documental	Probabilidad de pérdida de información por el deterioro de los documentos debido a fenómenos naturales.
69	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.
70	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
71	Gerencia de la Información	Probabilidad de afectación económica y/o legales, por inoportunidad en el reporte de información de la ESE HUS a las plataformas (Contraloría, Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud), debido a la no entrega de información por parte de las diferentes procesos de la institución.
72	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.
73	Hospitalización	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la efectividad de las interconsultas de especialidades y subespecialidades, debido a falla en la adherencia a los protocolos institucionales.
74	Hospitalización	Probabilidad de inoportunidad en la atención del paciente quemado, adulto o pediátrico debido a no contar con los recursos disponibles para el proceso de atención.
75	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.
76	Hospitalización	Probabilidad de insuficiencia en la calidad de la atención en el servicio básico e intermedio neonatal, por no contar con medicamentos e insumos requeridos para el proceso
77	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.



N°	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
78	Infectología	Probabilidad de contaminación cruzada en la comunidad hospitalaria, debido a la incorrecta utilización de elementos de protección personal (EPP) por falta de adherencia al protocolo de medidas de precaución adicional.
79	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.
80	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.
81	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por sanciones por entes de vigilancia y control, debido a inoportunidad en la publicación de los documentos y actos administrativos en SECOP.
82	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por sanciones por entes de vigilancia y control, debido a inoportunidad en la publicación de los documentos y actos administrativos en SIA OBSERVA.
83	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento de la liquidación de contratos dentro de los tiempos establecidos por la ley, debido a inadecuado ejercicio de la supervisión contractual.
84	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.
85	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 sesión de COMITÉ DE CONCILIACIONES.
86	Gestión de Calidad	Probabilidad de sanción administrativa por incumplimiento en la actualización de la capacidad instalada en el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud), ante la entrega inoportuna de la información por parte de los servicios a la Oficina Asesora de Calidad.



N°	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
87	Gestión de Calidad	Probabilidad de afectación en la imagen institucional y la toma de decisiones, por no identificar oportunidades de mejora en relación con terceros subcontratados afectando la calidad de la prestación del servicio
88	Gestión de Calidad	Probabilidad de no lograr la transformación cultural, por falta de la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas en la organización.
89	Gestión de Calidad	Probabilidad de afectación en la entrega y gestión de la información, por no realizar el cargue de manera oportuna por fallas técnicas en la plataforma SIG Almera.
90	Gestión de Calidad	Probabilidad de falla de la calidad en la prestación del servicio por la no adopción de las Guías de Práctica Clínica - GPC, acorde al perfil epidemiológico institucional.
91	Gestión de Calidad	Probabilidad de afectación en la imagen institucional y la toma de decisiones en la organización, por no realizar medición del desempeño de los indicadores institucionales debido a falta de autocontrol y cultura de medición.
92	Gestión de Calidad	Probabilidad de afectación en la imagen institucional y la toma de decisiones en la organización, por cierre no efectivo del ciclo de PAMEC dentro de la vigencia establecida, por falta de autocontrol de los líderes.
93	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.
94	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.
95	Gestión Quirúrgica	Posibilidad de afectación en la salud del paciente por cancelación en los procedimientos quirúrgicos, debido a las causas institucionales.
96	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.



N°	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
97	Gestión Quirúrgica	Probabilidad de la inadecuada manipulación de la vía aérea e intubación a paciente con sospecha o diagnóstico de infección por COVID-19, por falta de entrenamiento y rotación de personal.
98	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
99	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.
100	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.
101	Desarrollo del Talento Humano	Probabilidad de afectación en la salud y seguridad de trabajadores y ejecutores de procesos, y pérdida de la imagen institucional, por multas y sanciones legales, debido al incumplimiento en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
102	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.
103	Planeación del Talento Humano	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por indebida planeación y ejecución del plan anual de vacantes de recursos humanos.
104	Retiro del Talento Humano	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento en la ejecución del Plan de desvinculación y retiro de la ESE HUS
105	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.
106	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).



N°	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
107	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.
108	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.
109	Oncología	Probabilidad de interrupción en la continuidad del tratamiento del paciente oncológico, debido a no disponibilidad de los recursos necesarios para la prestación del servicio de oncología, provocando retrasos en el tratamiento del paciente.
110	Oncología	Probabilidad de complicación del paciente debido a la no continuidad en su tratamiento de radioterapia, por inoportunidad en mantenimientos correctivos de los equipos biomédicos.

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.

N°	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
1	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.	Alto	Moderado
2	Probabilidad de eventos de seguridad del paciente por falla en identificación de riesgos al ingreso de los usuarios debido a la falta de adherencia a los protocolo de identificación.	Moderado	Moderado



N°	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
3	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la prestación del servicio de imagenología debido a daños en los equipos.	Moderado	Moderado
4	Probabilidad de la demora en la entrega de resultados del servicio de imagenología por el incumplimiento en los tiempos establecidos debido a fallas en la herramienta tecnológica AQUILA/HIRUKO.	Moderado	Moderado
5	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
6	Probabilidad de afectación en la salud del paciente por no cumplir la solicitud, identificación, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico, debido al desconocimiento del Procedimiento para la solicitud, recepción, identificación y toma de muestras biológicas.	Moderado	Aceptable
7	Probabilidad de afectación en la salud del paciente por no crear la alarma y reporte de resultado crítico en el sistema de información, debido a omisión en el cumplimiento al reporte de resultado crítico.	Moderado	Moderado
8	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.	Alto	Moderado
9	Probabilidad de infección al personal de salud por el incumplimiento al Procedimiento para manejo de cadáveres GAD-PAT-PR-01, Protocolo para la solicitud, traslado y realización de autopsias médico-científico GAD-PAT-PT-01 y Procedimiento para la morgue y sala de autopsia GAD-PAT-PR-07, debido a la no implementación de la mismos.	Moderado	Aceptable
10	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	Aceptable



N°	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
11	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	Aceptable
12	Probabilidad de incumplimiento en la respuesta ante una emergencia de riesgo biológico ocasionada por la no recolección de residuos peligrosos	Moderado	Moderado
13	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
14	Probabilidad de afectación a la prestación del servicio, a la infraestructura, a las personas y económica, por falla en la infraestructura de la ESE HUS, debido a un evento natural.	Aceptable	Aceptable
15	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	Aceptable
16	Posibilidad de afectación en la salud del usuario y/o personal por inadecuado manejo de la ropa hospitalaria utilizada en áreas contaminadas, debido al desconocimiento del Procedimiento manejo interno de ropa hospitalaria.	Moderado	Moderado
17	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
18	Posibilidad de afectación en la salud de los pacientes y/o personal por inadecuada desinfección de las áreas contaminadas, debido al desconocimiento del instructivo de limpieza y desinfección de áreas y superficies.	Moderado	Moderado
19	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por fuga o pérdida de pacientes, debido al inoportuno reporte del riesgo de fuga (códigos cuba) por parte del personal de enfermería y falta de planeación de simulacros que permitan fortalecer el proceso.	Alto	Aceptable



N°	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
20	Probabilidad de afectación económica por la Subutilización de la oferta en la Atención Ambulatoria debido a la baja demanda de consultas	Moderado	Moderado
21	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
22	Probabilidad de afectación de la salud del personal del Servicio de Consulta Externa por el contagio, debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad.	Moderado	Moderado
23	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 tramites relacionados a afiliación en la EPS y autorización de ingreso al programa por parte de la EPS-S.	Moderado	Moderado
24	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
25	Posibilidad de afectación en la salud del paciente por 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	Moderado	Moderado
26	Probabilidad de afectación en la salud del donante, paciente y/o colaborador, por incumplimiento en el uso de Elementos de Protección Personal, debido a exceso de confianza.	Moderado	Moderado
27	Probabilidad de deterioro del estado nutricional del paciente por la no identificación del riesgo nutricional, por inadecuado diligenciamiento de la herramienta de tamizaje nutricional al ingreso del paciente en los servicios de urgencias.	Moderado	Moderado
28	Probabilidad de deterioro del estado nutricional del paciente por no administración de la complementación nutricional Alimento con Propósito Médico Especial, debido a ausencia de la formulación en la solicitud de medicamentos.	Moderado	Moderado



N°	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
29	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.	Aceptable	Aceptable
30	Probabilidad de afectación en la salud del paciente por no realización de exámenes de audiología, debido a fallas en la preparación previa.	Moderado	Moderado
31	Posibilidad de deterioro de la salud de los pacientes por no realización de adecuada rehabilitación debido a la no adherencia a los protocolos de atención.	Alto	Alto
32	Probabilidad de afectación de la salud del personal de servicio de Rehabilitación por contagio debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad durante la realización de los procedimientos de atención a los usuarios, afectando la prestación de servicios.	Moderado	Moderado
33	Probabilidad de inoportunidad en la atención del paciente crítico debido a no contar con los recursos disponibles para el proceso de atención.	Moderado	Moderado
34	Posibilidad de afectación de la imagen institucional debido a la inoportunidad en la respuesta de las PQRS manifestadas por el usuario relacionadas con inconformidades en la prestación del servicio e infraestructura de la ESE HUS (Peticiónes, Quejas, Reclamos y Sugerencias PQRS)	Moderado	Moderado
35	Posibilidad de afectación de la imagen 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 Peticiónes, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS), dentro del tiempo establecido por el procedimiento para la atención de Peticiónes, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF).	Moderado	Moderado
36	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



N°	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
37	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
38	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
39	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	Moderado
40	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.	Moderado	Aceptable
41	Posibilidad de violación a los derechos de imagen y datos personales de los usuarios 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
42	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.	Moderado	Aceptable
43	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



N°	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
44	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.	Moderado	Moderado
45	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
46	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	Moderado
47	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento de las políticas institucionales que da cumplimiento a los objetivos estratégicos de la ESE HUS debido a una falla en la medición de las mismas.	Aceptable	Aceptable
48	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
49	Probabilidad de disminución en la calificación de la Gestión del Gerente por incumplimiento en el Plan Operativo Anual de Inversiones debido a no finalización de las obras definidas en las metas del Plan de Gestión.	Moderado	Moderado
50	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
51	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



N°	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
52	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	Aceptable
53	Posibilidad incremento en la cuentas por pagar por bajo flujo de recursos, debido a disminución en el recaudo de saldos de cartera.	Moderado	Moderado
54	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.	Aceptable	Aceptable
55	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
56	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.	Moderado	Moderado
57	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
58	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.	Moderado	Moderado
59	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
60	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	Alto	Alto



N°	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
61	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
62	Probabilidad de afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto, alternando así los registros presupuestales en el sistema DGH.NET	Moderado	Moderado
63	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
64	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.	Moderado	Moderado
65	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.	Moderado	Moderado
66	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
67	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.	Aceptable	Aceptable
68	Probabilidad de pérdida de información por el deterioro de los documentos debido a fenómenos naturales.	Moderado	Moderado
69	Probabilidad de afectación en la salud por el uso inadecuado de los elementos de protección personal para el adecuado manejo de documentos de archivo.	Moderado	Aceptable



N°	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
70	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
71	Probabilidad de afectación económica y/o legales, por inoportunidad en el reporte de información de la ESE HUS a las plataformas (Contraloría, Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud), debido a la no entrega de información por parte de las diferentes procesos de la institución.	Moderado	Moderado
72	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	Aceptable
73	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la efectividad de las interconsultas de especialidades y subespecialidades, debido a falla en la adherencia a los protocolos institucionales.	Alto	Alto
74	Probabilidad de inoportunidad en la atención del paciente quemado, adulto o pediátrico debido a no contar con los recursos disponibles para el proceso de atención.	Moderado	Moderado
75	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.	Aceptable	Aceptable
76	Probabilidad de insuficiencia en la calidad de la atención en el servicio básico e intermedio neonatal, por no contar con medicamentos e insumos requeridos para el proceso	Moderado	Moderado
77	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.	Alto	Alto
78	Probabilidad de contaminación cruzada en la comunidad hospitalaria, debido a la incorrecta utilización de elementos de protección personal (EPP) por falta de adherencia al protocolo de medidas de precaución adicional.	Moderado	Moderado



N°	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
79	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
80	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.	Moderado	Moderado
81	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por sanciones por entes de vigilancia y control, debido a inoportunidad en la publicación de los documentos y actos administrativos en SECOP.	Alto	Moderado
82	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por sanciones por entes de vigilancia y control, debido a inoportunidad en la publicación de los documentos y actos administrativos en SIA OBSERVA.	Alto	Alto
83	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento de la liquidación de contratos dentro de los tiempos establecidos por la ley, debido a inadecuado ejercicio de la supervisión contractual.	Alto	Alto
84	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	Moderado
85	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 sesión de COMITÉ DE CONCILIACIONES.	Moderado	Moderado
86	Probabilidad de sanción administrativa por incumplimiento en la actualización de la capacidad instalada en el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud), ante la entrega inoportuna de la información por parte de los servicios a la Oficina Asesora de Calidad.	Alto	Alto
87	Probabilidad de afectación en la imagen institucional y la toma de decisiones, por no identificar oportunidades de mejora en relación con terceros subcontratados afectando la calidad de la prestación del servicio	Moderado	Moderado



N°	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
88	Probabilidad de no lograr la transformación cultural, por falta de la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas en la organización.	Moderado	Moderado
89	Probabilidad de afectación en la entrega y gestión de la información, por no realizar el cargue de manera oportuna por fallas técnicas en la plataforma SIG Almera.	Moderado	Moderado
90	Probabilidad de falla de la calidad en la prestación del servicio por la no adopción de las Guías de Práctica Clínica - GPC, acorde al perfil epidemiológico institucional.	Moderado	Moderado
91	Probabilidad de afectación en la imagen institucional y la toma de decisiones en la organización, por no realizar medición del desempeño de los indicadores institucionales debido a falta de autocontrol y cultura de medición.	Moderado	Moderado
92	Probabilidad de afectación en la imagen institucional y la toma de decisiones en la organización, por cierre no efectivo del ciclo de PAMEC dentro de la vigencia establecida, por falta de autocontrol de los líderes.	Alto	Moderado
93	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	Moderado
94	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
95	Posibilidad de afectación en la salud del paciente por cancelación en los procedimientos quirúrgicos, debido a las causas institucionales.	Moderado	Moderado
96	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



N°	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
97	Probabilidad de la inadecuada manipulación de la vía aérea e intubación a paciente con sospecha o diagnóstico de infección por COVID-19, por falta de entrenamiento y rotación de personal.	Moderado	Moderado
98	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	Aceptable	Aceptable
99	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
100	Posibilidad de no mejoramiento de competencias por baja participación al desarrollo del Plan Institucional de Capacitaciones debido a fallas en la comunicación.	Moderado	Moderado
101	Probabilidad de afectación en la salud y seguridad de trabajadores y ejecutores de procesos, y pérdida de la imagen institucional, por multas y sanciones legales, debido al incumplimiento en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Alto	Alto
102	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.	Alto	Alto
103	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por indebida planeación y ejecución del plan anual de vacantes de recursos humanos.	Moderado	Aceptable
104	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento en la ejecución del Plan de desvinculación y retiro de la ESE HUS	Moderado	Moderado
105	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

N°	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo (Riesgo absoluto)	Zona de Riesgo (Riesgo residual)
106	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
107	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
108	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.	Moderado	Moderado
109	Probabilidad de interrupción en la continuidad del tratamiento del paciente oncológico, debido a no disponibilidad de los recursos necesarios para la prestación del servicio de oncología, provocando retrasos en el tratamiento del paciente.	Moderado	Moderado
110	Probabilidad de complicación del paciente debido a la no continuidad en su tratamiento de radioterapia, por inoportunidad en mantenimientos correctivos de los equipos biomédicos.	Moderado	Moderado

5. CONTROLES APLICADOS

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

N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
1	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 asistenciales y de apoyo diagnóstico especializado verifica antes de la realización del procedimiento las condiciones de preparación del usuario a través del GIN-HOS-FO-135 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. En caso de que la preparación no cumpla con los criterios establecidos se cancela el procedimiento y se notifica el evento adverso.
2	Probabilidad de eventos de seguridad del paciente por falla en identificación de riesgos al ingreso de los usuarios debido a la falta de adherencia a los protocolo de identificación.	El enfermero/a de cada uno de los servicios de asistenciales y de apoyo diagnóstico especializado verifica antes de la realización del procedimiento la adecuada identificación de los pacientes de acuerdo con las directrices institucionales. En caso de presentarse inconsistencias se realiza el reporte en la plataforma Almera y se realiza las correcciones necesarias en la identificación del paciente.
3	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 Diagnóstico realizará control periódico diario, del funcionamiento de equipos, 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 y verificación de mantenimientos preventivos se realizará por 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 reporta las novedades que presentan los diferentes equipos. 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.

N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
4	<p>Probabilidad de la demora en la entrega de resultados del servicio de imagenología por el incumplimiento en los tiempos establecidos debido a fallas en la herramienta tecnológica AQUILA/HIRUKO.</p>	<p>El transcriptor de imagenología cada vez que falla la herramienta tecnológica digita en un archivo editable la grabación de la lectura de la ayuda diagnóstica realiza por el radiólogo, para ser cargada en el software Dinámica Gerencial, quedando evidenciada en la historia clínica del paciente.</p>
5	<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 Diagnóstico medición, análisis y seguimiento mensualmente del cumplimiento del indicador Oportunidad en la asignación de citas para la toma del examen (IMA-01), el cual queda evidenciando en la plataforma ALMERA y es socializado en el grupo primario y equipo primario de mejoramiento, con el fin de analizar y tomar decisiones frente a las desviaciones encontradas dejando como constancia el acta de la reunión.</p>
6	<p>Probabilidad de afectación en la salud del paciente por no cumplir la solicitud, identificación, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico, debido al desconocimiento del Procedimiento para la solicitud, recepción, identificación y toma de muestras biológicas.</p>	<p>La Profesional universitario área de la salud laboratorio clínico junto con la profesional de calidad socializan semestralmente en los servicios de hospitalización y urgencias de la ESE HUS los documentos GAD-LCL-PR-01 PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD, RECEPCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y TOMA MUESTRAS BIOLÓGICAS, GAD-LCL-PT-01 PROTOCOLO PARA LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS DE LABORATORIO, GAD-LCL-MA-08 MANUAL TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DEL LABORATORIO CLÍNICO, adicionalmente se despliegan a través de Plataforma de aprendizaje MOODLE. Asimismo se ejecuta la estrategia Líderes de Área del Laboratorio Clínico en la cual se realizar seguimiento al cumplimiento de los procesos por medio de los siguientes formatos: LISTA DE VERIFICACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO GAD-LCL-FO-106, SEGUIMIENTO DE LA VERIFICACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO GAD-LCL-FO-108. Se deja evidencia en el Formato de Informe de Ejecución programa de Aprendizaje GTH-DTH-FO-33, enviado a la Unidad Funcional de Talento Humano. En caso de presentar desviaciones de aplican los planes de mejora respectivos.</p>



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
7	Probabilidad de afectación en la salud del paciente por no crear la alarma y reporte de resultado crítico en el sistema de información, debido a omisión en el cumplimiento al reporte de resultado crítico.	El profesional de área de salud laboratorio clínico junto con Bacterióloga de calidad socializan en la inducción del personal de Laboratorio Clínico los siguientes documentos: Procedimiento de resultados a pacientes hospitalización y ambulatorios GAD-LCL-PR-03; Instructivo reporte de resultados críticos del Laboratorio Clínico GAD-LCL-IN-06; Anexo Creación y consulta de alerta de resultado crítico GAD-LCL-AN-20; Anexo reporte de resultado preliminar en historia clínica GAD-LCL-AN-21; Formato de reporte de resultado crítico GAD-LCL-FO-35. Quedando documentado en el Informe de ejecución de programa de aprendizaje. En caso de desviaciones se socializa y evalúa nuevamente al personal.
8	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.	El personal de histotecnología verifica en cada una de las muestras la doble identificación (Nombre completo y número de identificación del paciente) contrastándolo con la historia clínica en el Sistema Dinámica Gerencial, posteriormente se diligencia en el Formato trazabilidad de Autopsias GAD-PAT-FO-13, Formato trazabilidad de estudios de histoquímica GAD-PAT-FO-14, Formato trazabilidad de estudios de inmunohistoquímica GAD-PAT-FO-15, Formato trazabilidad de estudio citología y patología GAD-PAT-FO-16, se asigna el consecutivo interno con el que se realiza seguimiento a la muestra durante el procesamiento. Después de la emisión del resultado el auxiliar administrativo realiza nueva verificación antes del cargue en el Sistema Dinámica Gerencial de acuerdo a lo dispuesto en el Procedimiento para la transcripción y entrega de resultados de patología GAD-PAT-PR-08. Quedando evidenciado en el Drive del correo de patología@hus.gov.co En caso de desviaciones antes y durante el procesamiento se rechaza y no se continua con el mismo de acuerdo en lo dispuesto en el Manual de calidad para el laboratorio de patología y Procedimiento de manejo seguro de las muestras y resultados en el laboratorio de patología (Formato control de rechazo de muestras de exámenes o especímenes GAD-PAT-FO-17).
9	Probabilidad de infección al personal de salud por el incumplimiento al Procedimiento para manejo de cadáveres GAD-PAT-PR-01, Protocolo para la solicitud, traslado y realización de autopsias médico-científico GAD-PAT-PT-01 y Procedimiento para la morgue y sala de autopsia GAD-PAT-PR-07, debido a la no implementación de la mismos.	El médico Patólogo responsable de área de morgue realiza anualmente inducción y reinducción al personal del proceso de patología del Procedimiento para manejo de cadáveres GAD-PAT-PR-01 y el Procedimiento para la morgue y sala de autopsia GAD-PAT-PR-07, con su respectiva evaluación de conocimiento. Como evidencia queda en acta del grupo primario y el informe de socialización de documento. En caso de desviaciones se realiza nuevamente la socialización y se acompaña en la implementación de los procedimientos.



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
10	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.
11	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.
12	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 mensualmente programa y ejecuta toma física de inventarios en la ESE HUS con el apoyo de los profesionales del área de activos fijos del almacén, en conjunto con cada líder del área donde se realiza la toma de inventario. En caso de inconsistencias al comparar los inventarios con la vigencia anterior, se reporta por escrito al responsable del activo fijo, indicando la desviación(es) evidenciada(s) y solicitando en un plazo de tres (3) días respuesta al requerimiento. Se deja evidencia en la programación de la toma física de inventario en la ESE HUS, el oficio de reporte del inventario realizado, el formato de toma de inventario GAF-DTI-FO-01, el formato de responsable de activos fijos.
13	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.



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
14	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.
15	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 Básico garantiza la disponibilidad de los recursos mediante la incorporación en el Plan Anual de Adquisiciones, gestionándolo anualmente la contratación para la recolección de los residuos por parte de la empresa de recolección, tratamiento y disposición de residuos peligrosos; garantizando la continuidad mediante contratos por vigencias futuras aprobados por la Junta Directivas. En caso de incumplimiento de los requisitos contractuales se realiza requerimiento por oficio al contratista, el expediente de cada contrato reposa en la Oficina Asesora Jurídica.
16	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 ESE HUS con el fin de identificar la adecuada segregación de residuos generados en la atención de salud. 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 reporte en la plataforma Almera de las inspecciones. Se deja como evidencia la aplicación de lista de chequeo formato GAF-SBA-FO-07 registrada en la plataforma Almera la cual incluye compromisos de cumplimiento sobre las desviaciones encontradas.

N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
17	Probabilidad de afectación a la prestación del servicio, a la infraestructura, a las personas y económica, por falla en la infraestructura de la ESE HUS, debido a un evento natural.	El Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Físicos y Servicios Básicos mensualmente realiza inspecciones de seguridad del ambiente físico de acuerdo al cronograma anual junto al equipo multidisciplinario, aplicando lista de chequeo código GAF-SBA-FO-07 que incluye el componente de infraestructura, entre otros. En la plataforma Almera se registran y se gestionan los hallazgos que se evidencian durante las inspecciones a las diferentes áreas de la ESE HUS. 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.
18	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.	El Subgerente Administrativo y Financiero con apoyo de la Oficina de Infraestructura verifica mensualmente del cumplimiento a través del Informe Mensual del Contratista de Mantenimiento de la Planta Física. Quedando la evidencia en la minuta del contrato. En caso de desviaciones informa al contratista.
19	Posibilidad de afectación en la salud del usuario y/o personal por inadecuado manejo de la ropa hospitalaria utilizada en áreas contaminadas, 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 contaminada 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.
20	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.	El profesional de servicios básicos, mensualmente, realiza acta de supervisión que incluye el informe de cumplimiento de obligaciones contractuales, con los prestadores de servicios externos de los servicios de apoyo contratados y tercerizados para realizar un seguimiento a todas las actividades pactadas. En caso de incumplimiento se realiza el respectivo llamado al contratista por escrito. Como evidencia queda registro en el acta de supervisión código GJU-ADQ-FO-06 y código GABS-INC-FO-03.



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
21	Posibilidad de afectación en la salud de los pacientes y/o personal por inadecuada desinfección de las áreas contaminadas, debido al desconocimiento del instructivo de limpieza y desinfección de áreas y 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 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.
22	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por fuga o pérdida de pacientes, debido al inoportuno reporte del riesgo de fuga (códigos cuba) por parte del personal de enfermería y falta de planeación de simulacros que permitan fortalecer el proceso.	El profesional Universitario de Servicios Básicos realiza capacitaciones al personal de vigilancias sobre los lineamientos descritos en el protocolo, adicionalmente una vez al año se realizan simulacros de pérdida fuga, con el fin de fortalecer la capacidad de respuesta del personal asistencial y de vigilancia. Como evidencia de los simulacros se presenta informe sobre el mismo. En caso de desviaciones se realiza el protocolo de Londres por parte de Seguridad del Paciente y el área de Servicios Básicos elabora un plan de acción.
23	Probabilidad de afectación económica por la Subutilización de la oferta en la Atención Ambulatoria debido a la baja demanda de consultas	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.

N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
24	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 Servicios de Mujer e Infancia realizará una investigación de campo y tomara los correctivos pertinentes en los diferentes servicios los cuales serán socializados en el grupo primario de manera trimestral según le aplique, se deja como evidencia de esta actividad en el acta de grupo primario de Madre Canguro.
25	Probabilidad de afectación de la salud del personal del Servicio de Consulta Externa por el contagio, debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad.	La Enfermera Coordinadora del Servicio de Consulta Externa mensualmente verifica mediante la aplicación del Formato Inspección uso de Elementos de Protección Personal GTH-DTH-FO-36 la utilización por parte del personal asistencial en el área ambulatorio el cumplimiento al Protocolo de Bioseguridad de la Institución, a través de una muestra aleatoria. En caso de presentarse desviaciones, la Enfermera Coordinadora del Servicio de Consulta Externa realiza de manera inmediata retroalimentación al personal con el fin de corregir la desviación. El cual reposa en el archivo de gestión del proceso.
26	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 Mare Canguro, con el propósito de identificar las desviaciones y 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.

N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
27	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 aplicando la 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 y la tabla militar estándar.
28	Posibilidad de afectación en la salud del paciente por 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 y revisa si existen hallazgos para establecer los planes de acción que minimicen los riesgos de cumplimiento, a través del grupo primario con la presentación de los informes de gestión de la oficina de promoción de la donación. 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.
29	Probabilidad afectación en la salud del donante, paciente y/o colaborador, por incumplimiento en el uso de Elementos de Protección Personal, debido a exceso de confianza.	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
30	Probabilidad de deterioro del estado nutricional del paciente por la no la identificación del riesgo nutricional, por inadecuado diligenciamiento de la herramienta de tamizaje nutricional al ingreso del paciente en los servicios de urgencias.	La Profesional Universitario de Salud, Nutrición y Dietética mensualmente se verifica aleatoriamente la aplicabilidad de la herramienta de tamizaje nutricional, a través de la plataforma DINAMICA GERENCIAL, verificando la calidad del reporte de las herramientas de tamizaje nutricional. En caso de identificar inadecuado reporte se realiza articulación con el Coordinador Médico para orientar su implementación en los servicios de urgencias. La evidencia se consolida en el seguimiento reportado a la Coordinación de urgencias, así como el seguimiento y análisis del indicador Cobertura del tamizaje nutricional en la plataforma Almera.



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
31	<p>Probabilidad de deterioro del estado nutricional del paciente por no administración de la complementación nutricional Alimento con Propósito Médico Especial, debido a ausencia de la formulación en la solicitud de medicamentos.</p>	<p>El profesional de nutrición clínica instaura la terapia nutricional del paciente por su estado nutricional y patologías de base, preinscribiendo en la valoración e interconsulta el Alimento con Propósito Médico Especial con su dosificación y tiempo de duración. Reportando en la historia clínica del paciente. En caso de ausencia de la formulación del Alimento con Propósito Médico Especial se retroalimenta con el médico tratante la necesidad e importancia de la formulación y se registra en historia clínica el seguimiento. Asimismo ante el coordinador médico se retroalimenta la necesidad de formulación en pacientes con terapia nutricional instaurada.</p>
32	<p>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.</p>	<p>La auxiliar de facturación diariamente registra los ingresos del servicio de rehabilitación y semanalmente verifica los avances 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 gestionar 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.</p>
33	<p>Probabilidad de afectación en la salud del paciente por no realización de exámenes de audiología, debido a fallas en la preparación previa.</p>	<p>El funcionario del Call Center que realiza la asignación de la cita de audiología dará la información de la preparación previa requerida según el Instructivo para la Preparación Previa de los Pacientes en Rehabilitación y realizara registro de módulo de asignación de citas en dinámica especificando el nombre de la persona que recibió la información, la misma información nuevamente será socializada en el recordatorio de la cita, en el caso de los usuarios que solicitan la cita de forma presencial se les entregada folleto de preparación previa y se registrara en formato respectivo. Mensualmente se envía reporte de pacientes que recibieron preparación previa 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 del funcionario del Call Center asignada al servicio.</p>

N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
34	Posibilidad de deterioro de la salud de los pacientes por no realización de adecuada rehabilitación debido a la no adherencia a los protocolos de atención.	El coordinadora de rehabilitación junto con personal asignado realizara mensualmente la aplicación de listas de chequeo para seguimiento de los protocolos del servicio, trimestralmente se realizará Informe de Verificación GMC-GCA-FO-27 el cual incluye 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 realizado y las listas de chequeo aplicadas.
35	Probabilidad de afectación de la salud del personal de servicio de Rehabilitación por contagio debido al no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad durante la realización de los procedimientos de atención a los usuarios, afectando la prestación del servicios.	La Coordinadora del proceso de Rehabilitación o su delegada verifica 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 realiza a través de una muestra aleatoria, la misma es reportada a la Subgerencia correspondiente. En caso de presentarse desviaciones, la Coordinadora o su delegada del proceso de Rehabilitación realiza de manera inmediata retroalimenta 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.
36	Probabilidad de inoportunidad en la atención del paciente crítico debido a no contar con los recursos disponibles para el proceso de atención.	Los gestores hospitalarios diariamente realizan la identificación de casos con posible demoras en su ejecución y realizan la gestión para su solución.
37	Posibilidad de afectación de la imagen institucional debido a la inoportunidad en la respuesta de las PQRS manifestadas por el usuario relacionadas con inconformidades en la prestación del servicio e infraestructura de la ESE HUS (Peticiónes, Quejas, Reclamos y Sugerencias PQRS)	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.



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
38	Posibilidad de afectación de la imagen 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.
39	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, 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 comité donde se aprueba el Plan de Auditorias y el Plan anual de auditorías.
40	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 Auditorias e informes realizados por Control Interno. En caso de presentarse situaciones de no mejora, el Comité realiza el análisis y da directrices para implementar. Como evidencia queda el acta del Comité Institucional de Control Interno



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
41	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 equipo 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 equipo primario.
42	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 auditor encargado de cada auditoría establece el plan de auditoría que contiene el cronograma de actividades a realizar y es comunicado al proceso auditado al iniciar la auditoría. En caso que el auditado no presente la información solicitada en los tiempos establecidos, se realiza la reiteración de la solicitud y si persiste el incumplimiento se da a conocer la situación al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Como evidencia del control se cuenta con el plan de auditoría, notificación al auditado y si es el caso el acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
43	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 equipos 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 equipo primario y si es el caso el acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
44	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 equipo primario de la Oficina. Como evidencia se cuenta con los informes de seguimiento a planes de mejoramiento realizados por el auditor.

N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
45	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.	<p>El profesional de comunicaciones alinea la información a desplegar de acuerdo al direccionamiento estratégico de la institución. Para dar cumplimiento a la Política de 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.</p> <p>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>
46	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>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.</p> <p>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>
47	Posibilidad de violación a los derechos de imagen y datos personales de los usuarios 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.	<p>La profesional universitario de comunicaciones socializa semestralmente 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>



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
48	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.	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.
49	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por inadecuada aplicación del procedimiento de referenciacines institucionales debido a desconocimiento en el diligenciamiento del procedimiento de referenciacines institucionales o la no aplicación del mismo.	El profesional de mercadeo cada vez que se requiera verifica el procedimiento de referenciacines institucionales de los diferentes servicios, asimismo anualmente capacita a los lideres de los procesos de la ESE HUS en el procedimiento de referenciacines institucionales con el fin de realizar la divulgación, apropiación y aplicación del conocimiento. Para la adecuada referenciación se diligencia el formato GDI-MER-FO-03. Este formato se consolida y se presenta en Comité de Gestión y Desempeño.
50	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.	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.
51	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.	El jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional realiza monitoreos periódicos al cumplimiento de los indicadores del Plan de Gestión evaluando las posibles desviaciones de estos para tomar decisiones antes de las diferencias presentadas en cada uno de los indicadores. Queda evidenciado en los seguimientos en la Plantilla de Resolución No. 408, documento normativo.

N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
52	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.
53	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 las correos, en caso de desviaciones se aplicarán las herramientas de mejora.
54	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento de las políticas institucionales que da cumplimiento a los objetivos estratégicos de la ESE HUS debido a una falla en la medición de las mismas.	El profesional de Planeación anualmente monitorea las políticas institucionales a través de las fichas de indicadores cargadas en el plataforma Almera 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.
55	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.
56	Probabilidad de disminución en la calificación de la Gestión del Gerente por incumplimiento en el Plan Operativo Anual de Inversiones debido a no finalización de las obras definidas en las metas del Plan de Gestión.	El Gerente de la ESE HUS realiza periódicamente gestión ante los entes gubernamentales y nacionales para la asignación de recursos que permitan la realización de las obras planteadas dentro de las metas del Plan de Gestión. Quedando la evidencia en el Acta de Junta Directiva. En caso de desviaciones o diferencias de las obras que no se finalizaron deben ser priorizadas para la siguiente vigencia.

N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
57	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.
58	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 Asesora 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.
59	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 trámite de cobro.
60	Posibilidad incremento en la cuentas por pagar por bajo flujo de recursos, debido a disminución en el recaudo de saldos de cartera.	El profesional universitario de Cartera mensualmente gestiona el cobro de cartera a través de gestiones administrativas, suscripción de acuerdos de pago, 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.



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
61	<p>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.</p>	<p>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 (Versión 4), el cual se archiva por cada mes cerrado.</p>
62	<p>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.</p>	<p>El Profesional Universitario de Costos mensualmente genera una lista de chequeo que incluye la totalidad de los contratos operativos (misional), administrativos y de apoyo, para la prestación de los servicios de la ESE HUS, con el valor total del contrato y el valor promedio mes, de acuerdo a los contratos notificados por la Oficina Jurídica. Se realiza el cruce entre la lista de chequeo y el informe de la causación del mes, (balance de prueba módulo de contabilidad cuenta 58972300 hasta 58972399), para determinar las cuentas por pagar que de acuerdo a la lista de chequeo quedaron pendientes por causar. En caso de desviaciones (diferencias encontradas) se genera un informe detallando los terceros y el valor pendiente por causar en el mes, el cual se remite al área de Tesorería y Contabilidad para los fines pertinentes. Como evidencia queda el soporte del recibido del oficio con el informe radicado en las áreas de Tesorería y Contabilidad.</p>
63	<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>



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
64	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.	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.
65	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.
66	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.	El profesional de Devoluciones de la empresa contratista que ejecuta el proceso de facturación, consolida las diferentes causales de devoluciones, consignándolas en el informe mensual de ejecución, con fines de presentar resultados y retroalimentar a admisionistas, 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.

N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
67	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 ó, 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).
68	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 de servicios hospitalarios para su custodia.
69	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.

N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
70	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 continúa dentro del Sistema dinámica gerencial, fecha de pago, número de factura, número 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 liquidación de pagos, que se encuentra en la carpeta compartida de Tesorería con el equipo de trabajo.
71	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.
72	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.
73	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.



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
74	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.
75	Probabilidad de pérdida de información por el deterioro de los documentos debido a fenómenos naturales.	El profesional universitario de Gestión Documental, realiza semestralmente inspección a los archivos de gestión de la ESE HUS, de acuerdo al cronograma. Queda documentado en los Formato Inspección a los Archivos de Gestión GII-GDO-FO-03. Se informar al jefe de cada área para su evaluación y procedimiento a seguir si existen documentos deteriorados.
76	Probabilidad de afectación en la salud por el uso inadecuado de los elementos de protección personal para el adecuado manejo de documentos de archivo.	El Profesional de Gestión Documental anualmente y/o cada vez que ingrese un colaborador al proceso realiza socialización del uso adecuado de los Elementos de Protección Personal (EPP) para el manejo acervo documental. Queda evidenciado en la acta de grupo primario. En caso de desviaciones, se realiza la nuevamente una socialización del uso adecuado de EPP's.
77	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.



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
78	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 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.
79	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.
80	Probabilidad de afectación económica y/o legales, por inoportunidad en el reporte de información de la ESE HUS a las plataformas (Contraloría, Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud), debido a la no entrega de información por parte de las diferentes procesos de la institución.	El Profesional de Apoyo en Página Web realiza seguimiento al tablero de control de reporte de información en plataformas de acuerdo al periodo a reporta, quedando evidenciado en los correos enviados a las diferentes procesos. En caso de desviaciones se reporta a la Gerencia para la toma de decisiones.
81	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 y Profesional Universitario de la UFATI junto con su equipo de trabajo identifican 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.
82	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la efectividad de las interconsultas de especialidades y subespecialidades, debido a falla en la adherencia a los protocolos institucionales.	Los gestores hospitalarios diariamente realizan la identificación de la inoportunidad de las interconsultas en los servicios y se registra la gestión realizada frente a la respuesta de la especialidad comprometida en el Módulo de Auditoria de Dinámica Gerencial. En caso de no lograr el cumplimiento de la interconsulta se notifica vía correo electrónico al supervisor del especialista.

N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
83	Probabilidad de inoportunidad en la atención del paciente quemado, adulto o pediátrico debido a no contar con los recursos disponibles para el proceso de atención.	Revisión diaria de casos de posibles demoras por parte del gestor hospitalario del servicio, para la gestión de procedimientos e insumos necesarios para el paciente quemado
84	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.
85	Probabilidad de insuficiencia en la calidad de la atención en el servicio básico e intermedio neonatal, por no contar con medicamentos e insumos requeridos para el proceso	Los gestores hospitalarios diariamente realizan la identificación de casos con posible demoras en su ejecución y realizan la gestión para su solución.
86	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 equipo del programa de prevención y control de infecciones realiza semanalmente ronda de seguridad en los servicios asistenciales, con el propósito de verificar el cumplimiento de las medidas para prevención de IAAS, a través de las listas de chequeo 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 listas de chequeo y análisis en el acta de comité de infecciones.
87	Probabilidad de contaminación cruzada en la comunidad hospitalaria, debido a la incorrecta utilización de elementos de protección personal (EPP) por falta de adherencia al protocolo de medidas de precaución adicional.	El equipo de prevención y control de infecciones realiza control y seguimiento por medio de rondas de seguridad semanal por los diferentes servicios asistenciales de la institución, aplicando listas de chequeo de los protocolos para prevención de infecciones. Capacitación y retroalimentación diaria al personal (taller de entrenamiento en higiene de manos y medidas de precaución adicional). Lo anterior se evidencia en el informe de buenas prácticas para prevención de infecciones (bundles) e informe de ronda de seguridad IAAS, adicionalmente se cuenta con base de datos del personal que asiste al taller de entrenamiento.

N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
88	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.	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 invitación pública, formato hoja de verificación de cumplimiento de requisitos, etapa precontractual, contratación directa - causal servicios profesionales o de apoyo a la gestión, 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.
89	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 y el Asesor Financiero de Gerencia, mensualmente realizan el seguimiento a la matriz de contratación que se encuentra en Google Drive compartido con los diferentes subgerentes de las áreas de la ESE 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.
90	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por sanciones por entes de vigilancia y control, debido a inoportunidad en la publicación de los documentos y actos administrativos en SECOP.	El profesional universitario de la Oficina Asesora de Jurídica verifica mensualmente los procesos publicados en la plataforma de SECOP a través de una matriz en Excel de Verificación de contratos cargados en SECOP para identificar que los documentos se encuentren completamente cargados. En caso de inconsistencias se notifica al jefe de la Oficina Asesora de Jurídica, con el fin que informe al responsable del cargue de la información en SECOP para realizar el plan de mejora.
91	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por sanciones por entes de vigilancia y control, debido a inoportunidad en la publicación de los documentos y actos administrativos en SIA OBSERVA.	El profesional universitario de la Oficina Asesora de Jurídica verifica mensualmente los procesos publicados en la plataforma de SIA OBSERVA a través de una matriz en Excel para identificar que los documentos requeridos se encuentren completamente cargados. En caso de inconsistencias se notifica al jefe de la Oficina Asesora de Jurídica, con el fin que informe al responsable del cargue de la información en SIA OBSERVA para realizar el plan de mejora.

N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
92	Posibilidad afectación en la imagen institucional por incumplimiento de la liquidación de contratos dentro de los tiempos establecidos por la ley, debido a inadecuado ejercicio de la supervisión contractual.	El técnico administrativo de la Oficina Asesora de Jurídica diligencia diariamente el FORMATO TABLA DE CONTRATACIÓN GJU-ADQ-FO-02 y realiza seguimiento a los contratos próximos a vencer, de esta manera informa al jefe de la Oficina Asesora de Jurídica quien notifica al responsable de la supervisión del contrato para que defina el proceder del mismo dentro de los tiempos establecidos. Para los contratos finalizados el jefe de la Oficina Asesora de Jurídica le solicita a los supervisores la liquidación de los mismos a través de los formatos institucionales.
93	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 en la plataforma Almera y las certificaciones frente a entidades judiciales (GJU-DJE-FO-18).
94	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 sesión de COMITÉ DE CONCILIACIONES.	La defensa jurídica externa presenta 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.



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
95	Probabilidad de sanción administrativa por incumplimiento en la actualización de la capacidad instalada en el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud), ante la entrega inoportuna de la información por parte de los servicios a la Oficina Asesora de Calidad.	El subgerente del servicio junto con la (el) enfermera (o) coordinadora revisan las condiciones del servicio (cumplimiento de requisitos de habilitación Resolución 3100 de 2019) y la necesidad de solicitar apertura o cierre de capacidad instalada. Seguidamente diligencia el Formato Solicitud de Novedad de Capacidad Instalada (GMC-GCA-FO-26), el cual debe ser enviado a la Oficina Asesora de Calidad al correo calidad@hus.gov.co con copia a comitesinstitucionales@hus.gov.co , siendo Gestión de Calidad quien valida la viabilidad de la solicitud. En caso de ser viable la solicitud la Oficina Asesora de Calidad ingresa a la plataforma de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS / NOVEDADES y realiza el trámite en línea, según el Manual Usuario REPS, usuario: Novedades el cual se encuentra en la plataforma del Ministerio y se anexa.
96	Probabilidad de afectación en la imagen institucional y la toma de decisiones, por no identificar oportunidades de mejora en relación con terceros subcontratados afectando la calidad de la prestación del servicio	A través de la profesional de apoyo al Sistema Obligatorio de la Garantía para Calidad en Salud, realiza acompañamiento a los supervisores de los contratos de servicios tercerizados semestralmente en la realización de auditorías, en caso de identificar desviaciones se realiza informe y se comparte a los terceros para su intervención
97	Probabilidad de no lograr la transformación cultural, por falta de la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas en la organización.	Estandarización de metodología de apropiación
98	Probabilidad de afectación en la entrega y gestión de la información, por no realizar el cargue de manera oportuna por fallas técnicas en la plataforma SIG 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.
99	Probabilidad de falla de la calidad en la prestación del servicio por la no adopción de las Guías de Práctica Clínica - GPC, acorde al perfil epidemiológico institucional.	Seguimiento trimestral a través de los comités de Seguridad del Paciente e Historias Clínicas por el auditor médico de calidad
100	Probabilidad de afectación en la imagen institucional y la toma de decisiones en la organización, por no realizar medición del desempeño de los indicadores institucionales debido a falta de autocontrol y cultura de medición.	La profesional de apoyo a la oficina de calidad, trimestralmente solicita las bases de datos en las cuales realiza la revisión de los registros de los resultados de los indicadores; en caso de identificar desviaciones o falta de registro de la información se consigna en el informe trimestral enviado a los líderes de proceso y este es presentado en el Comité de Gerencia para la toma de decisiones.



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
101	Probabilidad de afectación en la imagen institucional y la toma de decisiones en la organización, por cierre no efectivo del ciclo de PAMEC dentro de la vigencia establecida, por falta de autocontrol de los líderes.	Seguimiento trimestral a través de la matriz de tres generaciones por parte de la profesional de apoyo a PAMEC en acompañamiento de la oficina asesora de Control Interno
102	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 verificación del 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.
103	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 y la 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, 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.
104	Posibilidad de afectación en la salud del paciente por cancelación en los procedimientos quirúrgicos, debido a las causas institucionales.	Médico coordinador/Auditor área quirúrgica realiza la 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.



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
105	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.
106	Probabilidad de la inadecuada manipulación de la vía aérea e intubación a paciente con sospecha o diagnóstico de infección por COVID-19, por falta de entrenamiento y rotación de personal.	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 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.
107	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 metroológico, con el fin de verificar su cumplimiento, lo cual queda registrado en dicho formato y alimenta 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 queda registrado en el acta del comité.



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
108	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.	Líder del proceso de gestión de la tecnología, cada año o según el índice de obsolescencia, realiza la evaluación de tecnología propiedad de la ESE HUS, aplicando la Matriz de índice de obsolescencia GTE-GTE-FO-06, en caso de desviación o de dar de baja la tecnología se incluye dentro de la matriz de priorización de compra de tecnología GTE-GTE-FO-02, siendo este la evidencia de la gestión para la renovación de tecnología en la ESE HUS.
109	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 con el apoyo de comunicaciones y prensa realizan mensualmente la promoción según los medios de comunicación interna de la institución y se consolida los Informes de Ejecución del Programa de Aprendizaje realizado por cada proceso, en donde se evidencia la participación. En caso de desviaciones se reitera al líder del proceso la necesidad de contar con el informe Ejecución del Programa de Aprendizaje a fin de fortalecer el PIC.
110	Probabilidad de afectación en la salud y seguridad de trabajadores y ejecutores de procesos, y pérdida de la imagen institucional, por multas y sanciones legales, debido al incumplimiento en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	El equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo mensualmente realiza seguimiento a la entrega de la información de la ejecución teniendo en cuenta el Instructivo para la Verificación de Requisitos del SG-SST a Contratistas GTH-DTH-IN-06 a través del Grupo de Alianzas. Adicionalmente, se informa vía correo electrónico a la empresa contratista así como al supervisor del contrato el cumplimiento de la información entregada y pendiente.
111	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 Universitario de Capacitación y Cultura de la Unidad Funcional Talento Humano realiza seguimiento mensual del personal que se encuentra matriculado en la Inducción General de la Plataforma Aula Virtual de Aprendizaje MOODLE en aras de que los ejecutores de procesos culminen satisfactoriamente la Inducción General hasta obtener el Certificado. En caso de desviaciones, se envía vía correo electrónico al Supervisor del Contrato relacionando los ejecutores de procesos pendientes por culminar la Inducción General, y adicionalmente se presenta en el Grupo de Alianza solicitando su apoyo para que los ejecutores de procesos culmine la Inducción.
112	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por indebida planeación y ejecución del plan anual de vacantes de recursos humanos.	La Unidad Funcional de Talento Humano anualmente realizar la proyección del plan anual de vacantes, así como un seguimiento mensual a la ejecución del Plan y se remite informe a la Gerencia y la Subgerencia Administrativa y Financiera. La evidencia se refleja en la Plan de Acción de la Plataforma Almera y correos electrónicos.



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
113	Probabilidad de afectación en la imagen institucional por incumplimiento en la ejecución del Plan de desvinculación y retiro de la ESE HUS	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.
114	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 Ginecología, los cuales se socializan mensualmente 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 el acta de grupo primario de la socialización y se aplican las herramientas de mejora en caso de desviaciones.
115	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.
116	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).	Los ejecutores de proceso de enfermería diariamente realizan el protocolo de acogida y se aplica la escala de valoración Morse cuando ingresa al servicio de urgencias evidenciándose en la historia clínica. En caso de desviaciones se realiza la socialización de las funciones establecidas en el cargo.



N°	Nombre del Riesgo	Nombre del control
117	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 la necesidad de adecuar áreas de aislamiento. (1 sala más de aislamiento), se realizará seguimiento cada tres meses, si así lo amerita y se dejará evidencia de las intervenciones realizadas para reducir el riesgo.
118	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.	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 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.
119	Probabilidad de interrupción en la continuidad del tratamiento del paciente oncológico, debido a no disponibilidad de los recursos necesarios para la prestación del servicio de oncología, provocando retrasos en el tratamiento del paciente.	El subgerente de servicios de alto costo realiza la supervisión técnico-científica mensualmente de los contratos que están a su cargo y seguimiento mensual a la ejecución de los contratos que están a cargo de otras áreas pero que proveen recursos para la prestación de servicio de oncología. Quedando documentado en las actas de Comité Protección y Seguridad Radiológica y en el Grupo primario de Oncología. En caso de desviaciones se generan compromisos para resolver las diferencias.
120	Probabilidad de complicación del paciente debido a la no continuidad en su tratamiento de radioterapia, por inoportunidad en mantenimientos correctivos de los equipos biomédicos.	El profesional universitario de mantenimiento verificar anualmente las especificaciones técnicas y el cumplimiento de los contratos de mantenimiento de equipos biomédicos. Quedando soportado en la minuta del contrato. En caso de desviaciones se notifica al contratista, de lo contrario se aplican las pólizas vigentes.

6. PLANES DE ACCIÓN DEFINIDOS Y AVANCE

De los 110 riesgos identificados se priorizaron 13 riesgos, los cuales cuentan con su respectivo plan de mejora y dos riesgos más cuyo riesgo residual fue moderado deciden hacer ciclo PHVA, estos procesos fueron Servicios Básicos y Gestión de Calidad.

En seguida se evidencia las acciones y avances de las misma de cada uno de los planes de acción para los respectivos riesgos priorizados. Es de aclarar que se presente el avance global de la vigencia, sin embargo, el indicador medirá únicamente el primer semestre del año 2023, acorde a las fechas planteadas. Se tienen 23 acciones por cerrar a corte de 30 de junio de la presente vigencia.

ID	Proceso	Riesgo	Plan de acción		Avance	Seguimiento I Semestre
8419	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). (Matriz de Riesgos DAFP - Procesos - 2023)	1P	Definir estrategias que permitan mitigar las caídas en el servicio de urgencia.	100%	Completo
			2H	Implementar las estrategias definidas	50%	Completo
			3V	Verificar mediante el comportamiento del indicador tasa de caídas en el servicio de Urgencias	0%	No iniciado
			4A	Tomar decisiones acordes a los resultados obtenidos	0%	No iniciado
8407	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	Posibilidad afectación en la imagen institucional por incumplimiento de la liquidación de contratos dentro de los tiempos establecidos por la ley, debido a inadecuado ejercicio de la supervisión contractual. (Matriz de Riesgos DAFP - Procesos - 2023)	1P	Definir estrategias para realizar seguimiento y control por parte de la Oficina Asesora Jurídica a la supervisión de los contratos	100%	Completo
			2H	Implementar las estrategias para realizar seguimiento y control por parte de la Oficina Asesora Jurídica a la supervisión de los contratos.	0%	No iniciado
			3V	Verificar la implementación de las estrategias para realizar seguimiento y control por parte de la Oficina Asesora Jurídica a la supervisión de los contratos	0%	No iniciado
			4A	Tomar decisiones respecto a lo observado.	0%	No iniciado
8406	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por sanciones por entes de vigilancia y control, debido a inoportunidad en la	1P	Definir la herramienta para la verificación de la rendición oportuna de los documentos requeridos de la contratación a través de SIA OBSERVA.	100%	Completo



ID	Proceso	Riesgo	Plan de acción		Avance	Seguimiento I Semestre
		publicación de los documentos y actos administrativos en SIA OBSERVA. (Matriz de Riesgos DAFP - Procesos - 2023)	2H	Documentar y socializar la herramienta para la verificación de la rendición oportuna de los documentos requeridos de la contratación a través de SIA OBSERVA.	100%	Completo
			3H	Implementar la herramienta para la verificación de la rendición oportuna de los documentos requeridos de la contratación a través de SIA OBSERVA.	0%	No iniciado
			4V	Verificar la rendición oportuna de los documentos requeridos de la contratación a través de SIA OBSERVA.	0%	No iniciado
			5A	Tomar decisiones respecto de lo observado.	0%	No iniciado
8408	Desarrollo del Talento Humano	Probabilidad de afectación en la salud y seguridad de trabajadores y ejecutores de procesos, y pérdida de la imagen institucional, por multas y sanciones legales, debido al incumplimiento en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	1P	Definir las estrategias para fortalecer la consolidación de la información para el cumplimiento del Instructivo para la verificación de requisitos del SG-SST a contratistas.	100%	Completo
			2H	Ejecutar las estrategias definidas para la consolidación de la información para el cumplimiento del Instructivo para la verificación de requisitos del SG-SST a contratistas.	0%	No iniciado
			3V	Monitorizar el cumplimiento de la entrega de información de lo definido en el Instructivo para la verificación de requisitos del SG-SST a contratistas	0%	No iniciado
			4A	Tomar decisiones frente a las desviaciones encontradas	0%	No iniciado
8421	Ingreso del Talento Humano	Probabilidad de no adaptación del colaborador a la institución por incumpliendo en la ejecución del Programa de Inducción	1P	Definir las diferentes estrategias a implementar para alcanzar la meta de la Inducción General	100%	Completo



ID	Proceso	Riesgo	Plan de acción		Avance	Seguimiento I Semestre
		General debido a fallas en la comunicación. Subsistema de Procesos Operacional 2023 Metodología DAFP	2H	Ejecutar las estrategias identificadas con el fin de lograr la meta de la Inducción General	30%	En desarrollo
			3V	Monitorizar el porcentaje de avance de cumplimiento de la Inducción General, resultante de la ejecución de las estrategias definidas.	0%	No iniciado
			4A	Tomar acciones frente a los resultados obtenidos	0%	No iniciado
8422	Servicios básicos	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por fuga o pérdida de pacientes, debido al inoportuno reporte del riesgo de fuga (códigos cuba) por parte del personal de enfermería y falta de planeación de simulacros que permitan fortalecer el proceso. (Matriz de Riesgos DAFP - Procesos - 2023)	1P	Estructurar los simulacros de pérdida de pacientes, el robo de un menor recién nacido	100%	Completo
			2H	Ejecutar simulacros según cronograma establecido en el documento donde se incluya el robo de un menor recién nacido	100%	Completo
			4V	Verificar por medio del informe del simulacro el cumplimiento de los establecido en el documento	100%	Completo
			5A	Actuar respecto a las desviaciones encontradas	0%	No iniciado
8412	Gestión de Calidad	Probabilidad de sanción administrativa por incumplimiento en la actualización de la capacidad instalada en el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud), ante la entrega inoportuna de la información por parte de los servicios a la Oficina Asesora de Calidad. (Matriz de Riesgos DAFP - Procesos - 2023)	1P	Estructurar la estrategia para revisar y ajustar la capacidad instalada reportada en el REPS de acuerdo con la totalidad de camas con las que cuenta el Hospital con el fin de contar con la información veraz para la prestación de los servicios	100%	Completo
			2H	Socializar el procedimiento de apertura y cierre de camas en la institución.	100%	Completo
			3V	Verificar la correlación entre las camas habilitadas en el REPS y las existentes en la Institución en cada uno de los servicios.	100%	Completo
			4A	Tomar decisiones acorde a los resultados observados de acuerdo a los componentes del procedimiento de apertura y cierre de camas en la institución.	0%	No iniciado

ID	Proceso	Riesgo	Plan de acción		Avance	Seguimiento I Semestre
8415	Gestión de Calidad	Probabilidad de afectación en la imagen institucional y la toma de decisiones en la organización, por cierre no efectivo del ciclo de PAMEC dentro de la vigencia establecida, por falta de autocontrol de los líderes. (Matriz de Riesgos DAFP - Procesos - 2023)	1P	Establecer estrategia para fortalecer el concepto del ciclo de mejoramiento, que contemple los criterios para el cierre de las oportunidades de mejora.	100%	Completo
			2H	Documentar las estrategias que fortalezcan el concepto del ciclo de mejoramiento, contemplando los criterios para el cierre de las oportunidades de mejora	100%	Completo
			3V	Evaluar las estrategias implementadas que favorezcan el concepto del ciclo de mejoramiento, contemplando los criterios para el cierre de las oportunidades de mejora y la visión sistémica en el desarrollo de la autoevaluación de estándares asistenciales	30%	En desarrollo
			4A	Actuar frente a los resultados encontrados	0%	No iniciado
8417	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. (Matriz de Riesgos DAFP - Procesos - 2023)	1P	Definir cronograma para dar cobertura a la evaluación de índice de obsolescencia aplicando a equipos críticos	100%	Completo
			2H	Ejecutar el cronograma para dar cobertura al índice de obsolescencia planeado	50%	En desarrollo
			3H	Socializar los resultados del índice de obsolescencia con los grupos de interés	0%	No iniciado
			4V	Monitorizar de manera directa a la apropiación de contenidos de la renovación de la tecnología	0%	No iniciado
			5A	Actuar frente a los resultados obtenidos en la monitorización	0%	No iniciado
8420	GESTIÓN DE INTERNACIÓN	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la efectividad de las interconsultas de especialidades y subespecialidades, debido a falla en la adherencia a los protocolos institucionales. (Matriz de Riesgos DAFP - Procesos - 2023)	1P	Definir los criterios de priorización de las interconsultas	100%	Completo
			2H	Documentar la definición de interconsultas urgentes y no urgentes de acuerdo a los criterios establecidos.	100%	Completo
			3V	Monitorizar el cumplimiento de las metas de oportunidad para las interconsultas urgentes y no urgentes.	50%	En desarrollo
			4A	Actuar de acuerdo a los resultados obtenidos de la monitorización de oportunidad para las interconsultas urgentes y no	0%	No iniciado

ID	Proceso	Riesgo	Plan de acción		Avance	Seguimiento I Semestre
8409	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.	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	0%	Atrasado
			2H	Ejecutar el 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	0%	No iniciado
			3V	Verificar el uso de las herramientas técnicas para la recepción de medicamentos y dispositivos médicos	0%	No iniciado
			4A	Actuar y realizar los ajustes pertinentes de acuerdo a lo observado.	0%	No iniciado
8620	Facturación	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	Definir actividades y cronograma para el seguimiento a la gestión y análisis de la glosa con posible responsabilidad	100%	Completo
			2H	Elaborar informe mensual de las actividades realizadas según plan de trabajo definidos, adjuntando las respectivas evidencias	0%	No iniciado
			3V	Verificar el nivel de avance mensual en el análisis de la glosa aceptada	0%	No iniciado
			4A	Tomar las acciones correctivas frente a las desviaciones presentadas.	0%	No iniciado
8622	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.	1P	Definir plan de trabajo y cronograma a partir de las causales de devolución y saldos de objeciones a corte de febrero 2023	100%	Completo
			2H	Presentar informe mensual de las actividades realizadas según plan de trabajo definidos, adjuntando las respectivas evidencias	12%	En desarrollo
			3V	Verificar que como mínimo haya un 80% de trámite sobre los saldos de las devoluciones recibidas	12%	En desarrollo
			4A	Tomar las acciones correctivas frente a las desviaciones presentadas.	0%	No iniciado
8486	Infectología	Probabilidad de aumento en la incidencia de IAAS en los usuarios por la no aplicabilidad del personal asistencial a las medidas	1P	Planear estrategias para fortalecer en el talento humano la correcta ejecución de las medidas de precaución adicional e higiene de manos en los cinco momentos	100%	Completo

ID	Proceso	Riesgo	Plan de acción		Avance	Seguimiento I Semestre
		establecidas por parte de la institución, generando eventos adversos asociados a la atención.	2H	Implementar estrategias para fortalecer en el talento humano la correcta ejecución de las medidas de precaución adicional e higiene de manos en los cinco momentos	0%	No iniciado
			3V	Evaluar la adherencia a estrategias para fortalecer en el talento humano la correcta ejecución de las medidas de precaución adicional e higiene de manos en los cinco momentos.	0%	No iniciado
			4A	Tomar decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos.	0%	No iniciado
8482	Rehabilitación	Posibilidad de deterioro de la salud de los pacientes por no realización de adecuada rehabilitación debido a la no adherencia a los protocolos de atención.	1P	Definir las estrategias de seguimiento y monitorización, que les permita evaluar el desempeño de los procesos y procedimientos, relacionados con todo el ciclo de atención de los pacientes en el servicio de Rehabilitación.	100%	Completo
			2H	Implementar las estrategias de seguimiento y monitorización, que permitan evaluar el desempeño de los procesos y procedimientos, relacionados con todo el ciclo de atención de los pacientes en el servicio de Rehabilitación.	60%	En desarrollo
			3V	Evaluar el cumplimiento del desempeño de los procesos y procedimientos del ciclo de atención de rehabilitación.	60%	En desarrollo
			4A	Tomar decisiones frente a las acciones encontradas.	0%	No iniciado

7. SOCIALIZACIÓN DEL SISTEMA

La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional realiza las capacitaciones a los líderes de los procesos y los colaboradores, durante el primer semestre se ejecutaron capacitaciones en los meses de enero a marzo realizando la identificación de riesgos respectivamente del subsistema, adicionalmente en el mes de mayo se realiza el día de Gestión Integral del Riesgo, asimismo en grupo primario del mes de febrero socializa el tema.

- Socialización del Eje Gestión del Riesgo el día 30 de mayo del 2023.





LISTA DE ASISTENCIA GTH-DTH-FO-20, Versión 4 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO						
FECHA	HORA PROGRAMADA	HORA DE INICIO	HORA FINAL	LUGAR	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	
30-05-23		7:00M	7:20M	BANCAO VIVEROS NUEVOS		
MOTIVO DE LA REUNIÓN: Socialización Riesgos						
RESPONSABLE: Carolina Enrique Coronado						
ASISTENTES						
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO Y/O PERFIL	PROCESO	EMPRESA	FIRMA
	Carolina Enrique Coronado	109829467	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Nery Andree Guzmán	28387314	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Sally Areth Henares Acevedo	109829467	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Sally Areth Henares Acevedo	1104930744	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Ulises Alejandro Herrera Silva	109829467	Enfermera	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Ulises Alejandro Herrera Silva	1005232411	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	José Iván Benito V	109829467	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Lisset Tatiana Ramirez	109829467	Enfermera	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Luz Yvonne Leal Leal	68524801	Enfermera	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Claudia Suarez Ardila	63520970	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Inge Johana Ortega Mena	173239186	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Yenny Hernandez	109829467	Enfermera	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Yenny Hernandez	37547216	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Yenny Hernandez	110283744	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Yenny Hernandez	37547216	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Yenny Hernandez	37547216	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Yenny Hernandez	109829467	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Yenny Hernandez	109829467	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]

LISTA DE ASISTENCIA GTH-DTH-FO-20, Versión 4 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO						
FECHA	HORA PROGRAMADA	HORA DE INICIO	HORA FINAL	LUGAR	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	
30-05-23		7:00M	7:20M	BANCAO VIVEROS NUEVOS		
MOTIVO DE LA REUNIÓN: Socialización Riesgos						
RESPONSABLE: Carolina Enrique Coronado						
ASISTENTES						
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO Y/O PERFIL	PROCESO	EMPRESA	FIRMA
	Carolina Enrique Coronado	37615859	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Diana Paola Esteban	109829467	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Paola Daniela Suarez Cardona	109829467	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Paola Daniela Suarez Cardona	1104930744	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Alex Iselena Benito	913598	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Valentina Torres Aulia	1005232411	Aux enfer.	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Valentina Torres Aulia	109829467	Enfermera	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]
	Carolina Enrique Coronado	63243023	Enfermera	Gestión urg	Dorsalud	[Firma]

8. INDICADORES

- **Porcentaje de efectividad planes de acción por sistema.**
- % Efectividad planes de acción del Sistema = (Acciones desarrolladas/Acciones Planeadas) * 100
- % Efectividad planes de acción del Sistema = (22/ 23) * 100
- % Efectividad planes de acción del Sistema = 96%



9. MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS

NO APLICA, no se han materializado a primer semestre

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 2023, dando como resultado un total de 110 riesgos identificados. A través de mesas de trabajo y capacitaciones a los líderes de procesos.
- Se priorizaron 13 riesgos, los cuales cuentan con su respectivo plan de mejora y dos riesgos más cuyo riesgo residual fue moderado, aún así deciden hacer ciclo phva, estos procesos fueron Servicios Básicos y Gestión de Calidad.
- El porcentaje de efectividad planes de acción por sistema de riesgo de procesos es de 96% a corte de 30 de junio de 2023.
- El porcentaje de cobertura en divulgación y capacitación en los funcionarios y ejecutores del proceso en la gestión del riesgo del sistema de riesgos fue de 620 personas, superando la población objeto a través de muestreo aleatorio simple, con un porcentaje de es de 86% en conocimiento al tema.
- Se está dando cumplimiento a la medición de los indicadores y así mismo la meta establecida en la política institucional de GIR.
- En el ítem se presenta el avance global de la vigencia, sin embargo, el indicador se mide únicamente del primer semestre del año 2023, acorde a las fechas planteadas.