

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS	GCI-GCI-CP-01	Probabilidad de incumplimiento del protocolo de traslado de pacientes por la no adherencia del personal a los procesos institucionales.	El comité de calidad realizará una auditoría semestral, aplicando la lista de chequeo, la cual medirá el cumplimiento y la adherencia al Protocolo ENF-PT-21, Versión 3 del 22 de octubre de 2014 denominado Protocolo de Cuidado de Enfermería para el traslado Intra institucional de la persona en estado crítico y no crítico. Las desviaciones encontradas se llevan a una reunión y se presentan para aplicar proceso de mejoramiento continuo, dejando evidencia en el formato de control de asistencia.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS	GCI-GCI-CP-02	Probabilidad de incumplimiento del personal asistencial al protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19 o insuficiencia respiratoria aguda en UCIA y UCIP por desconocimiento de los protocolos establecidos por la institución.	El coordinador médico y de enfermería de las UCIA y UCIP realizarán auditorías internas con listas de chequeos cada dos semanas de forma aleatoria verificando el cumplimiento del protocolo de atención frente a un posible caso de COVID-19 o insuficiencia respiratoria aguda con código GIN-INF-PT-02, versión 1, marzo de 2020 con el propósito de disminuir el riesgo de contagio a otros pacientes que se encuentran dentro de las UCIS, en caso de evidencia de desviación del protocolo se realizarán las acciones correctivas inmediatas y se retroalimentaran en auditoría interna y se socializaran en grupo primario de las UCIS y como evidencia se registrara en el acta cargada en la plataforma Almera.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
GESTIÓN DE INTERNACIÓN	GIN-HOS-CP-01	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en los tiempos de respuesta a interconsultas debido a que la demanda supera la oferta.	La subgerencia de servicios de manera mensual realiza la verificación y análisis de los indicadores de respuesta de interconsultas en el servicio de medicina interna y se registra en la plataforma ALMERA, de encontrar alguna desviación se plantan acciones de mejora según sea el caso.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
GESTIÓN DE INTERNACIÓN	GIN-HOS-CP-01	Probabilidad de inadecuado tratamiento al paciente hospitalizado por incumplimiento en la atención integral dada la inadecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente.	La subgerencia de servicios médicos realiza capacitación semestral al personal médico adscrito a esta subgerencia del protocolo de comunicación de la institución con el fin de desarrollar y/o mejorar las habilidades comunicativas del personal administrativo, la cual se realizará de manera virtual realizando las evaluaciones de adherencias de la capacitación en la herramienta de google form y con la cantidad de quejas de los usuarios por maltrato, siendo estos los criterios para determinar las posibles desviaciones.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Apoyo Diagnóstico Especializado	GAD-ADE-CP-01	Probabilidad de falla en la atención de pacientes ambulatorios por inaccesibilidad al servicio de poyo diagnostico especializado por la emergencia sanitaria declarada por COVID-19 mediante la resolución 380 de 2020 y la suspensión de procedimientos ambulatorios no urgentes por la resolución 502 de 2020.	La Subgerencia de Servicios Médicos por medio de los ejecutores de los procesos de apoyo diagnostico especializado mensualmente realiza la implementación de las orientaciones para la restauración gradual de los servidores de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia con el fin de restablecer el servicio de procedimientos ambulatorios no urgentes realizados por apoyo diagnostico especializado, en las desviaciones encontradas de la aplicación de esta guía se realizará suspensión de los servicios ambulatorios no urgentes, la cual se lleva a cabo a partir de las actividades que garantizan la protección del personal asistencial y los pacientes.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Apoyo Diagnóstico Especializado	GAD-ADE-CP-02	Probabilidad de incumplimiento en la asignación de citas ambulatorias en los servicios de apoyo diagnóstico especializado por fallas en la aplicación del procedimiento de asignación de citas vigente en la institución dada la falta de capacitación en el mismo.	La subgerencia de servicios ambulatorias mediante el call center realiza la asignación de citas de los procedimientos ambulatorios de los servicios de cardiología, gastroenterología, neumología y neurología con el fin de estandarizar la asignación de citas en la institución generando información de indicadores de oportunidad y demanda insatisfecha, siendo estos los criterios para determinar las posibles desviaciones.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Imagenología	IMA-01	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la prestación del servicio de imagenología debido a daños en los equipos.	El Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnostico un control periódico mensual del funcionamiento de equipos con verificación de mantenimientos preventivos, repuestos pendientes de los mismos y demás, para tener información a la mano de la situación que presenta cada uno de los equipos que forman parte del servicio, de esta manera poder responder frente a cualquier eventualidad. La actividad de control se realizará de la mano del área de mantenimiento y de los ingenieros de las empresas a las que corresponden los equipos para garantizar la atención oportuna a cada uno de los equipos. Se cuenta con un cronograma anual de mantenimiento preventivo y correctivo socializado por parte del área de mantenimiento E.S.E. HUS, adicionalmente se cuenta con aplicación E-PLUX para reporta las novedades que presentan los diferentes equipos.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Imagenología	IMA-01	Probabilidad de la demora en la entrega de resultados del servicio de imagenología por el incumplimiento en los tiempos establecidos debido a que la demanda supera la oferta.	El profesional universitario responsable de la ejecución de indicadores realiza medición y análisis de indicadores con una periodicidad mensual, de tal forma que se debe intervenir los procesos donde se presenten indicadores que presenten desviaciones, realizando planes de mejora pertinentes. Los reportes quedan consignados en la plataforma Almera y se socializa en el grupo primario, dejando como constancia el acta de la reunión.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Imagenología	IMA-02	Probabilidad de demora en la asignación de citas por desarticulación del procedimiento de asignación de citas debido a la falta de adherencia del mismo.	La Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnostico realizara con una periodicidad mensual el control en el procedimiento definido para la asignación de citas de los usuarios con el fin de verificar que estas cumplan con las necesidades de los usuarios. Se realizará a través de la verificación de indicadores tales como Oportunidad en la asignación de citas para la toma del examen el cual queda evidenciando en la plataforma ALMERA y es socializado en el grupo primario, con el fin de analizar y tomar decisiones frente a las desviaciones encontradas dejando como constancia el acta de la reunión.	DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	Manual
Imagenología	IMA-03	Probabilidad de no medición de la demanda insatisfecha en el servicio de imagenología por falta de estandarización del procedimiento de asignación de citas en el servicio debido a la no aplicación del mismo	El subgerente de Servicios de Apoyo Diagnostico realizará seguimiento mensual a la satisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios del área de imagenología con el fin de tomar decisiones que lleven al cumplimiento de todos los estándares de calidad a través del análisis periódico de los indicadores cada vez que sea encontrada alguna desviación. Se realiza una evaluación y análisis del indicador que se socializa a través del grupo primario, se toman decisiones respeto de las desviaciones encontradas dejando como evidencia el acta de la reunión.	DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	Manual
Imagenología	IMA-04	Probabilidad de incidente o accidente laboral del personal asistencial de radiología intervencionista por punción y/o infección debido a la manipulación de elementos cortopunzantes.	El subgerente de Servicios de Apoyo Diagnostico realizara de manera mensual el seguimiento al cumplimiento de las normas de seguridad dentro de la sala de los procedimientos de radiología intervencionista con lista de chequeo previamente establecida de acuerdo a los items institucionales que debe cumplir, con el fin de garantizar la seguridad del personal que lleva acabo los procedimientos y el paciente. En caso tal de presentarse desviaciones, tomar las decisiones y los controles rigurosos correspondientes.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Laboratorio Clínico	7010-LCL	Probabilidad de no cumplimiento a los lineamientos descritos en el instructivo para el manejo de muestras biológicas de pacientes con sospecha de infección por COVID-19.	La profesional universitario área de la salud laboratorio clínico junto con la profesional de calidad del laboratorio documentaron , socializaron y aplicaron en el Laboratorio Clínico el Instructivo para manejo de muestras biológicas de pacientes con sospecha de COVID-19 GAD-LCL-IN-11,Instructivo Prueba de Antígeno COVID-19 GAD-LCL-IN-13, CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA HISOPADO NASOFARÍNGEO Y/O OROFARÍNGEO GAD-LCL-FO-112, GAD-LCL-IN-12 REMISIÓN MUESTRAS COVID-19) , GAD-LCL-FO-109 FORMATO VERIFICACIÓN ALISTAMIENTO KIT Y USO DE EPP Se ha venido realizando verificación mediante sesión breve al personal del laboratorio clínico del Uso Racional de EPPS (Respirador N95),Lineamientos para Vigilancia por Laboratorios Clínicos de Virus Respiratorios , Toma de Muestras para COVID-19, Conservación , Embalaje y Envío de muestras de COVID-19,Ruta de Atención Integral Manejo de Pacientes con sospecha de COVID-19 en la ESEHUS y Descarte correcto de Residuos de muestras tomadas de pacientes con sospecha de COVID-19. Además, en grupos primarios se reforzó nuevamente en el personal los lineamientos en Toma de Muestras para COVID-19, Protocolo de atención de un paciente con sospecha de COVID-19 en la ESEHUS, Colocación y Retiro de EPPS, el personal auxiliar del Laboratorio Clínico participó activamente en los talleres de simulación de infectología que tenía como propósito auditar al personal en colocación, retiro de EPPS y correcta toma de muestras en pacientes con sospecha de COVID-19. Se aplican listas de chequeo y auditorias para verificación de cumplimiento del instructivo para manejo de muestras biológicas de pacientes con sospecha de COVID-19 en el personal del Laboratorio Clínico. Se realiza seguimiento de manera diaria a la remisión de muestras de COVID-19 al Laboratorio Externo emitiéndose un informe de calidad que registra cumplimiento en identificación de muestras para RT-PCR SARS-CoV-2(COVID-19), embalaje, conservación, transporte y soportes documentales requeridos.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Laboratorio Clínico	7010-LCL	Probabilidad de no cumplir la solicitud, identificación, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.	La profesional universitaria área de la salud laboratorio clínico junto con la profesional de calidad del laboratorio crearon , socializaron y aplicaron en los servicios de internación y ambulatorio de la ESEHUS los documentos GAD-LCL-PR-01 PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, RECEPCIÓN E IDENTIFICACIÓN , TOMA y CONSERVACIÓN MUESTRAS BIOLÓGICAS , GAD-LCL-PT-01 PROTOCOLO GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MUESTRAS DEL LABORATORIO CLÍNICO, GAD-LCL-MA-08 MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DEL LABORATORIO CLÍNICO esto se ha venido realizando mediante capacitaciones a los colaboradores del laboratorio clínico con el fin de afianzar en ellos el conocimiento para el buen desarrollo en la práctica diaria de su labor , con respecto a los colaboradores de los servicios de internación se viene realizando desde el año pasado capacitación y despliegue a través de plataformas educativas institucionales MOODLE de acuerdo a las falencias más evidentes aplicando la estrategia de los 6 correctos en toma de muestras , procedimiento de solicitud , recepción , identificación de muestras y pacientes , toma, conservación y transporte de muestras , también se cuenta con una estrategia en el laboratorio clínico que se denomina Líderes de área siendo auditorías internas realizadas mediante listas de chequeo LISTA DE VERIFICACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO GAD-LCL-FO-106 , SEGUIMIENTO DE LA VERIFICACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO GAD-LCL-FO-108 por cada uno de los profesionales del laboratorio clínico en el día a día , donde se evalúa identificación de pacientes y muestras , uso de EPPS, conservación de muestras , transporte y otros ítems asociados al desarrollo del proceso del laboratorio clínico . Esta estrategia se evalúa cada dos meses y es presentada en equipo primario del laboratorio clínico donde se dan a conocer las fallas activas en el personal y las acciones de mejora ejecutadas para disminuir la ocurrencia de las mismas. Además, se cuenta con un formato GAD-LCL-FO-25 Trazabilidad en la recepción de muestras tomadas en los diferentes servicios, este formato se encuentra en cada uno de los servicios de hospitalización y en el laboratorio clínico y tiene el fin de hacer el seguimiento de las muestras tomadas en internación donde se evalúa la correcta identificación de las muestras, la conservación y el transportarte de las mismas al laboratorio clínico. Esta verificación es realizada por el auxiliar administrativo de la recepción y en su ausencia el auxiliar de material del laboratorio clínico, cada vez que se encuentre una falla se da aviso al servicio dejando en el formato registrado el motivo de devolución de la muestra, rechazo y / o descarte de la muestra esto con el fin de obtener una muestra de calidad y garantizar un resultado oportuno y confiable. No solamente se enfatiza en la muestra también se revisa la solicitud u orden medica esto con el fin de verificar que las pruebas solicitadas sean correctas y en caso de no ser así se da aviso al servicio para la corrección pertinente dejando el registro en el formato de trazabilidad como evidencia o realizando nota aclaratoria en historia clínica del paciente.	OPERATIVO	Moderado	Fuerte	Moderado	Manual
Patología	GAD-PAT-CP-01	Posibilidad de demora en el diagnóstico del paciente por una inadecuada identificación de las muestras debido el incumplimiento del procedimiento de manejo seguro de las muestras y resultados en el laboratorio de patología.	El personal de histotecnología diariamente diligencia el libro de clasificación de muestras asignando el consecutivo interno con el que se realiza seguimiento a la muestra durante el procesamiento, en caso de encontrar muestras sin consecutivo interno, no se continúa con el procesamiento de la misma, hasta asignar el respectivo consecutivo.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Patología	GAD-PAT-CP-02	Probabilidad de infección por COVID-19 al personal de salud por el incumplimiento de la Guía de orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por COVID-19 debido a la no implementación de la misma.	El personal de patología diariamente implementa el protocolo de manejo de personas fallecidas por COVID-19 con el fin de evitar el contagio del virus, generando rotulo de identificación en la parte externa de la bolsa del cadáver COVID-19 debidamente sellada, únicamente con la información remitida del servicio dejando evidencia fotográfica.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Dotación e Insumos	GAF-DTI01	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.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Dotación e Insumos	GAF-DTI01	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.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Dotación e Insumos	GAF-DTI01	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.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Dotación e Insumos	GAF-DTI02	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.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Dotación e Insumos	GAF-DTI02	Probabilidad de afectación reputacional por insuficiencia en la dotación de insumos y recursos para la operación de las todas las areas 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 areas de la ESE HUS, dejando evidencia el correo electrónico u oficinas o seguimiento telefónico.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Dotación e Insumos	GAF-DTI03	Probabilidad de afectación reputacional por la inoportunidad en la entrega de dotación e insumos que se requieran para la atención de pacientes COVID-19 por causas externas en la proveeduría por parte del contratista.	El profesional del almacén general de la ESE HUS cada vez que se requiera, apoya las rondas de inspección, según cronograma generado desde la unidad funcional de recursos físicos y servicios básicos, con el fin de realizar revisión en los servicios, de insumos y dotación e identificar las necesidades de los mismos en los respectivos servicios, así mismo proyecta la necesidad de contrato para garantizar la atención de las necesidades en los diferentes servicios de la ESE HUS en cuanto a dotación e insumos. De igual manera realiza revisión mensual del inventario de la bodega general del almacén. En caso de requerirse mayor abastecimiento de insumos, se realiza el requerimiento simple describiendo la necesidad de compra a la Subgerencia Administrativa y Financiera de la ESE HUS. Como evidencia se cuenta con el formato de el formato de ronda, asistencia de la toma de inventario en la bodega del almacén general y acta de dicha actividad, así mismo Formato de requerimiento simple	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Gestión Ambiental	GAF-GEA01	Incumplimiento en la respuesta ante una emergencia de riesgo biológico	La Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Fisicos y Servicios Basicos, mensualmente realiza la verificación del cumplimiento contrato 394 para la recolección de los residuos por parte de la empresa de recolección y disposición de residuos, a través del informe de cumplimiento de los requisitos contractuales. En caso de incumplimiento de los requisitos contractuales se realiza requerimiento por oficio al contratista del cumplimiento de la obligación. Lo anterior queda registrado en las actas de interventoría GABS-ADQ-FO-06 las cuales reposan en el expediente del contrato 394 de 2019 ubicado en la oficina de Gestión Ambiental.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Gestión Ambiental	GAF-GEA02	Incumplimiento en la segregación de residuos hospitalarios por parte del personal de la ESE HUS con ocasión a la implementación del nuevo código de colores.	La profesional universitaria de Gestión Ambiental junto con el equipo de ambiente físico realiza ronda de inspección mensualmente a los servicios de la E.S.E. HUS con el fin de identificar la adecuada segregación de residuos hospitalarios. En caso de desviaciones durante la verificación se realizan acciones inmediatas; si no se puede actuar inmediatamente sobre el hallazgo se incluye el compromiso dentro del acta de reunión de las inspecciones. Se deja como evidencia la aplicación de lista de chequeo formato GAF-SBA-FO-07 Versión 3 elaborando acta de reunión la cual incluye compromisos de cumplimiento sobre las desviaciones encontradas.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Gestión Ambiental	GAF-GEA03	Probabilidad de inadecuada segregación de residuos biológicos COVID-19 por parte del personal de la ESE HUS.	La profesional universitaria de Gestión Ambiental junto con el equipo de ambiente físico realiza ronda de inspección mensualmente a los servicios de la ese HUS con el fin de identificar la adecuada segregación de residuos biológicos COVID 19 y hospitalarios en general. En caso de desviaciones durante la verificación se realizan acciones inmediatas; si no se puede actuar inmediatamente sobre el hallazgo se incluye el compromiso dentro del acta de reunión de las inspecciones. Se deja como evidencia la aplicación de lista de chequeo formato GAF-SBA-FO-07 Versión 3 elaborando acta de reunión la cual incluye compromisos de cumplimiento sobre las desviaciones encontradas y la actualización del documento PGRHS donde incluye el manejo seguro de residuos Biológicos COVID19.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Gestión Ambiental	GAF-GEA04	Insuficiencia de recipientes que faciliten la segregación de residuos biológicos y ropa contaminada generados en la atención de pacientes COVID-19	La Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Fisicos y Servicios Basicos, realiza rondas de inspección para supervisar el adecuado suministro de recipientes para la recolección de los residuos y ropa contaminada. Lo anterior queda registrado en las actas de interventoría GABS-ADQ-FO-06 las cuales reposan en el expediente del contrato 394 de 2019 ubicado en la oficina de Gestión Ambiental.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Gestión Ambiental	GAF-GEA05	Probabilidad de la ocurrencia de una emergencia de riesgo biológico generada por residuos de COVID-19.	La Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Fisicos y Servicios Basicos, mensualmente realiza la verificación del cumplimiento contrato 394 para la recolección de los residuos por parte de la empresa de recolección y disposición de residuos, a través del informe de cumplimiento de los requisitos contractuales. En caso de incumplimiento de los requisitos contractuales se realiza requerimiento por oficio al contratista del cumplimiento de la obligación. Lo anterior queda registrado en las actas de interventoría GABS-ADQ-FO-06 las cuales reposan en el expediente del contrato 394 de 2019 ubicado en la oficina de Gestión Ambiental.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Infraestructura	GAF-IFR01	Probabilidad de afectación a personas y económica por falla en la estructural sismo-resistente de las edificaciones de la ESE HUS, debido a un evento natural.	El profesional especializado de recursos físicos y Servicios básicos mensualmente realiza inspecciones de seguridad del ambiente físico, aplicando lista de chequeo código GAF-SBA-FO-07 que incluye el componente de infraestructura, con el cual se elabora un informe con los principales hallazgos que afectan el funcionamiento no estructural de la planta física, los hallazgos que se pueden resolver de manera rápida con los recursos existentes se ejecutan en los días próximos, los hallazgos que requieren mayores recursos técnicos y financieros se reportan a la subgerencia administrativa y financiera para su gestión, dejando evidencia en la lista de chequeo, informe escrito y por correo electrónico.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Infraestructura	GAF-IFR02	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 profesional Universitario de Servicios Básicos mensualmente verifica el cumplimiento del GAF-SBA-IN-05 INSTRUCTIVO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE LAS INSTALACIONES DE LA ESE HUS y queda la evidencia dentro de los documentos de gestión del proceso de mantenimiento de la planta física. En caso de desviaciones se informa al líder del proceso vía correo electrónico, para tomar acciones.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Infraestructura	GAF-IFR03	Probabilidad de afectación en la imagen institucional ante los entes de control y la comunidad por no ejecutar las obras/adequaciones en la infraestructura para la emergencia COVID-19 debido a la falta de presupuesto.	El profesional de servicios básicos y las diferentes dependencias identifican y verificación de las necesidades y se remite la necesidad a contratación y se verifican disponibilidad presupuestal para realizar el contrato posteriormente el profesional de servicios básicos o el interventor / supervisor del contrato de obra, realiza revisión del informe mensualmente de ejecución a los contratos (Actas mensuales de interventoría), con el fin de llevar seguimiento a las ejecuciones de obras por la emergencia covid-19, esto con el fin de dar cumplimiento en las directrices emitidas por la Gerencia ya cumplimiento de la normatividad a Nivel Nacional.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Servicios Basicos	GAF-LAV01	Posibilidad de afectación en la salud del usuario y/o personal por inadecuado manejo de ropa hospitalaria utilizada en áreas de aislamiento COVID-19, debido al desconocimiento del Procedimiento manejo interno de ropa hospitalaria.	El profesional Universitario de Servicios Básicos, revisa dos veces al año, por medio de una auditoría en planta, el cumplimiento de los protocolos y procedimientos de lavado de ropa COVID-19 y solicitando planes de mejora de ser necesario, este informe queda archivado en la carpeta de cada contrato, junto con el plan de mejora si se requiere.	OPERATIVO	Moderado	Moderado	Moderado	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Servicios Basicos	GAF-SBA01	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 interventoría técnica que incluye el informe de cumplimiento de obligaciones contractuales, con los prestadores de servicios externos de los servicios de apoyo contratados y tercerizados para realizar un seguimiento a todas las actividades pactadas. En caso de incumplimiento se realiza el respectivo llamado al contratista por escrito. Como evidencia queda registro en el acta de interventoría código GABS-ADQ-FO-02 y código GABS-INC-FO-03.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Servicios Basicos	GAF-SG01	Posibilidad de afectación en la salud de los pacientes y/o personal por inadecuada desinfección de las áreas contaminadas por COVID-19, debido a consecuencia del desconocimiento del instructivo de limpieza y desinfección de superficies.	El profesional Universitario de Servicios Básicos, verifica las capacitaciones realizadas al personal de servicios generales sobre el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia de covid-19 a fin de proteger a sus trabajadores y usuarios por medio de los informes mensuales generados por la empresa contratista , en caso de encontrar desviaciones se realizan observaciones por medio de correo electrónico.	OPERATIVO	Moderado	Moderado	Moderado	Manual
Servicios Basicos	GAF-VIG01	Posibilidad de afectación en la salud del paciente y/o usuario por inadecuada identificación de los usuarios que presentan síntomas de COVID-19, debido al desconocimiento de las preguntas emitidas por la coordinador de urgencias, puesto que no se hace una adecuada inducción al personal.	El profesional Universitario de Servicios Básicos verifica las capacitaciones realizadas al personal de vigilancias sobre el protocolo de ingreso a la ESE HUS por medio de informes mensuales generados por parte de la empresa contratista , verificando el contenido de esta capacitación, en caso de encontrar desviaciones se realizan observaciones a la empresa contratista.	OPERATIVO	Moderado	Moderado	Moderado	Manual
Consulta Externa	GAM-CEX01	Probabilidad de afectación económica por la Subutilización de las consultas en el Servicio de Atención Ambulatoria por el comportamiento de la contratación respecto de la oferta del servicio.	El Auditor concurrete mensualmente realiza el análisis del informe de Subutilización de las horas mes por especialidad, verificando las horas ofertadas frente a las agendadas, presentando el informe en el Grupo Primario de Coordinadores de la Subgerencia de Servicios Ambulatorios, con base en la información suministrada, el Subgerente toma decisiones frente a los resultados y establece acciones de mejoramiento frente a desviaciones encontradas. Queda evidencia del seguimiento en el informe de Subutilización de las horas mes por especialidad y el análisis en las actas de grupo primario de coordinadores.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Consulta Externa	GAM-CEX02	Probabilidad de congestión en la sala de espera del Servio de Consulta Externa, por fallas en la frecuencia horaria de asignación de citas, lo cual aumentaría la posibilidad de contagio por COVID-19.	Los teleoperadores, cada vez que se requiera la asignación de una cita médica por especialidad, aplican la encuesta para descartar sintomatología respiratoria, con el fin de verificar la ausencia del COVID-19, adicionalmente se asigna la cita con una franja de horario de 30 minutos por consulta, dejando como evidencia el audio y la hora de asignación de la cita. Previo al ingreso al servicio, el vigilante verifica que el usuario y su acompañante porten adecuadamente el tapabocas y procede a realizar la toma de la temperatura corporal; el auxiliar del SIAU orienta al paciente al dispensador de alcohol glicerinado y posteriormente lo ubica en la sala de espera, aplicando en distanciamiento social entre uno y otro. En caso de desviaciones evidenciadas, la Jefe del Servicio de Consulta Externa y el Auditor asignado, realizarán las acciones de mejora necesarias para el cumplimiento de las directrices, estas serán dadas a conocer en el grupo primario del servicio, dejándolo consignado en la respectiva acta.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Farmacia	0012021	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, sin requisitos legales y almacenados sin criterios técnicos.	El profesional universitario de farmacia según programación semanal de pedidos solicitados y recepcionados, verificará el cumplimiento en la utilización de herramientas técnicas para realizar el procedimiento de recepción, revisando el diligenciamiento de los formatos GAT-FAR-FO-35 Formato acta recepción producto farmacéutico instructivo con tabla militar estandar. En el evento de presentarse incumplimiento en el diligenciamiento de estos requisitos se investigará el motivo y se realizarán los correctivos pertinentes, dejando como evidencia la información registrada al revisar los formatos e instructivo de la tabla militar.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Hemocentro	GAT-HEM01	Posibilidad de insuficiencia en la captación de donantes voluntarios de sangre para suplir la demanda de la E.S.E. HUS, debido a falta de estrategias que promuevan la donación de sangre en el departamento de Santander	La Coordinadora del Hemocentro realiza el seguimiento del cronograma mensual de actividades de campañas extramurales del Hemocentro, a través del grupo primario con la presentación de los informes de gestión de la oficina de calidad del servicio. Se revisa si existen hallazgos para establecer los planes de acción que minimicen los riesgos de cumplimiento. Se deja evidencia en el cronograma de actividades de campañas extramurales y en acta de equipo primario. En Comité de Transfusiones se hace seguimiento de los indicadores de Captación y uso de los Hemocomponentes con un comparativo del año anterior.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Hemocentro	GAT-HEM02	Probabilidad de incumplimiento en el protocolo GAT-HEM-PR-04 procedimiento recepción de donantes, manejo y despacho de hemocomponentes contingencia COVID-19, debido a falta de adherencia al procedimiento.	La Coordinadora del Hemocentro junto con el área de promoción de la donación y el área de calidad, realiza la implementación de estrategias comunitarias para mantener las reservas y disponibilidad de sangre durante la contingencia de la pandemia por COVID19, esto consiste en realizar diariamente jornadas de donación de sangre extramural a domicilio, a los donantes se les aplica la encuesta respectivas las cuales se encuentran en los sitios de recolección, esto con el fin de mitigar el riesgo de propagación de COVID-19 y así mismo mantener la reserva de sangre. Adicionalmente se modificó el procedimiento: Recepción de donantes, manejo y despacho de hemocomponentes con el fin de mantener la reserva de sangre por lo cual es necesario utilizar nuevos canales de difusión y atención a los donantes. Se asegura el cumplimiento de los parámetros de calidad, por consiguiente los procedimientos se van adaptando a los lineamientos dados por el Instituto Nacional de salud y la OMS para Bancos de Sangre durante el periodo de Pandemia.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Nutrición	GAT-NUT01	Probabilidad de deterioro del estado nutricional del paciente por ausencia en la identificación del riesgo nutricional, debido a inadecuado diligenciamiento de la herramienta de tamizaje nutricional al ingreso del paciente en hospitalización en servicios de urgencias.	La Profesional Universitario de Salud, Nutrición y Dietética semanalmente verificara la aplicabilidad de la herramienta de tamizaje nutricional en los servicios de hospitalización urgencias, 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 será el informe de pacientes tamizados con identificación de riesgo nutricional y los interconsultados por el servicio de Nutrición y Dietética.	DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Nutrición	GAT-NUT01	Probabilidad de deterioro del estado nutricional del paciente por ausencia en la identificación del riesgo nutricional, debido a inadecuado diligenciamiento de la herramienta de tamizaje nutricional al ingreso del paciente en hospitalización en servicios de urgencias.	La Profesional Universitario de Salud, Nutrición y Dietética semanalmente verificara la identificación de signos clínicos de malnutrición o desnutrición en pacientes por parte de los médicos tratantes en los servicios de urgencias, a través del seguimiento de pacientes identificados con riesgo nutricional por el equipo de nutrición clínica que no reportan riesgo en las herramientas de tamizaje nutricional, se realiza articulación con el Coordinador Médico para generar la intervención oportuna por nutrición clínica. La evidencia será el informe de pacientes interconsultados por el servicio de Nutrición y Dietética.	DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	Manual
Rehabilitación	GAT-REH 01	Probabilidad de pérdidas económicas por inoportunidad en la entrega de soportes para facturación por parte de los profesionales de Rehabilitación y/o auxiliar de facturación generando facturación posterior a la finalización de los procedimientos .	La auxiliar de facturación diariamente registra los ingresos del servicio de rehabilitación y semanalmente revisa el avance de las sesiones realizadas en cada factura y lo consolida en el cuadro de seguimiento de facturas del servicio de rehabilitación, con el fin de verificar y gestiona la entrega oportuna de soportes de los profesionales y el cierre oportuno de las facturas. Mensualmente se envía el avance del seguimiento al coordinador del servicio de rehabilitación mediante correo electrónico junto con las observaciones encontradas en dado caso que se presenten. Se toman acciones según las desviaciones encontradas	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Rehabilitación	GAT-REH-02	Probabilidad de contagio por COVID-19 en el personal del servicio de Rehabilitación en la realización de los procedimientos de atención a los usuarios ambulatorio y de internación debido a el no cumplimiento de los protocolos de bioseguridad establecidos en la ESE HUS.	La coordinadora del servicio de Rehabilitación verificará mensualmente el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad establecidos para la atención de los pacientes mediante entrega de EPP a cada personal, seguimiento a actualización de curso de lavado de manos, capacitación en medidas de bioseguridad e inspección mediante formato XXXX del cumplimiento de las medidas de bioseguridad, en caso de encontrar desviaciones se toman decisiones respecto al hallazgo según el mismo.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Sistema de Información del Usuario	GCM-SIU01	Posibilidad de afectación reputacional de la institución por generación de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) debido al no despliegue de los deberes y derechos de los usuarios.	Los auxiliares de SIAU diariamente realizan el despliegue de deberes y derechos de los usuarios en todos los servicios de la E.S.E. HUS entregando un folleto a los usuarios y/o familiares, asimismo por medio electrónico y telefónico, registrando dicha información en el formato de socialización de deberes y derechos. La profesional universitaria del SIAU verifica el despliegue a través de los resultados de la pregunta ¿Se le dieron a conocer los deberes y derechos? de la encuesta de satisfacción del usuario y/o familiar. En caso de desviaciones la profesional universitaria de SIAU toma las decisiones pertinentes para la mejora del mismo.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Sistema de Información del Usuario	GCM-SIU02	Posibilidad de afectación reputacional de la E.S.E. HUS por sanciones por parte de la secretaria de salud municipal y departamental, así como de la Supersalud, debido a la inoportunidad en la respuesta a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS), dentro del tiempo establecido por el procedimiento para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF).	La profesional universitario SIAU diariamente revisa y clasifica las manifestaciones de los usuarios Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones presentadas por los usuarios radicadas en los diferentes canales de información de la E.S.E. HUS (telefónico, presencial, electrónico, y los buzones de sugerencia). Realiza la lectura a cada documento la causa de las Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones. Se realiza la consolidación en la herramienta de seguimiento y se remite a la dependencia que corresponda con los diferentes soportes, la dependencia realiza la investigación y emite la respuesta de acuerdo a su área de competencia dentro de los tiempos establecidos por normatividad siendo la oficina del SIAU quien remite la respuesta final al usuario. En caso se presenten desviaciones (incumplimientos en los tiempos, no realización de la gestión) la profesional del servicio de atención al usuario remite a Control interno disciplinario el soporte del incumplimiento dejando como evidencian un oficio y/o correo electrónico con soportes de lo actuado.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Control Interno	GCO-CIN01	Inadecuada realización de auditorias	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 auditorias.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Control Interno	GCO-CIN01	Inadecuada realización de auditorias	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	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Control Interno	GCO-CIN02	Inoportunidad en la entrega de informes de auditoria	El jefe de la Oficina de Control Interno, al iniciar cada vigencia, define el Plan Anual de Auditorias que contiene cronograma de actividades y responsables de cada una de las auditorias priorizadas en la vigencia, adicionalmente, en cada grupo primario de la oficina se realiza seguimiento al cumplimiento del Plan Anual de Auditorias. En caso de presentarse inconvenientes en la realización de las auditorias, se estudia el caso y se toman los correctivos correspondientes. Como evidencia esta el Plan Anual de Auditoria y las actas mensuales de grupo primario.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Control Interno	GCO-CIN02	Inoportunidad en la entrega de informes de auditoria	El auditor encargado de cada auditoria establece el plan de auditoria que contiene el cronograma de actividades a realizar y es comunicado al proceso auditado al iniciar la auditoria. En caso que el auditado no presente la información solicitada en los tiempos establecidos, se realiza la reiteración de la solicitud y si persiste el incumplimiento se da a conocer la situación al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Como evidencia del control se cuenta con el plan de auditoria, notificación al auditado y si es el caso el acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Control Interno	GCO-CIN03	Incumplimiento en la consecución de los objetivos de la entidad y la normatividad que rige a la ESE HUS.	El jefe de la Oficina de Control Interno, realiza seguimiento mensual a la revisión al cumplimiento de los planes de mejoramiento por parte de los auditados en los grupos primarios de la Oficina. En caso de presentarse desviaciones se dan las directrices a seguir o, si se requiere, se lleva la situación para el análisis del Comité Institucional de Control Interno. Como evidencia del control se cuenta con el acta del grupo primario y si es el caso el acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Control Interno	GCO-CIN03	Incumplimiento en la consecución de los objetivos de la entidad y la normatividad que rige a la ESE HUS.	El auditor encargado de cada auditoria realiza seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de mejoramiento aprobado producto de la auditoria realizada para garantizar la subsanación de los hallazgos presentados. En caso de presentarse incumplimientos, se requiere al auditado, si persiste se lleva el caso al grupo primario de la Oficina. Como evidencia se cuenta con los informes de seguimiento a planes de mejoramiento realizados por el auditor.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Comunicación	GDI-COM01	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.	El profesional de comunicaciones anualmente socializa a través de los grupos primarios y medios de difusión el plan de comunicaciones y el procedimiento de difusión de información para que los grupos de interés conozcan el conducto regular establecido para el despliegue de la información en la institución. Si existen errores en las características descritas dentro del plan de comunicaciones y el procedimiento de difusión de información se responde a través del correo electrónico con las observaciones para que sea enviada nuevamente la información con las correcciones y recomendaciones previa publicación de la información. Para dejar evidencia de la gestión y control de la revisión de la información se deja definido como mecanismo de solicitud y respuesta el correo institucional prensa@hus.gov.co siendo el medio oficial del área de comunicaciones.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Comunicación	GDI-COM02	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por in oportunidad 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.	El profesional de comunicaciones junto con el líder de Desarrollo Institucional semestralmente se reúne con los líderes de los macroprocesos con el fin de establecer las necesidades informativas de cada uno de ellos y así elaborar el cronograma de publicaciones de comunicación. Se deja evidencia de las solicitudes a través de correo electrónico de prensa@hus.gov.co y se alimentan los indicadores del proceso los cuales son socializados trimestralmente en el comité de gestión y desempeño.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Mercadeo	GDI-MER03	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por inadecuada aplicación del procedimiento de referenciaci ones institucionales debido a desconocimiento en el diligenciamiento del procedimiento de referenciaci ones institucionales o la no aplicaci3n del mismo.	El profesional de mercadeo cada vez que se requiera verifica el procedimiento de referenciaci ones institucionales de los diferente servicios, asimismo anualmente capacita a los líderes de los procesos de la ESE HUS en el procedimiento de referenciaci ones institucionales con el fin de realizar la divulgaci3n, apropiaci3n y aplicaci3n del conocimiento. Para la adecuada referenciaci3n se diligencia el formato GDI-MER-FO-03, Versi3n 2. Este formato se consolida y se presenta en comit3 de gesti3n y desempe3o.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Planeaci3n	GDI-PLA01	Incumplimiento en la formulaci3n y seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional segun normatividad vigente.	El jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional lidera cada cuatro a3os la formulaci3n y elaboraci3n del Plan de Desarrollo Institucional para el cuatrienio segun la metodologí a establecida por el Departamento Nacional de Planeaci3n. Lo cual queda documentado en las evidencias de las mesas de trabajo para la formulaci3n del plan, adicionalmente queda aprobado por junta directiva y publicado en p3gina web de la instituci3n, adem3s de la socializaci3n del plan en los grupos de inter3s.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Gestión Directiva	GAF-IFR03	Probabilidad de no ofertar una mayor capacidad de atención a la emergencia COVID 19 por presencia de eventos externos y condiciones de mercado que no permitan que las obras se ejecuten en el tiempo y con los recursos establecidos.	El profesional universitario de Servicios Básicos, revisión de la normativa vigente emanada por las autoridades nacionales y locales, para lograr dar continuidad a la ejecución de los contratos de obra. Realizar seguimiento estricto a la ejecución contractual. Las evidencias del seguimiento realizado se archivan en expediente contractual. Si ocurre se conmina al contratista a cumplir con lo establecido en la condiciones contractuales.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Cartera	GFI-CAR01	Posibilidad de afectación económica por incumplimiento en la generación de respuesta aceptación a glosas por parte de la Empresa Responsable de Pago - ERP.	El profesional de Cartera trimestralmente realiza la presentación del informe de gestión de glosas, en el comité de Facturación, Cartera y glosas, presentando las respuestas a las glosas de acuerdo a los tiempos de normatividad vigente. En caso de desviaciones se establecen las acciones de mejoramiento quedando planteadas en el comité dejando registro de los análisis y acciones de mejora en formato de acta de reunión.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Cartera	GFI-CAR02	Posibilidad de afectación económica por incumplimiento en la negociación con los acreedores a través de acuerdos de pago, conciliaciones y compra de cartera.	Se presenta trimestralmente en el comité de facturación, cartera y glosa un informe sobre los acuerdos de pago, conciliaciones y las compras de cartera, donde se identifique los incumplimientos y estos sean reportados a la oficina Jurídica de la E.S.E. HUS. Como evidencia se cuenta con el acta del comité.	LEGAL	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Cartera	GFI-CAR03	Posibilidad de afectación económica por no pago de los pagarés debido a inconsistencias en la información suministrada al momento de diligenciar el mismo.	El auxiliar del operador de cartera verifica los pagarés entregados por facturación mensualmente, con fin de realizar la llamadas de cobro a los deudores de los mismos. Posteriormente, genera un reporte del proceso de cobro al profesional universitario de cartera, quien con base en dicha información realiza un reporte de deudores morosos del estado de acuerdo a la resolución 037 de 2018 de la Contaduría General de la Nación, la relación de los deudores es enviada a la subgerencia administrativa financiera, quien a su vez envía por correo certificado el oficio a cada uno de los deudores para el cobro del pagaré, quedando evidencia de la gestión de cobro en el proceso de cartera. En caso de desviaciones, el profesional universitario de cartera, genera un reporte de los pagarés que pasado 90 días no se recibe respuesta o acercamiento por parte de los deudores, a la oficina asesora de jurídica para los cobros prejurídico.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Contabilidad	GFI-CON01	Probabilidad de no confiabilidad en la información para la generación de estados financieros.	El profesional universitario de contabilidad junto con el equipo de trabajo del área de contabilidad mensualmente realizan 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 que la información haya sido corregida. Para soportar las conciliaciones se deja como evidencia un formato GFI-CON-FO-02 CONCILIACIONES DE INFORMACIÓN MENSUAL el cual se archiva por cada mes cerrado.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Costos	GFI-COS01	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.	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.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Costos	GFI-COS02	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.	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.	DE GESTIÓN	Moderado	Fuerte	Fuerte	Manual
Costos	GFI-COS03	Probabilidad de afectación económica por errores en el costeo de los servicios ofrecidos por el 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 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.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Facturación	GFI-FAC01	Posibilidad de devolución de facturas por carencia de los soportes obligatorios que acompañan la factura debido a controles deficientes, previos a la entrega de la factura.	El revisor de cuentas verifica diariamente una muestra de las cuentas proyectadas a salir(prefactura y/o factura según sea el caso) confrontándolas con la lista de chequeo GFI-FAC-FO-04 para encontrar inconformidades en cuanto a soportes. En caso de hallar novedades o inconsistencias; se hace consignar en formato GFI-FAC-FO-04 y en el sistema DGH.NET, para posterior corrección por parte del responsable.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Facturación	GFI-FAC02	Posibilidad de devolución de facturas por asignación errada del pagador de la cuenta por servicios prestados debido a deficiencias en la identificación del tipo de paciente y afiliación del mismo desde el proceso de admisiones y/o en tanto, se de la estancia.	Los revisores de cuenta (personal contratista) hace verificación diaria de una muestra de las cuentas proyectadas a salir(prefactura y/o factura según sea el caso); con fines de detectar error en la asignación del pagador a partir de la identificación del tipo de paciente y afiliación del mismo según documentos aportados y/o consulta en plataformas digitales gubernamentales definidas para tal fin. En caso de hallar novedades o inconsistencias, se hace registro en formato interno de auditoría de servicios clínicos, solicitando posteriormente al responsable la corrección. En caso de requerirse anulación de factura, se debe de consignar en el sistema DGH.NET la anulación de la factura y causal de la misma.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Facturación	GFI-FAC03	Probabilidad de recibir GLOSAS por errores en el cargue, cantidad o liquidación de valores de los procedimientos y/o servicios prestados al usuario por deficiencia en la revisión previa a la generación de la factura o procesos mecanizados del liquidador.	El profesional universitario del proceso de Facturación a través de los Auditores médicos y revisores de cuenta (personal contratista) hacen verificación diaria de una muestra significativa de las cuentas proyectadas a salir (prefactura y/o factura según sea el caso) con sus respectivos soportes; con fines de, detectar errores de registro, cargue y liquidación según anexos o registros en hojas de trabajo. En caso de hallar novedades o inconsistencias, se hace consignar en formato interno de auditoría de servicios clínicos; solicitando posteriormente al responsable la corrección. En caso de requerirse anulación de la factura, se debe de consignar en el sistema DGH.NET la anulación de la factura y causal de la misma, previa solicitud. En caso de que la anulación de factura genere diferencia entre el valor inicial y lo nuevamente facturado, se hace control con el formato interno de notas créditos facturas.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Facturación	GFI-FAC04	Probabilidad de no recaudo de dinero por prestación de servicios de salud a usuarios particulares debido a pagarés mal diligenciado o no verificación de datos del deudor por parte del admisionista.	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 DGH.NET y se informa al responsable, para la nueva emisión de uno y captura de datos.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Presupuesto	GFI-PRE01	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 permanentes en el sistema DGH.NET, liberando recursos y asignado el rubro presupuestal correcto.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Tesorería	GFI-TES01	Probabilidad de falla en la digitación y aplicación de los descuentos al momento de hacer el egreso	La tesorera cada vez que se realice un pago registra en el archivo del listado de liquidación de pagos la información del proveedor, verificando el numero del egreso que continua dentro del Sistema dinámica gerencial, fecha de pago, numero de factura, numero del contrato, valor de la factura, descuentos de impuestos, descuentos estampillas y valor a pagar. 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.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Hospitalización Gineco-Obstétricas	PEO11 GI01	Probabilidad de la inoportuna valoración por pediatría a los recién nacidos debido a la no disponibilidad inmediata del especialista por alto flujo de pacientes.	La subgerente de mujer e infancia en el grupo primario evaluara los riesgos cada 3 meses de los tiempos de oportunidad de la interconsulta o valoración por pediatría que se requiere en el servicio de ginecología con el fin de identificar riesgos en los recién nacidos o complicaciones de atención inmediata y generar plan de acción si se requiere, los cuales serán registrados en el acta de la reunión con sus respectivos compromisos.	DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	Manual
Docencia - Servicio	GID-DOC01	Probabilidad de falla en los procesos por rotación de estudiantes sin proceso de inducción, debido a desconocimiento de los protocolos institucionales para realizar los procedimientos en los servicios y áreas de rotación.	El profesional de Docencia Servicio verifica anualmente la medición del número de estudiantes que ingresan a realizar inducción virtual en la plataforma Moodle sobre el total de los estudiantes que ingresa a realizar prácticas formativas a la ESE HUS, generando un indicador de cumplimiento. En caso de encontrar desviaciones se realiza las acciones de mejoramiento teniendo en cuenta la metodología de acciones correctivas para minimizar las causas de la desviación. Se deja seguimiento del indicador a través de la ficha el cual se reporta en el sistema de información Almera. Las desviaciones se informan en el comité Docencia Servicio y se plantean correcciones que se evidencian en actas.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Docencia - Servicio	GID-DOC02	Posibilidad de no formación del talento humano por insatisfacción de los estudiantes que realizan práctica formativa en los servicios de la ESE HUS, debido a no cumplimiento de lo contenido en los decretos No. 2006 de 2008 y decreto No. 2376 de 2010.	El profesional de Docencia servicio verifica semestralmente la medición del grado de satisfacción del personal en practica formativa perteneciente a las Instituciones de educación Superior con las cuales se tiene un convenio docencia servicio vigente, a través de encuestas realizadas al personal que hace parte de la práctica formativa, con esta información se genera un porcentaje de satisfacción y se determinan las causas que pueden generar la insatisfacción. Se realiza reuniones con los representantes de cada institución educativa para plantear las acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas. Se deja registro de la evaluación en las encuestas diligenciadas y en las actas de reunión con los representantes de cada una de las instituciones.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Investigación	GID-INV01	Probabilidad de afectación en la imagen por sanciones legales y disciplinarias de entes de control, debido a incumplimiento de la normatividad vigente sobre la ley de protección de datos personales en los proyectos de investigación realizados en la ESE HUS.	El profesional del proceso de Investigación mensualmente verifica la aplicación del Formato declaración jurada Supresión de Identidad GID-INV-FO-14 para asegurar el cumplimiento de la ley protección de datos al momento de trabajar en las investigaciones sin identificar al paciente, en caso de encontrar desviaciones en el formato se notificará al Comité de Ética en Investigación, en donde se tomarán acciones de mejora, la evidencia queda registrada en el formato GID-INV-FO-14, Versión 1 y en las actas del comité.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Investigación	GID-INV02	Posibilidad de falla en la metodología de la investigación por incumplimiento de los tiempos estimados para la realización de los proyectos de investigación en la ESE HUS, debido a falta de tiempo de los investigadores o no contar con asesoría metodológica.	El profesional del Proceso de Investigación verifica mensualmente el seguimiento a las investigaciones a través de la base datos de investigaciones realizadas, en donde se evalúa el tiempo de aprobación para determinar el plazo para la realización del informe de seguimiento o finalización del proyecto de investigación a través del GID-INV-FO-01 FORMATO SEGUIMIENTO INVESTIGACIONES, en caso de encontrar inconsistencia en la base de datos se realiza el reporte al Comité de Ética en Investigación. Se deja evidencia en el formato GID-INV-FO-01 FORMATO SEGUIMIENTO INVESTIGACIONES y en actas del comité.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Gestión Documental	GII-GDO01	Incumplimiento en las condiciones físicas de almacenamiento de documentos en bodega.	El Profesional Universitario Gestión Documental realiza mensualmente una revisión de la infraestructura y estado de los documentos almacenados, revisando a través de observación las inconsistencias o problemas de infraestructura. Este registro lo lleva en FORMATO GII-GDO-FO-17 REGISTRO DE CONDICIONES AMBIENTALES EN ZONAS DE ARCHIVO Si se encuentra una anomalía en la infraestructura se le reporta al interventor del contrato de arrendamiento de la bodega vía correo electrónico y este reporta el daño a la arrendadora para su arreglo, en caso de fallas en las instalaciones de aires, ventiladores o otros a mantenimiento para su revisión, se reporta por correo electrónico y a su vez por el formato de mantenimiento establecido por la institución.	DE GESTIÓN	Fuerte	Moderado	Moderado	Manual
Gestión Documental	GII-GDO02	Probabilidad de no realizar la transferencia documental por parte de los procesos 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.	DE GESTIÓN	Moderado	Fuerte	Moderado	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Gestión Documental	GII-GDO-03	Probabilidad de que los documentos se deterioren	El profesional universitario de Gestión Documental ,realiza semestralmente con los funcionarios del archivo central una revisión a las cajas del archivo central si hay documentos deteriorados. Se envía la información de cual es estado de los documentos al Subgerente Administrativo y financiero para su evaluación y procedimiento a seguir si existen documentos deteriorados.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Gestión Documental	GII-GDO-04	Probabilidad de ausencia de protocolos para el adecuado manejo de documentos en tiempos de pandemia (COVID19)	El profesional de Gestión Documental anualmente realiza difusión de circular que establece las normas de bioseguridad a seguir en tiempos de covid 19 para el manejo de documentos. La evidencia es un pantallazo de la difusión de la circular. Esta evidencia esta en los correos institucionales.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Gerencia de la Información	0032021	Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	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.	DE GESTIÓN	Fuerte	Moderado	Moderado	Manual
Gerencia de la Información	0032021	Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	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.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Gerencia de la Información	0032021	Probabilidad de inoportunidad en la entrega de información a procesos generadores de informes a entes externos de vigilancia y control, exponiendo a una sanción por parte de estos.	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.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Sistemas de Información	01	Posibilidad de ausencia en el seguimiento y control a los elementos tecnológicos del data center, evitando interrupciones a la continuidad del servicio.	El profesional universitario de sistemas junto con un técnico de sistemas, diariamente realizan dos seguimientos por medio del formato Verificación DataCenter (GTE-GTE-FO-47) en el cual se registran las novedades encontradas en las plataforma tecnológicas del datacenter, en caso de llegarse a presentar una novedad se escala de acuerdo al componente técnico o administrativo y se informa al profesional especializado y a la subgerencia administrativa, por medio de correo electrónico.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Hospitalización	GIN-HOS01	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la efectividad de las interconsultas debido a que la demanda supera la oferta.	La subgerencia de servicios de manera mensual realiza la verificación y análisis de los indicadores de respuesta de interconsultas en el servicio de medicina interna y se registra en la plataforma ALMERA, de encontrar alguna desviación se plantan acciones de mejora según sea el caso.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Infectología	GIN-INF01	Probabilidad de aumento en la incidencia de IAAS en los usuarios por la no aplicabilidad del personal asistencial a las medidas establecidas por parte de la institución, generando eventos adversos asociados a la atención.	El Infectólogo junto con el equipo de profesionales de infectología realiza semanalmente verificación sobre las actividades del personal asistencial, con el propósito de vigilar el cumplimiento de las medidas preventivas del manual adoptado de medidas básicas de prevención de IAAS, a través de las listas de chequeo de seguridad del paciente específicas para la evaluación de las buenas prácticas. Se realiza seguimiento al cumplimiento de las buenas prácticas presentando informe al comité de infecciones y tomando decisiones frente a desviaciones encontradas. Se deja registro del control en las listas de chequeo el análisis en el acta de comité de infecciones.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Infectología	GIN-INF 02	Probabilidad de contagio de COVID-19 en la comunidad hospitalaria, debido a la incorrecta utilización de elementos de protección personal (EPP) por falta de sensibilización frente a las posibles consecuencias.	El equipo de infectología cada mes, realiza rondas de seguimiento con el propósito de verificar la disminución y el control del riesgo de contagio de COVID-19 en la institución; aplicando listas de chequeo de los protocolos relacionados con el manejo de paciente con sospecha o confirmación de COVID-19, el manejo del aislamiento hospitalario y las precauciones estándar. Se deja de evidencia de dichas rondas por medio de registros de asistencia e informe con el resultado obtenido y los hallazgos identificados. Las desviaciones encontradas se subsanan de forma inmediata o a corto plazo, por medio de la realimentación al personal, socializaciones en temas específicos y demás actividades pertinentes según aplique.	OPERATIVO	Moderado	Moderado	Moderado	Manual
Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	GJU-ADQ-01	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 VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS, ETAPA PRECONTRACTUAL MODALIDAD CONVOCATORIA PÚBLICA, FORMATO HOJA DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS, ETAPA PRECONTRACTUAL, CONTRATACIÓN DIRECTA - CAUSAL SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN, 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.	DE GESTIÓN	Moderado	Fuerte	Fuerte	Manual
Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	GJU-ADQ-02	Posibilidad de afectación económica por inoportunidad en la adquisición de los bienes y servicios requeridos por la entidad, debido a carencia de controles en el procedimiento de contratación.	El Jefe de la oficina asesora Jurídica en conjunto con los Coordinadores de Contratación, mensualmente realiza el seguimiento a la matriz de contratación que se encuentra en Gogole Drive compartido con los diferentes subgerentes de las áreas del HUS donde se ingresa la información de las solicitudes de las áreas para la contratación de los servicios tercerizados según sus requerimientos. En caso de identificar solicitudes con fechas fuera de la vigencia programada, se realiza seguimiento con el profesional encargado de cada etapa para la contratación y se solicita acción de mejora para realizar la contratación en el menor tiempo posible. El seguimiento se realiza en la matriz de seguimiento a contratación compartida con los Subgerentes.	OPERATIVO	Moderado	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	GJU-ADQ03	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por sanciones legales por entes de vigilancia y control, debido a inoportunidad en la publicación de documentos y actos administrativos en SECOP	El jefe de la oficina asesora jurídica en conjunto con el tecnólogo administrativo del área de notificaciones de contratos mensualmente realiza verificación de los procesos publicados en la plataforma de SECOP a través de una matriz en Excel de Verificación de contratos cargados en SECOP vigencia 2021 para identificar que los documentos se encuentren completamente cargados. En caso de inconsistencias se notifica al técnico responsable del cargue de la información en SECOP para realizar el plan de mejora.	OPERATIVO	Fuerte	Débil	Débil	Manual
Defensa Judicial y Extrajudicial	GJU-DJE01	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por investigaciones financieras, fiscales disciplinarias y legales, debido a inoportunidad en el cumplimiento de términos legales para el estudio de Acciones de Repetición en sede de COMITÉ DE CONCILIACIONES.	La defensa jurídica externa presentan informe de sentencias que están pendiente de pago junto con las fechas de pago ante el Comité de Conciliación, para que en un término no superior a cuatro (4) meses después de la última cuota del pago total, con el fin que se adopte la decisión motivada de iniciar o no el proceso de repetición y se presente la correspondiente demanda, cuando la misma resulte procedente, dentro de los dos (2) meses siguientes a la decisión, para ello se realizar los receptivos ajustes y/o modificaciones a la Resolución y al Procedimiento del Comité de Conciliaciones, una vez realizado se presentara en cesión ordinaria de Comité de Conciliaciones para su aprobación y posterior se realizara la socialización.	LEGAL	Débil	Débil	Débil	Manual
Defensa Judicial y Extrajudicial	GJU-DJE01	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por investigaciones fiscal, disciplinaria y legal, debido a inoportunidad para la defensa en los procesos judiciales y extrajudiciales.	El comité de conciliaciones en cabeza del Gerente y miembros permanentes, con el apoyo del equipo de defensa jurídica se reúne dos veces al mes o de manera extraordinaria en caso que se requiera revisión de casos específicos, con el fin de realizar el análisis y toma de decisiones frente a los casos judiciales y pre-judiciales en los cuales está inmersa la institución, realizando la solicitud ante el comité y presentando la ficha técnica la cual debe contener los antecedentes y pretensiones del caso a analizar junto con el análisis y recomendación que da el área de Defensa Jurídica viendo la viabilidad de conciliación. En caso que el comité no se pueda reunir, se solicita al ente judicial el aplazamiento y en caso de no aprobar el aplazamiento se da la obligatoriedad de la ejecución del comité con los participantes. Se deja evidencia en actas de reunión y las certificaciones frente a entidades judiciales (GJU-DJE-FO-18).	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Gestión de Calidad	GMC-GCA01	Probabilidad de no realizar backup de los módulos de la plataforma ALMERA.	El profesional de apoyo ALMERA de la Oficina Asesora de Calidad, realiza de manera mensual (según aplique) capacitación sobre el descargue de la plataforma ALMERA de la información correspondiente a cada módulo con el propósito de mantener Back Up propios (en el pc de cada profesional) para dar continuidad con las actividades en caso que se presenten fallas en la red. Como evidencia quedan las listas de asistencia y/o grabación de las capacitaciones virtuales.	OPERATIVO	Moderado	Fuerte	Moderado	Manual
Gestión de Calidad	GMC-GCA02	Incumplimiento de la metodología para la adopción de las Guías de Práctica Clínica - GPC	El auditor médico de calidad semestralmente aplica la lista de chequeo para la verificación del cumplimiento de la metodología de adopción de las GPC según instructivo GMC-GCA-IN-12, en caso de evidenciar desviaciones se notifica por medio del correo electrónico a las Subgerencias Asistenciales.	OPERATIVO	Moderado	Fuerte	Moderado	Manual
Gestión de Calidad	GMC-GCA03	Inoportunidad del cierre del ciclo de PAMEC	La Profesional de PAMEC realiza seguimiento del cierre de acuerdo al periodo estipulado: fecha de inicio y fecha de finalización, con el fin de subsanar y cerrar las no conformidades identificadas. La verificación se realiza por medio del sistema, comparando las evidencias con las no conformidades. En caso de no cumplimiento, se realiza el reporte a la Oficina de Control Interno, con el fin de que se tomen las decisiones pertinentes. El sistema arroja un informe, en el cual se evidencian los tiempos de respuesta a las no conformidades.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Gestión de Calidad	GMC-GCA04	Inoportunidad en el reporte de los indicadores normativos	La profesional de apoyo a la oficina de calidad, mensualmente solicita las bases de datos en las cuales realiza la revisión de los registros para así evitar que la información se reporte erróneamente; en caso de identificar errores o desviaciones se hace retroalimentación de lo identificado al personal encargado, para así tomar correctivos. Las bases de datos finales reposan en la oficina de calidad y son reportadas a los entes de control.	LEGAL	Moderado	Fuerte	Moderado	Manual
Esterilización	GSQ-EST01	Probabilidad de falla en la esterilización de los insumos, dispositivos médicos, instrumental quirúrgico y ropa hospitalaria.	La enfermera coordinadora del servicio de esterilización realiza semanalmente el pedido de farmacia a través del formato de inventario (Stock) de indicadores químicos, biológicos y cintas de control, para garantizar la disponibilidad del insumo y usarlo en cada carga y/o en cada dispositivo para el control de las esterilizaciones. En caso de desviaciones se envía correo a la subgerencia quirúrgica con la novedad para la gestión de préstamo externo con otras instituciones. La evidencia queda registrada en la orden de despacho de farmacia.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Esterilización	GSQ-EST-02	Probabilidad de contagiarse con enfermedades infectocontagiosas durante la recepción de dispositivos médicos e instrumental quirúrgico	La Enfermera Coordinadora de Central de Esterilización cada 6 meses realiza verificación a través de lista de chequeo el cumplimiento del protocolo de recepción de dispositivos médicos a esterilizar GSQ-ES-PR-01 Versión 1, con el fin de garantizar el cumplimiento del protocolo durante la recepción y manipulación de los dispositivos médicos e instrumental quirúrgico. En dado caso de encontrar desviaciones se realiza socialización de los hallazgos en grupo primario, se toma lista de asistencia y se deja constancia en el acta.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Gestión Quirúrgica	GSQ-01	Posibilidad de afectación en la salud del paciente por cancelación en los procedimientos, debido a la inadecuada preparación previa y evaluación clínica del paciente programado para cirugía.	Medico coordinador auditor, el jefe de cirugía y la profesional de programación de la subgerencia de servicios quirúrgicos, mensualmente verifican las cancelaciones de las cirugías programadas, dicha información se lleva al Comité de cancelación de cirugías y seguridad del paciente en donde se analizan las distintas causas de la cancelación dando como resultado el indicador Proporción de cancelación de cirugías por causa de la institución. Como evidencia queda el acta de la reunión del comité y la medición del indicador en la plataforma ALMERA. En caso de desviaciones se revisa para tomar acciones al respecto. La información es socializada en el grupo primario.	DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	Manual
Gestión Quirúrgica	GSQ-02	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 encargara 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.	OPERATIVO	Moderado	Fuerte	Moderado	Manual
Gestión Quirúrgica	GSQ-03	Probabilidad de la inadecuada manipulación de la vía aérea e intubación a paciente con sospecha o diagnóstico de infección por COVID-19, debido al desconocimiento del protocolo institucional por parte de los colaboradores del servicio.	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.	OPERATIVO	Moderado	Fuerte	Moderado	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Gestión de la Tecnología	GTE-GTE01	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 metrologico, con el fin de verificar su cumplimiento, lo cual queda registrado en dicho formato y alimentara los indicadores de procedimiento para la gestión meteorológica, presentado los resultados en el comité de tecno reactivo vigilancia, en caso de encontrar desviaciones con respecto al error permitido se analiza la funcionalidad o baja del equipo y en caso de no cumplir con la programación se debe informar la razón por la cual no se cumplió la meta, lo cual quedara registrado en el acta del comité.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Automático
Gestión de la Tecnología	GTE-GTE02	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 las decisiones medicas, debido al incumplimiento en la cobertura de la política de renovación de la tecnología.	la subgerencia administrativa y financiera en conjunto con el Líder del proceso de gestión de la tecnología, cada año o según el índice de obsolescencia, realiza la evaluación de tecnología propiedad de la ESE HUS, aplicando la matriz de índice de obsolescencia GTE-GTE-FO-49, en caso de desviación o de dar de baja la tecnología se incluye dentro de la matriz de priorización de compra GTE-GTE-56, siendo este la evidencia de la gestión para la renovación de tecnología en la ESE HUS.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Gestión de la Tecnología	GTE-GTE 03	Probabilidad de afectación de la capacidad resolutivez de las areas de expansión, por el incumplimiento de la dotación hospitalaria, debido a la no disponibilidad de recursos económicos.	El proceso de gestion de la tecnología junto con el programa de Tecnovigilancia realizaran verificación de la dotación según la normatividad 3100/19 mediante un análisis de oferta/demanda de la tecnología relacionada a la contingencia de Covid-19, se deberán realizar como mínimo dos seguimientos uno al inicio para definir las necesidades y otro al final para verificar el cumplimiento de la dotación, en caso de evidenciar incumplimiento se deberá gestionar adquisición de dotación. de todo lo anterior se deberá general informe escrito.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Desarrollo del Talento Humano	GTH-DTH02	Incumplimiento en la normatividad vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo.	La profesional Especializada en Seguridad y Salud en el Trabajo realiza seguimiento semestral a la implementación de la estructura del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Institución, con base en los parámetros definidos en el decreto 1072 de 2015 y la resolución 0312 de 2019 y demás normativa vigente, teniendo en cuenta los subsistemas de medicina preventiva y del trabajo y el subsistema de higiene y seguridad industrial, articulado con las empresas contratistas y el Proceso de Gestión de Investigación y Docencia. En caso de incumplimientos se ejecutan las acciones de mejoramiento según el procedimiento del sistema y se realiza seguimiento a los planes de acción. El seguimiento y ejecución de la implementación del sistema queda registrado en el Plan trabajo y cronograma de actividades del SG-SST aprobado bajo acto administrativo.	LEGAL	Moderado	Fuerte	Moderado	Manual
Desarrollo del Talento Humano	TH12	Probabilidad de no gestionar las necesidades generadas por covid-19 en términos de seguridad y salud en el trabajo	Los responsables de seguridad y salud en el trabajo realizan permanentemente la revisión de los lineamientos generados desde el ministerio de salud y ministerio de trabajo, quedando evidencia en el normograma y realizando la adopción institucional de los que se consideran necesarios adoptar. En caso de no realizar la identificación de estos lineamientos la ARL brinda asesoría técnica permanente.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Ingreso del Talento Humano	GTH-ITH01	Incumplimiento en la ejecución del Programa de Inducción para el personal nuevo de la ESE HUS.	El Profesional Especializado de la Unidad Funcional Talento Humano realiza revisión mensual de las personas que ingresan a la institución a las cuales, la Unidad Funcional de Talento Humano les creó el usuario y contraseña para acceso a la Plataforma Virtual de Aprendizaje MOODLE, culminen satisfactoriamente la Inducción General hasta obtener el Certificado. En caso de desviaciones, se informa al jefe o líder del área/proceso solicitando su apoyo para que el personal culmine la Inducción. Se lleva registro vía correo electrónico y Excel, evidenciándose en el Indicador de Cumplimiento del Programa Inducción General.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Retiro del Talento Humano	GTH-RTH01	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.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Gestión de Urgencias	GUR-GUR01	Probabilidad de falla en la atención de pacientes víctimas de violencia sexual por el incumplimiento en la ejecución de la aplicación del LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL en el servicio urgencias de la ESE HUS dada la falta de adherencia de protocolo en la atención de pacientes víctimas de violencia sexual.	El Coordinador del servicio de urgencias adultos en conjunto con la técnico de cadena y custodia mensualmente realiza la supervisión del correcto diligenciamiento del FORMATO LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL mediante lista de chequeo, cuando se detectan desviaciones en la atención de los pacientes que ingresan al servicio y han sido víctimas de este tipo de violencia se establecen acciones de mejora las cuales se socializan en el grupo primario de urgencias.	OPERATIVO	Moderado	Fuerte	Moderado	Manual
Gestión de Urgencias	GUR-GUR-CP-01	Probabilidad de infección de COVID-19 del personal asistencial por inadecuada distribución del personal medico para la atención inicial de urgencias a pacientes sintomáticos respiratorios (COVID-19).	La subgerencia de servicios médicos de manera mensual realiza la verificación de la programación horaria mensual de los médicos generales del servicio de urgencias para garantizar que el personal que brinda la atención inicial a pacientes sintomáticos respiratorios no atienda pacientes que no presentan esta sintomatología simultáneamente, esto con el fin de reducir la probabilidad de contagio en el personal médico, pacientes familiares y colaboradores en el servicio de Urgencia Adultos lo cual se verificará mensualmente en el registro de Control de Cambio de turno en formato suministrado por la empresa contratista. En caso de desviaciones se realizará la retroalimentación verbal por medio del coordinador médico y así mismo en grupos primarios lo cual quedará registrado en acta.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Madre Canguro	GMMA CEXMC 01	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.	El subgerente de mujer e infancia vigila y controla el cumplimiento de la ruta atención en el programa madre canguro en contexto de la pandemia covid-19 (GAM-CEX-IN-03) y la coordinadora del programa madre canguro realiza seguimiento a la aplicación de la ruta cada vez que se recibe un recién nacido con sintomatología respiratorio , actividades implementadas para la prevención del contagio de Covid-19 según documentos y protocolos ya establecidos; además gestiona los contactos de los responsables del funcionamiento de la EPS en la institución, con la finalidad de garantizar la atención integral que resuelvan las necesidades de esta población, en caso de incumplimiento a la ruta la subgerente de los servicios de mujer e infancia realizará una investigación de campo y tomara los correctivos pertinentes en los diferentes servicios los cuales serán socializados en el Cove y en el grupo primario de manera trimestral según le aplique, se deja como evidencia acta donde se describa la acción realizada.	DE GESTIÓN	Fuerte	Moderado	Moderado	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Madre Canguro	GMMA CEXMC 01	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.	El subgerente de mujer e infancia realiza seguimiento a los indicadores de ingresos del programa y a las estrategias implementadas para su mejoramiento cada 3 meses en los grupos primarios de pediatría, con el propósito de identificar las desviaciones con el fin de crear un plan de mejora. Como evidencia quedan las actas de los grupos primarios donde quedan consignados los indicadores, el análisis con las posibles acciones de mejora.	DE GESTIÓN	Fuerte	Moderado	Moderado	Manual
Hospitalización Pediátrica	GIN- HOS- PE01	Probabilidad de inoportuna atención integral de pediatría en el traslado de pacientes en el horario de 11:00 am a 1:00 pm debido a no disponibilidad inmediata.	El subgerente de mujer e infancia articula la contratación con la UIS y empresa vigente para garantizar la continuidad en la frecuencia de pediatras contratados para el servicio de pediatría que abarque los servicios de medico lactantes, cirugía pediátrica e infecto pediatría. contemplar evidencias de reuniones programadas para la toma de decisiones con el grupo líder. Se deja evidencia mediante acta y cubrimiento efectivo de lo solicitado (presencia de pediatra en el horario de 11:00 am a 1:00 pm), se realizará revisión cada seis meses.	DE GESTIÓN	Moderado	Moderado	Moderado	Manual
Urgencias Gineco- Obstétricas	002202 1	Probabilidad en 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 sala de partos, debido a lo no ejecución de las medidas por parte del personal asistencial.	La subgerente de Mujer infancia realiza análisis de los eventos reportados sobre infecciones asociadas a la atención en salud ocurridos en el servicio de Urgencias Ginecobstetricia, los cuales se socializan cada tres meses junto con las fallas encontradas que contribuyeron a la ocurrencia del evento, a su vez los protocolos y procedimientos relacionados al incumplimiento de los procesos institucionales . Se deja como constancia listas de asistencia y evaluaciones realizadas al personal de Urgencias Ginecobstetricia cada vez que se detecte una desviación en el indicador reportado desde el comité de infecciones derivado de las auditorias internas y reportes.	DE GESTIÓN	Fuerte	Moderado	Moderado	Manual
Urgencias Gineco- Obstétricas	GURUP UG01	Probabilidad de Incumplimiento en la ruta de atención a gestantes con sospecha y/o diagnóstico de covid-19 (GIN-HOS-AN-05) y de las medidas de bioseguridad por parte de los colaboradores pertenecientes a los servicios de ginecología de la E.S.E HUS.	El personal de salud de urgencias adultos y gineco-obstetricas cada vez que se reciba una gestante con sospecha o diagnóstico de covid-19 aplica la ruta de atención a gestantes con sospecha o diagnóstico de covid-19, esto con el fin de reducir la probabilidad de contagio y asegurar la prestación del servicio de salud a las gestantes, en caso de incumplimiento a la ruta la subgerente de los 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 Cove y en el grupo primario de manera mensual según le aplique, se deja como evidencia acta con sus respectivos compromisos, planes de mejora 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.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Unidad Neonatal	GIN- HOS- UN-01	Probabilidad de no atención de recién nacidos debido a la alta afluencia de pacientes y no disponibilidad de cubículos.	La subgerente de mujer e infancia asigna al auditor medico encargado del servicio para hacer seguimiento y control mensual de los indicadores de productividad de giro cama, porcentaje ocupacional, porcentaje de mortalidad, promedio de día de estancia, porcentaje de egresos los cuales son socializados en el grupo primario de pediatría, de tal forma que se garantice la disponibilidad de unidades básica e intermedia de la unidad neonatal, se deja evidencia en el acta del grupo primario, en caso de desviaciones se agiliza el egreso de los pacientes o traslados internos para brindar atención adecuada y de calidad a los usuarios de la unidad neonatal.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual

Unidad de riesgo	Cod	Nombre del Riesgo	Nombre del control	Tipo de Control	Clasificación Diseño del Control	Calificación Ejecución del Control	Calificación Solidez de Control	Implementación
Urgencias Pediátricas	GURUP-01	Probabilidad de inaccesibilidad a las salas de aislamiento para la ubicación de los pacientes que ingresan al servicio con patologías confirmadas que requieran aislamiento protector, de contacto debido a que no se cuenta con dichas áreas.	El subgerente de mujer e infancia revisa en conjunto con ingeniero de infraestructura física de la institución y coordinadora asistencial del servicio con el fin de optimizar y adecuar las áreas de acuerdo a las necesidades del servicio (2 salas más de aislamiento) de tal forma que ante la toma de decisiones formuladas en reunión sean ejecutadas con oportunidad y eficiencia, se lleva a comité de gerencia la solicitud para la creación de las salas de aislamiento y se realizará seguimiento cada tres meses, se dejara evidencia de las intervenciones realizadas para reducir el riesgo.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Urgencias Pediátricas	GURUP-01	Probabilidad de 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 la subgerente de Mujer e infancia realiza una investigación de campo y tomara los correctivos pertinentes en los diferentes servicios los cuales se socializan en el COVE y 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.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Oncología	GAM-ONC01	Probabilidad de interrupción en la continuidad del tratamiento del paciente para la prestación del servicio de oncología, debido a fallas en la tecnología, provocando retrasos en el tratamiento del paciente oncológico.	Las auxiliares de enfermería de oncología clínica mensualmente realizan seguimiento a los pacientes que no asisten al tratamiento sin causa justificada durante 10 días hábiles seguidos, detectando los casos de interrupción del tratamiento. Se realiza llamada telefónica para seguimiento de paciente y se elabora informe para comunicar al área de trabajo social y Coordinación de Oncología, quienes revisan las causas de la inasistencia, analizando dichas desviaciones al procedimiento e inician la gestión con el paciente para abordar las mismas; elaboran informe nuevamente de causas y lo comunican a la Subgerencia de Alto Costo para ser enviado a las Entidades Administradoras quienes deberán dar su respectivo tratamiento. Como evidencia, los informes quedan registrados en la historia clínica de cada paciente por Médicos y Trabajo Social y posteriormente ser enviados a través de correo electrónico a las partes interesadas.	DE GESTIÓN	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Oncología	GAM-ONC02	Probabilidad de complicación del paciente en su tratamiento antineoplásico, debido al potencial daño colateral producido por los tratamientos oncológicos	El Médico Oncólogo Clínico Hemato Oncólogo en el momento previo a realizar el tratamiento recibe los exámenes de laboratorio (cuadro hemático) para verificar que los parámetros hematológicos del paciente se encuentren dentro de los parámetros normales. En caso que el paciente no tenga los exámenes dentro de los parámetros normales se suspende el tratamiento hasta cuando los parámetros se encuentren estables. De igual manera la Jefe del servicio de quimioterapia debe revisar los parámetros hematológicos del paciente estén normales. En caso de conocerse previamente que el tratamiento de quimioterapia que va a recibir el paciente es muy aplasante, este se debe prevenir mediante la aplicación de factores de crecimiento de colonia. La evidencia de los exámenes quedan registradas en las evoluciones del paciente dentro de la historia clínica (Dinámica)	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual
Oncología	GAM-ONC-CP-01	Probabilidad de incumplimiento en la ruta de atención de pacientes oncológicos frente a un posible caso de COVID-19 por la no adherencia del personal a los procesos institucionales.	La enfermera de la unidad de oncología y radioterapia realizara el registro mediante la lista de chequeo diariamente verificando el cumplimiento de la ruta de atención de pacientes oncológicos frente aun posible caso de COVID-19 con el propósito de disminuir el riesgo de contagio al personal de salud, pacientes y familiares, en caso de evidencia de las desviación de la implementación de la ruta de atención a pacientes oncológicos se realizarán las acciones correctivas inmediatas y se retroalimentaran en grupo primario de la unidad de oncología y radioterapia y como evidencia se registrará en el acta de dicho grupo primario que será cargada en la plataforma Almera.	OPERATIVO	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Manual