



MAPA DE RIESGOS POR PROCESO 2018

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN ESTRATÉGICA

CÓDIGO : ES-GE-F-10-02
VERSIÓN : 1
PÁGINA : 1 DE 1
FECHA : 20/11/2018

MACROPROCESOS

Procesos relacionados

Política

ESTRATEGICOS/ MISIONALES/ APOYO / EVALUACION

GESTION ESTRATEGICA, PARTICIPACION SOCIAL Y ATENCION AL USUARIO, SOCIEDAD E INVESTIGACION, GESTION DEL COMERCIO, GESTION DE CALIDAD, GESTION DEL RIESGO EN SALUD, GESTION AMBIENTORAL, GESTION DE URGENCIAS, GESTION DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIA, GESTION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS, GESTION FINANCIERA, GESTION JURIDICA, GESTION DE LA CONTRATACION, GESTION DE LA INFORMACION Y TIC, GESTION DEL AMBIENTE FISICO Y TECNOLÓGICO, GESTION DEL TALENTO HUMANO, EVALUACION DE GESTION Y GESTION DISCIPLINARIA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. se compromete a adoptar mecanismos y acciones necesarias para la gestión integral de su riesgo, lo que incluye, pero no se limita a, prevenir o minimizar su impacto, para ello adoptará mecanismos que permitan identificar, analizar, valorar, priorizar y administrar los riesgos propios de la operación, asignando una adscripción institucional.

Table with 18 columns: MACROPROCESO-PROCESO, ACTIVIDAD, RIESGOS, No. DEL RIESGO, CAUSAS, EFECTO, SEVERIDAD, PROBABILIDAD DE OCURRENCIA, PROBABILIDAD DE DETECCION, CRITICIDAD O RIESGO DE PROMOCION DEL RIESGO, ZONA RIESGO, CONTROLES EXISTENTES/ MEDIDA DE MITIGACION, RIESGO RESIDUAL, ZONA RIESGO RESIDUAL, TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS RESIDUALES, ACCION DE CONTROL/EFECTIVIDAD DE LA ACCION PREVENTIVA, RESPONSABILIDAD, PERIODO DE EJECUCION, RECURSOS, INDICADOR, META. Rows include various strategic processes like 'Formulación Plan Estratégico', 'Ejecución y seguimiento Planes de Acción', 'Aprobación del Plan Bienal', etc.

MISIONALES Gestión de Urgencias	Atención Integral de Urgencias	Opportunidad en la atención de pacientes clasificadas como Triage II y III de acuerdo con parámetros establecidos.	R2	Falta de recurso humano para dar respuesta a demanda del servicio. Falta de turnos de pacientes. Falta de capacidad instalada frente a mayor disponibilidad de consultorios. Deficientes procesos de comunicación una vez se logra el acceso al servicio de atención. Falta de capacitaciones permanentes frente a los estándares de seguridad del paciente.	Decreto de la estabilidad clínica de los pacientes Insatisfacción del usuario y su familia. Complicaciones, quejas, quejas, insatisfacción temporal o permanente a nivel de atención al paciente. Estrés profesional. Lesión o enfermedad en un paciente. Insatisfacción temporal o permanente a rubro médico del paciente. Demandas, POR, Derivados de Patrón.	7	3	3	63	RIESGO MODERADO	Proyección del recurso humano en el acuerdo con variabilidad de la demanda. Monitoreo y seguimiento mensual de tiempo de atención del triage II y III. Jugarse capacidad instalada frente a la demanda por profesional asignado a la consulta de urgencias. Iniciar la cultura del reporte oportuno del evento adverso. Custodiar área al área administrativa del paciente para mejorar la concurrencia de Eventos Adversos cuando sea procedente. Capacitación y Socialización de instructivos de las buenas prácticas de seguridad del paciente. Elaborar las pases enfermeras para el proceso hospitalización y seguimiento en puesto de trabajo. Reducción, reducción y entrenamiento en puesto de trabajo. Normalizar los pases educadores. Monitoreo de cumplimiento de los procedimientos de atención al paciente. Reducción y entrenamiento en puesto de trabajo de hospitalización y seguimiento.	0	RIESGO MENOR	Se deben conservar y mejorar los controles existentes, si es posible establecer nuevos controles para mejorar la calidad, proteger la salud, compartir. Se deben tomar las medidas para bajar la criticidad del riesgo. Establecer nuevos controles y/o mejorar los controles existentes. 2. Socialización de guías de atención de Urgencias incluyendo Triage. 3. Realizar Análisis de Variabilidad del Triage y el Reporte de tiempo de atención del triage II y III por Seta. 4. Realizar seguimiento a la atención de Urgencias incluyendo Triage.	Subgerencia de Atención de Urgencias Lider de proceso de Gestión de Urgencias	Mensual	Físicos, humanos, tecnológicos	Oportunidad Atención de Triage	100%
MISIONALES Gestión de Urgencias	Atención Integral de Urgencias	Opportunidad de un evento adverso durante la atención en urgencias de un paciente	R3	No adherencia de la política y programa de seguridad de paciente. Presencia de acciones innegras o factores contribuyentes. Falta en el registro de comunicaciones. No actualización de las ayudas y pases educativos para la inducción y entrenamiento de puesto de trabajo para hospitalización y seguimiento de pacientes. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	Lesión o enfermedad en un paciente. Insatisfacción temporal o permanente a rubro médico del paciente. Demandas, POR, Derivados de Patrón.	7	3	5	105	RIESGO MODERADO	0	RIESGO MENOR	Se deben tomar las medidas para bajar la criticidad del riesgo. Establecer nuevos controles y/o mejorar los controles existentes (prevención al riesgo, proteger, compartir). 2. Socialización de guías de atención de Urgencias incluyendo Triage. 3. Realizar Análisis de Variabilidad del Triage y el Reporte de tiempo de atención del triage II y III por Seta. 4. Realizar seguimiento a la atención de Urgencias incluyendo Triage.	Subgerencia de Atención de Urgencias Lider de proceso de Gestión de Urgencias Lider de programa de seguridad del paciente.	Mensual	Físicos, humanos, tecnológicos	Gestión del evento adverso	100% de gestión del evento adverso	
MISIONALES Gestión de Hospitalización y Cirugía	PROCESO HOSPITALIZACIÓN QUIRURGICOS	Insatisfacción del proceso de atención y seguimiento de pacientes de Triage del recurso humano	R1	Insatisfacción del proceso de atención y seguimiento de pacientes de Triage del recurso humano. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	No adherencia a la política y programa de seguridad de paciente. Presencia de acciones innegras o factores contribuyentes. Falta en el registro de comunicaciones. No actualización de las ayudas y pases educativos para la inducción y entrenamiento de puesto de trabajo para hospitalización y seguimiento de pacientes. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	7	10	5	350	RIESGO ALTO	18	RIESGO MENOR	Tomar medidas para bajar la criticidad del riesgo. Establecer nuevos controles y/o mejorar los controles existentes. 1. Presentación en power point del proceso estandarizado de reducción, reducción y entrenamiento en puesto de trabajo de hospitalización y seguimiento. 2. Socialización a través de mail, jornadas de capacitación presencial. 3. Elaboración de herramienta para la medición de la aplicación de las listas de chequeo de práctica segura prevención de úlceras de presión.	Dirección de hospitalización	Trimestral	Humanos, tecnológicos	Nº de personal reasignado al total del recurso humano de atención de hospitalización	Capacitación al 100% del recurso humano para el seguimiento de la calidad de la atención al paciente vinculado.	
MISIONALES Gestión de Hospitalización y Cirugía	ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	Gestión inadecuada de la seguridad del paciente del evento adverso (caídas, reacciones adversas al suero, úlceras por presión)	R2	Gestión inadecuada de la seguridad del paciente del evento adverso (caídas, reacciones adversas al suero, úlceras por presión). Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	No adherencia a la política y programa de seguridad de paciente. Presencia de acciones innegras o factores contribuyentes. Falta en el registro de comunicaciones. No actualización de las ayudas y pases educativos para la inducción y entrenamiento de puesto de trabajo para hospitalización y seguimiento de pacientes. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	5	7	5	175	RIESGO ALTO	175	RIESGO ALTO	Tomar medidas para bajar la criticidad del riesgo. Establecer nuevos controles y/o mejorar los controles existentes. 1. Socialización a través de mail, jornadas de capacitación presencial. 2. Elaboración de herramienta para la medición de la aplicación de las listas de chequeo de práctica segura prevención de úlceras de presión.	Dirección de hospitalización	Trimestral	Humanos, tecnológicos	Nº de personal reasignado al total del recurso humano de atención de hospitalización	5% de reducción de personal vinculado.	
MISIONALES Gestión de Hospitalización y Cirugía	EGRESO	Incumplimiento en el procedimiento de egreso relacionado con hospitalización y cirugía	R3	Incumplimiento en el procedimiento de egreso relacionado con hospitalización y cirugía. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	Tempo de ingreso prolongado. Estancos prolongados por no adherencia al plan de manejo del usuario y no se registra el estado de salud del paciente. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	7	10	3	210	RIESGO ALTO	0	RIESGO MENOR	Monitoreo y seguimiento a la adherencia de los protocolos y guías del área. 1. Socialización a través de mail, jornadas de capacitación presencial. 2. Elaboración de herramienta para la medición de la aplicación de las listas de chequeo de práctica segura prevención de úlceras de presión.	Dirección de hospitalización	Trimestral	Humanos, tecnológicos	Nº de personal reasignado al total del recurso humano de atención de hospitalización	5% de socialización al personal vinculado.	
MISIONALES Gestión de Servicios Complementarios Imágenes Diagnósticas.	Proceso de atención en Imágenes Diagnósticas.	Fallas en la calidad técnica en la prestación del servicio en imágenes Diagnósticas.	R1	Fallas en la calidad técnica en la prestación del servicio en imágenes Diagnósticas. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	No cumplimiento del protocolo de atención de imágenes diagnósticas como son toma de estudio de Rayos X Simple, Rayos X Espinales, TAC, Ecografía, Mamografía. No entrega la preparación de los pacientes requerida para el examen diagnóstico. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	5	7	1	35	RIESGO MENOR	0	RIESGO MENOR	Se deben conservar y mejorar los controles existentes, si es posible establecer nuevos controles para mejorar la calidad, proteger la salud, compartir. 1. Actualización y socialización del documento de atención de imágenes en cuanto a los protocolos de atención Rayos X Simple, Rayos X Espinales, TAC, Ecografía, Mamografía, así como de las preparaciones requeridas. 2. Seguimiento de cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos y calibración de los mismos. 3. Seguimiento de cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos y calibración de los mismos.	Gestor de imágenes diagnósticas	TRIMESTRAL EN EL AÑO	FISICOS Y DE	ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO DE ATENCION DE IMAGENES	DOCUMENTO ACTUALIZADO AL 100%.	
MISIONALES Gestión de Servicios Complementarios Imágenes Diagnósticas.	Eventos relacionados con seguridad en imágenes Diagnósticas.	Eventos relacionados con seguridad en imágenes Diagnósticas.	R2	Eventos relacionados con seguridad en imágenes Diagnósticas. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	No identificación de barreras de seguridad para evitar eventos adversos prevenibles o no prevenibles. Toma de estado en paciente o parte del cuerpo del paciente. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	7	7	3	147	RIESGO ALTO	0	RIESGO MENOR	Se deben tomar las medidas para bajar la criticidad del riesgo. Establecer nuevos controles y/o mejorar los controles existentes (prevención al riesgo, proteger, compartir). 1. Reporte de indicadores de seguimiento a riesgos en imágenes diagnósticas. 2. Socialización de guías de atención de imágenes diagnósticas. 3. Seguimiento de cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos y calibración de los mismos.	Gestor de imágenes diagnósticas	TRIMESTRAL EN EL AÑO	FISICOS Y DE SOCIALIZACION	SOCIALIZACION DE INSTRUCCIONES	SOCIALIZACION AL 100% DEL PERSONAL	
MISIONALES Gestión de Servicios Complementarios Imágenes Diagnósticas.	Oportunidad en la atención de imágenes Diagnósticas.	Oportunidad en la atención de imágenes Diagnósticas.	R3	Oportunidad en la atención de imágenes Diagnósticas. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	Demoras en la atención. Estrés profesional, así como conductas inadecuadas de los pacientes. Quejas de los usuarios por insatisfacción en la prestación del servicio.	5	5	5	125	RIESGO MODERADO	0	RIESGO MENOR	Tomar medidas para bajar la criticidad del riesgo. Establecer nuevos controles y/o mejorar los controles existentes. 1. Entrega de Programación de agendas médicas. 2. Programación de turnos del personal en los diferentes salas donde se presta el servicio de imágenes diagnósticas. 3. Reducir la Cantidad de imágenes diagnósticas.	Gestor de imágenes diagnósticas	MENSUAL	PERSONAL	PROGRAMACION DE TURNOS DE ATENCION DE IMAGENES	ENTREGA MENSUAL	
MISIONALES Gestión de Servicios Complementarios - Nutrición	Respuesta interconsulta Nutrición área de 24 horas	Fallas en la calidad técnica en la prestación del servicio de nutrición	R1	Fallas en la calidad técnica en la prestación del servicio de nutrición. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	Insatisfacción en la valoración nutricional por parte del nutricionista. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	7	5	3	105	RIESGO MODERADO	0	RIESGO MENOR	Se deben tomar las medidas para bajar la criticidad del riesgo. Establecer nuevos controles y/o mejorar los controles existentes (prevención al riesgo, proteger, compartir). 1. Inducción, capacitación, evaluación al recurso humano técnico manual de seguimiento a control de Nutrición 2. Reporte mensual de seguimiento a Control.	Angela María Cabal	Junio 2018 a Diciembre 2019	recurso humano, humano	Interconsultas Nutrición en servicios de 24 horas de atención de Nutrición	80%	
MISIONALES Gestión de Servicios Complementarios - Nutrición	Atención del paciente en Sopa Nacional	Ocurriera un incidente o evento adverso o complicación en la prestación del servicio de Sopa Nacional	R2	Ocurriera un incidente o evento adverso o complicación en la prestación del servicio de Sopa Nacional. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	Formulación inadecuada del Sopa Nacional. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	7	5	3	105	RIESGO MODERADO	0	RIESGO MENOR	Tomar medidas para bajar la criticidad del riesgo. Establecer nuevos controles y/o mejorar los controles existentes. 1. Inducción, capacitaciones, evaluaciones de adherencia a los procesos	Angela María Cabal	Junio 2018 a Diciembre 2019	recurso humano	No de casos reportados por seguridad del paciente total de incidentos con soporte nutricional	menos de 5 eventos	
MISIONALES Gestión de Servicios Complementarios - Terapias	Atención servicio terapias	Fallas en la calidad técnica en el procedimiento de servicio complementario de Terapias	R1	Fallas en la calidad técnica en el procedimiento de servicio complementario de Terapias. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	Insuficiencia y continuidad de la atención, falta de acceso al servicio de atención de Terapias, falta de integridad en el cumplimiento de los MAB, aumento en el número de requerimientos y quejas con mayor insatisfacción del usuario y su familia.	7	7	5	245	RIESGO ALTO	0	RIESGO MENOR	Se deben tomar las medidas para bajar la criticidad del riesgo. Establecer nuevos controles y/o mejorar los controles existentes (prevención al riesgo, proteger, compartir). 1. Programa de mantenimiento de equipos. 2. Cumplimiento de Documentación codificada y publicada en internet. 3. Se realicen reuniones con el personal del servicio de Terapias en todas las unidades para socialización y actualización de protocolos y de hallazgos en los servicios con cumplimiento de Planes de Mejoramiento. 4. Socialización del paciente instrucción de adecuada comunicación.	CLAUDIA ALCÁZAR CASALDO GESTOR TERAPIAS	Junio 2018 a diciembre 2019	Recurso humano, recurso humano, recurso físico	Nº de reuniones sobre calidad técnica en la prestación del servicio con personal de terapia manual / total de reuniones con personal de terapia	80%	
MISIONALES Gestión de Servicios Complementarios - Terapias	Atención servicio terapias	Ocurriera un incidente o evento adverso o complicación en el procedimiento de servicio complementario relacionado con identificación del paciente	R2	Ocurriera un incidente o evento adverso o complicación en el procedimiento de servicio complementario relacionado con identificación del paciente. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	Desconocimiento de los instrumentos procedimientos para la correcta identificación del paciente por parte del personal. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	5	5	7	175	RIESGO ALTO	0	RIESGO MENOR	Tomar medidas para bajar la criticidad del riesgo. Establecer nuevos controles y/o mejorar los controles existentes. 1. Socialización del paciente instrucción de adecuada comunicación. 2. Socialización PAMEC y acciones de Mejoramiento.	GESTOR TERAPIAS	Junio 2018 a diciembre 2019	Recurso Tecnológico, humano, recurso físico	Nº de reuniones con personal de terapia manual realizadas en el paciente total de reuniones con personal de terapia	100%	
MISIONALES Gestión de Servicios Complementarios - PAD	Ingreso al paciente en el PAD	Fallas en la calidad técnica en el procedimiento de ingreso al PAD	R1	Fallas en la calidad técnica en el procedimiento de ingreso al PAD. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	Desconocimiento del programa, falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	1	10	1	10	RIESGO MENOR	0	RIESGO MENOR	Se deben tomar las medidas para bajar la criticidad del riesgo. Establecer nuevos controles y/o mejorar los controles existentes (prevención al riesgo, proteger, compartir). 1. Verificación por parte del equipo de PAD del cumplimiento de los procedimientos de ingreso al PAD. 2. Verificación por parte del equipo de PAD del cumplimiento de los procedimientos de ingreso al PAD. 3. Evaluación al cuidador sobre el manejo del plan de cuidado en el caso del paciente.	DRA. Martha Llibra Chaparro	Junio 2018 a Diciembre 2019	Talento humano, humano	Procedimientos ingresados al PAD / Procedimientos ingresados al PAD a ingresar.	10%	
MISIONALES Gestión de Servicios Complementarios - PAD	Reflexión de barreras de seguridad en el PAD	Ocurriera un incidente, evento adverso o complicación en la prestación del servicio complementario en el PAD	R2	Ocurriera un incidente, evento adverso o complicación en la prestación del servicio complementario en el PAD. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	Desconocimiento en los procesos de atención, falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	5	3	3	45	RIESGO MENOR	0	RIESGO MENOR	Tomar medidas para bajar la criticidad del riesgo. Establecer nuevos controles y/o mejorar los controles existentes. 1. Se realicen actividades inherentes a Fortalecer el equipo PAD en los siguientes aspectos: Proceso de implementación de la cultura de seguridad del paciente capacitación. 2. Fortalecer la cultura de seguridad del paciente. 3. Fortalecer la cultura de seguridad y aplicación de listas de chequeo en los domicilios de los pacientes por parte de la enfermería jefe.	DRA. Martha Llibra Chaparro	Junio 2018 a Diciembre 2019	Talento humano, humano	Incidentes, Eventos o complicaciones presentados en los atendidos en PAD.	10%	
MISIONALES Gestión de Servicios Complementarios - Laboratorio	Atención servicio laboratorio	Fallas en la calidad técnica en la prestación del servicio complementario.	R1	Fallas en la calidad técnica en la prestación del servicio complementario. Falta de capacitación permanente frente a los estándares de seguridad del paciente.	No verificar los resultados emitidos por los analistas en el control de calidad del día. No haber adherido los analistas de calidad al momento de emitir el primer informe de laboratorio. No se realiza una buena capacidad de análisis e interpretar los resultados de calidad del día.	7	7	1	49	RIESGO MENOR	0	RIESGO MENOR	Se deben conservar y mejorar los controles existentes, si es posible establecer nuevos controles para mejorar la calidad, proteger la salud, compartir. 1. Informe de seguimiento en los resultados emitidos de calidad de los análisis de laboratorio. 2. Fortalecer la cultura de seguridad del paciente. 3. Fortalecer la cultura de seguridad y aplicación de listas de chequeo en los domicilios de los pacientes por parte de la enfermería jefe.	JUAN MIGUEL FUENTES	Junio del 2018 a diciembre 2019	MANANO, TECNOLÓGICO	NUMERO DE CONTROL DE CALIDAD CON RESULTADOS INADECUADOS OBTENIDOS EN LOS CONTROLES DE CALIDAD MENSUAL	100% DE VARIACIONES ORDINARIAS	

<p>APOYO Gestión del Talento Humano</p>	<p>Acreditación de aportes al sistema general de seguridad social en salud</p>	<p>Información incompleta y no disponible para la ejecución de las actividades con las que se debe contar.</p>	<p>84</p>	<p>Falta de adherencia a los procedimientos establecidos. Incompleción en los valores que se deben cancelar. Demora en la renovación de afiliación, inscripción, incapacidades. Supervisión de los planes y no se reportan. No activo correcto de las planillas y sus anexos. No información en tiempo a las instituciones.</p>	<p>Requisitos en los formularios administrativos con errores a obtener personal, censales. Demora en la gestión de duplicación de datos y reconstrucción del historial personal. Demoras, sanciones y multas. Institución del cierre interno y externo. Derechos de riesgo institucional y del personal.</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>27</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>19</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>De deben conservarse y mejorarse los controles existentes, si el control existente no cumple con los requisitos para tener el control. Implementar el seguimiento a pago de seguridad social de temporal (empagar la edad, compartir).</p>	<p>* Subgerencia Administrativa y Financiera * Profesionales Talento Humano Control Interno Disciplinario</p>	<p>Manual</p>	<p>Humanos, tecnológicos, físicos</p>	<p>* Oportunidad en el pago de la seguridad social de los colaboradores</p>	<p>A DETERMINAR</p>
<p>APOYO Gestión del Talento Humano</p>	<p>Planificación del Talento Humano Selección Integración Organizacional Formación desarrollo Evaluación del desempeño servicio</p>	<p>Pérdida o falta de información del talento humano- Historias clínicas</p>	<p>85</p>	<p>No realización del Banco de Competencias Talento Humano. Falta de implementación de las Tablas de Referencia documental. Falta de adherencia de los mecanismos de seguridad para velar el ingreso de vida a los riesgos. Falta de actualización de los manuales tecnológicos de sistemas de información. No actualización de la información.</p>	<p>Se cuenta con política de Seguridad de la Información y Gestión Documental. Empleo y Referencias. Pérdida de confiabilidad en la gestión de datos. Desactualización de la información. Inportunidad de la información. Faltas, sanciones e investigaciones. No actualizada la información. Deficiencia de las Actividades Referenciales.</p>	<p>7</p>	<p>7</p>	<p>3</p>	<p>147</p>	<p>RIESGO ALTO</p>	<p>51</p>	<p>RIESGO MODERADO</p>	<p>Se puede asumir el riesgo si se implementa el Banco de Competencias y el Banco de Referencia documental. Ciclo único existente en el Área para el Banco de Referencia documental. Control interno para control de la información digital. Desarrollo de las Actividades Referenciales.</p>	<p>Implementar el Programa de ESES. Implementar las recomendaciones de salud ocupacional y seguridad industrial (seguridad, salud, etc.) Solicitar asesoría para que el área sea operada en la identificación de los Riesgos Ocupacionales. Identificar los riesgos ocupacionales y hacer el respectivo Plan de Manejo. Reportar los incidentes laborales, incapacidades y accidentes, según corresponda.</p>	<p>Equipo de colaboración gestión de calidad</p>	<p>Número de Bancos de Referencia</p>	<p>A DETERMINAR</p>	
<p>APOYO Gestión del Talento Humano</p>	<p>Planificación del Talento Humano Selección Integración Organizacional Formación desarrollo Evaluación del desempeño servicio</p>	<p>Ocurrimiento de incidentes y/o sanciones con o sin base de enfermedades profesionales a los que están obligados por el equipo de colaboradores por mecanismos regulatorios y/o sanciones disciplinarias.</p>	<p>86</p>	<p>Faltas en el cumplimiento del Plan de Acción del Subsistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. No actualización de los planes de Seguridad y Salud en el Trabajo. Falta de adherencia de los mecanismos de seguridad para velar el ingreso de vida a los riesgos. Falta de actualización de los manuales tecnológicos de sistemas de información. No actualización de la información.</p>	<p>Deficiencia de la calidad de vida de los trabajadores y/o familias. Deficiencia de la calidad de vida de los trabajadores y/o familias. Deficiencia de la calidad de vida de los trabajadores y/o familias.</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>3</p>	<p>75</p>	<p>RIESGO MODERADO</p>	<p>68</p>	<p>RIESGO MODERADO</p>	<p>Se puede asumir el riesgo si se implementa el Programa de ESES. Implementar las recomendaciones de salud ocupacional y seguridad industrial (seguridad, salud, etc.) Solicitar asesoría para que el área sea operada en la identificación de los Riesgos Ocupacionales. Identificar los riesgos ocupacionales y hacer el respectivo Plan de Manejo. Reportar los incidentes laborales, incapacidades y accidentes, según corresponda.</p>	<p>* Subgerencia Administrativa y Financiera * Profesionales Talento Humano Control Interno Disciplinario</p>	<p>Manual</p>	<p>Humanos, tecnológicos, físicos</p>	<p>Tasa de Accidentalidad del trabajador</p>	<p>A DETERMINAR</p>
<p>APOYO Gestión del Talento Humano</p>	<p>Planificación del Talento Humano Selección Integración Organizacional Formación desarrollo Evaluación del desempeño servicio</p>	<p>Incompletitud en la provisión del personal por OJO para el cumplimiento de las actividades asistenciales y administrativas</p>	<p>87</p>	<p>Desconocimiento y falta de adherencia a la Política de Gestión Ambiental del Hospital. Desconocimiento y/o falta de implementación del programa de reciclaje. Falta de capacitación para el manejo de residuos. No adherencia al Programa de Producción Limpia. Mala implementación de los recursos.</p>	<p>Impacto ambiental negativo. Incremento en los costos institucionales. Afectación de la salud pública. Sanciones o requerimientos por incumplimiento de los estándares o requisitos normativos de Gestión Ambiental. Aumento del impacto ambiental negativo. Incremento en los costos institucionales para el manejo de los residuos. Desarrollo de las Actividades Referenciales.</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>3</p>	<p>75</p>	<p>RIESGO MODERADO</p>	<p>49</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>Se puede asumir el riesgo si se implementa el Programa de ESES. Implementar las recomendaciones de salud ocupacional y seguridad industrial (seguridad, salud, etc.) Solicitar asesoría para que el área sea operada en la identificación de los Riesgos Ocupacionales. Identificar los riesgos ocupacionales y hacer el respectivo Plan de Manejo. Reportar los incidentes laborales, incapacidades y accidentes, según corresponda.</p>	<p>* Subgerencia Administrativa y Financiera * Profesionales Talento Humano Control Interno Disciplinario</p>	<p>Manual</p>	<p>Humanos, tecnológicos, físicos</p>	<p>% cumplimiento ahorro luz y agua OJO</p>	<p>A DETERMINAR</p>
<p>EVALUACION Evaluación de la Gestión</p>	<p>Planificación-PAAL</p>	<p>Formular y aprobar manuales de procedimientos para el Programa Anual de Auditoría</p>	<p>81</p>	<p>Desconocer la actualización de los manuales y/o de los hechos administrativos. Inadecuación de los manuales normativos y procedimientos de Auditoría tanto en la forma como en el contenido. Falta de apoyo por parte del Comité Coordinador de Control Interno. Deficiencias en la definición y atribución de los roles.</p>	<p>No contar con el seguimiento continuo institucional en el cumplimiento de los estándares y procedimientos. Pérdida de credibilidad y confianza ante la institución.</p>	<p>5</p>	<p>3</p>	<p>1</p>	<p>15</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>0</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>De debe revisar de manera periódica los manuales y/o procedimientos para realizar las actualizaciones pertinentes.</p>	<p>Comité de Coordinación de Control Interno Jefes y Asesores de Control Interno</p>	<p>Físicos, humanos, tecnológicos</p>	<p>PAAL Aprobado</p>	<p>100%</p>	
<p>EVALUACION Evaluación de la Gestión</p>	<p>Evaluación y Seguimiento</p>	<p>Cumplimiento del Programa Anual de Auditoría-PAAL</p>	<p>82</p>	<p>Personal multidisciplinario insuficiente en las áreas para ejecutar los actividades programadas. Deficiencias en el seguimiento al Programa de las Áreas de Auditoría. Falta de apoyo por parte de la Alta Dirección para la ejecución adecuada del Programa Anual de Auditoría.</p>	<p>No contar con el seguimiento continuo institucional en el cumplimiento de los estándares y procedimientos. Pérdida de credibilidad y confianza ante la institución.</p>	<p>7</p>	<p>7</p>	<p>1</p>	<p>49</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>2</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>Comunicar al Comité Coordinador de Control Interno. Definir y asignar los recursos necesarios a la Oficina de Control Interno para el cumplimiento del Programa Anual de Auditoría. Realizar los informes de avance y/o resultados al Comité Coordinador de Control Interno, de forma oportuna para actualizar el PAAL.</p>	<p>Físicos, humanos, tecnológicos</p>	<p>% Cumplimiento Programa Auditoría</p>	<p>95%</p>		
<p>EVALUACION Evaluación de la Gestión</p>	<p>Evaluación y Seguimiento</p>	<p>No publicación de los informes de auditoría y seguimiento que realiza la oficina de control interno conforme los parámetros que señala la ley.</p>	<p>83</p>	<p>Deficiencias en el seguimiento al Programa y a las Áreas de Auditoría. Inportunidad y poca asistencia en la entrega de la información de los diferentes áreas responsables a la Oficina de Gestión Pública. Falta en el Sistema de Información.</p>	<p>Sanciones disciplinarias. Incumplimiento a las leyes 1712 de 2014 y 1474 de 2011</p>	<p>7</p>	<p>7</p>	<p>5</p>	<p>245</p>	<p>RIESGO ALTO</p>	<p>12</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>Identificar si existen informes de la Oficina de Control Interno no publicados en la página web.</p>	<p>Alta Dirección Jefes de Oficina de Control Interno Comunicaciones y Gestión de TIC</p>	<p>Físicos, humanos, tecnológicos</p>	<p>Informes publicados/ informes realizados</p>	<p>90%</p>	
<p>EVALUACION Evaluación de la Gestión</p>	<p>Evaluación y Seguimiento</p>	<p>Incompletitud en la presentación de informes a los grupos de interés y áreas de egencia y control</p>	<p>84</p>	<p>Deficiencias en el seguimiento al Programa y a las Áreas de Auditoría. Inportunidad y poca asistencia en la entrega de la información de los diferentes áreas responsables a la Oficina de Gestión Pública. Falta en el Sistema de Información.</p>	<p>Investigaciones administrativas y disciplinarias. Sanciones</p>	<p>7</p>	<p>5</p>	<p>3</p>	<p>105</p>	<p>RIESGO MODERADO</p>	<p>5</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>Realizar los requerimientos que haya lugar para generar informes oportunos.</p>	<p>Alta Dirección Jefes de Oficina de Control Interno Comunicaciones y Gestión de TIC</p>	<p>Físicos, humanos, tecnológicos</p>	<p>Informes presentados oportunamente a los grupos de interés y áreas de egencia y control total y en forma oportuna a los grupos de interés y áreas de egencia y control</p>	<p>90%</p>	
<p>EVALUACION Evaluación de la Gestión</p>	<p>Valoración del Riesgo</p>	<p>No haber implementado el plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá.</p>	<p>85</p>	<p>Deficiencias en la trazabilidad de la información técnica y registros dentro de los procesos institucionales. No contar con el personal suficiente y adonde se realicen las actividades.</p>	<p>Investigaciones administrativas y disciplinarias. No contar con el seguimiento continuo institucional en el cumplimiento de los estándares y procedimientos. Incremento de la probabilidad de materialización del riesgo</p>	<p>7</p>	<p>3</p>	<p>5</p>	<p>105</p>	<p>RIESGO MODERADO</p>	<p>5</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>Realizar los requerimientos que haya lugar para mejorar la trazabilidad de la información técnica y registros dentro de los procesos institucionales. Verificar la existencia del equipo auditor necesario para la ejecución de cada actividad establecida en el PAAL realizando la solicitud correspondiente a la Gerencia. Establecer mediante acto administrativo, medida que establezca autoridades y responsables frente a los requerimientos y necesidades, realizadas por la Oficina de Control Interno.</p>	<p>Alta Dirección Jefes de Oficina de Control Interno Comunicaciones y Gestión de TIC</p>	<p>Físicos, humanos, tecnológicos</p>	<p>No de Seguirse manuales/ No de Seguirse programas</p>	<p>90%</p>	
<p>EVALUACION Evaluación de la Gestión</p>	<p>Fomento de la cultura de autocorral</p>	<p>No desarrollar las actividades para fomentar la cultura de autocorral</p>	<p>86</p>	<p>Deficiencias en la cultura organizacional. No contar con el talento humano y los recursos presupuestales y técnicos suficientes para el desarrollo de las actividades programadas. No inclusión de todas las actividades en el Programa Anual de Auditoría.</p>	<p>Inadecuado desarrollo de la cultura de autocorral. Bajo nivel de madurez del Sistema de Control Interno en la norma, lo cual se evidencia en las Actas correspondientes a...</p>	<p>7</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>63</p>	<p>RIESGO MODERADO</p>	<p>3</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>Identificar las actividades de fomento de la cultura de autocorral y asignar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades programadas. Definir y asignar los recursos necesarios a la Oficina de Control Interno para el cumplimiento del Programa Anual de Auditoría. Realizar los informes de avance y/o resultados al Comité Coordinador de Control Interno, de forma oportuna para actualizar el PAAL.</p>	<p>Jefes y Asesores de Control Interno</p>	<p>Físicos, humanos, tecnológicos</p>	<p>Actividades de fomento de cultura de control realizadas</p>	<p>500%</p>	
<p>EVALUACION Evaluación de la Gestión</p>	<p>Acompañamientos y Asesorías</p>	<p>Pérdida independencia y objetividad en cumplimiento de la función de asesoría y acompañamiento</p>	<p>87</p>	<p>Estimación de funciones inadecuadas con los funcionarios de la administración, amparo jurídico de influencias y desconocimiento de las funciones responsabilidades. Existencia de conflictos de intereses. Incremento de las normas internacionales de auditoría relacionadas con ética.</p>	<p>Pérdida de credibilidad y confianza ante la institución. Afectación del clima laboral. Desconocimiento de los procesos de control interno</p>	<p>10</p>	<p>1</p>	<p>7</p>	<p>70</p>	<p>RIESGO MODERADO</p>	<p>0</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>Capacitar a funcionarios sobre las funciones y roles asignados al equipo del equipo de auditoría. Realizar el código de ética frente al conocimiento del código de ética del auditor, en el marco de las normas nacionales e internacionales.</p>	<p>Equipo de colaboración gestión de calidad</p>	<p>Número de situaciones o casos identificados de los cuales se perdió la independencia y objetividad en el cumplimiento de la función de asesoría y acompañamiento</p>	<p>0%</p>		
<p>EVALUACION Evaluación de la Gestión</p>	<p>Relación con áreas de control</p>	<p>Asignar responsabilidades que no son competencia de las Oficinas de Control Interno realizadas por áreas de control externo</p>	<p>88</p>	<p>Estimación de funciones inadecuadas con los funcionarios de la administración, amparo jurídico de influencias y desconocimiento de las funciones responsabilidades. Existencia de conflictos de intereses. Incremento de las normas internacionales de auditoría relacionadas con ética.</p>	<p>Conflictos de intereses y posibles sanciones, disciplinarias y medidas fiscales. Respuestas inadecuadas</p>	<p>10</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>250</p>	<p>RIESGO ALTO</p>	<p>0</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>Capacitar a funcionarios sobre las funciones y roles asignados al equipo del equipo de auditoría. Realizar el código de ética frente al conocimiento del código de ética del auditor, en el marco de las normas nacionales e internacionales.</p>	<p>Alta Dirección</p>	<p>Físicos, humanos, tecnológicos</p>	<p>No de Situaciones presentadas en donde se asignen responsabilidades no son competencia de OJO, en la entrega de respuestas</p>	<p>0%</p>	
<p>EVALUACION Gestión Disciplinaria</p>	<p>Procedimiento Disciplinario</p>	<p>Trámite inadecuado del procedimiento disciplinario</p>	<p>81</p>	<p>Valiación al debido proceso. Inadecuación de los tiempos procesales. Inadecuada conclusión del trámite procesal. Demora en la entrega de resoluciones. Inadecuada vinculación probatoria.</p>	<p>1. Aplicación errática del procedimiento disciplinario Ley 704 de 2003 COLO. 2. Capacitaciones. 3. Revisión periódica de los procesos y sustanciación de la pieza procesal a que haya lugar.</p>	<p>7</p>	<p>7</p>	<p>3</p>	<p>147</p>	<p>RIESGO ALTO</p>	<p>7</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>Tomar medidas para bajar la criticidad del riesgo. Establecer nuevos controles y/o mejorar los controles existentes</p>	<p>Jefes de la Oficina de Control Interno Disciplinario</p>	<p>Número de procesos tramitados individualmente/ Total de procesos auditor'100</p>	<p>100% de procesos adelantados adecuadamente.</p>		
<p>EVALUACION Gestión Disciplinaria</p>	<p>Procedimiento Disciplinario</p>	<p>Ausencia del expediente y/o procesos disciplinarios.</p>	<p>82</p>	<p>Asistencia de un lugar adecuado para asegurar los expedientes disciplinarios. Manga inadecuado de la información. Inadecuada vinculación probatoria.</p>	<p>1. Demoras en el proceso disciplinario. 2. Pérdida de información vital para la investigación. 3. Carecer los elementos para adelantar la investigación.</p>	<p>7</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>7</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>1</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>Realizar un manejo adecuado de la información. Actualizar de la existencia en un lugar que permita mejorar condiciones de seguridad.</p>	<p>Secretaría, profesionales y Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario</p>	<p>Dinero y soledad</p>	<p>Número del total de expedientes y piezas procesales archivadas/ Total de expedientes'100</p>	<p>Cero expedientes y piezas procesales archivadas.</p>	
<p>EVALUACION Gestión Disciplinaria</p>	<p>Procedimiento Disciplinario</p>	<p>Prescripción de la acción disciplinaria.</p>	<p>83</p>	<p>No lograr con el buen funcionamiento de los servicios disciplinarios. Incumplimiento de la función pública asignada a la carga laboral. No poder adelantar acciones disciplinarias.</p>	<p>1. Reporto equivocado de los procesos disciplinarios y el buen funcionamiento de los servicios disciplinarios. 2. Cerrar con el personal suficiente para adelantar la investigación. 3. Revisión periódica de los procesos y sustanciación de la pieza procesal a que haya lugar.</p>	<p>7</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>7</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>0</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>Realizar un manejo adecuado de la información. Actualizar de la existencia en un lugar que permita mejorar condiciones de seguridad.</p>	<p>Secretaría, profesionales y Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario</p>	<p>Según necesidad y manual</p>	<p>Número de procesos prescritos/ Número de procesos asignados, actual'100</p>	<p>Cero procesos disciplinarios prescritos.</p>	
<p>EVALUACION Gestión Disciplinaria</p>	<p>Procedimiento Disciplinario</p>	<p>Evaluación inadecuada o ausencia en el trámite de la pieza.</p>	<p>84</p>	<p>Deficiencias en la cultura organizacional. No contar con el talento humano y los recursos presupuestales y técnicos suficientes para el desarrollo de las actividades programadas. No inclusión de todas las actividades en el Programa Anual de Auditoría.</p>	<p>1. Reporto oportuno de las quejas. 2. Trámite adecuado del proceso disciplinario. 3. Revisión periódica de los procesos y sustanciación de la pieza procesal a que haya lugar.</p>	<p>5</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>5</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>0</p>	<p>RIESGO MENOR</p>	<p>Realizar un manejo adecuado de la información. Actualizar de la existencia en un lugar que permita mejorar condiciones de seguridad.</p>	<p>Secretaría, profesionales y Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario</p>	<p>Según necesidad y manual</p>	<p>Número de quejas recibidas y tramitadas/ Total de quejas recibidas'100</p>	<p>100% de quejas evaluadas y tramitadas</p>	

