



INFORME GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO

SISTEMA DE RIESGOS DE PROCESOS

OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

INFORME CORRESPONDIENTE AL PERÍODO ENERO 1 A JUNIO 30 2021



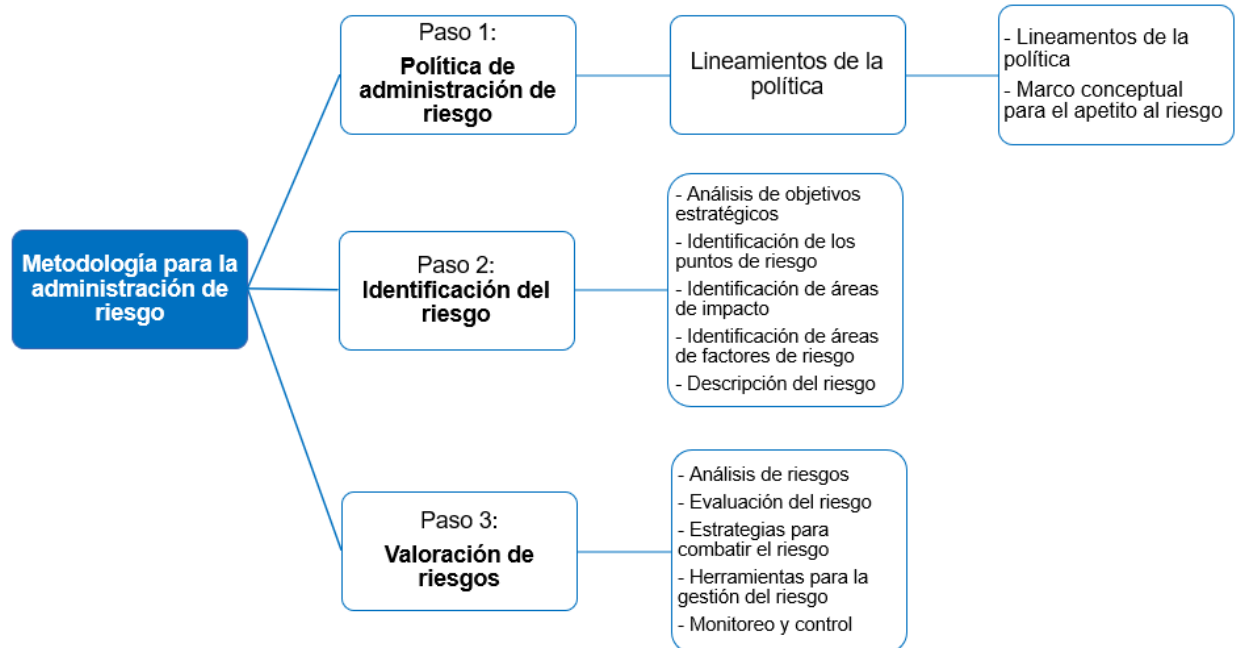
SISTEMA DE RIESGOS DE PROCESO

1. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA

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

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

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



2. MARCO NORMATIVO DEL SISTEMA

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

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

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS

El sistema de riesgos de proceso es gestionado a través de la plataforma ALMERA, dentro de la vigencia se identificaron 109 riesgos, los cuales se evidencian en la siguiente tabla.



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
1	Gestión de Cuidados Intensivos	Probabilidad de incumplimiento del protocolo de traslado de pacientes por la no adherencia del personal a los procesos institucionales.
2	Gestión de Cuidados Intensivos	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.
3	Gestión de Internación	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.
4	Gestión de Internación	Probabilidad de inadecuado tratamiento al paciente hospitalizado por incumplimiento en la atención integral dada la inadecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente.
5	Apoyo Diagnóstico Especializado	Probabilidad de falla en la atención de pacientes ambulatorios por inaccesibilidad al servicio de apoyo diagnóstico 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.
6	Apoyo Diagnóstico Especializado	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.
7	Imagenología	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la prestación del servicio de imagenología debido a daños en los equipos.
8	Imagenología	Probabilidad de la demora en la entrega de resultados del servicio de imagenología por el incumplimiento en los tiempos establecidos debido a que la demanda supera la oferta.
9	Imagenología	Probabilidad de demora en la asignación de citas por desarticulación del procedimiento de asignación de citas debido a la falta de adherencia del mismo.
10	Imagenología	Probabilidad de no medición de la demanda insatisfecha en el servicio de imagenología por falta de estandarización del procedimiento de asignación de citas en el servicio debido a la no aplicación del mismo.



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
11	Imagenología	Probabilidad de incidente o accidente laboral del personal asistencial de radiología intervencionista por punción y/o infección debido a la manipulación de elementos cortopunzantes.
12	Laboratorio Clínico	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.
13	Laboratorio Clínico	Probabilidad de no cumplir la solicitud, identificación, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.
14	Patología	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.
15	Patología	Probabilidad de infección por COVID-19 al personal de salud por el incumplimiento de la Guía de orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por COVID-19 debido a la no implementación de la misma.
16	Dotación e Insumos	Probabilidad de Afectación Económica por pérdida, hurto o daño de los activos propiedad, planta y equipo de la ESE HUS, debido a manejo inadecuado o problemas de seguridad o causas externas que se presente en la ESE HUS.
17	Dotación e Insumos	Probabilidad de afectación reputacional por insuficiencia en la dotación de insumos y recursos para la operación de las todas las áreas de la ESE HUS, debido a causas externas que se puedan presentar por la proveeduría de las empresas contratistas.
18	Dotación e Insumos	Probabilidad de afectación reputacional por la inoportunidad en la entrega de dotación e insumos que se requieran para la atención de pacientes COVID-19 por causas externas en la proveeduría por parte del contratista.
19	Gestión Ambiental	Incumplimiento en la respuesta ante una emergencia de riesgo biológico.
20	Gestión Ambiental	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.
21	Gestión Ambiental	Probabilidad de inadecuada segregación de residuos biológicos COVID-19 por parte del personal de la ESE HUS.



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
22	Gestión Ambiental	Insuficiencia de recipientes que faciliten la segregación de residuos biológicos y ropa contaminada generados en la atención de pacientes COVID-19.
23	Gestión Ambiental	Probabilidad de la ocurrencia de una emergencia de riesgo biológico generada por residuos de COVID 19.
24	Infraestructura	Probabilidad de afectación a personas y económica por falla en la estructural sismo-resistente de las edificaciones de la ESE HUS, debido a un evento natural.
25	Infraestructura	Probabilidad de afectación económica y a personas por la falla de elementos no estructurales y de funcionamiento de la planta física de la ESE-HUS, debido al deterioro natural de estos elementos y daño por el uso.
26	Infraestructura	Probabilidad de afectación en la imagen institucional ante los entes de control y la comunidad por no ejecutar las obras/adecuaciones en la infraestructura para la emergencia COVID-19 debido a la falta de presupuesto.
27	Servicios Básicos	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.
28	Servicios Básicos	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por inoportunidad en la gestión de los servicios de apoyo contratados y tercerizados, debido a la demora en la prestación del servicio pudiendo ocasionar falencias en el bienestar del cliente interno y externo de la ESE HUS.
29	Servicios Básicos	Posibilidad de afectación en la salud de los pacientes y/o personal por inadecuada desinfección de las áreas contaminadas por COVID-19, debido a consecuencia del desconocimiento del instructivo de limpieza y desinfección de superficies.
30	Servicios Básicos	Posibilidad de afectación en la salud del paciente y/o usuario por inadecuada identificación de los usuarios que presentan síntomas de COVID-19, debido al desconocimiento de las preguntas emitidas por el coordinador de urgencias, puesto que no se hace una adecuada inducción al personal.
31	Consulta Externa	Probabilidad de afectación económica por la Subutilización de las consultas en el Servicio de Atención Ambulatoria por el comportamiento de la contratación respecto de la oferta del servicio.



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
32	Consulta Externa	Probabilidad de congestión en la sala de espera del Servicio de Consulta Externa, por fallas en la frecuencia horaria de asignación de citas, lo cual aumentaría la posibilidad de contagio por COVID-19.
33	Farmacia	Posibilidad de afectación económica por multa y sanción del ente regulador debido al incumplimiento técnico en la recepción de medicamentos y dispositivos médicos con defectos mayores, críticos, fraudulentos, sin requisitos legales y almacenados sin criterios técnicos.
34	Hemocentro	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.
35	Hemocentro	Probabilidad de incumplimiento en el protocolo GAT-HEM-PR-04 procedimiento recepción de donantes, manejo y despacho de hemocomponentes contingencia COVID-19, debido a falta de adherencia al procedimiento.
36	Nutrición	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.
37	Rehabilitación	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.
38	Rehabilitación	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.
39	Sistema de Información del Usuario	Posibilidad de afectación reputacional de la institución por generación de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) debido al no despliegue de los deberes y derechos de los usuarios.
40	Sistema de Información del Usuario	Posibilidad de afectación reputacional de la E.S.E. HUS por sanciones por parte de la secretaria de salud municipal y departamental, así como de la Supersalud, debido a la inoportunidad en la respuesta a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS), dentro del tiempo establecido por el procedimiento para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF).
41	Control Interno	Inadecuada realización de auditorías.



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
42	Control Interno	Inoportunidad en la entrega de informes de auditoría.
43	Control Interno	Incumplimiento en la consecución de los objetivos de la entidad y la normatividad que rige a la ESE HUS.
44	Comunicación	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por información difundida, esto debido a su carencia de cohesión entre la misma y la razón de ser del hospital, derivada de su Direccionamiento Estratégico.
45	Comunicación	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por inoportunidad en el despliegue de información desde el proceso de comunicaciones debido a la no entrega dentro de los tiempos por parte de los líderes de los procesos.
46	Mercadeo	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por inadecuada aplicación del procedimiento de referenciaci3nes institucionales debido a desconocimiento en el diligenciamiento del procedimiento de referenciaci3nes institucionales o la no aplicaci3n del mismo.
47	Planeaci3n	Incumplimiento en la formulaci3n y seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional seg3n normatividad vigente.
48	Gesti3n Directiva	Probabilidad de no ofertar una mayor capacidad de atenci3n 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.
49	Cartera	Posibilidad de afectaci3n econ3mica por incumplimiento en la generaci3n de respuesta aceptaci3n a glosas por parte de la Empresa Responsable de Pago - ERP.
50	Cartera	Posibilidad de afectaci3n econ3mica por incumplimiento en la negociaci3n con los acreedores a trav3s de acuerdos de pago, conciliaciones y compra de cartera.
51	Cartera	Posibilidad de afectaci3n econ3mica por no pago de los pagar3s debido a inconsistencias en la informaci3n suministrada al momento de diligenciar el mismo.
52	Contabilidad	Probabilidad de no confiabilidad en la informaci3n para la generaci3n de estados financieros.
53	Costos	Posibilidad de afectaci3n econ3mica por inoportunidad en la radicaci3n de cuentas por pagar (Proveedores, Talento Humano, Honorarios y Servicios), debido a falta de informaci3n y de soporte que permita realizar la causaci3n en tiempo real.



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
54	Costos	Posibilidad de afectación económica y en la imagen de la institución por incumplimiento en el diseño de estrategias para la reducción del costo operativo y gasto administrativo buscando la eficiencia de los recursos, debido a falta de estrategias a desarrollar en la vigencia.
55	Costos	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.
56	Facturación	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.
57	Facturación	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.
58	Facturación	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.
59	Facturación	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.
60	Presupuesto	Probabilidad de afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto, alternando así los registros presupuestales en el sistema DGH.NET
61	Tesorería	Probabilidad de falla en la digitación y aplicación de los descuentos al momento de hacer el egreso.
62	Hospitalización Gineco-Obstétricas	Probabilidad de la inoportuna valoración por pediatría a los recién nacidos debido a la no disponibilidad inmediata del especialista por alto flujo de pacientes.
63	Docencia - Servicio	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.



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
64	Docencia - Servicio	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.
65	Investigación	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.
66	Investigación	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.
67	Gestión Documental	Incumplimiento en las condiciones físicas de almacenamiento de documentos en bodega.
68	Gestión Documental	Probabilidad de no realizar la transferencia documental por parte de los procesos de la ESE HUS.
69	Gestión Documental	Probabilidad de que los documentos se deterioren.
70	Gestión Documental	Probabilidad de ausencia de protocolos para el adecuado manejo de documentos en tiempos de pandemia (COVID19).
71	Gerencia de la Información	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.
72	Sistemas de Información	Posibilidad de ausencia en el seguimiento y control a los elementos tecnológicos de la data center, evitando interrupciones a la continuidad del servicio.
73	Hospitalización	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la efectividad de las interconsultas debido a que la demanda supera la oferta.
74	Infectología	Probabilidad de aumento en la incidencia de IAAS en los usuarios por la no aplicabilidad del personal asistencial a las medidas establecidas por parte de la institución, generando eventos adversos asociados a la atención.
75	Infectología	Probabilidad de contagio de COVID-19 en la comunidad hospitalaria, debido a la incorrecta utilización de elementos de protección personal (EPP) por falta de sensibilización frente a las posibles consecuencias.



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
76	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por investigaciones penales, fiscales o disciplinarias, debido a incumplimiento de requisitos legales para la adquisición de bienes, servicios y obras.
77	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	Posibilidad de afectación económica por inoportunidad en la adquisición de los bienes y servicios requeridos por la entidad, debido a carencia de controles en el procedimiento de contratación.
78	Adquisición de Bienes, Servicios y Obra	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por sanciones legales por entes de vigilancia y control, debido a inoportunidad en la publicación de documentos y actos administrativos en SECOP.
79	Defensa Judicial y Extrajudicial	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por investigaciones financieras, fiscales disciplinarias y legales, debido a inoportunidad en el cumplimiento de términos legales para el estudio de Acciones de Repetición en sede de Comité de Conciliaciones.
80	Defensa Judicial y Extrajudicial	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por investigaciones fiscal, disciplinaria y legal, debido a inoportunidad para la defensa en los procesos judiciales y extrajudiciales.
81	Gestión de Calidad	Probabilidad de no realizar backup de los módulos de la plataforma ALMERA.
82	Gestión de Calidad	Incumplimiento de la metodología para la adopción de las Guías de Práctica Clínica – GPC.
83	Gestión de Calidad	Inoportunidad del cierre del ciclo de PAMEC.
84	Gestión de Calidad	Inoportunidad en el reporte de los indicadores normativos.
85	Esterilización	Probabilidad de falla en la esterilización de los insumos, dispositivos médicos, instrumental quirúrgico y ropa hospitalaria.
86	Esterilización	Probabilidad de contagiarse con enfermedades infectocontagiosas durante la recepción de dispositivos médicos e instrumental quirúrgico.
87	Gestión Quirúrgica	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.
88	Gestión Quirúrgica	Probabilidad de contagio de COVID-19 en el personal del servicio del área de quirófanos por uso indebido de elementos de protección personal.



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
89	Gestión Quirúrgica	Probabilidad de la inadecuada manipulación de la vía aérea e intubación a paciente con sospecha o diagnóstico de infección por COVID-19, debido al desconocimiento del protocolo institucional por parte de los colaboradores del servicio.
90	Gestión de la Tecnología	Probabilidad de afectación económica y/o en la salud del paciente, por sanciones de los entes de control y/o generación de un evento adverso, debido al incumplimiento a las actividades relacionadas con la metrología legal vigente.
91	Gestión de la Tecnología	Probabilidad de alto índice de obsolescencia de la tecnología, por la afectación en la integridad de la prestación del servicio, evento adverso y/o afectación en la resolutivez en las decisiones médicas, debido al incumplimiento en la cobertura de la política de renovación de la tecnología.
92	Gestión de la Tecnología	Probabilidad de afectación de la capacidad resolutivez de las áreas de expansión, por el incumplimiento de la dotación hospitalaria, debido a la no disponibilidad de recursos económicos.
93	Desarrollo del Talento Humano	Incumplimiento en la normatividad vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo.
94	Desarrollo del Talento Humano	Probabilidad de no gestionar las necesidades generadas por covid-19 en términos de seguridad y salud en el trabajo.
95	Ingreso del Talento Humano	Incumplimiento en la ejecución del Programa de Inducción para el personal nuevo de la ESE HUS.
96	Retiro del Talento Humano	Incumplimiento en la ejecución del Plan de desvinculación y retiro de la ESE HUS.
97	Gestión de Urgencias	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.
98	Gestión de Urgencias	Probabilidad de infección de COVID-19 del personal asistencial por inadecuada distribución del personal médico para la atención inicial de urgencias a pacientes sintomáticos respiratorios (COVID-19).
99	Madre Canguro	Probabilidad de inaccesibilidad a la atención ambulatoria al programa madre canguro de la E.S.E HUS por recién nacidos con criterios de prematurez y/o bajo peso por deserción en el contexto de la pandemia covid-19.



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
100	Madre Canguro	Probabilidad de la no continuidad del proceso de ingreso del menor al programa madre canguro Ambulatorio de la E.S.E Hospital Universitario de Santander por barreras en los trámites relacionados a afiliación en la EPS y autorización de ingreso al programa por parte de la EPS-S.
101	Hospitalización Pediátrica	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.
102	Urgencias Gineco-Obstétricas	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.
103	Urgencias Gineco-Obstétricas	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.
104	Unidad Neonatal	Probabilidad de no atención de recién nacidos debido a la alta afluencia de pacientes y no disponibilidad de cubículos.
105	Urgencias Pediátricas	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.
106	Urgencias Pediátricas	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.
107	Oncología	Probabilidad de interrupción en la continuidad del tratamiento del paciente para la prestación del servicio de oncología, debido a fallas en la tecnología, provocando retrasos en el tratamiento del paciente oncológico.
108	Oncología	Probabilidad de complicación del paciente en su tratamiento antineoplásico, debido al potencial daño colateral producido por los tratamientos oncológicos
109	Oncología	Probabilidad de incumplimiento en la ruta de atención de pacientes oncológicos frente a un posible caso de covid-19 por la no adherencia del personal a los procesos



No.	Unidad de riesgo	Nombre del Riesgo
		institucionales.

4. VALORACIÓN DE LOS RIESGOS

La valoración para la zona de riesgo residual da como resultado 25 riesgos en nivel aceptable, 57 riesgos en nivel moderado, 19 riesgos en nivel alto y 8 riesgos en nivel extremo del total de los 109 riesgos identificados, tal como se presenta en la siguiente tabla.

No.	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo absoluto	Zona de Riesgo residual
1	Probabilidad de incumplimiento del protocolo de traslado de pacientes por la no adherencia del personal a los procesos institucionales.	Moderado	Moderado
2	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.	Alto	Alto
3	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.	Moderado	Aceptable
4	Probabilidad de inadecuado tratamiento al paciente hospitalizado por incumplimiento en la atención integral dada la inadecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente.	Aceptable	Aceptable
5	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.	Moderado	Moderado
6	Probabilidad de incumplimiento en la asignación de citas ambulatorias en los servicios de poyo diagnostico especializado por fallas en la aplicación del procedimiento de asignación de citas vigente en la institución dada la falta de capacitación en el mismo.	Aceptable	Aceptable



No.	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo absoluto	Zona de Riesgo residual
7	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la prestación del servicio de imagenología debido a daños en los equipos.	Moderado	Moderado
8	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.	Alto	Moderado
9	Probabilidad de demora en la asignación de citas por desarticulación del procedimiento de asignación de citas debido a la falta de adherencia del mismo.	Aceptable	Aceptable
10	Probabilidad de no medición de la demanda insatisfecha en el servicio de imagenología por falta de estandarización del procedimiento de asignación de citas en el servicio debido a la no aplicación del mismo.	Moderado	Moderado
11	Probabilidad de incidente o accidente laboral del personal asistencial de radiología intervencionista por punción y/o infección debido a la manipulación de elementos cortopunzantes.	Moderado	Moderado
12	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.	Alto	Moderado
13	Probabilidad de no cumplir la solicitud, identificación, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.	Alto	Alto
14	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.	Moderado	Alto
15	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.	Moderado	Moderado
16	Probabilidad de Afectación Económica por pérdida, hurto o daño de los activos propiedad, planta y equipo de la ESE HUS, debido a manejo inadecuado o problemas de seguridad o causas externas que se presente en la ESE HUS.	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo absoluto	Zona de Riesgo residual
17	Probabilidad de afectación reputacional por insuficiencia en la dotación de insumos y recursos para la operación de las todas las áreas de la ESE HUS, debido a causas externas que se puedan presentar por la proveeduría de las empresas contratistas.	Moderado	Moderado
18	Probabilidad de afectación reputacional por la inoportunidad en la entrega de dotación e insumos que se requieran para la atención de pacientes COVID-19 por causas externas en la proveeduría por parte del contratista.	Moderado	Moderado
19	Incumplimiento en la respuesta ante una emergencia de riesgo biológico.	Moderado	Moderado
20	Incumplimiento en la segregación de residuos hospitalarios por parte del personal de la E.S.E. HUS con ocasión a la implementación del nuevo código de colores.	Extremo	Extremo
21	Probabilidad de inadecuada segregación de residuos biológicos COVID-19 por parte del personal de la E.S.E. HUS.	Moderado	Moderado
22	Insuficiencia de recipientes que faciliten la segregación de residuos biológicos y ropa contaminada generados en la atención de pacientes COVID-19.	Alto	Alto
23	Probabilidad de la ocurrencia de una emergencia de riesgo biológico generada por residuos de COVID-19.	Moderado	Moderado
24	Probabilidad de afectación a personas y económica por falla en la estructural sismo-resistente de las edificaciones de la ESE HUS, debido a un evento natural.	Moderado	Moderado
25	Probabilidad de afectación económica y a personas por la falla de elementos no estructurales y de funcionamiento de la planta física de la ESE-HUS, debido al deterioro natural de estos elementos y daño por el uso.	Moderado	Moderado
26	Probabilidad de afectación en la imagen institucional ante los entes de control y la comunidad por no ejecutar las obras/adequaciones en la infraestructura para la emergencia COVID-19 debido a la falta de presupuesto.	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo absoluto	Zona de Riesgo residual
27	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.	Moderado	Moderado
28	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 E.S.E. HUS.	Moderado	Moderado
29	Posibilidad de afectación en la salud de los pacientes y/o personal por inadecuada desinfección de las áreas contaminadas por COVID-19, debido a consecuencia del desconocimiento del instructivo de limpieza y desinfección de superficies.	Moderado	Moderado
30	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 el coordinador de urgencias, puesto que no se hace una adecuada inducción al personal.	Moderado	Moderado
31	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.	Extremo	Extremo
32	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.	Extremo	Extremo
33	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.	Alto	Alto
34	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.	Extremo	Extremo



No.	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo absoluto	Zona de Riesgo residual
35	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.	Alto	Alto
36	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.	Extremo	Alto
37	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.	Moderado	Moderado
38	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 E.S.E. HUS.	Extremo	Extremo
39	Posibilidad de afectación reputacional de la institución por generación de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) debido al no despliegue de los deberes y derechos de los usuarios.	Moderado	Moderado
40	Posibilidad de afectación reputacional de la E.S.E. HUS por sanciones por parte de la secretaria de salud municipal y departamental, así como de la Supersalud, debido a la inoportunidad en la respuesta a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS), dentro del tiempo establecido por el procedimiento para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF).	Moderado	Moderado
41	Inadecuada realización de auditorías.	Moderado	Moderado
42	Inoportunidad en la entrega de informes de auditoría.	Aceptable	Aceptable
43	Incumplimiento en la consecución de los objetivos de la entidad y la normatividad que rige a la E.S.E. HUS.	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo absoluto	Zona de Riesgo residual
44	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.	Aceptable	Aceptable
45	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por inoportunidad en el despliegue de información desde el proceso de comunicaciones debido a la no entrega dentro de los tiempos por parte de los líderes de los procesos.	Aceptable	Aceptable
46	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por inadecuada aplicación del procedimiento de referenciaci3nes institucionales debido a desconocimiento en el diligenciamiento del procedimiento de referenciaci3nes institucionales o la no aplicaci3n del mismo.	Moderado	Moderado
47	Incumplimiento en la formulaci3n y seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional seg3n normatividad vigente.	Aceptable	Aceptable
48	Probabilidad de no ofertar una mayor capacidad de atenci3n 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.	Aceptable	Aceptable
49	Posibilidad de afectaci3n econ3mica por incumplimiento en la generaci3n de respuesta aceptaci3n a glosas por parte de la Empresa Responsable de Pago - ERP.	Moderado	Moderado
50	Posibilidad de afectaci3n econ3mica por incumplimiento en la negociaci3n con los acreedores a trav3s de acuerdos de pago, conciliaciones y compra de cartera.	Aceptable	Aceptable
51	Posibilidad de afectaci3n econ3mica por no pago de los pagar3s debido a inconsistencias en la informaci3n suministrada al momento de diligenciar el mismo.	Moderado	Aceptable
52	Probabilidad de no confiabilidad en la informaci3n para la generaci3n de estados financieros.	Aceptable	Aceptable



No.	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo absoluto	Zona de Riesgo residual
53	Posibilidad de afectación económica por inoportunidad en la radicación de cuentas por pagar (Proveedores, Talento Humano, Honorarios y Servicios), debido a falta de información y de soporte que permita realizar la causación en tiempo real.	Moderado	Moderado
54	Posibilidad de afectación económica y en la imagen de la institución por incumplimiento en el diseño de estrategias para la reducción del costo operativo y gasto administrativo buscando la eficiencia de los recursos, debido a falta de estrategias a desarrollar en la vigencia.	Moderado	Moderado
55	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.	Moderado	Moderado
56	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.	Alto	Moderado
57	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 dé la estancia.	Alto	Moderado
58	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.	Extremo	Alto
59	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.	Extremo	Alto
60	Probabilidad de afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto, alternando así los registros presupuestales en el sistema DGH.NET	Moderado	Moderado
61	Probabilidad de falla en la digitación y aplicación de los descuentos al momento de hacer el egreso.	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo absoluto	Zona de Riesgo residual
62	Probabilidad de la inoportuna valoración por pediatría a los recién nacidos debido a la no disponibilidad inmediata del especialista por alto flujo de pacientes.	Aceptable	Aceptable
63	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.	Aceptable	Aceptable
64	Posibilidad de no formación del talento humano por insatisfacción de los estudiantes que realizan práctica formativa en los servicios de la E.S.E. HUS, debido a no cumplimiento de lo contenido en los decretos No. 2006 de 2008 y decreto No. 2376 de 2010.	Moderado	Aceptable
65	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 E.S.E. HUS.	Moderado	Moderado
66	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.	Aceptable	Aceptable
67	Incumplimiento en las condiciones físicas de almacenamiento de documentos en bodega.	Moderado	Moderado
68	Probabilidad de no realizar la transferencia documental por parte de los procesos de la E.S.E. HUS.	Alto	Alto
69	Probabilidad de que los documentos se deterioren.	Moderado	Moderado
70	Probabilidad de ausencia de protocolos para el adecuado manejo de documentos en tiempos de pandemia (COVID-19).	Moderado	Moderado
71	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.	Alto	Alto



No.	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo absoluto	Zona de Riesgo residual
72	Posibilidad de ausencia en el seguimiento y control a los elementos tecnológicos de la data center, evitando interrupciones a la continuidad del servicio.	Moderado	Aceptable
73	Probabilidad de demora en la atención del paciente por incumplimiento en la efectividad de las interconsultas debido a que la demanda supera la oferta.	Alto	Moderado
74	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.	Moderado	Moderado
75	Probabilidad de contagio de COVID-19 en la comunidad hospitalaria, debido a la incorrecta utilización de elementos de protección personal (EPP) por falta de sensibilización frente a las posibles consecuencias.	Moderado	Moderado
76	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por investigaciones penales, fiscales o disciplinarias, debido a incumplimiento de requisitos legales para la adquisición de bienes, servicios y obras.	Moderado	Moderado
77	Posibilidad de afectación económica por inoportunidad en la adquisición de los bienes y servicios requeridos por la entidad, debido a carencia de controles en el procedimiento de contratación.	Moderado	Moderado
78	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por sanciones legales por entes de vigilancia y control, debido a inoportunidad en la publicación de documentos y actos administrativos en SECOP.	Moderado	Moderado
79	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por investigaciones financieras, fiscales disciplinarias y legales, debido a inoportunidad en el cumplimiento de términos legales para el estudio de Acciones de Repetición en sede de COMITÉ DE CONCILIACIONES.	Moderado	Moderado
80	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por investigaciones fiscal, disciplinaria y legal, debido a inoportunidad para la defensa en los procesos judiciales y extrajudiciales.	Moderado	Aceptable
81	Probabilidad de no realizar backup de los módulos de la plataforma ALMERA.	Alto	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo absoluto	Zona de Riesgo residual
82	Incumplimiento de la metodología para la adopción de las Guías de Práctica Clínica – GPC.	Moderado	Aceptable
83	Inoportunidad del cierre del ciclo de PAMEC.	Aceptable	Aceptable
84	Inoportunidad en el reporte de los indicadores normativos.	Extremo	Alto
85	Probabilidad de falla en la esterilización de los insumos, dispositivos médicos, instrumental quirúrgico y ropa hospitalaria.	Moderado	Moderado
86	Probabilidad de contagiarse con enfermedades infectocontagiosas durante la recepción de dispositivos médicos e instrumental quirúrgico.	Moderado	Moderado
87	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.	Alto	Alto
88	Probabilidad de contagio de COVID-19 en el personal del servicio del área de quirófanos por uso indebido de elementos de protección personal.	Extremo	Extremo
89	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.	Extremo	Extremo
90	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.	Alto	Alto
91	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 médicas, debido al incumplimiento en la cobertura de la política de renovación de la tecnología.	Alto	Alto
92	Probabilidad de afectación de la capacidad resolutivez de las áreas de expansión, por el incumplimiento de la dotación hospitalaria, debido a la no disponibilidad de recursos económicos.	Alto	Alto
93	Incumplimiento en la normatividad vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo.	Extremo	Extremo



No.	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo absoluto	Zona de Riesgo residual
94	Probabilidad de no gestionar las necesidades generadas por covid-19 en términos de seguridad y salud en el trabajo.	Aceptable	Aceptable
95	Incumplimiento en la ejecución del Programa de Inducción para el personal nuevo de la E.S.E. HUS.	Moderado	Moderado
96	Incumplimiento en la ejecución del Plan de desvinculación y retiro de la E.S.E. HUS.	Aceptable	Aceptable
97	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.	Alto	Alto
98	Probabilidad de infección de COVID-19 del personal asistencial por inadecuada distribución del personal médico para la atención inicial de urgencias a pacientes sintomáticos respiratorios (COVID-19).	Moderado	Moderado
99	Probabilidad de inaccesibilidad a la atención ambulatoria al programa madre canguro de la E.S.E HUS por recién nacidos con criterios de prematurez y/o bajo peso por deserción en el contexto de la pandemia covid-19.	Moderado	Moderado
100	Probabilidad de la no continuidad del proceso de ingreso del menor al programa madre canguro Ambulatorio de la E.S.E Hospital Universitario de Santander por barreras en los trámites relacionados a afiliación en la EPS y autorización de ingreso al programa por parte de la EPS-S.	Moderado	Moderado
101	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.	Aceptable	Aceptable
102	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.	Moderado	Moderado



No.	Nombre del Riesgo	Zona de Riesgo absoluto	Zona de Riesgo residual
103	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.	Aceptable	Aceptable
104	Probabilidad de no atención de recién nacidos debido a la alta afluencia de pacientes y no disponibilidad de cubículos.	Moderado	Moderado
105	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.	Extremo	Alto
106	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.	Aceptable	Aceptable
107	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.	Moderado	Moderado
108	Probabilidad de complicación del paciente en su tratamiento antineoplásico, debido al potencial daño colateral producido por los tratamientos oncológicos.	Moderado	Moderado
109	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.	Alto	Alto

5. CONTROLES APLICADOS

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



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
1	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.
2	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.
3	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.
4	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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
5	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 garanticen la protección del personal asistencial y los pacientes.
6	Probabilidad de incumplimiento en la asignación de citas ambulatorias en los servicios de poyo diagnostico 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.
7	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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
8	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.
9	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.
10	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.
11	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 ítems 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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
12	<p>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.</p>	<p>La profesional universitario área de la salud laboratorio clínico junto con la profesional de calidad del laboratorio documentaron , socializaron y aplicaron en el Laboratorio Clínico el Instructivo para manejo de muestras biológicas de pacientes con sospecha de COVID-19 GAD-LCL-IN-11, Instructivo Prueba de Antígeno COVID-19 GAD-LCL-IN-13, CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA HISOPADO NASOFARÍNGEO Y/O OROFARÍNGEO GAD-LCL-FO-112, GAD-LCL-IN-12 REMISIÓN MUESTRAS COVID-19) , GAD-LCL-FO-109 FORMATO VERIFICACIÓN ALISTAMIENTO KIT Y USO DE EPP Se ha venido realizando verificación mediante sesión breve al personal del laboratorio clínico del Uso Racional de EPPS (Respirador N95), Lineamientos para Vigilancia por Laboratorios Clínicos de Virus Respiratorios , Toma de Muestras para COVID-19, Conservación , Embalaje y Envío de muestras de COVID-19, Ruta de Atención Integral Manejo de Pacientes con sospecha de COVID-19 en la ESEHUS y Descarte correcto de Residuos de muestras tomadas de pacientes con sospecha de COVID-19. Además, en grupos primarios se reforzó nuevamente en el personal los lineamientos en Toma de Muestras para COVID-19, Protocolo de atención de un paciente con sospecha de COVID-19 en la ESEHUS, Colocación y Retiro de EPPS, 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.</p>



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
13	Probabilidad de no cumplir la solicitud, identificación, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.	<p>La profesional universitario 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 Lideres de área siendo auditorías internas realizadas mediante listas de chequeo LISTA DE VERIFICACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO GAD-LCL-FO-106 , SEGUIMIENTO DE LA VERIFICACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO GAD-LCL-FO-108 por cada uno de los profesionales del laboratorio clínico en el día a día , donde se evalúa identificación de pacientes y muestras , uso de EPPS, conservación de muestras , transporte y otros ítems asociados al desarrollo del proceso del laboratorio clínico . Esta estrategia se evalúa cada dos meses y es presentada en equipo primario del laboratorio clínico donde se dan a conocer las fallas activas en el personal y las acciones de mejora ejecutadas para disminuir la ocurrencia de las mismas. Además, se cuenta con un formato GAD-LCL-FO-25 Trazabilidad en la recepción de muestras tomadas en los diferentes servicios, este formato se encuentra en cada uno de los servicios de 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</p>



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
		<p>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.</p>
14	<p>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.</p>	<p>El personal de histotecnología diariamente diligencia el libro de clasificación de muestras asignando el consecutivo interno con el que se realiza seguimiento a la muestra durante el procesamiento, en caso de encontrar muestras sin consecutivo interno, no se continua con el procesamiento de la misma, hasta asignar el respectivo consecutivo.</p>
15	<p>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.</p>	<p>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.</p>



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
16	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.
17	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.
18	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 E.S.E. 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.

No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
19	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.
20	Probabilidad de afectación reputacional por insuficiencia en la dotación de insumos y recursos para la operación de las todas las áreas de la ESE HUS, debido a causas externas que se puedan presentar por la proveeduría de las empresas contratistas.	El profesional universitario Almacenista general realiza un seguimiento continuo al contratista o al requerimiento de insumos para tener pronta solución en la proveeduría a las áreas de la ESE HUS, dejando evidencia el correo electrónico u oficios o seguimiento telefónico.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
21	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 necesidad 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 del formato de ronda, asistencia de la toma de inventario en la bodega del almacén general y acta de dicha actividad, así mismo Formato de requerimiento simple.
22	Incumplimiento en la respuesta ante una emergencia de riesgo biológico.	La Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Recursos Físicos y Servicios Básicos, mensualmente realiza la verificación del cumplimiento contrato 394 para la recolección de los residuos por parte de la empresa de recolección y disposición de residuos, a través del informe de cumplimiento de los requisitos contractuales. En caso de incumplimiento de los requisitos contractuales se realiza requerimiento por oficio al contratista del cumplimiento de la obligación. Lo anterior queda registrado en las actas de interventoría GABS-ADQ-FO-06 las cuales reposan en el expediente del contrato 394 de 2019 ubicado en la oficina de Gestión Ambiental.
23	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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
24	Probabilidad de inadecuada segregación de residuos biológicos COVID-19 por parte del personal de la E.S.E. 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 COVID-19.
25	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 Físicos y Servicios Básicos, realiza rondas de inspección para supervisar el adecuado suministro de recipientes para la recolección de los residuos y ropa contaminada. Lo anterior queda registrado en las actas de interventoría GABS-ADQ-FO-06 las cuales reposan en el expediente del contrato 394 de 2019 ubicado en la oficina de Gestión Ambiental.
26	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 Físicos y Servicios Básicos, mensualmente realiza la verificación del cumplimiento contrato 394 para la recolección de los residuos por parte de la empresa de recolección y disposición de residuos, a través del informe de cumplimiento de los requisitos contractuales. En caso de incumplimiento de los requisitos contractuales se realiza requerimiento por oficio al contratista del cumplimiento de la obligación. Lo anterior queda registrado en las actas de interventoría GABS-ADQ-FO-06 las cuales reposan en el expediente del contrato 394 de 2019 ubicado en la oficina de Gestión Ambiental.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
27	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.
28	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.
29	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.

No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
30	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 auditoria en planta, el cumplimiento de los protocolos y procedimientos de lavado de ropa COVID-19 y solicitando planes de mejora de ser necesario, este informe queda archivado en la carpeta de cada contrato, junto con el plan de mejora si se requiere.
31	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 E.S.E. 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
32	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.

No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
33	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 el 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.
34	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.
35	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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
36	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 decepcionados, verificará el cumplimiento en la utilización de herramientas técnicas para realizar el procedimiento de recepción, revisando el diligenciamiento de los formatos GAT-FAR-FO-35 Formato acta recepción producto farmacéutico instructivo con tabla militar estándar. En el evento de presentarse incumplimiento en el diligenciamiento de estos requisitos se investigará el motivo y se realizarán los correctivos pertinentes, dejando como evidencia la información registrada al revisar los formatos e instructivo de la tabla militar.
37	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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
38	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.
39	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.
40	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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
41	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 tomarán acciones según las desviaciones encontradas.
42	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 E.S.E. 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.
43	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. El profesional universitario del SIAU verifica el despliegue a través de los resultados de la pregunta ¿Se le dieron a conocer los deberes y derechos? de la encuesta de satisfacción del usuario y/o familiar. En caso de desviaciones la profesional universitaria de SIAU tomas las decisiones pertinentes para la mejora del mismo.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
44	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).	El 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.
45	Inadecuada realización de auditorías.	El jefe de la Oficina de Control Interno, al iniciar cada vigencia, por medio de la Matriz de Priorización de auditorías califica los procesos establecidos en el mapa de procesos de la entidad para definir el Plan Anual de Auditorías. El Plan Anual de Auditorías es presentado como proyecto en el Comité Institucional de Control Interno para su aprobación. En caso de ser necesario, el Comité puede solicitar la inclusión de las auditorías que considere. Como evidencia queda el acta del comité donde se aprueba el Plan de Auditorías y el Plan anual de auditorías.
46	Inadecuada realización de auditorías.	El jefe de la Oficina de Control Interno, presenta anualmente, ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y ante la Gerencia avance de las Auditorías e informes realizados por Control Interno. En caso de presentarse situaciones de no mejora, el Comité realiza el análisis y da directrices para implementar. Como evidencia queda el acta del Comité Institucional de Control Interno.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
47	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 está el Plan Anual de Auditoria y las actas mensuales de grupo primario.
48	Inoportunidad en la entrega de informes de auditoría.	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.
49	Incumplimiento en la consecución de los objetivos de la entidad y la normatividad que rige a la E.S.E. 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.
50	Incumplimiento en la consecución de los objetivos de la entidad y la normatividad que rige a la E.S.E. HUS.	El auditor encargado de cada auditoria realiza seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de mejoramiento aprobado producto de la auditoría realizada para garantizar la subsanación de los hallazgos presentados. En caso de presentarse incumplimientos, se requiere al auditado, si persiste se lleva el caso al grupo primario de la Oficina. Como evidencia se cuenta con los informes de seguimiento a planes de mejoramiento realizados por el auditor.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
51	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.
52	Posibilidad de afectación en la imagen institucional por inoportunidad en el despliegue de información desde el proceso de comunicaciones debido a la no entrega dentro de los tiempos por parte de los líderes de los procesos.	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.
53	Posibilidad de afectación de la imagen institucional por inadecuada aplicación del procedimiento de referenciaci3nes institucionales debido a desconocimiento en el diligenciamiento del procedimiento de referenciaci3nes institucionales o la no aplicaci3n del mismo.	El profesional de mercadeo cada vez que se requiera verifica el procedimiento de referenciaci3nes institucionales de los diferentes servicios, asimismo anualmente capacita a los líderes de los procesos de la ESE HUS en el procedimiento de referenciaci3nes 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 comité de gesti3n y desempeño.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
54	Incumplimiento en la formulación y seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional según normatividad vigente.	El jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional lidera cada cuatro años la formulación y elaboración del Plan de Desarrollo Institucional para el cuatrienio según la metodología establecida por el Departamento Nacional de Planeación. Lo cual queda documentado en las evidencias de las mesas de trabajo para la formulación del plan, adicionalmente queda aprobado por junta directiva y publicado en página web de la institución, además de la socialización del plan en los grupos de interés.
55	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 las condiciones contractuales.
56	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.
57	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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
58	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 las 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 prejudicial.
59	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 realiza las conciliaciones con los responsables de las áreas de cartera, facturación, costos, presupuesto, tesorería, talento humano, activos fijos y farmacia, verificando la información suministrada de hechos económicos sucedidos en la entidad. En caso de inconsistencias se solicita al área con la que se está conciliando realizar las correcciones y se verifica en el sistema de información 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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
60	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.
61	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.
62	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 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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
63	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 consigna en formato GFI-FAC-FO-04 y en el sistema DGH.NET, para posterior corrección por parte del responsable.
64	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 dé 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.
65	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 consigna 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



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
66	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.
67	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.
68	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 número del egreso que continua dentro del Sistema dinámica gerencial, fecha de pago, numero de factura, numero del contrato, valor de la factura, descuentos de impuestos, descuentos estampillas y valor a pagar. En caso de encontrar errores en la digitación, se corrige inmediatamente, antes de ser cargado en el sistema de dinámica gerencial, se deja evidencia en listado de liquidación de pagos, que se encuentra en la carpeta compartida de Tesorería con el equipo de trabajo.
69	Probabilidad de la inoportuna valoración por pediatría a los recién nacidos debido a la no disponibilidad inmediata del especialista por alto flujo de pacientes.	El 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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
70	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.
71	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 práctica 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.
72	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 E.S.E. 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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
73	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.
74	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 u otros a mantenimiento para su revisión, se reporta por correo electrónico y a su vez por el formato de mantenimiento establecido por la institución.
75	Probabilidad de no realizar la transferencia documental por parte de los procesos de la E.S.E. 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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
76	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.
77	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 está en los correos institucionales.
78	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.
79	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/u observación se realizará el reporte al proceso correspondiente.
80	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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
81	Posibilidad de ausencia en el seguimiento y control a los elementos tecnológicos de la 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 plataformas 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.
82	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.
83	Probabilidad de aumento en la incidencia de IAAS en los usuarios por la no aplicabilidad del personal asistencial a las medidas establecidas por parte de la institución, generando eventos adversos asociados a la atención.	El Infectólogo junto con el equipo de profesionales de infectología realiza semanalmente verificación sobre las actividades del personal asistencial, con el propósito de vigilar el cumplimiento de las medidas preventivas del manual adoptado de medidas básicas de prevención de IAAS, a través de las listas de chequeo de seguridad del paciente específicas para la evaluación de las buenas prácticas. Se realiza seguimiento al cumplimiento de las buenas prácticas presentando informe al comité de infecciones y tomando decisiones frente a desviaciones encontradas. Se deja registro del control en las listas de chequeo el análisis en el acta de comité de infecciones.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
84	Probabilidad de contagio de COVID-19 en la comunidad hospitalaria, debido a la incorrecta utilización de elementos de protección personal (EPP) por falta de sensibilización frente a las posibles consecuencias.	El equipo de 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.
85	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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
86	Posibilidad de afectación económica por inoportunidad en la adquisición de los bienes y servicios requeridos por la entidad, debido a carencia de controles en el procedimiento de contratación.	El jefe de la oficina asesora Jurídica en conjunto con los Coordinadores de Contratación, mensualmente realiza el seguimiento a la matriz de contratación que se encuentra en Google Drive compartido con los diferentes subgerentes de las áreas del HUS donde se ingresa la información de las solicitudes de las áreas para la contratación de los servicios tercerizados según sus requerimientos. En caso de identificar solicitudes con fechas fuera de la vigencia programada, se realiza seguimiento con el profesional encargado de cada etapa para la contratación y se solicita acción de mejora para realizar la contratación en el menor tiempo posible. El seguimiento se realiza en la matriz de seguimiento a contratación compartida con los Subgerentes.
87	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.
88	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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
89	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 prejudiciales 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).
90	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.
91	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.
92	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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
93	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.
94	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.
95	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.
96	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.

No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
97	Probabilidad de contagio de COVID-19 en el personal del servicio del área de quirófanos por uso indebido de elementos de protección personal.	La Subgerencia de Servicios Quirúrgicos realiza solicitud mensual de EPP (mascarilla quirúrgica - N95) a todo el personal asistencial dejando como evidencia Formato de entrega de elementos de protección personal GTH-DTH-FO-39. Así mismo, se encargará de difundir las invitaciones para capacitación al personal del área, al igual que los correos donde se difunde la información para el uso correcto de los EPP. Esto con el fin de que el personal tenga conocimiento de cuáles elementos debe usar en su área de trabajo y la manera adecuada de utilizarlos para minimizar la probabilidad de contagio por COVID-19. La socialización de la información puede ser realizada tanto de manera presencial como por correo electrónico, organizada por la UIS, la oficina de talento humano, o la oficina de educación de enfermería. Se hace seguimiento al personal de la Subgerencia de Servicios Quirúrgicos con el fin de reforzar socialización de ser necesario Se deja evidencia en las listas de asistencia y en el correo electrónico, elementos enviados.
98	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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
99	Probabilidad de afectación económica y/o en la salud del paciente, por sanciones de los entes de control y/o generación de un evento adverso, debido al incumplimiento a las actividades relacionadas con la metrología legal vigente.	el Profesional de mantenimiento de forma anual realiza seguimiento de las actividades de metrología programadas, ejecutadas y el error permitido mediante el formato GTE-GTE-FO-45 Planeación y seguimiento del aseguramiento metrológico, con el fin de verificar su cumplimiento, lo cual queda registrado en dicho formato y alimentara los indicadores de procedimiento para la gestión meteorológica, presentado los resultados en el comité de tecno reactivo vigilancia, en caso de encontrar desviaciones con respecto al error permitido se analiza la funcionalidad o baja del equipo y en caso de no cumplir con la programación se debe informar la razón por la cual no se cumplió la meta, lo cual quedara registrado en el acta del comité.
100	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 médicas, 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.
101	Probabilidad de afectación de la capacidad resolutivez de las áreas de expansión, por el incumplimiento de la dotación hospitalaria, debido a la no disponibilidad de recursos económicos.	El proceso de gestión de la tecnología junto con el programa de Tecnovigilancia realizará verificación de la dotación según la normatividad 3100/19 mediante un análisis de oferta/demanda de la tecnología relacionada a la contingencia de Covid-19, se deberán realizar como mínimo dos seguimientos uno al inicio para definir las necesidades y otro al final para verificar el cumplimiento de la dotación, en caso de evidenciar incumplimiento se deberá gestionar adquisición de dotación. de todo lo anterior se deberá general informe escrito.

No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
102	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.
103	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.
104	Incumplimiento en la ejecución del Programa de Inducción para el personal nuevo de la E.S.E. 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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
105	Incumplimiento en la ejecución del Plan de desvinculación y retiro de la E.S.E. 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.
106	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 VICTIMAS 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 el 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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
107	Probabilidad de infección de COVID-19 del personal asistencial por inadecuada distribución del personal médico 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.
108	Probabilidad de inaccesibilidad a la atención ambulatoria al programa madre canguro de la E.S.E. HUS por recién nacidos con criterios de prematurez y/o bajo peso por deserción en el contexto de la pandemia covid-19.	El subgerente de mujer e infancia vigila y controla el cumplimiento de la ruta atención en el programa madre canguro en contexto de la pandemia covid-19 (GAM-CEX-IN-03) y la coordinadora del programa madre canguro realiza seguimiento a la aplicación de la ruta cada vez que se recibe un recién nacido con sintomatología respiratorio, actividades implementadas para la prevención del contagio de Covid-19 según documentos y protocolos ya establecidos; además gestiona los contactos de los responsables del funcionamiento de la EPS en la institución, con la finalidad de garantizar la atención integral que resuelvan las necesidades de esta población, en caso de incumplimiento a la ruta la subgerente de los servicios de mujer e infancia realizará una investigación 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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
109	Probabilidad de la no continuidad del proceso de ingreso del menor al programa madre canguro Ambulatorio de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander por barreras en los trámites relacionados a afiliación en la EPS y autorización de ingreso al programa por parte de la EPS-S.	El subgerente de mujer e infancia realiza seguimiento a los indicadores de ingresos del programa y a las estrategias implementadas para su mejoramiento cada 3 meses en los grupos primarios de pediatría, con el propósito de identificar las desviaciones con el fin de crear un plan de mejora. Como evidencia quedan las actas de los grupos primarios donde quedan consignados los indicadores, el análisis con las posibles acciones de mejora.
110	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.
111	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.	El 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 constancias 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 auditorías internas y reportes.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
112	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-obstétricas 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.
113	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.
114	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.



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
115	<p>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.</p>	<p>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.</p>
116	<p>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.</p>	<p>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.</p>



No.	Nombre del Riesgo	Nombre del control
117	Probabilidad de complicación del paciente en su tratamiento antineoplásico, debido al potencial daño colateral producido por los tratamientos oncológicos.	El Médico Oncólogo Clínico Hemato Oncólogo en el momento previo a realizar el tratamiento recibe los exámenes de laboratorio (cuadro hemático) para verificar que los parámetros hematológicos del paciente se encuentren dentro de los parámetros normales. En caso que el paciente no tenga los exámenes dentro de los parámetros normales se suspende el tratamiento hasta cuando los parámetros se encuentren estables. De igual manera la jefe del servicio de quimioterapia debe revisar los parámetros hematológicos del paciente estén normales. En caso de conocerse previamente que el tratamiento de quimioterapia que va a recibir el paciente es muy aplaciente, este se debe prevenir mediante la aplicación de factores de crecimiento de colonia. La evidencia de los exámenes queda registrada en las evoluciones del paciente dentro de la historia clínica.
118	Probabilidad de incumplimiento en la ruta de atención de pacientes oncológicos frente a un posible caso de covid-19 por la no adherencia del personal a los procesos institucionales.	La enfermera de la unidad de oncología y radioterapia realizara el registro mediante la lista de chequeo diariamente verificando el cumplimiento de la ruta de atención de pacientes oncológicos frente a un posible caso de covid-19 con el propósito de disminuir el riesgo de contagio al personal de salud, pacientes y familiares, en caso de evidencia de las desviación de la implementación de la ruta de atención a pacientes oncológicos se realizarán las acciones correctivas inmediatas y se retroalimentaran en grupo primario de la unidad de oncología y radioterapia y como evidencia se registrará en el acta de dicho grupo primario que será cargada en la plataforma Almera.

6. PLANES DE ACCIÓN DEFINIDOS Y AVANCE

El sistema de riesgos de procesos cuenta con 27 riesgos priorizados cada uno de ellos con su respectivo plan de acción.

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

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
1	Probabilidad de 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.	1P. Analizar el proceso actual de pagarés y presentar un diagnóstico, definiendo a partir de éste las actividades a realizar.	100%
		2H. Generar compromisos a partir de la revisión del procedimiento de pagarés.	100%
		3V. Verificar compromisos a partir de realización de mesas de trabajo periódicas.	0%
		4A. Tomar las acciones pertinentes frente a las desviaciones encontradas.	0%
2	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.	1P. Definir estrategia de socialización del protocolo de atención del paciente con probable o confirmación diagnóstica COVID-19.	100%
		2H. Socializar el protocolo de atención del paciente con probable o confirmación diagnóstica de COVID-19.	15%
		3V. Medir la adherencia al protocolo de atención del paciente con probable o confirmación diagnóstica de COVID-19.	0%
		4A. Tomar decisiones en base a las desviaciones encontradas.	0%
3	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.	1. Actualizar Infografía COVID-19.	100%
		2. Socializar Infografía actualizada.	50%
		3. Evaluar la adherencia al proceso.	60%
		4. Actuar de acuerdo a lo observado.	0%
4	Probabilidad de incumplimiento del personal asistencial al protocolo de	1P. Definir estrategia de socialización del protocolo de atención del paciente con probable o confirmación	100%



No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
	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.	diagnóstica COVID-19.	
		2H. Socializar el protocolo de atención del paciente con probable o confirmación diagnóstica de COVID-19.	15%
		3V. Medir la adherencia al protocolo de atención del paciente con probable o confirmación diagnóstica de COVID-19	0%
		4A. Tomar decisiones en base a las desviaciones encontradas.	0%
5	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.	1P. Establecer los diferentes criterios y normatividad para la liquidación de cuentas hospitalarias.	100%
		2H. Realizar el cargue y liquidación de los servicios prestados por la ESE HUS en concordancia con los criterios y normatividad para la liquidación de cuentas.	40%
		3V. Verificar la idoneidad de la factura en cuanto a cargue, cantidad y valores de procedimientos e insumos liquidados con respecto a los servicios prestados según anexos y registros	40%
		4A. Tomar las decisiones frente a las desviaciones encontradas	0%
6	Inoportunidad en el reporte de los indicadores normativos.	1P. Definir las estrategias para identificar y gestionar los patrones no deseados desde los mecanismos de medición estandarizados en la institución y la oportunidad de entrega de información por parte de los procesos institucionales para alimentar los indicadores normativos.	100%
		2H. Implementar la estrategia definida para la entrega de información por parte de los procesos institucionales para alimentar los indicadores	0%



No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
		normativos.	
		4V. Monitorizar los indicadores normativos y de procesos por medio de la herramienta ALMERA	25%
		5A. Actuar de acuerdo a los resultados encontrados	0%
7	Probabilidad de congestión en la sala de espera del Servicio de Consulta Externa, por fallas en la frecuencia horaria de asignación de citas, lo cual aumentaría la posibilidad de contagio por COVID-19.	1P. Identificar las mejoras a realizar en el Servicio de Consulta Externa para mitigar el contagio por COVID-19	100%
		2H. Ejecutar las acciones de mejora planeadas para mitigar el contagio por COVID-19	100%
		3V. Supervisar la aplicación de las acciones de mejora definidas para el Servicio de Consulta Externa, para mitigar el contagio por COVID-19	50%
		4A. Tomar decisiones frente a las desviaciones encontradas	0%
8	Incumplimiento en la normatividad vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo.	1P. Definir las actividades de fortalecimiento del autocuidado en el sistema de gestión de SST.	100%
		2H. Implementar las actividades de fortalecimiento del autocuidado definidas en el sistema de gestión de SST.	100%
		3V. Monitorizar la ejecución de las actividades del sistema de SST.	100%
		4V. Evaluar los resultados de la ejecución de las actividades del sistema de SST.	100%
		5A. Actuar frente a las desviaciones encontradas.	100%
9	Posibilidad de afectación económica por multa y	1P. Identificar mensualmente el cumplimiento de la aplicación de la	100%



No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
	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.	tabla militar estándar, revisando los registros durante la recepción de los productos farmacéuticos en la bodega de la farmacia. Evidencia: (Tabla Militar Estándar).	
		2H. Hacer la revisión mensual de los registros de la aplicación de la tabla militar estándar en la recepción de los productos farmacéuticos en la bodega de la farmacia. Evidencia: (Actas de recepción técnica administrativa mensual).	0%
		3V. Supervisar la correcta utilización de la tabla militar estándar en la recepción de productos farmacéuticos. Evidencia: (tamaño de muestra de acuerdo al tamaño del lote).	0%
		4A. Actuar y realizar los ajustes pertinentes de acuerdo a lo observado.	0%
10	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.	1P. Definir las estrategias para identificar y gestionar los patrones no deseados desde los mecanismos de medición estandarizados en la institución y la oportunidad de entrega de información por parte de los procesos institucionales para alimentar los indicadores normativos.	100%
		2H. Implementar la estrategia definida para la entrega de información por parte de los procesos institucionales para alimentar los indicadores normativos.	0%
		3H. Realizar seguimiento previo y posterior a las fechas de cargue de informes a los entes de control de acuerdo al plan de gerencia y flujo de información.	0%



No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
		4V. Verificar el cumplimiento en los tiempos de entrega del cargue de los informes.	0%
		5A. Tomar decisiones frente lo encontrado.	0%
11	Insuficiencia de recipientes que faciliten la segregación de residuos biológicos y ropa contaminada generados en la atención de pacientes COVID-19.	1P. Planear la dotación de recipientes en las áreas definidas para la atención de pacientes COVID-19.	100%
		2H. Realizar requerimiento para el suministro de recipientes para las áreas COVID-19.	100%
		3V. Verificar la adquisición de recipientes para la segregación de residuos y ropa contaminada COVID-19.	100%
		4A. Actuar de acuerdo a las desviaciones presentadas en el suministro de recipientes para las áreas COVID-19.	0%
12	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.	1. P. Fortalecer la aplicabilidad de la herramienta de tamizaje nutricional a los profesionales de salud en la E.S.E HUS.	100%
		2. 1H. Hacer revisión y ajuste de parámetros de las herramientas de tamizaje nutricional en DINAMICA, para su aplicabilidad por los profesionales de salud en la E.S.E. HUS.	100%
		3. 2H. Socializar los ajustes y aplicabilidad de las herramientas de tamizaje nutricional a los profesionales de salud en la E.S.E HUS.	0%
		4. V. Evaluar la aplicabilidad de la herramienta de tamizaje nutricional a pacientes con ingreso a internación en	0%



No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
		la ESE HUS.	
		5. A. Tomar decisiones según las desviaciones detectadas.	0%
13	Probabilidad de no realizar la transferencia documental por parte de los procesos de la E.S.E. HUS.	1. Definir el cronograma para realizar las transferencias documentales de las diferentes áreas del Hospital Universitario.	100%
		2. Ejecutar el cronograma de trabajo con los diferentes procesos.	15%
		3. Presentar el proyecto de actualización de las Tablas de Retención Documental al Consejo Departamental de Archivo.	100%
		4. Verificar el desarrollo de las actividades del cronograma de transferencias y de las TRD.	40%
		5. Tomar decisiones frente a los resultados obtenidos.	0%
14	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.	1. Definir estrategias de sensibilización al personal médico que pertenece a la Subgerencia de Servicios Quirúrgicos	100%
		2. Realizar sensibilización al personal médico de la Subgerencia de Servicios Quirúrgicos mediante los diferentes grupos primarios.	100%
		3. Verificar en la reunión mensual de cirugía segura que no se repita la evaluación clínica inadecuada como causa de cancelación de cirugía.	0%
		4. Actuar según las desviaciones presentadas.	0%
15	Probabilidad de afectación económica y/o en la salud del paciente, por sanciones de	1P. Planear a través de referenciación la calificación de instalación y operación de equipos biomédicos	100%



No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
	los entes de control y/o generación de un evento adverso, debido al incumplimiento a las actividades relacionadas con la metrología legal vigente.	adquiridos que aplique	
		2H. Documentar las especificaciones para calificación de instalación y operación de equipos biomédicos adquiridos que aplique	100%
		3H. Implementar las especificaciones identificadas para calificación de instalación y operación de equipos biomédicos adquiridos que aplique	100%
		4V. Evaluar la funcionalidad del instrumento para medir la calificación de instalación y operación de equipos adquiridos	100%
		5A. Tomar acciones según las desviaciones encontradas.	100%
16	Probabilidad de afectación de la capacidad resolutive de las áreas de expansión, por el incumplimiento de la dotación hospitalaria, debido a la no disponibilidad de recursos económicos.	1. Identificar las áreas de expansión para pacientes con COVID-19.	10%
		2. Realizar autoevaluación del estándar de dotación de habilitación.	0%
		3. Elaborar informe con la dotación faltante en las áreas de expansión.	0%
		4. Radicar las necesidades a la subgerencia administrativa.	0%
		5. realizar seguimiento al requerimiento tramitado.	0%
		6. actuar según las desviaciones encontradas.	0%
17	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	1P. Planear estrategias para fortalecer implementación, seguimiento y la monitorización del abordaje y manejo integral a víctimas de maltratos.	100%

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
	PROTOCOLO A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL y PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE VICTIMAS 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.	2H. Implementar las estrategias para el seguimiento y la monitorización del abordaje y manejo integral a víctimas de maltratos.	100%
		3V. Evaluar la implementación, seguimiento y la monitorización del abordaje y manejo integral a víctimas de maltratos.	0%
		4A. Tomar decisiones de acuerdo a los resultados observados.	0%
18	Probabilidad de afectación económica por la Subutilización de las consultas en el Servicio de Atención Ambulatoria por el comportamiento de la contratación respecto de la oferta del servicio.	1P. Definir el informe de Gestión de la Subutilización de las horas mes por especialidad	100%
		2H. Documentar el informe de Gestión de la Subutilización de las horas mes por especialidad.	50%
		3H. Socializar el informe de la Subutilización de las horas mes por especialidad en el Grupo Primario de Coordinadores de la Subgerencia	50%
		4V. Supervisar que el análisis de la Subutilización de las horas mes por especialidad sea incluido en el acta de Grupo Primario de Coordinadores de la Subgerencia.	50%
		5A. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones observadas	0%
19	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	1P. Identificar las acciones de mejora a realizar en el servicio de rehabilitación enfocadas a atributos de seguridad en la prestación de servicios.	100%
		2H. Ejecutar las acciones de mejora planteadas en el proceso de rehabilitación para garantizar atención segura.	50%



No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
	establecidos en la E.S.E. HUS.	3V. Supervisar la aplicación de las acciones de mejora propuestos.	10%
		4A. Tomar acciones según las desviaciones encontradas.	0%
20	Probabilidad de contagio de COVID-19 en el personal del servicio del área de quirófanos por uso indebido de elementos de protección personal.	1. Definir estrategias para fortalecer la sensibilización al personal de la subgerencia quirúrgica, acerca de la importancia del uso adecuado de EPP	100%
		2. Implementar estrategias de sensibilización definidas, acerca de la importancia del uso adecuado de los EPP a todo el personal de la subgerencia quirúrgica.	100%
		3. Evaluar al personal de la subgerencia quirúrgica acerca de la importancia del uso adecuado de EPP	0%
		4. Actuar según las desviaciones observadas.	0%
21	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.	1. Definir estrategias de socialización al personal asistencial del área quirúrgica, acerca del protocolo de manipulación de vía aérea e intubación a paciente con sospecha o diagnóstico de COVID-19.	100%
		2. Implementar estrategias de sensibilización al personal asistencial del área quirúrgica, acerca del protocolo de manipulación de vía aérea e intubación a paciente con sospecha o diagnóstico de COVID-19.	100%
		3. Evaluar al personal asistencial del área quirúrgica acerca del protocolo de manipulación de vía aérea e intubación a paciente con sospecha o diagnóstico de COVID-19	0%



No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
		4. Actuar según las desviaciones observadas.	0%
22	Probabilidad de no cumplir la solicitud, identificación, toma, conservación y transporte de muestras biológicas del laboratorio clínico.	1. Identificar estrategias de divulgación para que todos los colaboradores de la ESEHUS conozcan y apliquen el procedimiento de solicitud, recepción, toma, conservación y transporte de muestras del laboratorio clínico.	100%
		2. Elaborar un cronograma de capacitaciones mediante plataformas educativas (MOODLE, etc.) y sesiones breves en equipos primarios en cada uno de los servicios de internación de la E.S.E. HUS.	100%
		3. Medir el grado de conocimiento de los colaboradores capacitados en cada uno de los servicios de la E.S.E. HUS.	50%
		4. Supervisar mediante listas de chequeo y/ o auditorias, la adherencia de los colaboradores al procedimiento de solicitud, recepción, toma, conservación y transportarte de muestras biológicas del laboratorio clínico.	50%
		5. Tomar decisiones de acuerdo a lo observado.	0%
23	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.	1. Planear estrategias para evitar errores en la identificación de las muestras.	100%
		2. Implementar las estrategias para evitar errores en la identificación de las muestras.	40%
		3. Monitorear los eventos adversos asociados a error en la identificación de muestras.	0%



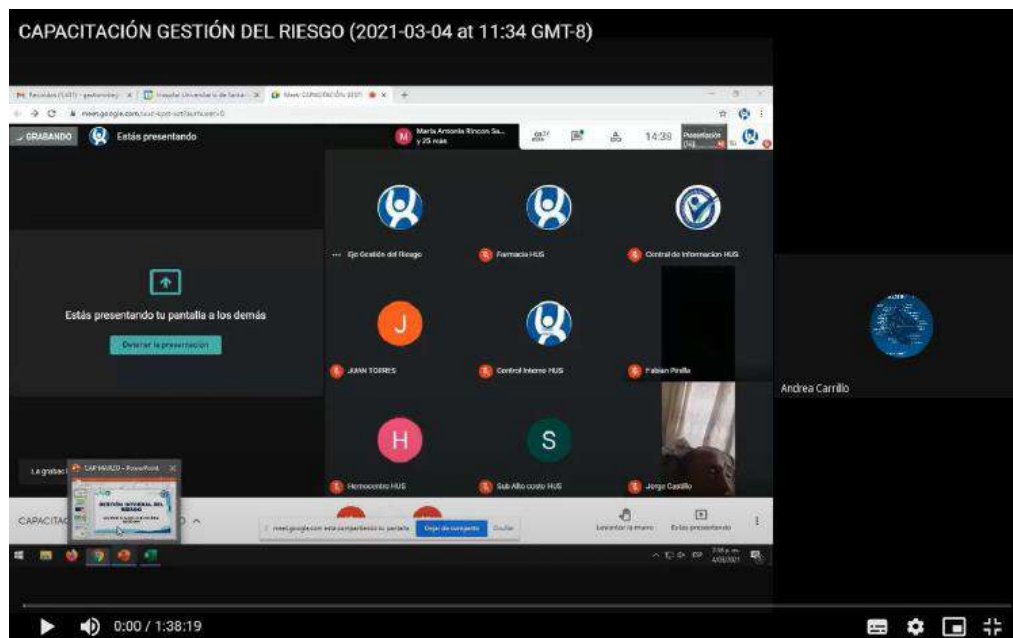
No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
		4. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas.	0%
24	Probabilidad de alto índice de obsolescencia de la tecnología, por la afectación en la integridad de la prestación del servicio, evento adverso y/o afectación en la resolutiveidad en las decisiones médicas, debido al incumplimiento en la cobertura de la política de renovación de la tecnología	1P. Fortalecer la implementación de la matriz de índice de obsolescencia	100%
		2H. Aplicar el índice de obsolescencia a los equipos del servicio de quirófanos.	100%
		3V. Verificar los resultados obtenidos del índice de obsolescencia.	100%
		4A. Tomar acciones según las desviaciones encontradas.	100%
25	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.	1. Articular las necesidades identificadas que fueron autorizadas en Gerencia para su ejecución.	100%
		2. Realizar solicitud al área encargada los avances referentes a las adecuaciones aprobadas en el comité de Gerencia.	50%
		3. Verificar el cumplimiento de las adecuaciones solicitadas para las áreas de aislamiento.	0%
		4. Tomar decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas.	0%
26	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	1P. Diseñar estrategias para actualizar el código de colores y su manejo seguro de la ESE HUS de acuerdo a la nueva normatividad	100%
		2H. Actualizar el código de colores y su manejo seguro del documento PGIRASA.	100%
		3H. Implementar las estrategias para brindar información y educación ambiental a los colaboradores sobre el nuevo código de colores	0%

No.	Nombre del riesgo	Plan de mejoramiento	Avance
		5A. Tomar acciones de mejora de acuerdo a los resultados encontrados asociados al cambio del código de colores y su manejo seguro.	0%
27	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.	1. Realizar Cronograma de Jornadas de Donación mensualmente.	60%
		2. Ejecutar las Jornadas de Donación Voluntaria de Sangre.	60%
		3. Evaluar el indicador de porcentaje de Jornadas de Donación.	50%
		4. Actuar de acuerdo a lo Encontrado	0%

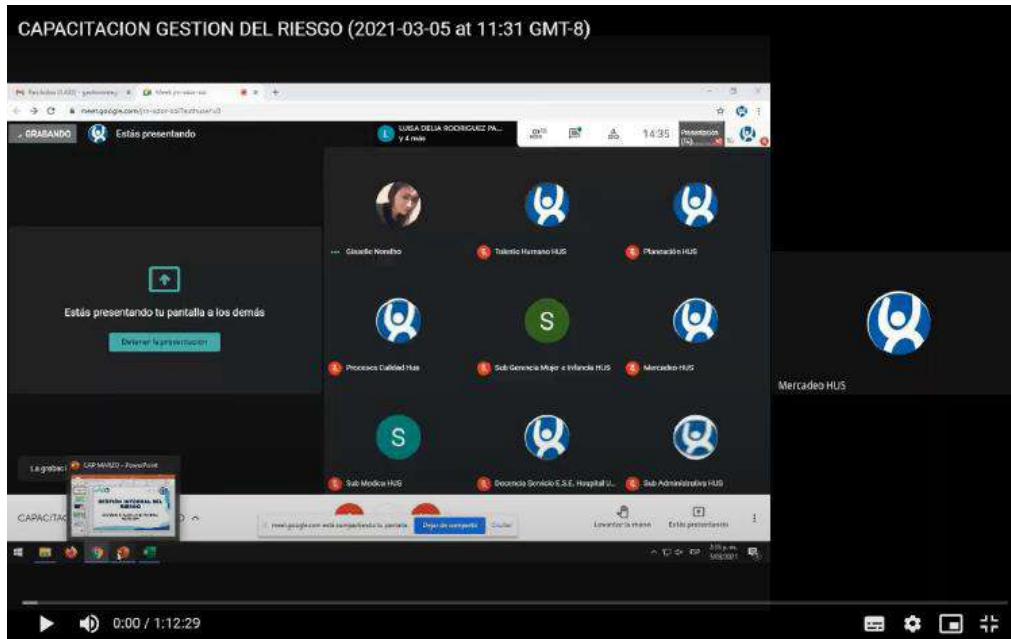
7. SOCIALIZACIÓN DEL SISTEMA

La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional realiza las capacitaciones a todos los líderes de los procesos, durante el primer semestre se han ejecutaron dos (2) capacitaciones generales virtuales durante el mes de marzo, adicionalmente en los meses de abril, mayo y junio se realizaron capacitaciones personalizadas por cada proceso. A continuación, se evidencia las capacitaciones y socializaciones.

- Capacitación en gestión integral del riesgo vía Meet el día 4 de marzo del 2021



- Capacitación en gestión integral del riesgo vía Meet el día 5 de marzo del 2021



- Capacitaciones personalizadas del mes de abril, impactando a ocho procesos, los cuales son: Gestión documental, Hemocentro, Cartera, Tesorería, Costos, Mercadeo, Esterilización, e Imagenología.

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	16/04/21	HORA PROGRAMADA	10:00 am	HORA DE INICIO	10:00 am	HORA FINAL	11:30 am	LUGAR	Oficina Desarrollo Institucional
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento Gestión de Riesgos - Gestión Documental								
RESPONSABLE	Profesional Gestión Integral del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	AREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Ludwing Morales Rey	91068002	Prof. Universitario	ACTIVO Desarrollo Institucional	Gestión Integral	[Firma]			
2	Yedy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Universitario Esp	Institucional	Gestión Integral	[Firma]			
3									
4									

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	22/04/21	HORA PROGRAMADA	7:30 am	HORA DE INICIO	7:30 am	HORA FINAL	8:30 am	LUGAR	Desarrollo Institucional
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento Gestión de Riesgo - Hemocentro								
RESPONSABLE	Profesional Gestión de Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	AREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Duolía García Moreno	63550480	Bacteriología	Hemocentro	Desarrollo Institucional - ESE-HUS	[Firma]			
2	Yedy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Universitario Esp	Institucional	Gestión Integral	[Firma]			
3									
4									



LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	22/04/21	HORA PROGRAMADA	9:30 am	HORA DE INICIO	9:30 am	HORA FINAL	12:00 am	LUGAR	Desarrollo Institucional
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento Gestión de Riesgos - Subgerencia Administrativa Financiera								
RESPONSABLE									
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Lisbeth Alicia Bravo S.	13541115	Plan. Org.	Contar	Gestión Int.	[Firma]			
2	Lidia Juliana Cuatrecasas	1098744948	Prof. Universitario	Tesorería	Gestión Integral	[Firma]			
3	Jorge E. Angulo H.	91250819	Prof. Universitario	Costos	ESE H.U.S	[Firma]			
4	Yeidy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Universitario Esp	Desarrollo Institucional	Gestión Integral	[Firma]			
5									

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	23/04/21	HORA PROGRAMADA	8:30 am	HORA DE INICIO	8:30 am	HORA FINAL		LUGAR	Desarrollo Institucional
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento Gestión del Riesgo - Proceso Mercadeo								
RESPONSABLE	Lider de Gestión del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	César Juan Macías S.	109869442	Profesional mercadeo	ODI	Gestión	[Firma]			
2	Yeidy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Universitario esp	ODI	Gestión Integral	[Firma]			
3									
4									

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	27/04/21	HORA PROGRAMADA	10:00 am	HORA DE INICIO	10:00 am	HORA FINAL	11:30 am	LUGAR	Desarrollo Institucional
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento Gestión del Riesgo - esterilización								
RESPONSABLE	Profesional Gestión del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	[Firma]	634640918	Enf. coordinador	enfermería	Dorsalud	[Firma]			
2	Yeidy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Universitario esp	ODI	Gestión Integral	[Firma]			
3									
4									

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	29/04/21	HORA PROGRAMADA	8:00 am	HORA DE INICIO	8:00 am	HORA FINAL	9:30 am	LUGAR	Desarrollo Institucional
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento Gestión del Riesgo - Imagenología								
RESPONSABLE	Lider Gestión de Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Maria Fernanda Plata G.	1008769863	Prof. Universitario	Apoyo Dx	Gestión Integral	[Firma]			
2	Yeidy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Universitario esp	Desarrollo Institucional	Gestión Integral	[Firma]			
3									
4									

- Capacitaciones personalizadas del mes de mayo, impactando a veintiséis procesos, los cuales son: Gestión ambiental, Laboratorio clínico, Farmacia, Adquisición de Bienes, Servicios y Obras Defensa Judicial y Extrajudicial, Planeación del Talento Humano, Ingreso del Talento Humano, Desarrollo del Talento Humano, Retiro del Talento Humano, Gestión de Calidad, Sistema de Información del Usuario, Presupuesto, Contabilidad, Costos, Facturación, Cartera, Tesorería, Consulta Externa, Subgerencia Mujer e Infancia, Nutrición, Urgencias General, Hospitalización, Apoyo Diagnóstico Especializado, Oncología, Gestión de Cuidados Intensivos, y Rehabilitación.

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FECHA	03/05/21	HORA PROGRAMADA	10:00 am	HORA DE INICIO	10:00 am	HORA FINAL	11:15 am	LUGAR	Desarrollo Institucional
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento Gestión del Riesgo - Gestión Ambiental								
RESPONSABLE	Lider de Gestión del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Wendy L. Gutiérrez Estupiñán	1099733783	Prof. Universitario	6 Ambiental	6. Integral	<i>[Firma]</i>			
2	Yedy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Univ. Esp.	6 ODI	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
3									
4									

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FECHA	06/05/21	HORA PROGRAMADA	10:30 am	HORA DE INICIO	10:30 am	HORA FINAL	11:34 am	LUGAR	Laboratorio Clínico
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento Gestión del Riesgo - Laboratorio Clínico								
RESPONSABLE	Lider Gestión del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1									
2	Yedy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Riesgos	Dib Inst	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
3	Yedy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Universitario	Lab. Clínico	GTE-HUS	<i>[Firma]</i>			
4									
5									

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FECHA	07/05/21	HORA PROGRAMADA	8:00 am	HORA DE INICIO	8:00 am	HORA FINAL	9:30 am	LUGAR	Desarrollo Institucional
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento Gestión del Riesgo - Farmacovigilancia								
RESPONSABLE	Lider Gestión Integral del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Wendy L. Gutiérrez Estupiñán	1099733783	Prof. Universitario	Calidad	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
2	Tatiana Mejía Pineda	1045704114	Químico Fzo	Farmacia	Desarrollo	<i>[Firma]</i>			
3	Yedy Cardozo Morantes	114311216	Químico Fzo	Farmacia	Desarrollo	<i>[Firma]</i>			
4	Yedy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Universitario Esp	Dib Inst	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
5									
6									



LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	11/05/21	HORA PROGRAMADA	8:30 am	HORA DE INICIO	8:30am	HORA FINAL	12:00m	LUGAR	Dpto Institucional
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento Gestión del Riesgo - Gestión Jurídica								
RESPONSABLE	Lider Gestión del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Yeidy Curdozo Morantes	1093733799	Prof Universitario	Dpto Inst	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
2	Olivia Andrea Serrano Plata	1093300033	Prof. Universitario	Jurídica	ESE HUS	<i>[Firma]</i>			
3									
4									

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	10/05/21	HORA PROGRAMADA	9:00am	HORA DE INICIO	8:00 am	HORA FINAL	10:00am	LUGAR	Talento Humano
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento Gestión del Riesgo - Gestión Talento Humano								
RESPONSABLE	Lider de Gestión del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Magda Carolina González	92260072	Profesional Universitario	UPTH	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
2	Ana Milena Acevedo Gil	37722540	Prof. Esp. SST	UPTH	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
3	Fredy Mayrilly Ortiz S	103540197	Técnico Administr.	UPTH-SST	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
4	Sergio J Villacreses A	7191332	Med. Esp. SO	SubMed.-SST	Desarrollo	<i>[Firma]</i>			
5	Jendry Yiseth Gomez A	1098262159	Tecn Adm.	UPTH	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
6	Yeidy Curdozo Morantes	1093733799	Prof Universitario	Dpto Inst	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
7									
8									

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	19/05/21	HORA PROGRAMADA	8:00am	HORA DE INICIO	8:00am	HORA FINAL	9:00am	LUGAR	Desarrollo Institucional
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento Gestión del Riesgo - Gestión de Calidad								
RESPONSABLE	Lider de Gestión Integral del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Alicia Patricia Restrepo	1093714042	Prof. Universitario	Calidad	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
2	Yeidy Curdozo Morantes	1093733799	Prof. Univ. Esp	Dpto Inst	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
3									
4									



LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	20/05/21	HORA PROGRAMADA	7:15am	HORA DE INICIO	7:15 am	HORA FINAL	11:00am	LUGAR	Auditorio Hemocentro
MOTIVO REUNIÓN	Capacitación en Gestión Integral del Riesgo								
RESPONSABLE	Lider Gestión Integral del Riesgo - Control Interno								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Yeidy Cardozo Morantes	1048733799	Prof. Univ Esp II	Dpto Inst	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
2	Lizeth Pin To Jerez	1102369867	Doced Académica	Calidad	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
3	Melina Johana Dardo Rueda	37892476	Prof apoyo docencia	calidad	Ese HUS	<i>[Firma]</i>			
4	Susy Ortiz Róez	63481004	prof Universitario	Contabilidad	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
5	Andrea Hernandez Pardo	63437527	Prof universitario	Sub Adm. Finca	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
6	Osari Alicia Blanco	13544115	Prof univ.	Control	ESG. UT	<i>[Firma]</i>			
7	Ana M. Casanova B	1098618730	Prof Univ	Sub Administración	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
8	Josana Patricia Balboa Romero	63508849	Asp. Of. Asesor	Dpto Institucional	ESE HUS	<i>[Firma]</i>			
9	Delmira Delgado Manrique	63361939	prof Univ ppto	pp2	ESE HUS	<i>[Firma]</i>			
10	Chacota Pineda Aranda	2815377	Prof universitario	Telecomunicación	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
11	Isige Maud Diaz J	109278987	Contratista	Sub Adm	ESE AUS	<i>[Firma]</i>			
12	Luis E. Argüello M	91230819	Prof. Universitario	Costos	ESE HUS	<i>[Firma]</i>			
13	Jairo Hernán Vilabara	91248457	Jefe Op. Asesor	Control Int.	ESE HUS	<i>[Firma]</i>			
14	Sandra Wilfredo Valencia	63543461	Prof de apoyo	Control Interno	ESE HUS-CPS	<i>[Firma]</i>			
15	Janeth Contreras A	28452499	Prof. U. Tesorera	UFRF	ESE-HUS	<i>[Firma]</i>			
16	Alina Juliana Cuatrecasas	10949948	Prof. Universitario	Tesorería	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
17	Fabio Gutiérrez M	91103411	Prof. Univ	ODI	GI	<i>[Firma]</i>			
18	DAIER A ZARATE	8041882	P.O. FACULTAD	UFRF	ESE HUS	<i>[Firma]</i>			
19	Luz Dalia Valbuena	109869433	Prof univ. Control	Int. G. Integr	-Ese HUS	<i>[Firma]</i>			

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	24/05/21	HORA PROGRAMADA	8:00am	HORA DE INICIO	8:00am	HORA FINAL	11:00am	LUGAR	Subgerencia Administrativa
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento Gestión Integral Riesgo - Subgerencia Administrativa Financiera								
RESPONSABLE	Lider Gestión Integral del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Yeidy Cardozo Morantes	1048733799	Prof. Univ. Esp	Dpto Inst	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
2	Alina Juliana Cuatrecasas	1098744948	Prof. Universitario	Of. Tesorería	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>			
3	Janeth Contreras A	28452499	prof. U. Tesorera	UFRF	ESE-HUS	<i>[Firma]</i>			
4	Fabio Gutiérrez M	91103411	Prof Univ-ODI	ODI	GI	<i>[Firma]</i>			
5	Delmira Delgado Manrique	63361939	prof Univ ppto	UFRF	ESE-HUS	<i>[Firma]</i>			
6	Jamir Rodríguez Noya	60378647	Tecn. Adm.	Presupuesto	Gest. Int.	<i>[Firma]</i>			
7	Elsa Linares Rodríguez	2842413	P.O. Contador	Contabilidad	E.S.E. HUS	<i>[Firma]</i>			
8									
9									

**LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**



FECHA	HORA PROGRAMADA	HORA DE INICIO	HORA FINAL	LUGAR	Cartera y Facturación	
25/05/21	8:00 am	8:00 am	11:00 am			
MOTIVO REUNIÓN Seguimiento Gestión Integral del Riesgo - Cartera y Facturación						
RESPONSABLE Líder de Gestión del Riesgo						
ASISTENTES						
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA
1	Yeidy Cardozo Morantes	1098733794	Prof Univ Esp	Dllo Inst	Gestión Integral	[Firma]
2	FABO SANCHEZ RAMIREZ Cn	74192045	Prof Univ. Ciencias	UR y F	ESE AUS	[Firma]
3	OSCAR ALVARO BLANCO G	17541115	Prof. Un.	Plantas	Gest. Int.	[Firma]
4	JAVIER A. JARATE C.	80.415882	P.U. Facturación	U.F.R.F.	ESE HUS	[Firma]
5	MARCOS P. CONTRERAS	2815134	Prof. Facturación	Facturación	Gestión Integral	[Firma]
6						
7						

**LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**



FECHA	HORA PROGRAMADA	HORA DE INICIO	HORA FINAL	LUGAR	Subgerencia Ambulatorias	
25/05/21	11:00 am	11:00 am	12:00 m			
MOTIVO REUNIÓN Seguimiento Gestión Integral del Riesgo - subgerencia Ambulatorias y Apoyo Teap						
RESPONSABLE Líder Gestión Integral del Riesgo						
ASISTENTES						
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA
1	Mrs Antonia Roca S.	63491246	Prof. Universitaria	SSAAT	Gestión Integral	[Firma]
2	Yeidy Cardozo Morantes	1098733794	Prof. Univ. Esp	Dllo Inst	Gestión Integral	[Firma]
3						
4						

**LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**



FECHA	HORA PROGRAMADA	HORA DE INICIO	HORA FINAL	LUGAR	Desarrollo Institucional	
25/05/21	2:00 pm	2:00 pm	3:00 pm			
MOTIVO REUNIÓN Seguimiento Gestión Integral del Riesgo - IAMII						
RESPONSABLE Líder Gestión Integral del Riesgo						
ASISTENTES						
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA
1	Diana Peña D	1048153363	Técnico Administrativo	Subgerencia	Gestión Integral	[Firma]
2	Albino Trullwiler Díaz	1101758040	Profesional Universitario	Subgerencia Infancia	Gestión Integral	[Firma]
3	Yeidy Cardozo Morantes	1098733794	Prof. Univ. Esp	Dllo Inst	Gestión Integral	[Firma]
4						
5						



LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	HORA PROGRAMADA	HORA DE INICIO	HORA DE FIN	LUGAR		
26/05/21	8:30 am	8:30 am		Desarrollo Institucional		
MOTIVO REUNIÓN Seguimiento Gestión Integral del Riesgo - Nutrición						
RESPONSABLE Lider Gestión Integral del Riesgo						
ASISTENTES						
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA
1	Yeidy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Univ. ESP	Dllo Inst	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>
2	Tayra Yunyui Espinoza B.	1098687516	Nutricionista	Programas E.	Darsalca	<i>[Firma]</i>
3	Diana Katherine Chaparro H	1095805498	Prof. Onu Nutrición	Nutrición	ESE HUS	<i>[Firma]</i>
4						
5						

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	HORA PROGRAMADA	HORA DE INICIO	HORA DE FIN	LUGAR		
27/05/21	11:00 am	11:00 am	12:30 pm	Subgerencia de Médicos		
MOTIVO REUNIÓN Seguimiento Gestión Integral del Riesgo - Subgerencia de Médicos						
RESPONSABLE Lider Gestión Integral del Riesgo						
ASISTENTES						
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA
1	Diana Liza Ortiz Piza	100482856	Prof. Universitario	Sub Medica	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>
2	Yeidy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Universitario ESP	Dllo Inst	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>
3						
4						

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	HORA PROGRAMADA	HORA DE INICIO	HORA DE FIN	LUGAR		
31/05/21	8:00 am	8:00 am	9:15 am	Desarrollo Institucional		
MOTIVO REUNIÓN Seguimiento Gestión Integral del Riesgo - Subgerencia Alto Costo						
RESPONSABLE Lider Gestión Integral del Riesgo						
ASISTENTES						
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA
1	Jefferson Cruz Puada	109864717	Prof. Univers.	Alto Costo	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>
2	Yeidy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Univ. ESP	Dllo Inst	Gestión Integral	<i>[Firma]</i>
3						
4						



LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	HORA PROGRAMADA	HORA DE INICIO	HORA FINAL	LUGAR		
21/05/21	2:00 pm	2:00 pm		Subgerencia Ambulatorio y AT		
MOTIVO REUNIÓN: Seguimiento Gestión Integral del Riesgo-Subgerencia Ambulatorio y Apoyo Terapeutico						
RESPONSABLE: Lider de Gestión del Riesgo						
ASISTENTES						
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA
1	Dña Gineyda Argenta	37350111	Coord de RHB	Rehabilitación	Densel	[Firma]
2	Dña Antonia Riera	63491244	Prof Universitario	SSAAT	Gestión Integral	[Firma]
3	Germain Moutuez R	91424220	Auditor Cont Ext	Sub Admiva	Gestión	[Firma]
4	Yeidy Cardozo Morantes	1098733799	Prof Univ Esp	ODI	Gestión Integral	[Firma]
5						
6						

- Capacitaciones personalizadas del mes de junio, impactando a nueve procesos, los cuales son: Cartera, Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU), Consulta externa, Rehabilitación, Dotación e insumos, Servicios básicos, Infraestructura, Control interno disciplinario, y Gestión tecnológica.

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	HORA PROGRAMADA	HORA DE INICIO	HORA FINAL	LUGAR		
22/06/21	8:00am	8:00am	9:30am	Cartera		
MOTIVO REUNIÓN: Revisión Gestión Integral del Riesgo- Cartera						
RESPONSABLE: Lider Gestión Integral del Riesgo						
ASISTENTES						
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA
1	Osca P. Blanco G	13541115	Prof Univ	Cartera	GEST. INT.	[Firma]
2	Yeidy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Univ Esp	Dpto Inst	Gestión Integral	[Firma]
3						
4						

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	HORA PROGRAMADA	HORA DE INICIO	HORA FINAL	LUGAR		
22/06/21	10:00am	10:00am	11:20am	Desarrollo Institucional		
MOTIVO REUNIÓN: Seguimiento Gestión Integral del Riesgo - SIAU						
RESPONSABLE: Lider Gestión Integral del Riesgo						
ASISTENTES						
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA
1	Silkeflessa Pinero E.	1098733799	Profesional Universitario	SIAU	ESE-HUS	[Firma]
2	Yeidy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Especializado III	Dpto Inst	Gestión Integral	[Firma]
3						
4						



LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	03/06/21	HORA PROGRAMADA	2:30 pm	HORA DE INICIO	2:30 pm	HORA FINAL	4:00 pm	LUGAR	Subgerencia Ambulatoria y Apoyo Terapéutico
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento de Gestión Integral del Riesgo - Subgerencia Ambulatoria y Apoyo Terapéutico								
RESPONSABLE	Lider Gestión Integral del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Mta Antonia Rincón S.	63491246	Prof. Universitario	SSAAT	Gestión Integral	[Firma]			
2	Dña. Griselda Darys	32750111	Coord. de PAB	Rehabilitación	BASALU	[Firma]			
3	Yedy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Especializado III	Dpto Inst	Gestión Integral	[Firma]			
4									
5									

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	03/06/21	HORA PROGRAMADA	8:30 am	HORA DE INICIO	8:30 am	HORA FINAL	10:40 am	LUGAR	Almacén
MOTIVO REUNIÓN	Gestión Integral del Riesgo - Almacén								
RESPONSABLE	Lider Gestión Integral del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Fabio Eduardo Ferrero	13743323	Prof. Univ. Alm	Almacén General	ESE ALUS	[Firma]			
2	Yedy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Univ. Esp	Dpto Inst	Gestión Integral	[Firma]			
3									
4									

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO



FECHA	04/06/21	HORA PROGRAMADA	9:00 am	HORA DE INICIO	9:00 am	HORA FINAL	10:30 am	LUGAR	Servicios Básicos
MOTIVO REUNIÓN	Gestión Integral del Riesgo - Servicios Básicos								
RESPONSABLE	Lider de Gestión Integral del Riesgo - Desarrollo Institucional								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Angela Luisa Vargas	109571026	PU SEMOD	BÁSICOS	ESE - ALUS	[Firma]			
2	Yedy Cardozo Morantes	1098733799	Prof. Univ. Esp III	Dpto Inst	Gestión Integral	[Firma]			
3									
4									

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FECHA	23/06/21	HORA PROGRAMADA	8 AM	HORA DE INICIO	8 AM	HORA FINAL	9:40	LUGAR	Of. Control Ind. Inappt
MOTIVO REUNIÓN	Seguimiento Riesgos Compasión								
RESPONSABLE	Fabio Gutiérrez - Yady Cardona								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Dora Patricia Paez Flórez	57892412	Prof. Universidad	Control Disp	ESE Hus				
2	Gissel Arango Vasquez	78031613	Prof. Universidad	Desarrollo	Gestión Integ				
3	Yady Cardona Morantes	1048733799	Prof. Univ. Esp III	ODE	Gestión Integral				
4	Fabio Gutiérrez	9110241	Profesional	ODE	GI HU				
5									

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FECHA	24/06/21	HORA PROGRAMADA	10:00 am	HORA DE INICIO	10:00 am	HORA FINAL	11:00 am	LUGAR	Infraestructura
MOTIVO REUNIÓN	Gestión Integral del Riesgo - Infraestructura								
RESPONSABLE	Lider Gestión Integral del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Yady Cardona Morantes	1048733799	Prof. Univ. Esp III	ODE	Gestión Integral				
2	Alfonso Ramirez Sarmiento	91487260	Apoyo Técnico	Gestión	ESE LUG				
3									
4									

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FECHA	25/06/21	HORA PROGRAMADA	1:30 pm	HORA DE INICIO	1:30 pm	HORA FINAL	2:30 pm	LUGAR	Mantenimiento
MOTIVO REUNIÓN	Gestión Integral del Riesgo - Gestión Tecnología								
RESPONSABLE	Lider Gestión Integral del Riesgo								
ASISTENTES									
Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA			
1	Yady Cardona Morantes	1048733799	Prof. Univ. Esp III	ODE	Gestión Integral				
2	SANDRA RODRIGUEZ	37752848	PROF. UNIV. MANTENIMIENTO		ESE WS				
3									
4									

8. INDICADORES

- Porcentaje de efectividad planes de acción por sistema.

% Efectividad planes de acción del Sistema = (Acciones desarrolladas/Acciones Planeadas) * 100

% Efectividad planes de acción del Sistema = (53 / 137) * 100



% Efectividad planes de acción del Sistema = 38,69%

- Porcentaje de cobertura en divulgación y capacitación en los funcionarios y ejecutores del proceso en la gestión del riesgo.

*% Efectividad cobertura en la divulgación y capacitación = (Funcionarios y ejecutores del proceso capacitado / Total de funcionarios y ejecutores del proceso) * 100*

*% Efectividad cobertura en la divulgación y capacitación = (832 / 1659) * 100*

% Efectividad cobertura en la divulgación y capacitación = 50, 15%

- Porcentaje de adherencia de la cultura del riesgo en los funcionarios y ejecutores del proceso que laboran en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.

*% Adherencia de la cultura del riesgo en los funcionarios y ejecutores del proceso = (Funcionarios y ejecutores del proceso que aprueban la evaluación / Total de funcionarios y ejecutores del proceso capacitados) * 100*

*% Adherencia de la cultura del riesgo en los funcionarios y ejecutores del proceso = (826 / 832) * 100*

% Adherencia de la cultura del riesgo en los funcionarios y ejecutores del proceso = 99,28%

- Porcentaje de riesgos minimizados

*% Porcentaje de riesgos minimizados = ((Número de riesgos significativos identificados en el año anterior – Número de riesgos significativos identificados en el año en vigencia) / Número de riesgos significativos identificados en el año anterior) * 100*

*% Porcentaje de riesgos minimizados = ((31 – 27) / 31) * 100*

% Porcentaje de riesgos minimizados = 12,90%

9. MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS

NO APLICA



10. OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES

- Se realizó el proceso de identificación, análisis, evaluación y tratamiento a los 45 procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021, dando como resultado un total de 109 riesgos identificados.
- Se priorizaron 27 riesgos, los cuales cuentan con su respectivo plan de acción.
- El porcentaje de efectividad planes de acción por sistema de riesgo de procesos es de 38,69% a corte de 30 de junio de 2021.
- El porcentaje de cobertura en divulgación y capacitación en los funcionarios y ejecutores del proceso en la gestión del riesgo del sistema de riesgos es de 50,15% para el periodo del 1 de enero al 30 de junio del 2021.
- El porcentaje de adherencia de la cultura del riesgo en los funcionarios y ejecutores del proceso que laboran en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander 99,28% para el primer semestre del 2021.
- El porcentaje de riesgos de minimizados del sistema de riesgos de procesos en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para la vigencia 2021 es del 12,90%. Dicha disminución se debe a la buena gestión que se ha tenido frente a la pandemia de COVID-19.
- Se ha realizado capacitaciones personalizadas a cada líder de procesos, con el fin de apoyar en la identificación, análisis, evaluación, tratamiento, seguimiento y control de los riesgos en su entorno laboral.
- Se está dando cumplimiento a la medición de los indicadores y así mismo la meta establecida en la política institucional de GIR.