MEJORAMIENTO CONTINUO

MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE 2024

CODIGO:	MC-F-91
VERSION:	2
VIGENCIA:	27/08/2024

Procesos				Identificación del riesgo							Análisis del riesgo inherente						Evaluación del riesgo - Valoración de los controles											Valoracion solidez de los controles	Soporte Evidencias	Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual						Materializacion del Riesgo		Plan de Acción					
																				Atributos																						
Marco procesos	Nº Procesos	Proceso	Subproceso	Nº del Riesgo	Descripción del Riesgo	Causas	Consecuencias	Sub Sistema de Riesgo	Clasificación del riesgo	Factor del riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad en el año	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Consistencia de los controles	Evidencias	Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Se materializo el Riesgo? SI/NO	Cuantas veces se materializo?	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Indicador Producto	Estado
ESTRATEGICOS	1	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	No aplica	1	Posibilidad de sanciones Administrativas y disciplinarias debido al incumplimiento de las metas establecidas frente a la planeación estratégica por falta de seguimiento	Inadecuada gestión en el cumplimiento de metas.	Sanciones Administrativas y disciplinarias	2.Riesgo operacional	Ejecución y administración de procesos	Procesos	12	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de provedores	Menor	40%	Moderado	1	El profesional de Planeación realiza seguimiento a Planes operativos, trimestralmente mediante el Formato DE-F-01 Plan Operativo anual y si se requiere se generan actas de compromisos en formato MC-F-12	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	con Registro		Actas de reunion de compromisos generados, cuando aplique Formato DE-F-01 Plan Operativo Anual	24,0%	Baja	24%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
				2	Posibilidad de sanciones Administrativas debido al incumplimiento de las políticas de gestión y desempeño institucional por falta de implementación y seguimiento	Falta de seguimiento de políticas de gestion y desempeño institucional	sanciones Administrativas	2.Riesgo operacional	Ejecución y administración de procesos	Procesos	2586	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización	Moderado	60%	Alto	1	El profesional de Planeación realiza seguimiento a Planes de acción de las políticas de MIPG, trimestralmente mediante actas de reuniones ordinarias y extraordinarias	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentado	Anuales	Con Registro		actas de comiteMIPG	48,0%	Media	48%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
				3	Desbalance en el modelo de negociacion con la EAPB que afecte el equilibrio financiero o estabilidad economica de la institucion.	por acceder a pretenciones de descuentos no autorizados	desequilibrio financiero de costo beneficio	Programa de transparencia y etica empresarial(PTEE)	Ejecución y administración de procesos	Procesos	25	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Cada vez que se legalice un contrato deberan aplicar el formato lista de chequeo DE-F-14	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Listas de chequeo DE-F-14 y el contrato legalizado	36,0%	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
				4	Ser utilizados como instrumento para camuflar actividades provenientes de LAFT	Falta de aplicación de los procedimientos del manual SARLAFT	Incurrir a la entidad en sanciones penales, disciplinarias y fiscales	6.Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	Fraude interno	Institucional	4	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de provedores	Menor	40%	Moderado	1	El oficial de cumplimiento verifica de manera trimestral la aplicación de procedimiento del manual SARLAFT en las oficinas de riesgo de la Institución: Talento Humano, Contratación, Almacén y Tesorería, para corroborar que los procedimientos se estén utilizando conforme a lo establecido, dejando constancia de lo encontrado, en informe semestral de seguimiento a SARLAFT y estableciendo planes de mejora frente a las desviaciones encontradas	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe de SARLAFT, actas de seguimiento a las oficinas del riesgo, y soportes de capacitación.	24,0%	Baja	24%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
	2	MEJORAMIENTO CONTINUO	No aplica	5	Posibilidad de sanciones debido al NO reporte o repote extemporaneo de información legal a entes de inspección vigilancia y control frente a resolución 408 de 2018 (indicadores 1, 2,12) ,Resolución 256 de 2016, Decreto 2193 (tabla de calidad), circular 012 Super intendencia Nacional de Salud.	Reporte inoportuno o extemporaneo de la información. Fallas en los sistemas de informacion frente al cumplimiento de los requisitos de las plataformas de reporte.	Sanciones Administrativas y disciplinarias	2.Riesgo operacional	Reputacional	Procesos	5	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de provedores	Menor	40%	Moderado	1	La líder de Calidad y su equipo de trabajo realizan seguimiento trimestral a la gestión de indicadores (Dto 256, cargue de la 2193) conforme a lo establecido en el procedimiento MC-P-13 (procedimiento, formulacion, adopcion y seguimiento de Indicadores)	Probabilidad	Detectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro		1. Informe trimestral de reporte Resol 256/ 2016 2. Informe trimestral de reporte Dto 2193 /2004 3. informe anual al 28 feb del año siguiente de la circular 012 / 2016 SNS	28,0%	Baja	28%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
			No aplica	6	Posibles sanciones o cierre de servicios asociado al incumplimiento de los estándares de habilitación de la resolución 3100 por no llevar autoevaluación de los mismos.	No aplicación de las mecanismos de control establecidos para asegurar ininplementación de los estandares de habilitación en los procesos institucionales. Falta de adherencia a la resolución 3100 de 2019	Sanciones o cierre de servicios	2.Riesgo operacional	Reputacional y Economico	Procesos	1245	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	1	El líder de habilitación de acuerdo a cronograma realiza rondas de verificación de servicios por medio de la lista de verificación de las condiciones de habilitación, presenta informe y crea un plan de mejora para el respectivo seguimiento al cumplimiento de los estandares minimos de habilitacion.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		1.Cronograma 2. Lista de verificación aplicada a cada grupo de estandares 3. Informe de verificación condiciones de habilitación 4.plan de mejora	80,0%	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Moderado	Reducir (mitigar)								
			No aplica	7	Posibilidad que los documentos del SIG estén desactualizados o que incumplen los objetivos y alcances para lo que fueron creados.	No hacer seguimiento oportuno a la documentacion por parte del proceso de mejoramiento continuo. Falta de socialización e implementación del procedimiento MC-P-03.	incumplimiento a la norma ISO 90001	2.Riesgo operacional	Reputacional y Economico	Procesos	2000	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	1	El profesional de Calidad encargado de la gestion documental, trimestralmente verifica el cumplimiento de la meta establecida 80% para cada año con respecto a la actualización de documentos de los procesos, para identificar brecha. Evidencia de ello son los informes de seguimiento a la gestion documental realizados. Cuando se evidencia el incumplimiento de la meta se requerirá a los líderes de procesos a través de memorando y se hará mesa de trabajo semestralmente.	Impacto	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe trimestral evolucion de cumplimiento, actas de seguimiento y soportes de capacitación.	80,0%	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Moderado	Reducir (mitigar)								
																		2	El tecnico del proceso de calidad realiza seguimiento mensual al estado de los documentos de la institución en el portal Daruma a fin de emitir alertas a los procesos en los que esté próximo a vencerse alguno de sitio conforme a lo establecido en la guía MC-G-01.	Impacto	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe de cumplimiento al seguimiento mensual de cargue documental, pantallazos, correos de alerta actas de seguimiento y soportes de capacitaciones.	80,0%	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Moderado	Reducir (mitigar)								
			No aplica	8	Que las acciones del proceso de Mejoramiento Continuo no constituyan herramientas efectivas para producir los cambios en los procesos de la institución.	Las actividades de los planes de acción derivadas de las no conformidades detectadas en auditorías no van directamente a la causa raíz para mitigar el riesgo de materialización. La falta de seguimiento y análisis por parte de los procesos a sus indicadores de gestión	Ejecutar acciones sin impacto en el mejoramiento continuo en los procesos de la institución	2.Riesgo operacional	Reputacional y Economico	Procesos	48	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El Profesional de Calidad verificará cada que se levante un plan de mejora producto de auditorías, la adherencia al procedimiento MC-P-02 (Formulación y seguimiento de los planes de mejora) mediante la asesoría y acompañamiento al líder del proceso para asegurar una correcta formulación de las acciones, dejando evidencia del análisis causal realizado con el proceso.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas de Asesoría y acompañamiento al líder del proceso en los Planes de mejora para asegurar una correcta formulación de las acciones dejando evidencia del análisis causal realizado con el proceso.	36,0%	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
																		2	El Profesional de Calidad verifica de manera mensual el diligenciamiento de los indicadores en el modulo de Daruma, el cual debe ser realizado por parte de los procesos, esto para detectar incumplimiento tanto en este procedimiento como en el cumplimiento de las metas establecidas. Cuando encuentra desviaciones, comunica al líder del proceso implicado y realiza la asistencia técnica repectiva. Las evidencias de lo actuado son los correos institucionales, los informes de gestion y las planillas de la asistencia técnica realizada	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe seguimiento a indicadores y las planillas de la asistencia técnica realizada	36,0%	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
	3	INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO	SIAU	9	Incumplir en los tiempos de respuesta a Peticiones y Quejas de los usuarios	No se realizan acciones correctivas por parte de los líderes a quejas y reclamos recurrentes Retraso en la proyección de respuesta por parte de los líderes de las áreas de la institución.	Sanciones por parte de las entidades de vigilancia y control	2.Riesgo operacional	Ejecución y administración de procesos	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El profesional SIAU realiza seguimiento para que las respuesta proporcionadas por las áreas o servicios implicados en las quejas y reclamos de los usuarios, se ajusten a los terminos establecidos por la ley y los contemplados en el procedimiento institucional de trámite de manifestaciones SIAU-P-02, dicho seguimiento lo realiza de forma presencial o por correo electrónico a los líderes de los procesos para recordar los tiempos de respuesta, cuando se excede el plazo, la profesional SIAU reporta a CI, al líder del proceso para gestionar con celeridad la respuesta. La constancia de dicho control son los correos electrónicos enviados a los servicios implicados, el registro de los tiempos de respuesta cargados en el modulo de satisfacción de daruma, el monitoreo realizado a través del indicador de oportunidad de PQR y los informes de SIAU retroalimentados a los líderes	Impacto	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Correos electrónicos enviados a los servicios implicados, el registro de los tiempos de respuesta cargados en el modulo de satisfacción de daruma, el monitoreo realizado a través del indicador de oportunidad de PQR y los informes de SIAU retroalimentados a los líderes	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								

		SERVICIO DE		10	Comunicar informacion erronea a los usuarios respecto a las novedades de los servicios del hospital	Falta un mecanismo de comunicación directa entre los servicios y SIAU para mantener actualizado al personal sobre las novedades de atención	Insatisfacción del usuario frente al proceso de información brindada por la entidad	2.Riesgo operacional	Ejecución y administración de procesos	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Profesional de atención al usuario recibe diariamente retroalimentación de novedades por grupo de whatsapp de parte de las diferentes áreas y/o servicios de la institución y esta a su vez retroalimenta en reuniones de autocontrol con su equipo para actualizarlos e identificar las fallas existentes. Cuando se identifican fallas se realizan las acciones correctivas en el proceso.	Impacto	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe de novedades recibidas por grupo de whatsapp de parte de las diferentes áreas y/o servicios de la institución y esta a su vez retroalimenta en reuniones de autocontrol con su equipo para actualizarlos e identificar las fallas existentes y hacer las acciones correctivas	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)									
4	GESTION HOSPITALARIA	INTERNACION 1,2,3 PEDIATRIA UNIDAD MENTAL		11	Inadecuada aplicación al plan terapeutico	No adherencia al protocolo de administracion de medicamento y al protocolo de identificacion redundante de pacientes (no realizar chequeo cruzado)	Incumplir con los orjetivos de seguridad del paciente en la entidad. Afectacion economica y Reputacional	1.Riesgo de salud	Reputacional y Economico	Procesos	12030	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	El coordinador de enfermería y/o líderes del servicios realizan Socializacion semestral de protocolos: * Administracion de medicamentos * Identificacion redundante de Pacientes.	Impacto	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas de socializacion y listas de asistencia	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Moderado	Reducir (mitigar)									
																		2	El jefe de enfermería de cada turno realizara la supervicion de la aplicación de medicamentos en un horario aleatorio para los pacientes hospitalizados en cada servicio	Impacto	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato de supervicin de administracion de medicamentos	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Moderado	Reducir (mitigar)									
																		3	Seguridad del paciente hace la medicion trimestral de la adherencia a los protocolos de administracion de medicamentos e identificacion redundante de pacientes. Mediante aplicación de las listas de chequeo establecidas para ello. la administracion correcta de medicamentos en los servicios. Cuando encuentran desviación Se deja compromiso. Esta informacion se remite al jefe del proceso quien realiza retroalimentación correctiva y si se vuelve repetitivo, toma medidias administrativas.	Impacto	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Listas de chequeo establecidas. Actas de socializacion y listas de asistencia	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Moderado	Reducir (mitigar)									
																		4	El jefe de enfermería de cada turno realizara la supervicion aleatoria en el chequeo cruzado para los pacientes hospitalizados en cada servicio	Impacto	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato de supervicin de chequeo cruzado	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Moderado	Reducir (mitigar)									
				12	Eventos adversos (FUGA DE PACIENTES)	No adherencia al protocolo de prevencion y accion ante una fuga Falta de vigilancia da acceso e infraestructura	Incumplir con los orjetivos de seguridad del paciente en la entidad. Afectacion economica y Reputacional	1.Riesgo de salud	Ejecución y administración de procesos	Procesos	12030	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	El coordinador de enfermería y/o líderes del servicios realizan Socializacion semestral de protocolo de prevencion y accion ante una fuga.	Impacto	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas de socializacion y listas de asistencia	60,0%	Alta	60%	Moderado	60%	Alto	Moderado	Reducir (mitigar)									
																		2	Seguridad del paciente hace la medicion trimestral de la adherencia al protocolo de prevencion y accion ante una fuga. Mediante aplicación de las listas de chequeo establecidas para ello. la administracion correcta de medicamentos en los servicios. Cuando encuentran desviación se deja compromiso. Esta informacion se remite al jefe del proceso quien realiza retroalimentación correctiva y si se vuelve repetitivo, toma medidias administrativas.	Impacto	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Listas de chequeo establecidas. Actas de socializacion y listas de asistencia	60,0%	Alta	60%	Moderado	60%	Alto	Moderado	Reducir (mitigar)									
5	GESTION DEL CUIDADO CRITICO	UCI ADULTOS UCI NEONATAL		13	Posibilidad de generar eventos adversos (ULCERAS POR PRESION, CAIDAS, EXTUBACION NO PROGRAMADA, EVENTOS EMBOLICOS) por fallas atribuibles al personal de los servicios de cuidado crítico	1.Falta de un proceso de inducción con evaluacion para corroborar las competencias funcionales de los colaboradores del servicio 2. No identificacion de los principales riesgos de los pacientes del servicio:caidas, ulceras por presion, extubacion no programada, eventos embolicos 3.Falta de supervisión en los procedimientos de atención de los pacientes	Mayor costo en la UCI por estancias prolongadas Pérdida de la credibilidad corporativa en los servicio de cuidado crítico del HDMI Perdida economica y repuracional	1.Riesgo de salud	Usuarios	Procesos	36	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Los coordinadores de los servicios que hacen parte del proceso de GCCUCIA-UCIN) verifican que el proceso de induccion en puesto de trabajo se realiace de manera semestral mediante evaluación por puesto de trabajo para verificar las capacidades funcionales del personal asistencial en cada servicio. Si los resultados obtenidos del proceso de evaluacion fueran de "reaprobación" se concede una segunda oportunidad para ser evaluado nuevamente. El reagistro de lo actuado son las evaluaciones realizadas al personal nuevo para verificar si fue comprendida o asimilada la informacion suministrada.	Impacto	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Las evaluaciones realizadas al personal nuevo para verificar si fue comprendida o asimilada la informacion suministrada.	60,0%	Media	Menor	36%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)									
																		2	La gestora de seguridad del paciente en ucia, realiza 3 veces al mes la aplicación de las escalas de valoración de los principales riesgos de los pacientes (caidas, ulceras por presion, extubacion no programada, eventos embólicos) para garantizar la correcta identificacion de los riesgos presentes. Del control realizado quedan las listas de chequeo verificadas sobre cada paciente	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Listas de chequeo verificadas sobre cada paciente	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)									
																		3	La coordinadora del servicio de UCIA verifica mensualmente que la gestora de seguridad del servicio haya realizado el chequeo pertenente. Del anterior control quedan las listas de verificacion realizadas a los pacientes.	Impacto	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Listas de chequeo verificadas sobre cada paciente	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)									
6	GIAS Y OBSTETRICIA	No aplica		14	Realizar una indebida clasificación del triage	Falta de competencia del personal. Falta de adherencia a la resolución 5596 de 2015	Complicaciones del estado clínico a la entrada de la atención de los pacientes	1.Riesgo de salud	Seguridad del paciente	Procesos	17865	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	60%	Moderado	1	La medico de triage o quien haga sus veces verifica en cada paciente las condiciones que según la resolución 5596 de 2015 se constituyen en criterios de clasificación de prioridad, dejando registro de justificación de la clasificación realizada en anexo de HC de triage.	Impacto	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Registro de justificación de la clasificación realizada en anexo de HC de triage.	60,0%	Alta	60%	Moderado	60%	Alto	Moderado	Reducir (mitigar)									
																		2	El coordinador de urgencias con cada vinculación de personal médico nuevo realizar socialización del procedimiento institucional basado en la resolucion 5596 de 2015 dejando constancia en las listas de asistencia	Impacto	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Listas de asistencia de socialización del procedimiento institucional basado en la resolucion 5596 de 2015	60,0%	Alta	60%	Moderado	60%	Alto	Moderado	Reducir (mitigar)									
				15	Muertes maternas y perinatales	Falta de adherencia del personal asistencia a las guias de atencion materno-perinatal.	Perdida de la reputacion institucional Hacer incurrir a la entidad en sanciones penales, disciplinarias y fiscales	1.Riesgo de salud	Seguridad del paciente	procesos	26	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	160%	Moderado	1	El profesional de calidad (seguridad del paciente) verifica trimestralmente mediante listas de chequeo, la adherencia a las Guias de Colaspco materno (Codigo Rojo, Crisis hipertensiva Y Atención integral del parto) sobre las historias clínicas y la oportunidad en la toma e interpretacion de resultados de laboratorio quedando registro de este control en los formatos GUO-F-25, GUO-F-27 y GUO-F-28 Lo anterior es retroalimentado al equipo interdisciplinario de la unidad de obstetricia para lo cual queda acta de socializacion del informe como control preventivo de los sucesos no deseables. El acta es remitida al líder del proceso Gestion de Urgencias y Obstetricia para que haga el chequeo cruzado con el seguimiento interno que se finaliza en su proceso y presente el informe respectivo como evidencia a su riesgo.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe de la adherencia a las Guias de Colaspco materno,listas de chequeo y acta de socialización.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)									
																		2	El personal de enfermería verifica a la entrada de la paciente al servicio de sala de partos, su estado de salud por medio de formato hoja de alerta TEMPRANA OBSTETRICA (GUO-F-52) la toma del monitoreo con las pacientes que tiene 30 o mas semanas de gestación, y en el posparto al control de signos vitales en formato denominado Seguimiento activo del posparto(GUO- F-05) para la madre y el recien nacido con al fin de identificar los riesgos maternos.La evidencia de este control serán los registros en el formato anteriormente mencionados. Los cuales son remitidos al líder del proceso GUO para la consolidacion de su informacion.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe de los registros en los formatos GUO-F-52 GUO- F-05	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)									

MISIONALES		GESTION DE URGEN																3	Las gestoras de seguridad de manera mensual verifican el kit de emergencias obstétricas para garantizar la disponibilidad de insumos y prestacion oportuna de la atención. La evidencia son las evaluaciones realizadas por intermedio del formato GUO-F-24 las cuales son remitidas al lider del proceso GUO para la consolidacion de su informacion.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe de las evaluaciones realizadas por intermedio del formato GUO-F-24	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
																		4	La jefe de enfermería de turno verifica y repone los insumos medicoquirurgicos utiizados en cada emergencia obstétrica para garantizar que el kit quede completo para proximas atenciones. La evidencia son los registros realizados en el formato GUO-F-23 . Los cuales son remitidos al lider del proceso GUO para la consolidacion de su informacion.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Los registros realizados en el formato GUO-F-23	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
				16	Administracio de medicamentos al paciente incorrecto.	No adherencia al protocolo de administracion de medicamentos. No adherencia al protocolo de administracion de identificacion redundante de pacientes (No realizar chequeo cruzado)	Ocasionar Eventos Adversos Causar pérdida de la confianza del usuario y su familia frente a la institución.	1.Riesgo de salud	Usuarios	Procesos	144000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	80%	Moderado	1	El lider de proceso realiza solicitud de compra de atriles para poder garantizar 1 atril por cada paciente.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		DOCUMENTO DE SOLICITUD DE COMPRAS	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
																		2	El lider del proceso realiza socializacion trimestral de los protocolos de administracion de medicamentos (sensibilizacion de los 12 correctos) y al de identificacion redundante de pacientes (chequeo cruzado).	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		ACTA DE SOCIALIZACION Y FORMATO DE ASISTENCIA	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
																		3	Las gestoras de seguridad del paciente realizan medicion trimestral de adherencia a protocolos. El resusltado de la mediciom sera remitido al lider del proceso para su respectivo informe.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		INFORMES DE MEDICION DE ADHERENCIA Y LISTAS DE CHEQUEO	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
				17	FUGA DE PACIENTES	No adherencia al protocolos DE PREVENCION Y ACCION ANTE UNA FUGA	Imcumplir con los onjetivos de seguridad del paciente en la entidad. Afectacion economica y Reputacional	1.Riesgo de salud	Seguridad del paciente	Procesos	17865	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	80%	Moderado	1	El lider del proceso realiza socializacion trimestral de los protocolos de prevencion y accion ante una fuga y al de identificacion redundante de pacientes (chequeo cruzado).	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		ACTA DE SOCIALIZACION Y FORMATO DE ASISTENCIA	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
																		2	Las gestoras de seguridad del paciente realizan medicion trimestral de adherencia a protocolos. El resusltado de la mediciom sera remitido al lider del proceso para su respectivo informe.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		INFORMES DE MEDICION DE ADHERENCION Y LISTAS DE CHEQUEO	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
	7	TRANSVERSAL	SUBGERENCIA CIENTIFICA	18	Tratamientos y ayudas diagnosticas no pertinentes para la patología de los pacientes	Falta de adherencia a las Guia Practica Clinica de las 5 primeras causas de egreso hospitalario	Estancias prolongadas de los pacientes en los servicios de hospitalizacion	1.Riesgo de salud	Reputacional y Economico	Procesos	12030	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	80%	Moderado	1	La sub gerente cientifica con los auditores de concurrencia revisan periodicamente el perfil epidemiologico para determinar las primeras 5 causas de egreso hospitalario	Impacto	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		informe ejecutivo trimestral de las 5 primeras caudad de egreso hospitalario	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
																		2	El coordinador medico y de especialitas realiza Socializacion semestral (o cada que se requiera por rotacion de personal) de Guia de Practica Clinica de las 5 primeras causas de egreso hospitalario	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas de socializacion y lista de asistencia.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
																		3	La subgerente cientifica con Auditoria de concurrecia Trimstralmente verifica la adherencia a las GPC a través de evaluaciónes de minimo 15 historias clinicas de pacientes con diagnostico de las 5 primeras causas de egreso hospitalario, realizando socializacion de las desviaciones obtenidas y presentando un informe al comite de Historias Clinicas.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe ejecutivo de las resultados obtenidos de las mediciomes de adherencia. acta de socializacion con lista de asistencia	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
																		4	La subgerente cientifica a través de Auditoria de concurrencia realizara un perfil con las principales causa de glosas por pertinencia, realizando solcializacion de los resultados obtenidos y presentando un informe al comite de Historias Clinicas. (pedir informacion a auditoria de cuentas medicas)	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe ejecutivo con la informacion de las principales causas de glosas por pertinencia medica y manejo o seguimiento realizado. acta de socializacion con lista de asistencia	60,0%	Media	48%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
				19	Posibilidad de que los pacientes no se evolucionen de manera oportuna	Inoportunidad en la evolucion diaria por parte de los especialistas	Estancias prolongadas Relacion costo/beneficio no es la esperada	1.Riesgo de salud	Reputacional y Economico	Procesos	12030	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	80%	Moderado	1	La subgerente cientifica monitorea diariamente a través de los auditores concurrentes de cada servicio, que todo los usuarios de la institucion cuenten con notas de evolucion por las especialidades tratantes. Se realizara notificacion por los auditores de manera diaria a subgerencia cientifica mediante correo electronico.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Notificacion por los auditores de manera diaria a subgerencia cientifica mediante correo electronico.	60,0%	Media	80%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
	8	GESTION QUIRURGICA	No aplica	20	Que se incrementen las Infecciones en sitio operatorio	Falta de adherencia a los protocolos de limpieza y desinfeccion, lavado de manos y asepsia y antisepsia en sitio operatorio.	Incumplir los objetivos de seguridad en la atención	1.Riesgo de salud	Seguridad del paciente	Procesos	1995	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	360%	Moderado	1	El jefe del servicio corrobora la ejecución de las actividades de limpieza y desinfeccion de las áreas, mediante la inspeccion y verificación del diligenciamiento por parte de la auxiliar de enfermería de los formatos establecidos (RF-F-50) dejando constatado su chequeo mediante firma de los formatos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formatos establecidos (RF-F-50) debidamente revisados y firmados por el Jefe del servicio.	60,0%	Media	80%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
																		2	El auxiliar de enfermería realiza la asepsia y antisepsia del lugar dejando registro en sus notas de enfermería de la realización del procedimiento realizado. El jefe del servicio verifica la actividad realizada por el auxiliar.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Registro en las notas de enfermería que conste la realización del procedimiento de asepsia y antisepsia del lugar.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
																		3	El monitor asignado por el jefe de cirugía capacitará semestralmente al equipo de salas de CX, para asugurar la adherencia al protocolo de lavado de manos, Esta capacitación es complementada con las actividades de las gestoras de seguridad quines trimestralmente aplicarán listas de chequeo de lavado de manos para detectar desviaciones en los protocolos, reportando y gestionando los resultados del indicador.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato de asistencia MC-F-03 de la socializacion semestral por parte del Jefe del servicio en adherencia al protocolo de lavado de manos y listas de chequeo de lavado de manos de las actividades realizadas por las gestoras de seguridad trimestralmente.	60,0%	Media	48%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
	9	GESTION ASISTENCIA AMBULATORIA	No aplica	21	Que se presente demora en la respuesta de asignación de citas	Inoportunidad en la respuesta por parte del call center	Empeoramiento del estado de salud del usuario. Generar Insatisfaccion en los usuarios	1.Riesgo de salud	Usuarios	Procesos	21600	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Moderado	80%	Alto	1	El supervisor de operaciones del call center monitorea diariamente los tiempos de respuesta para el cumplimiento de la meta de oportunidad establecida para la asignacion de cita (menos de 12h) por cada operario, a través del sistema de asignacion de citas de indigo donde va quedando el registro de la atencion. Cuando encuentra que algun operario presenta desviacion en la oportunidad, realiza los llamados de atencion pertinentes. El registro del control son los seguimientos a través de la plataforma.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		El registro del control son los seguimientos a través de la plataforma.	60,0%	Media	80%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
				22	No tener las horas de consulta especializada suficientes para atender de forma oportuna la demanda	Falta de talento humano de algunas especialidades Inapropiada planeación de horas de consulta especializada ambulatoria.	Empeoramiento del estado de salud del usuario. Insatisfacción del usuario en el servicio de consulta ambulatoria especializada.	1.Riesgo de salud	Usuarios	Procesos	228	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	2	El Profesional especializado de servicios ambulatorios mensualmente verifica que los datos históricos de la estadística de consulta externa especializada informados a Subgerencia Científica por medio de correo institucional, corresponda a las horas contratadas para prestar el servicio. Si se presenta desviación la líder de gestion ambulatoria comunica a la subgerencia científica y este gestiona un mayor número de horas con las especialidades necesitadas. El control anterior puede evidenciarse con un revisado en los cuadro de turnos de los especialistas, los correos y las agendas disponibles.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Revisado en los cuadro de turnos de los especialistas, los correos y las agendas disponibles.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								

10	LABORATORIO CLINICO	No aplica	23	Realizar procesamientos de muestras que incumplan con los requisitos técnicosylo administrativos requeridos.	Falta de la orden médica u ordenes medicas erroneas Falta de adherencia al protocolo de toma de muestras. Muestras que no cumplen los criterios de calidad	Generar diagnósticos inoportunos y punciones evitables al paciente	1.Riesgo de salud	Reputacional y Economico	Procesos	1460	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	1	El auxiliar de laboratorio que recibe las muestras verifica cada que se recibe una muestra en el dash board, tanto que exista la solicitud médica para las muestras recepcionadas como la calidad de la muestra para darle paso en el tablero a "muestras recolectada" y así empezar su procesamiento, sino aparece la orden medica o no cumple con los criterios de calidad, lo registra en el formato de revision de muestras, realiza el reporte y solicita las mejoras al incidente/ evento adverso.Del anterior control quedan los resgistros de revision de muestras y el número del reporte del evento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		resgistros de revision de muestras y el número del reporte del evento.	60,0%	Media	48%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
			24	Los controles de calidad internos del laboratorio no detectan la desviación o son mal interpretados	Falta de aplicación del Manual de calidad Interno del laboratorio	Producir resultados de laboratorio no confiables	1.Riesgo de salud	Reputacional y Economico	Procesos	1460	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	2	Los bacteriologos que procesan las muestras en cada sección al inicio del dia verifican en el software VaIQC, que los resultados obtenidos del control se encuentran dentro del rango establecido y la tendencia con respecto a los valores anteriores registrando las observaciones en un formato de analisis de Controles.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		formato de analisis de Controles.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
			25	Que el laboratorio clinico se quede sin los insumos y reactivos necesarios para su operación	Inadecuada planeacion en solicitud de insumos y reactivos, teniendo en cuenta el consumo del mes anterior Dificultades en el flujo de recursos financieros a los proveedores La demanda supere a la oferta.	Fallas en la continuidad de la atencion	1.Riesgo de salud	Reputacional y Economico	Procesos	2190	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	3	La coordinadora del laboratorio mensualmente verifica la existencia de los insumos y reactivos en bodega. SE compara la estadística de los exameneres realizados con la cantidad de reactivos entregados al servicio si se evidencia desviaciones en los inventarios, se indaga el motivo a los responsables del area, mientras se realiza los nuenos pedidos al área de almacén. El control se evidencia en las solicitudes realizadas por parte del encargado de cada seccion del laboratorio.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		solicitudes realizadas por parte del encargado de cada seccion del laboratorio.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
11	BANCO DE SANGRE	No aplica	26	Que el banco de sangre no cuente con datos reales frente a los insumos necesarios para su debida operacion	Errores u omisiones en el registro de entradas y salida de elementos e insumos del stock del banco de sangre	Entorpecimiento del flujo normal de las operación del banco de sangre	1.Riesgo de salud	Reputacional y Economico	Procesos	48	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El bacteriologo de cada seccion (responsable de reactivos y dispositivos médicos) o auxiliar de enfermeria (responsable de los insumos) realiza el ingreso y/o egreso de los elementos en orden cronológico, registrando en el Kardex los datos relacionados con el movierto a realizar (fechas, cantidades, lotes, saldos, etc) con el fin de llevar un control del inventario existente, además durante los primeros 5 dias del mes se verifica por parte del encargado de cada sección (bacteriólogo, auxiliar de enfermeria) la semaforización, con el objetivo de controlar los elementos próximos a vencer y generar, si es necesario, la solicitud de insumos a la casa comercial correspondiente. Cuando se presenta alguna novedad, se reporta al coordinador, para que se realice trazabilidad de la inconsistencia.El soporte de lo anterior será el kardex y el semáforo acorde al vencimiento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		kardex y el semáforo acorde al vencimiento.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
																	2	El director y/o coordinador del Banco de Sangre, realiza mensual y anualmente un consolidado estadístico obtenido del software Hesabank, en el que se evidencian el número de donantes y la transfusión por hemocomponentes, esta información se correlaciona con el uso de los recursos mes a mes y se proyecta el consumo tanto mensual y anual, de esta manera se busca satisfacer las necesidades del servicio evitando la compra excesiva de productos. Los soportes son los informes de estadística mensual del banco de sangre y servicio Transfusional, así como también la proyección anual de compras.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informes de estadística mensual del banco de sangre y servicio Transfusional, así como también la proyección anual de compras. El consolidado anual se reporta en el primer trimestre de cada año.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)								
12	SERVICIO TRANSFUSIONAL	No aplica	27	Que se realice entrega incorrecta de hemocomponentes	No se cumple con los criterios establecidos en el protocolo ST-PT-03 –Protocolo para la solicitud de la transfusión, entrega y aplicación de hemocompomentes y el estricto cumplimiento y diligenciamiento del formato ST-F-49 -Lista de chequeo de transfusión de hemocomponentes para médicos y personal de enfermería-	Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT) y complicaciones en la salud del receptor.	1.Riesgo de salud	Seguridad del paciente	Procesos	982	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	1	Los bacteriólogos del Servicio Transfusional cada vez que se solicita una transfusión, verificarán el cumplimiento de la lista de chequeo de transfusion de hemocomponentes para medicos y personalo de enfermeria, con el fin de controlar los puntos críticos desde el momento de la solicitud de transfusión, hasta la entrega del hemocomponente e inicio de la transfusión, evidencia de esto será el diligenciamiento completo del formato ST-F-49 para cada uno de los receptores. En caso de llegarse a materializar el riesgo se suspenderá la transfusión en cualquiera de sus etapas, se realizará reporte del evento adverso y en caso de presentarse RAT, se llevará a cabo el proceso de reporte y análisis del mismo, de igual manera se llevará el caso a estudio en el comité Transfusional y el comité de Seguridad del Paciente.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		formato ST-F-49 -Lista de chequeo de transfusión de hemocomponentes para médicos y personal de enfermería.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Evitar								
13	IMAGENOLOGIA	No aplica	28	Tomar estudios que no correspondan al paciente o marcar estudios con el datos de identificacion equivocado	Falta de adherencias al protocolo de identificación redundante de paciente (no realizar chequeo cruzado) No verificación de la orden con la identidad del paciente. Falta de verificación con el paciente y grupo colaborador.	Generar resultados equivocados. Generar eventos adversos a los usuarios	1.Riesgo de salud	Seguridad del paciente	Procesos	890	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	1	El Profesional especializada de servicios ambulatorios verifica cada tres meses la aplicación del protocolo de identificación del paciente y chequeo cruzado, para corroborar el debido procedimiento por parte de los técnicos, dejando evidencia de lo encontrado en las listas de chequeo aplicadas.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Listas de chequeo aplicadas para la verificacion trimestral de la adherencia al protocolo de identificación del paciente y chequeo cruzado.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Evitar		Cumplimiento en el cronograma de socializaciones en la aplicacion y adherencia al protocolo de identificación del paciente y chequeo cruzado.							
																	2	El profesional especializada de servicios ambulatorios de manera mensual, realizará el seguimiento de los errores atribuibles al personal técnico, mediante el registro de errores presentados por cada uno para ser retroalimentados en reuniones de autocontrol trimestral con el animo de hacer conciencia en el personal técnico sobre las faltas cometidas frente a los protocolos de indentificación del paciente y toma de estudios diagnósticos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		Formato de asistencia de las reuniones trimestraleas de autocontrol.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)		Realizar seguimiento al cumplimiento del cronograma de reuniones mensuales de autocontrol con el personal técnico sobre las faltas cometidas frente a los protocolos de indentificacion del paciente y toma de estudios diagnosticos.							
																	3	El especialista radiologo cada que se va a realizar una lectura de imágenes verifican mediante el analisis de la imagen, la correcta toma del estudio por parte de los técnicos, dejando evidencia del hallazgo en el grupo de whatsap de imagenologia, para luego ser corregido por los técnicos	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Verificacion antes de la lectura mediante el analisis de la imagen, la correcta toma del estudio por parte de los técnicos, dejando evidencia del hallazgo en el grupo de whatsap de imagenologia, para luego ser corregido por los técnicos	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)								
			29	Realizar irradiaciones innecesarias a los pacientes	Desconocimiento del protocolo de identificacion redundante de pacientes (No realizar chequeo cruzado)	Perdida financiera	1.Riesgo de salud	Ejecución y administración de procesos	Procesos	890	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	2	Socializacion trimestral de protocolos inherentes al proceso	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Acta de socializaciones y formato de asistencias	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)								
			30	Alegar a los servicios medicamentos que no correspondan a lo solicitado	Falta de verificacion y semaforización de los medicamentos	Generar eventos adversos por suministro de medicamentos vencidos	1.Riesgo de salud	Seguridad del paciente	Procesos	542	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	1	El auxiliar de farmacia a cargo del proceso de dispensacion verifica la correcta dispensacion de las formulas médicas para cada paciente, dejando evidencia de lo entregado, en formato SF-F-20 , en columna n. 10, con firma de funcionario que dispensa.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato de entrega de medicamentos e insumos SF-F-20 , en columna n. 10, con firma de funcionario que dispensa.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)								
																	2	La auxiliar de enfermería encargada de recibir los medicamentos de cada servicio, verifica lo formulado contra lo dispensado en físico, dejando constancia del chequeo realizado, en el formato de entrega de medicamentos e insumos cod SF-F-20, columna n.11, con firma de funcionario que recibe lo dispensado.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		formato de entrega de medicamentos e insumos SF-F-20, columna n.11, con firma de funcionario que recibe lo dispensado.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)								

																3	El profesional químico farmaceutico verifica mensualmente que todo lo dispensado en sistemas aparezca registrado y confirmado.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe mensual de verificacion	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)									
14	SERVICIO FARMACEUTICO	No aplica	31	Posibilidad de perdida de recursos economicos por vencimiento de medicamentos y dispositivos medicos	Falta de rondas de verificación de fechas de vencimiento Rotación de medicamentos y / o dispositivos medicos Falta de adherencia al procedimiento	Perdida de recursos economicos vencimiento de medicamentos y/o dispositivos medicos	2.Riesgo operacional	Fallas tecnológicas	Procesos	2456	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	1	1 El auxiliar de farmacia a cargo, por cuadro de turnos, semanalmente surte los productos recibidos de almacen general en los estantes de almacenamiento masivo de cada farmacia teniendo en cuenta colocar en la parte frontal los productos mas proximos a vencer. Y de igual forma toma de estos productos para surtir unidades sueltas en los estantes de dispensacion, intercambiando de sitio los lotes desacuerdo a su fecha de vencimiento, asegurando que lo mas proximo a vencer, sea lo primero en salir. Acta semanal.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Acta semanal de verificacion y rotacion de medicamentos	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)									
																2	El profesional químico farmaceutico verifica mensualmente que todo los medicamentos esten correctamente semaforizados y realiza la rotacion de los mismos para la pronta utilizacion de los proximos a vencer	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe mensual de verificacion de la correcta semaforizacion	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)									
			32	Dispensar a los servicios productos farmaceuticos vencidos	Falta de semaforizacion de medicamentos	Provocar eventos adversos	1.Riesgo de salud	Ejecución y administración de procesos	Procesos	1245	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	1	El químico farmaceutico verifica al recibo de los productos a la farmacia, la fecha de vencimiento de los mismos, reportando y devolviendo los productos que ya se encuentran vencidos y dejando la anotación en el sistema sobre las novedades encontradas.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		anotación en el sistema sobre las novedades encontradas.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)									
																2	El profesional químico farmaceutico verifica mensualmente que todo los medicamentos esten correctamente semaforizados y realiza la rotacion de mismos para la pronta utilizacion de los proximos a vencer	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe mensual de verificacion de la correcta semaforizacion	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)									
			33	Que se pierdan los medicamentos de control	Deficiente seguimiento de las formulas de los medicamentos de control Falta de verificacion de las formulas	perdida de recursos economicos	2.Riesgo operacional	Economico	Procesos	1245	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	1	El auxiliar de farmacia a cargo del proceso de dispensacion verifica en cada entrega de turno que todos las dispensaciones en sistema esten efectivamente registradas y confirmadas. Formato de conteo de medicamentos de control.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato de conteo de medicamentos de control.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)									
																2	El profesional químico farmaceutico verifica semanalmente que todo lo dispensado en sistemas aparezca registrado y confirmado. Formato de conteo de inventarios de stocks y bodega de medicamentos de control.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato de conteo de inventarios de stocks y bodega de medicamentos de control.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)									
15	CENTRAL DE ESTERILIZACION	No aplica	34	Que se entregue material que haya perdido su esterilidad o no cuenta con las evidencias de que pasó por un proceso de esterilización.	Falta de mantenimiento del autoclave o fallas en el mismo.	Interrumpir el proceso quirúrgico y hospitalario	1.Riesgo de salud	Seguridad del paciente	Procesos	16800	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Moderado	60%	Alto	1	La instrumentadora de la central de esterilización verifica trimestralmente el cronograma de mantenimiento del autoclave por parte del área de biomédica para corroborar el cumplimiento del mismo, dejando como evidencia el informe final presentado por la empresa contratada para ello. Cuando no se consigue el objetivo de obtener el mantenimiento del autoclave por parte del contratista, se traslada la necesidad al area de biomédica para que ellos hagan lo pertinente. formato de verificación de dispositivo estéril de controles químicos, biológicos, etc., requeridos para el proceso.	Impacto	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		informe final presentado por la empresa contratada. formato de verificación de dispositivo estéril de controles químicos, biológicos, etc., requeridos para el proceso.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)									
																2	La lider de central de esterilización corrobora diariamente la aplicación de los procedimientos establecidos a través del diligenciamiento del formato de verificacion del dispositivo o paquete esteril CE-F-15 y para los servicios se programa de 3 a 4 visita mensual de verificación de adherencias al proceso de esterilización a través del formato CE-F-14 Lista de chequeo y verificación de almacenamiento e integridad del dispositivo estéril. Según lo detectado, se realiza socializaciones de manera inmediata con los equipos de trabajo y se programan capacitaciones según necesidades de los servicios.	Impacto	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato CE-F-14 Formato CE-F-15	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)									
																3	La lider de central de esterilización revisa quincenalmente el inventario de insumos del área para identificar necesidades de materiales e insumos y prevear con respectiva anticipación su solicitud ante el área de almacen antes de su agotamiento, dejando como evidencia las solicitudes de pedido en dinamica gerencial modulo operativo (pedidos). Cuando el suministro no es realizado a tiempo, se busca el apoyo con otras servicios o instituciones, para solucionar inmediatamente mientras es solucionto por parte de la entidad.	Impacto	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Sin Registro		las solicitudes de pedido en dinamica gerencial modulo operativo (pedidos).	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)									
		SST	35	Que se materialicen los accidentes y enfermedades laborales	No aplicar las medidas de bioseguridad por parte del personal. Falta de seguimiento a la aplicación de controles de las medidas de bioseguridad por parte de los jefes	Aumentar el Ausentismo laboral por causa medica	1.Riesgo de salud	Economico	Institucional	90	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El profesional de SST verificará que los jefes de servicio previo al inicio de labores(diariamente) corroboren en el personal a cargo, la aplicación del cumplimiento de los reglamentos y medidas contempladas en el Manual de bioseguridad MC-M-05 y elprocedimiento para la matriz de EPP THP-15. Para ello deja constancia del chequeo realizado a su personal, en el libro de anotaciones de enfermería del servicio y/o los formatos establecidos para tal fin THF-12.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		Manual de bioseguridad MC-M-05 y elprocedimiento para la matriz de EPP THP-15. Para ello deja constancia del chequeo realizado a su personal, En los formatos establecidos para tal fin THF-12.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)									
																2	El profesional SST verifica de manera mensual, al control realizado frente a la adherencia de la aplicacion de las medidas de bioseguridad y realizando sensibilización durante las rondas, dejando como constancia las actas de la verificación y sensibilización realizada, en formato THF-46 y semaforización por servicio del cumplimiento de uso de EPP. El incumplimiento será comunicado a todas las dependencias de la entidad mediante correo institucional	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		formato THF-46 y semaforización por servicio del cumplimiento de uso de EPP.	60,0%	Media	60%	Leve	0%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)									
					No tener un mecanismo para identificar y responder a las necesidades del talento humano.								El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto			1	El Director de Talento humano verifica al comienzo de cada año que todos los servicios y áreas de la institución hayan reportado la información referente a sus necesidades y expectativas, en el formato THF-94 creado para recolectar la informacion de las áreas y poder gestionar lo requerido por las mismas. El soporte de la anterior actuación es el consolidado de la encuesta que muestran las areas de donde reportan las necesidades.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		THF-94 creado para recolectar la informacion de las áreas y consolidado de la encuesta que muestran las areas de donde reportan las necesidades.	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)									

16	TALENTO HUMANO	TH	36	Que la institución tenga un Talento humano insatisfecho	No realizar un seguimiento a la formulacion de accionesos con base a los diagnositcos empresariales arrojados por la encuesta de necesidades y la de clima laboral.	Generar baja productividad en elTalento humano	2.Riesgo operacional	Economico	Procesos	1100	Alta	80%	publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	2	El director de Talento Humano verifica que los resultados arrojados por los diagnosticos institucionales(encuesta de necesidades y clima laboral) hayan sido incluidos en los planes de accion de la direccion(eje:matriz de capacitaciones, programa de bienestar social)para asegurar que posteriormente se ejecuten. Cuando esta informacion no concuerde, la directora de TH realizará requerimiento a la profesional psicologa de la dirección para ser incluidos. Los registro dejados del anterior control serán los planes de accion aprobados por la directora.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro	Resiltados de la encuesta y Planes de accion aprobados por la directora. Se reporta el 1 trimestre del siguiente año	60,0%	Media	60%	Mayor	0%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			37	Que el personal nuevo no se adhiera de manera rapida a los procesos institucionales	El proceso de inducción y reinducción no se realiza de manera efectiva	Entorpecimiento de los procesos e inoportunidad en la prestación de los servicios	2.Riesgo operacional	Operativo	Procesos	1100	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	El Auxiliar Administrativo de Talento Humano verifica la realización del proceso de induccion general e induccion en puesto de trabajo, así: el primero,con la recepcion de las calificaciones obtenidas en el proceso de induccion general por parte de los trabajadores entrantes, las cuales deben ser presentadas junto con los demás documentos requsitos para perfeccionar el contrato. La segunda, con la recepción de la constancia de induccion en puesto de trabajo, emitida por el supervisor o jefe inmediato del trabajdor, al momento de la presentación de la primera cuenta de cobro.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Registro que evidencie la realizacion la induccion y rein	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Evitar
																	2	El director administrativo de talento humano solicita con la vinculacion de cada colaborador, la evaluación con resultados del proceso de inducción en puesto de trabajo realizado a cada trabajador con el fin de corroborar la ejecución y efectividad del proceso por parte de cada lider de área/servicio. Cuando la evaluacion es reaprobada por el trabajador, se solicita nuevamente la induccion en puesto de trabajo al jefe inmadiato hasta obtener una la calificación deseada. El registro dejado por este control son las Evaluaciones aprobadas aportadas por los jefes de cada area/servicio previas a la presentacion de la primera cuenta.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Registro que evidencie la realizacion la induccion y reinduccion.	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Evitar
			38	Que no se cuente con personal actualizado, calificado y entrenado para desarrollar sus funciones de manera eficiente	No gestionar la ejecución del plan de educación,capacitacion y entrenamiento permanente que se construye a partir de las necesidades de las áreas/servicios	Tener un Talento Humano sin las competencias requeridas	1.Riesgo de salud	Operativo	Procesos	1100	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	El director de Talento Humano corrobora trimestralmente el cumplimiento de la matriz de capacitaciones mediante evaluación de indicadores de cumplimiento y cobertura para comprobar que el proceso se va desempeñando de forma eficiente.Cuando encuentra desviacion realiza requerimiento a la profesional a cargo para realizar las mejoras pertinentes. El registro dejado por el control son la matriz de capacitaciones con seguimiento e indicadores.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	matriz de capacitaciones con seguimiento de indicadores.	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Evitar
			39	Posibilidad de vincular por medio de convenio (universidades e instituciones) personal con antecedentes de sarlart y cualquier otra actividad ilicita.	Cumplir de forma deficiente los procedimientos para la prevencion de LA/FT	Hacer incurrir a la entidad en sanciones penales, disciplinarias y fiscales	6.Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	Reputacional y Economico	Procesos	1100	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	Aseguramiento de la debida diligencia en las clausulas de los convenio (incluir que el 100% cumplan con SARLAFT	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Docume	Continua	Con Registr	Contrato con todos los soportes	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	
																	2	Diseñar o implementar convenios con universidades o intituciones que contengan el criterio de SARLAFT	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documen	Continua	Con Registro		60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	
			40	Posibilidad de vincular colaboradores con antecedentes de sarlart y cualquier otra actividad ilicita.	Cumplir de forma deficiente los procedimientos para la prevencion de LA/FT para colaboradores (solo se rigen al diligenciameinto del contrato)	Hacer incurrir a la entidad en sanciones penales, disciplinarias y fiscales	6.Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	Reputacional y Economico	Procesos	1100	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	El Auxiliar/Técnico Administrativo de TH verifica en los listados restrictivos o vinculantes de actividades de LA/FT, cada que exista la necesidad de perfeccionar un contrato, que las personas y/o preveedores sujetos de contratacion no aparezcan relacionados en estos.Si aparecen vicnulados se procede a detener el proceso.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	cerificado del personal... verifica en los listados restrictivos o vinculantes de actividades de LA/FT	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																	2	La directora de TH confronta la información contenida en los formatos recolectados en el marco del SARLAFT, de cada cliente/proveedor, contra otra información comercial y financiera que repose en los expedientes contractuales, para detectar información sospechosa.La constancia de esta revisión se evidencia en la firma del formato Formulario de Conocimiento del proveedor, contratista, cliente. Anexo 1	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	formato Formulario de Conocimiento del proveedor, contratista, cliente. Anexo 1 debidamente diligenciado y firmado	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			41	Posibilidad de realizar el pago de nomina, prestaciones sociales y seguridad social con errores o incumpliendo los requisitos y terminos de ley	Falta de actualizacion el el sofware para el manejo de la nomina por obsolencia tecnologica. No contar con personal capacitado para relevo generacional referente al cargo de nomina Ausencia de personal que garantice la revision de la prenomina	Detrimento patrimonial operativo ya que pueden afectar el normal desarrolloo de l proceso y de otros procesos Sanciones Disciplinarias y economicas	Programa de transparencia y etica empresarial(PTEE)	Ejecución y administración de procesos	Procesos	5748	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	Actualizacion del modulo de nomina en el sofware (Dinamica gerencial)	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Memorando dirigido a sistemas solicitando asistencia trcnica por parte de Dinamica gerencial.	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																	2	Asignacion de un funcionario encargado del relevo generacional (capacitado)	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentad	Continua	Con Registro	. Acta de reunion de autocontro asisgnando al funcionario de relevo	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (miti
																	3	La directora de talento humano realiza mesulmente la revision de inclusion de novedades y liquidacion previa a nomina y prenomina.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Resumen de nomina devidamente firmado.	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar
		AMBIENTAL	42	Inadecuado manejo de los residuos hospitalarios	Falta de adherencia del personal a las normas de bioseguridad y/o desconocimiento de los protocolos Institucionales.	Accidentes laborales o contaminación del medio ambiente.	Operacional	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	60	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El profesional universitario de Residuos hospitalarios, su personal de apoyo junto con el pasante del sena, verifica semanalmente mediante la aplicación del formato de bioseguridad ambiental el adecuado manejo de aseo en los servicios asistenciales, elaborando un analisis y capacitando a las áreas de acuerdo a los resultados del análisis. Evidencia de ello queda plasmado en los informes de cumplimiento del proceso ambiental de los procesos y/o servicios (informe de análisis de inspeccion RF - F-66, RF-F-50, listas de chequeo y las actas de Socializaciones)	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Informe de análisis de inspeccion RF - F-66, RF-F-50, listas de chequeo y las actas de Socializaciones con lista de asistencias.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
		EQUIPOS	43	Evento adverso o incidente asociado a mal funcionamiento de la teconología y equipos biomédicos de la institución	obsolescencia de los equipos biomedicos. Incumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo Manejo inadecuado de los equipos por parte del personal asistencial	Desenlazar eventos adversos	1.Riesgo de salud	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	557500	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	La profesional universitario de ingenieria biomédica líder del proceso realiza seguimiento mensualmente al cronograma de mantenimiento preventivo establecido por la institución, para ejecutar el mantenimiento preventivo en los diferentes servicios, detectando causas de incumplimiento y realizando reprogramación de atividades cuando este no se cumple. La evidencia del control realiado es analisis y alimentación del indicador de cumplimiento del mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	analisis y alimentación del indicador de cumplimiento del mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																	2	Los profesionales universitario de ingenieria biomédica programan de acuerdo a la puesta en marcha de nuevos equipos y a los eventos de seguridad reportados, las capacitaciones que involucren al personal del servicio vinculado con el equipo o la falla del equipo para mejorar competencias frente a su uso. La profesional biomédica lider verifica las capacitaciones realizadas con las actas de capacitacion y listados de asistencia levantados.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	actas de capacitacion y listados de asistencia	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)

			EQUIPOS BIOMEDICOS	44	Apoderamiento indebido del personal sobre los equipos y accesorios biomédicos de los servicios	Falta de controles en la entrada y salida de los equipos en los servicios	Detrimento patrimonial	7.Riesgo de corrupcion opacidad y fraude (SICOF)	Economico	Procesos	12476075	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	Los profesionales del área de biomédica verifican semanalmente tanto el inventario de equipos biomédicos como el funcionamiento de los mismos para corroborar existencia y funcionamiento de los mismos en los servicios. Cuando detectan la falta de uno de ellos, reportan al área de recursos físicos y este a su vez, al área de control interno, para su respectivo seguimiento. La evidencia dejada de la actuacion anterior son los registros de las revisiones realizadas en los formatos Rondas de seguridad, control y verificación de esaipos biomédicos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		registros de las revisiones realizadas en los formatos Rondas de seguridad, control y verificación de esaipos biomédicos.	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)										
																		2	Los profesionales de biomédica realizan seguimiento a los movimientos de equipos cada que hay un trasladado de estos hacia el área de mantenimiento de biomédica, para tener un control de los equipos en este proceso registrando las salidas y entradas al área en el formato unico para movimientos de activos fijos. Cuando no encuentra un equipo de los que se tenga el registro de entrada, reporta al area de activos fijos. El registro del anterior control son los formatos mencionados.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		formato unico para movimientos de activos fijos.	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)										
			ALMACEN	45	No proveer los medicamentos e insumos solicitados por el servicio farmaceutico y los servicios de atención a pacientes, o no dispensar lo pendiente en las ordenes de los servicios	No se realiza seguimiento a los pedidos y sus respectivos pendientes dejados luego de realizar los despachos.	Deficiencia en la prestacion del servico en las diferentes areas de la institucion	1.Riesgo de salud	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	3650	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	El encargado de los pedidos de las áreas verifica cada vez que realiza un despacho, el stock mínimo de medicamentos e inumos en el sistema diligenciando matriz en excel , con el fin de prevear que lleguen a acabarse,cuando tiene una existencia del 150% comunica los que presentan baja existencia mediante correo electrónico a la almacenista general para que emprenda trámite de adquisición y posterior entrega a los servicios. La evidencia matriz de excel con existencias de los medicamentos y dispositivos menor al 150% con evidencia de gestion realizada (correo electrónico al proveedor para envío de insumos)	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Matriz de excel con existencias de los medicamentos y dispositivos menor al 150% con evidencia de gestion realizada (correo electrónico al proveedor para envío de insumos)	48,0%	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)										
																		2	Cuando se realice pedido por parte de las areas y no sean despachados en su totalidad desde el almacen apenas se adquiera el producto debera enviar esos faltantes al servicio sin que se requiera una nueva solicitud. Evidencia de esto sera chequeo cruzado entre ordenes de pedido y ordenes de despacho, adicional a esto nueva orden de despacho con faltantes.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Chequeo cruzado entre ordenes de pedido y ordenes de despacho, adicional a esto nueva orden de despacho con faltantes.	48,0%	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)										
				46	No tener el inventario real de productos	Falta de celeridad en los trámites administrativos que permitan realizar efectacion operativa de las compras en el sistema. Despachar los pedidos sin realizar primero los registros	Mala prestacion de los servicios.	Crédito	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	25	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El encargado de inventario y el auxiliar de bodega mensualmente corroboran el inventario de manera aleatoria sobre algunos productos en los que se hayan detectado descuadres para verificar que coincida el físico con lo arrojado por el software, volviendo a revisar por parte de personal distinto al que realizó el inventario inicial, cuando se detectan desviaciones(faltantes o sobrantes). Si persiste el faltante, se conceden 24 horas para la reposición del mismo, y se realizan los respectivos registros. Si esto no se cumple se informa al ordenador del gasto. Si se establece un sobrante se realiza el ajuste al inventario, quedando evidencia de lo anterior, en acta de inventario (procedimiento RF-P-07)	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Acta de inventario (procedimiento RF-P-07)	48,0%	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)										
																		2	El personal de almacén 3 veces al año realizan inventario general para detectar inconsistencias en la existencia de productos/insumos en almacén, procediendo conforme al procedimiento RF-P-07 cuando se detectan faltantes o sobrantes.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Inventario general 3 veces al año conforme al procedimiento RF-P-07	48,0%	Media	48%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)										En curso
				47	No contrar con el stock mínimo de medicamentos e insumos para la normal prestacion de servicios	Los proveedores no despachan la mercancia oportunamente y de manera completa	Proveer inoportunamente los requerimientos de los servicios	Crédito	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	6570	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	El técnico administrativo encargado del seguimiento al despacho de las ordenes de compra verifica a los 10 días despues de enviada la orden de compra al proveedor, el despacho de los productos por parte del proveedor en las condiciones establecidas, dejando evidencia en el correo institucional de la gestión realizada. Cuando no se obtiene respuesta de manera pronta, se realiza contacto telefonico del proveedor	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		El correo institucional de la gestión realizada	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)										En curso
				48	Inadecuada manipulación o disposición de elementos frágiles o por mal estado de las instalaciones(humedades, goteras)	Falta de seleccion de productos por parte del auxiliar administrativo de bodega Mal estado de las instalaciones locativas	Perdida de inventarios por daño	Operacional	Economico	Procesos	15695	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	El bodeguero verifica que la entrega de medicamentos a las diferentes áreas o servicios se realicen de acuerdo a su exclusividad para evitar que productos pesados causen averías durante el transporte de las mismas. La evidencia de lo anterior es la entrega de la orden de despacho donde se corrobora la entrega de solo medicamentos	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Orden de despacho donde se corrobora la entrega de solo medicamentos	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)										
																		2	El jefe de almacén corrobora semestralmente, la ejecución del cronograma de mantenimiento del área de almacen y ante el incumplimiento de este realiza el requerimiento al encargado y si se sigue presentando informa al subgerente administrativo, dejando evidencia de la queja presentada. Evidencia es un correo institucional solicitando el cumplimiento del cronograma	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Correo institucional solicitando el cumplimiento del cronograma	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)										
				49	Que se venzan los medicamentos y materiales medico quirúrgicos	Falta de control en el cumplimiento efectivo de las clausulas tecnicas contractuales frente a medicamentos e insumos proximos a vencer	Provocar eventos adversos	1.Riesgo de salud	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El auxiliar administrivo de bodega y el técnico administrativo en salud del almacen general encargados de la recepcion y cargue al sistema de facturas verifican en la medida de la entrada de productos al talmacen qué productos tienen carta de compromiso para hacer efectivo los cambios físicos de existencia de un producto de fecha proxima a vencer, por una lejana a vencer.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		La recepcion y cargue al sistema de facturas verifican en la medida de la entrada de productos al talmacen qué productos tienen carta de compromiso para hacer efectivo los cambios físicos de existencia de un producto de fecha proxima a vencer, por una lejana a vencer.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
				50	Cumplir de forma deficiente los procedimientos para la prevencion de LA/FT	Controles deficiente(solo se rigen al diligenciamiento del contrato)	Hacer incurrir a la entidad en sanciones penales, disciplinarias y fiscales	6.Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	7950	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	El Profesional jefe de Almacen verifica en los listados restrictivos o vinculantes de actividades de LA/FT, cada que exista la necesidad de perfeccionar una orden de compra, que las personas y/o proveedores sujetos de compra no aparezcan relacionados en estos.Si aparecen vinculados se procede a detenre el proceso.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Verificacion en los listados restrictivos o vinculantes de actividades de LA/FT	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)										
																		2	El jefe de almacén confronta la información contenida en los formatos recolectados en el marco del SARLAFT, de cada cliente/proveedor, contra otra información comercial y financiera que repose en los expedientes contractuales, para detectar información sospechosa.La constancia de esta revisión se evidencia en la firma del formato Formulario de Conocimiento del proveedor, contratista, cliente. Anexo 1	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Firma del formato Formulario de Conocimiento del proveedor, contratista, cliente. Anexo 1	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)										
			ACTIVOS FIJOS	51	No tener el inventario real de los activos fijos	Falta de controles en la entrada y salida de los equipos en los servicios	Detrimento patrimonial	Programa de transparencia y etica empresarial(PTEE)	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El servicio de activo fijos realizara de manera mensual inventario de activos de los servicios programados segin cronograma, si no se encuentra los equipos asignados a cada servicio se deberá ajustar si han sido trasladados o en caso de perdida informar al ordenador del gasto. La evidencia será, acta de inventario realizado, informe enviado al ordenador del gasto cuando se requiera	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Acta de inventario realizado, informe enviado al ordenador del gasto cuando se requiera	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										

17

RECURSOS FISICOS

APOYO	18	GESTION FINANCIERA	MANTENIMIENTO	52	Posibilidad de sanciones disciplinarias por no ejecutar el Plan de Mantenimiento	No disponer del plan de mantenimiento hospitalario Incumplimiento de los cronogramas de mantenimiento. No realizar la reposición de equipo	Sanciones disciplinarias Deterioro de la planta física de la institución. Un ambiente inseguro para los trabajadores y usuarios de los servicios de salud	2.Riesgo operacional	Ejecución y administración de procesos	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El profesional de mantenimiento hospitalario verifica de manera anual frente a la norma (Decreto 1769 de 1964) la formulación del Plan de mantenimiento hospitalario para la vigencia. Documento físico que reposa en los archivos de la oficina de mantenimiento acompañado de acta de aprobación y socializzación.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	Plan de mantenimiento hospitalario y acta de aprobación y socializzación.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																		2	Reprote cumplimiento del plan de mantenimiento y los informes a los entes de control internos y externos (si aplica)	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	Informe trimestral de cunplimiento al plan de manternimiento institucional	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				53	Posibilidad de fallas en infraestructura, equipos industriales, mobiliario y parque automotor por falta de mantenimientos preventivos	Falta de adherencia al Procedimiento de Manteniemiento a Infraestructura, equipos industriales y parque automotor (RF-P-02)	Perdidas economicas fallas a infraestructura, equipos industriales, mobiliario y/o parque automotor Un ambiente inseguro para los trabajadores y usuarios de los servicios de salud	2.Riesgo operacional	Ejecución y administración de procesos	Infraestructura	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El líder de mantenimiento y técnicos según cronograma, aplica lo establecido en el Procedimiento de Manteniemiento a Infraestructura, equipos industriales y parque automotor (RF-P-02) a fin de minimizar el fallo en los equipos y deja constancia del reporte de solicitudes de actividades de mantenimiento correctivos y preventivos y su respectiva realizacion.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Informes de solicitudes de actividades de mantenimiento correctivos y preventivos y su respectiva realizacion.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
			TESORERIA	54	Perdida de los recursos recaudados en el día por venta de servicios	No se ha definido el lugar para la custodia de los dineros recaudados, tampoco hay control efectivo sobre la entrega de los mismos, a la oficina de tesorería	Detrimento patrimonial	5.Riesgo de liquidez	Economico	Procesos	132000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	La tecnico administrativo de tesorería al final de la jornada diaria, recepciona los dineros recaudados por venta de servicios corroborando los mismos contra los informes generados por el sistema y dejando constancia de lo recibido en el libro de entrega de efectivo de facturación (urgencias) o Informe resumen de Recibo de caja (consulta externa y Hospitalización). Cuando la entrega de dineros no sucede por parte de los cajeros, la auxiliar administrativa de tesorería identifica mediante el procedimiento Auditoría de Cajeros del módulo de dinámica gerencial, los cajeros faltantes de entrega para realizar el respectivo requerimiento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	informe de fondos diarios, copia de memorando cuando aplique	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																		2	La tesorera general realiza auditoria aleatoria una vez por mes a los diferentes puntos de facturación de la institución, para confirmar que el dinero recaudado se encuentre debidamente custodiado por parte del facturador, cuando esto no ocurra se realizará el debido reporte a la lider del proceso para determinar la responsabilidad. De la anterior inspección se diligenciará hoja de asistencia, acta y registro fotográfico.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Hoja de asistencia, acta y registro fotográfico.	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
				55	Posibilidad de litigios por el no pago oportuno a terceros	Incumplimiento por parte de los contratistas en los plazos y fechas establecidas para la presentación de la cuentas (registradas y soportadas).	Causar detrimento de la imagen corporativa	Operacional	Reputacional	Procesos	9000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	La Tesorera verifica a traves del software Dinamica las cuentas realizadas en los diferentes procesos: Talento Humano, Contratacion y Almacen y realiza un cruce de información entre las cuentas reportadas y cuentas radicadas listas para pago.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Informe trimestral por edades de las cuentas y reporte del indicadoe (pago oportuno a contralistas y proveedores)	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																		2	La tesorera es la encargada del diligenciamiento y Reporte del los indicadores de pago oportuno a contralistas y proveedores y notificara al subgerente administrativo y finaciero las desviaciones encontradas	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Reporte y notificacion del cumplimiento de las metas los indicadores de pago oportuno a contralistas y proveedores	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
				56	Posibilidad desanciones por la entrada de recursos sospechosos(LA/FT) recaudados en efectivo por parte de los usuarios, por concepto de servicios de salud	Que no se identifiquen los recursos sospechosos No tener un sistema de alertas que nos ayude a detectar operaciones por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE ($ 5.000.000) o acumulados de $25.000.000) por un mismo usuario en el mes.	Hacer incurrir a la entidad en sanciones penales, disciplinarias y fiscales	6.Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	Fallas Tecnologicas	Procesos	36	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	El jefe de tesorería verifica la existencia de transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE ($ 5.000.000) y las realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes, que en su conjunto iguale o supere la cuantía de veinticinco millones de pesos ($25.000.000) M/CTE y/o su equivalente en otras monedas. Soporte de la anterior verificación se soportan con las certificaciones expedidas por el area para la oficina de planeación.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	La verificación se soporta con las certificaciones expedidas por el area para la oficina de planeación.	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			CARTERA	57	No coincidir la información de la cartera insitucional con los valores de las Empresas Responsables de Pago. (ERP)	Las ERP no informan oportunamente las facturas canceladas para el descargue en el modulo de cartera	Manejar un valor irreal de la cartera	7.Riesgo de corrupcion opacidad y fraude (SICOF)	Ejecución y administración de procesos	Procesos	540	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	El técnico de cartera realiza trimestralmente las conciliaciones con las entidades responsables de pago para verificar el estado de la cartera real y fijar los acuerdos sobre la facturacion a pagar, dejando compromisos o tareas para solucionar en los siguientes días. Constancia de esta actividad son las actas firmadas por las partes.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Actas firmadas por las partes.	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			CONTABILIDAD	58	Liquidacion incorrecta de las retenciones y deducciones tributarias en las cuentas por pagar	Errores en la asignacion de tarifas a aplicar Desconocimiento de las normas aplicables	Sanciones monetarias por los entes de control(dian, contraloria, gobernacion, alcaldia)	Programa de transparencia y etica empresarial(PTEE)	Ejecución y administración de procesos	Procesos	2044	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	El profesional de contabilidad verifica en cada cuenta la liquidación de la retencion y deducciones tributarias para detectar errores en la liquidación, devolviendo al area de origen de la cuenta en caso de detetar los errores y registrando en el modulo de entrega de cuentas por pagar los hallazgos encontrados.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Certificacion de la Verificacion las cuenta, liquidación de la retencion y deducciones tributarias para detectar errores.	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			FACTURACION	59	Posibilidad de generacion de glosas o disminucion de ingresos por Facturar los servicios erroneamente	Subfacturacion, sobre facturacion o dejar de facturar los servicios prestados segun el manual tarifario y contratos vigentes Desconocimiento de las condiciones contractuales vigentes/ normatividad vigente. La no aplicación de los criterios de la calidad del dato en el procedimiento de facturacion	Afectacion del flujo de caja que nos entorpece el cobro efectivo de los servicios prestados	7.Riesgo de corrupcion opacidad y fraude (SICOF)	Economico	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El Profesional de facturación, socializa con el equipo de facturación,la información actualizada por el asesor de planeación, cada vez que se presenten las novedades en el portafolio de servicios, en la contratación y parametrización de servicios. A través los correos emitidos de planeacion y las comunicaciones internas que incluyen listados de recibido de la informacion impartida	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Correos emitidos de planeacion y las comunicaciones internas que incluyen listados de recibido de la informacion impartida	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																		2	Los auxiliares administrativos designados como facturadores revisores de cuentas ,revisan, realizan y corrigen las factura de los servicios prestados,de manera diaria; cuando encuentran inconsistencias retroalimentan y capacitan a los facturadores responsables para realizar las correcciones antes de producir la factura definitiva. Relacion en excel con los errores encontrados para realizar las correciones pertinentes.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Relacion en excel con los errores encontrados para realizar las correciones pertinentes. Acta de capacitacion y formato con firmas de asistencia.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																		3	El profesional de facturacion verifica mensualmente las facturas que se encuentran sin cerrar para corroborar o gestionar el cierre de las mismas. Cuando no cumplen los requsitos de cierre requiere al facturador estar a paz y salvo con los hallazgos informados antes de la presentacion de su cuenta de cobro(contratistas). El registro dejado por el anterior control es el excel de las facturas pendientes de cierre con las observaciones encontradas.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	El excel de las facturas pendientes de cierre con las observaciones encontradas.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)

		AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	60	Demora en el pago de servicios facturados por parte de las EPS, por devoluciones y exceso de glosas	Errores administrativos y falencias en la sustentación de los registros clínicos	Afectar al flujo de recursos de la institución.	4.Riesgo de crédito	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	4320	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	1	Diariamente se ejecutan labores de auditoría de concurrencia a los servicios priorizados: urgencias, unidades de cuidados intensivos, internaciones, por parte de los profesionales contratados y/o designados para esta labor. (odontólogos) con el fin de detectar situaciones que puedan afectar la cuenta médica (errores de cobertura, falencia en soportes, mala calidad en los registros clínicos (que amerita auditoría de pares). Se traslada el hallazgo al jefe de área para que se tomen los correctivos pertinentes, en caso de no evidenciar en el seguimiento que se tomen acciones se traslada a líderes de áreas. evidencia de la a tralad realizada en Formato concurrente GF-F-23.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato concurrente GF-F-23.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
																	2	Se realizan revisoría de cuentas o prefacturas por parte de los revisores de cuentas administrativos con el apoyo de los profesionales de auditoría designados por servicios. Esta actividad busca activamente errores de sobre o subfacturación, fallas de análisis de soportes, códigos, tarifas, planes de beneficios, entre otros hallazgos. Las cuentas con inconsistencias son devueltas a los facturadores para los correctivos, haciendo un muestreo de los mismos. En el caso de no efectuarse los ajustes, se reporta al líder de facturación y/o talento humano y/o control interno disciplinario.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Soporte de revision de cuentas o prefacturas por parte de los revisores de cuentas administrativos con el apoyo de los profesionales de auditoría designados por servicios.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
			61	No dejar trazabilidad de las glosas conciliadas en el software, excepto los valores aceptados definitivos	No se tiene un aplicativo definido para realizar las conciliaciones.	Entorpecer el recaudo de los dineros conciliados y reconocidos por las EPS	4.Riesgo de crédito	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	400	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El líder de auditoría cada vez que se firma un acta de conciliación realiza el descargue contable y corre traslado de una copia de esta, a la oficina de cartera para su debida afectación dejando constancia en el correo institucional.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Descargue contable y copia de acta de conciliación a la oficina de cartera para su debida afectación dejando constancia en el correo institucional.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
		COSTOS	62	No tener una base de datos confiable para la estimación de los costos en los centros de producción.	Mal parametrización en el sofware institucional de los centros de costo Cargue en la información en los centros de costos que no corresponde	Tomar decisiones no acertadas	Operacional	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	441	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El profesional responsable del area de costos mensualmente realiza analisis de costos para evidenciar errores e inconsistencias en la parametrización de la información cargada en el sistema dinámica. Cuando se detectan las inconsistencias se procede por parte del prosional encargado a corregir las parametrizaciones a que hubiere lugar. Como evidencia se presentara el informe mensual.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe mensual.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
																	2	El profesional universitario de Costos mensualmente socializa el informe y da a conocer los errores o inconsistencias presentada en cada uno de los centros de costos (líderes), para que ellos realicen los correctivos pertinentes con su personal, reportando a la gerencia cuando no se subsanan los errores. Evidencia de las retroalimentaciones realizadas son los correos electrónicos institucionales y actas de las socializaciones cuando a ello haya lugar.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		Correos electrónicos institucionales y actas de las socializaciones cuando a ello haya lugar.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
19	GIA E INFORMACION	SISTEMAS	63	Que la informacion institucional sea manipulada o adulterada	Uso inadecuado de usuarios(prestamo de claves). Falta de control de usuarios por parte del área de sistemas	Sistema de informacion no confiable	2.Riesgo operacional	Usuarios, productos y practicas , organizacionales	Procesos	145	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El ingeniero de sistemas asigando para la creacion de usuarios corrobora cada que hay una solicitud de apertura recibida del área de de talento humano, la existencia física del mismo con la presentación personal del funcionario ante la oficina de tecnología e información, para asignar los roles, usuarios y contraseñas segun corresponda a las actividades a realizar. Soportes: dejando constancia en el listado generado por el diligenciamiento del formato TI-F-01 y en el acta de la socialización de las políticas de seguridad de la información institucional realizada.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato TI-F-01 y acta de la socialización de las políticas de seguridad de la informacion institucional.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
																	2	El ingeniero de sistemas de manera trimestral confronta con los listados emitidos por la oficina de talento humano (ticket o correo electronico) y con los diferentes servicios, los usuarios existentes de los sistemas de información institucional para detectar usuarios sin uso y usuarios utilizados por la persona incorrecta, dejando constancia de los hallazgos encontrados en el reporte de usuarios creado en el sistema y las novedades reportadas por el área de Talento Humano. soportes: Acta de creacion(formato TI-F-01) e inactivación de usuarios de acuerdo a la relacion enviada por Talento Humano.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		Acta de creacion(formato TI-F-01) e inactivación de usuarios de acuerdo a la relacion enviada por Talento Humano	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
			64	Que se pierda información de los procesos administrativos	No realizar el plan de mantenimiento preventivo y correctivo en donde se previenen los daños de los equipos y de identifican la vida útil de otros. No tener alternativas de almacenamiento de información	Ocasionar sanciones economicas y disciplinarias	7.Riesgo de corrupcion opacidad y fraude (SICOF)	Economico	Procesos	145	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Moderado	60%	Moderado	1	Los técnicos de sistemas verifican con cada evento reportado(correctivo) o programado (preventivo) el funcionamiento del equipo y sus componentes, corroborando en el sistema de informacion Digital los activos fijos y su vida util, esto nos ayuda a la toma de decisiones para emprender trámite en dar de baja a un equipo de computo por obsolescencia o daños presentados. Soportes: El registro del control o hallazgo se realiza mediante la plataforma GLPI(ticket)	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		El registro del control o hallazgo se realiza mediante la plataforma GLPI(ticket)	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
																	2	Los Técnicos de sistemas realizan en cada requerimiento atendido a las áreas administrativas y asistenciales la socialización de las políticas de seguridad de la información recalcando la salvaguarda de la información en la nube One Drive y carpetas direccionadas desde el servidor. Soportes: El acta de socialización realizada-MC-F-03	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		El acta de socialización realizada- MC-F-03	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
																	3	El Profesional y Jefe del área de Sistemas realiza la supervisión del mantenimiento al DataCenter y verificación capacidad de almacenamiento. Reportado através de la plataforma de ticket o mesa de ayuda el informe digital o físico entregado por el profesional que realiza dicha labor.Estos informes seran presentados a la dirección de la institución con el animo de informar o solicitar recursos. Soportes:Informe anual de supervisión	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		Informe anual de supervisión	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
			65	Interrupción de cualquier servicio que afecte la infraestructura tecnológica de la entidad por causas internas o externas.	Inconvenientes de configuración y direccionamiento. Cortes de fibra optica Mantenimiento de las redes y equipos. Daños en el datacenter. falta de espacio para salvaguardar informacion. La Interrupción del servicio de Internet por parte del Proveedor de Servicios de Internet. Daños en la infraestructura de cableado externo. Implementación de nuevas tecnologías. Incendio, inundación o terrorismo	Interrupción del servicio	2.Riesgo operacional	Fallas tecnológicas	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El profesional encargado de la Administración de las redes de Datos y/o Telecomunicaciónes y los Tecnicos de Sistemas mediante la ejecución de los cronogramas establecidos para los mantenimientos preventivo a los equipos de computo de acuerdo a lo que establece el procedimiento para dicho mantenimiento preventivo. Reportado a través de la plataforma de Ticket o mesa de ayuda. soportes:Cronogramas de mantenimientos, reportes plataforma de ticket, indicador TI-I-10	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		Cronogramas de mantenimientos, reportes plataforma de ticket, indicador TI-I-10	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
																	2	El profesional y Jefe del área de sistemas realiza la supervisión a los contratos firmados que tiene la institución con los diferentes proveedores para los sistemas información digital, servicios de canal dedicado para internet, correo electronico y pagina web, através de comunicados, mediante el correo eletrónico institucional. Soportes: contratos firmado por los proveedores. Comunicados o memorandos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		contratos firmado por los proveedores. Comunicados o memorandos.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										

TECNOLO(				terremoto, inundación o incendio Bloqueo de hardware y software													3	Socializar la Guía para el manejo y uso adecuado de los equipos de computo TI-I-03 con le personal administrativo y asistencial. Soportes:Acta de socializacion Guía para el manejo y uso adecuado de los equipos de computo TI-I-03	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro	Acta de socializacion Guía para el manejo y uso adecuado de los equipos de computo TI-I-03	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
		66	Posiblidad de Bloqueo de los sistemas de información, equipos de computo por desactualización Tecnológica	Evolución y mejora continua de la tecnologia en cuanto a Hardware y Software. Falta de contrato de mantenimiento de software Falta de contrato de mantenimiento de hardware No existe proveedor q de soporte o mantenimiento en HW o SW. Cambios en la normatividad que obligue a realizar grandes actualizaciones.	Bloqueo de los sistemas de informació	2.Riesgo operacional	Fallas tecnológicas	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El profesional y Jefe del área de sistemas, verifica la necesidad y posibilidad de una mejora o actualización en los S.I y sotfware, que a la vez sera remitido a la Direccion de la institución para su aprobación. De igual manera realiza la supervisión a los contratos firmados que tiene la institución con los proveedores para el sistema de información digital, servicios de canal dedicado para internet, correo electronico, pagina Web y contratos de compra de equipos de computo para renovación. soportes: contratos firmados por los proveedores. Informe de supervisión de acuerdo a lo estipulado al contrato.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro	contratos firmados por los proveedores. Informe de supervisión de acuerdo a lo estipulado al contrato.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																	2	De igual manera el profesional realiza la trazabilidad del tiempo de uso y actualizaciones de los equipos de computo, mediante las hojas de vida de los equipos, medicion del indicador TI-11 Obsolescencia de equipos, mediante el inventario de los equipos de computo. Estas mejoras o actualizaciones se van desarrollando de acuerdo a las exigencias en la necesidad de los servicios que ofrece la institución. soportes: Hojas de vida de computo, indicador TI-11 Obsolescencia de equipos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro	Hojas de vida de computo, indicador TI-11 Obsolescencia de equipos.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
	GESTION DOCUMENTAL	67	Que se Incumpla la normatividad archivistica	Falta de recursos para adecuación de espacios Falta de adherencia al programa de gestion documental de la institución	Ocasionar sanciones económicas y disciplinarias	2.Riesgo operacional	Ejecución y administración de procesos	Procesos	216	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El lider de gestión documental a través de un apoyo, verificara trimestralmente la adherencia de los procesos administrativos a los procedimientos de la gestión documental institucional, a través de la aplicación de la lista de chequeo establecida para tal fin. Incorpoando las desviaciones encontradas en los planes de accion del área bajo actividades de capacitaciones.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Lista de chequeo establecida Y planes de accion del área.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
		68	Que se pierda información en el manejo de la correspondencia hacia los Organismos de Dirección y Control que nos vigilan	Falta de seguimiento por parte de ventanilla unica, a la correspondencia enviada hacia los Organismos de Direcciòn y Control	Ocasionar medidas sancionatorias en contra del hospital	2.Riesgo operacional	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	39	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El funcionario encargado de la ventanilla unica revisa cada que se realiza el despacho de las comunicaciones, que la correspondencia enviada sea recibida por el destinatario verificando el recibido de las mismas y registrando la entrega en la planilla establecida, lo anterior con el fin de tener el control de la entrega de la misma. El registro de lo actuado, será el formato TI-F-04 Formato planilla de correspondencia enviada V2 diligenciado. Cuando el seguimiento se detecta que no se realiza la entrega oportuna, la funcionaria requiere la información pertinente al encargado de la entrega de la comunicación, registra lo acontecido en la casilla de observaciones del formato antes mencionado, de igual manera deja evidencia del requerimiento mediante el formato TI-F-06 Recordatorio de Devolución de Documentos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	TI-F-04 Formato planilla de correspondencia enviada diligenciado. Formato TI-F-06 Recordatorio de Devolución de Documentos. (cuando aplique)	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																	2	La lider del proceso, verifica mensualmente al finalizar el periodo, la efectividad de la entrega de la correspondencia, mediante la revisión del formato TI-F-04 para detectar correspondencia sin entregar o con entregas tardías. Registrando lo encontrado en la parte final del formato TI-F-04.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	TI-F-04 Formato planilla de correspondencia enviada diligenciado.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
		69	Manipulación de los expedientes por parte de los involucrados en el proceso.	Uso indebido de información y documentos para beneficio propio o de un tercero	Sanciones de entes de control Sanciones disciplinarias a los funcionarios	7.Riesgo de corrupcion opacidad y fraude (SICOF)	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	120	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	Acta donde certifique la cantidad de solicitudes realizadas, motivo y dependencia o ente que realiza la solicitud.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Acta debidamente firmada y Formato	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
	JURIDICA	70	Posibilidad de Incumplimiento de Términos Legales frente los Derechos de Peticion, las Acciónes de Tutela etc, por respuesta extemporanea a despachos judiciales	Vencimiento de términos para emitir respueta	Incumplimiento de Términos Legales que podria repercutir en sanciones econimicas al represntante legal de la entidad	2.Riesgo operacional	Ejecución y administración de procesos	Procesos	300	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Mayor	80%	Alto	1	Relacion mensual de respuestas realizadas a acciones de tutelas instauradas en contra de la entidad La oficina de juridica reportara evidencias de respuestas a derechos de peticion que sean allegados a la oficina mensulmente por las otras areas	Impacto	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Relacion de respuestas realizadas	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
		71	Fallos en contra la institucion por no contar con los insumosy reportes necesarios (registros, soportes, testimonios, etc.) para una adecuada representación extrajudicial, judicial o administrativa.	Desconocimiento del personal asistencial sobre la importancia de los registros clínicos, para una adecuada defensa de la ESE. Alta rotación del personal que impide contar con los involucrados en el caso. Que se de una Indebida actuación por parte de los abogados responsables de los procesos o una manipulación de información en búsqueda de beneficios particulares o de terceros. .	Que se instauren procesos judiciales. Causar la perdida de los procesos. Ocasionar sentencias condenatorias. Detrimentos Patrimoniales y afectacion al patrimonio público	2.Riesgo operacional	Reputacional y Economico	Procesos	33000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	Realizar un diagnostico de fallos en contra de la institucion del año inmediatamente anterior a corte del 31 de diciembre. (Motivos por los cuales se fallo en contra y afectacion economica para la entidad)	Impacto	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Informe anual (primer trimestre del año siguiente)	100,0%	Muy Alta	100%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																	2	El asesor juridico con el apoyo de la abogada de la oficina, realiza seguimiento periodico al cronograma de capacitaciones del área que incluyen todos los temas necesarios y pertinentes para lograr una apropiada defensa en caso de presentarse una demanda. Dejando constancia en actas y asistencia de las capacitaciones realizadas.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Actas y registro de asistencia de las capacitaciones realizadas.	100,0%	Muy Alta	100%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																	3	El jefe de la oficina jurídica mensualmente verifica que las actuaciones de los abogados correspondan a las establecidas en el Procedimiento para ejercer la Representación Judicial y Extrajudicial del HDMI E.S.E. (GJ-P-02). A la vez verifica las actuaciones que son comunicadas previamente en los informes de los abogados. Estos procedimientos son corroborados por el seguimiento por parte de la oficina jurídica, a través de los portales Siglo XXI de la Rama Judicial y Aplicativo Juridico Institucional para verificar la presentacion de actuaciones dentro de los términos legales y la revisión y sustentación de los Informes Contractuales de los Abogados del Grupo de Defensa Judicial. Evidencia de las revisiones realizadas quedan en el acta levantada sobre la verificacion realizada .	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	documentado	Continua	Con Registro	Certificacion Evidencia de las revisiones realizadas quedan en el acta levantada sobre la verificacion realizada .	100,0%	Muy Alta	100%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
DICA																	4	El Comite de Conciliacion dos veces por mes revisa la toma de decisiones para la debida defensa de la entidad en cada uno de los procesos, para apoyar la debida defensa, dado a que esas actas tiene reserva, la evidencia del anterior control son los registros de asistencia del mencionado comité	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	documentado	Continua	Con Registro	Registro de asistencia al Comite de Conciliacion dos veces por mes	100,0%	Muy Alta	100%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)

	20	GESTION JURI	CONTRATACION	72	Que se incumplan los requisitos precontractuales	No allegar la documentacion de forma completa	Retrazar la adjudicación y firma de los contratos	7.Riesgo de corrupcion opacidad y fraude (SICOF)	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	52	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	La Profesional Universitario del área de contratacion cada que se presenta una necesidad de contratación, a través del personal de apoyo verifican los requisitos habilitantes antes de la elaboracion del contrato para corroborar el cumplimiento de los mismo, mediante lista de chequeo establecida en el formato CJ-F-14 Formato/Verificacion Requisitos Contractuales, Cuando no se cumple lo establecido, la documentacion es devuelta a la oficina de su competencia.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Lista de chequeo establecida en el manual de contratacion institucional	36,0%	Baja	36%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
				73	Que se realicen contratos o compras de productos con sobrecostos.	Estudios previos o de factibilidad deficientes por parte de las áreas que presentan las necesidades	Perdida de la confiabilidad institucional en los proveedores/Causar Detrimento patrimonial.	2.Riesgo operacional	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	452	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Moderado	1	La Profesional Universitario del área de contratacion en articulación con gerencia cuando se sospecha de una posible especulación de precios en la cotización de un suministro(producto, servicio o medicamentos, insumos, etc), verifica previamente las condiciones y especificaciones tecnicas de las cotizaciones respectivas, dejando los soportes de las observaciones realizadas en el libro de devoluciones contractuales	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Observaciones realizadas en el libro de devoluciones contractuales.	48,0%	Media	48%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
				74	Que se cumpla de forma deficiente los procedimientos para la prevencion de LA/FT	Controles deficiente(solo se rigen al diligenciamiento del contrato)	Hacer incurrir a la entidad en sanciones penales, disciplinarias y fiscales	6.Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	Ejecucion y Administracion de procesos	Procesos	1456	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	1	La Profesional Universitario del área de contratacion a través del personal de apoyo verifican semestralmente en la plataforma TUSDATOS.CO los listados restrictivos o vinculantes de actividades de LA/FT, (en la medida que exista la necesidad de perfeccionar un contrato). Si se evidencia hallazgos negativos relacionados con los listados en mencion se procede a detener el proceso.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Verificacion en los listados restrictivos o vinculantes de actividades de LA/FT.	48,0%	Media	48%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
																		2	Cotejar la información contenida en los formatos recolectados en el marco del SARLAFT, de cada cliente/proveedor, contra otra información comercial y financiera que repose en los expedientes contractuales, para detectar información sospechosa La constancia de esta revisión se evidencia en la firma del formato Formulario de Conocimiento del proveedor, contratista, cliente. Anexo 1	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Firma del formato Formulario de Conocimiento del proveedor, contratista, cliente. Anexo 1	48,0%	Media	48%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
				75	Posibilidad de sanciones fiscales, disciplinarias, penales y civiles debido al no reporte oportuno de rendición de contratos en las plataformas destinadas por los entes de control y seguimiento.	Incumplimiento de las normas que regulan la actividad contractual de la entidad	Hacer incurrir a la entidad en sanciones penales, disciplinarias, fiscales y civiles Afectación económica	Programa de transparencia y etica empresarial(PTEE)	Usuarios, productos y practicas , organizacionales	Procesos	1576	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Alto	3	El profesional universitario de contratación, conforme a los plazos dados por los entes de control realiza el seguimiento de la publicacion de los procesos contractuales.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		informe del indicadores	48,0%	Media	48%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
	21	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	No aplica	76	Que se Incumplan los términos en las distintas etapas procesales.	Alto volumen de expedientes. Falta de oportunidad en la obtencion de respuestas por parte de las fuentes de informacion requeridas	Provocar la nulidad de procesos	Operacional	Usuarios, productos y practicas , organizacionales	Procesos	24	Baja	40%	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores	Menor	40%	Moderado	1	El abogado de la oficina de control interno disciplinario de manera diaria evalúa los procesos disciplinarios activos, de conformidad a la matriz CID-F-16 para corroborar vencimiento de términos en cada expediente disciplinario y realizar las actuaciones previas a las fechas (por efectos de confidencialidad, la oficina de CID se reserva el derecho a enviar informacion 1matriz de procesos y a cambio emitirá informe trimestral del desempeño del proceso).Certificacion trimestral	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Certificacion trimestral del desempeño del proceso.	24,0%	Baja	24%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
																		2	El abogado de la oficina de control interno disciplinario cada que se requiera la informacion y en la medida que se va acercando el cumplimiento de los terminos, verifica el reporte de la informacion solicitada, volviendo a requerir a las areas/proceso la informacion necesitada. El registro del anterior control será el libro de consecutivos de correspondencia-casilla observaciones.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Libro de consecutivos de correspondencia-casilla observaciones.	24,0%	Baja	24%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
				77	Que se profieran autos de cargos disciplinarios subjetivos. Dilatación de procesos disciplinarios con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo.	Intereses particulares (Dolo) Incumplimiento de normatividad vigente Violacion a los principios rectores del derecho disciplinario	Inadecuada instrucción de los procesos disciplinarios	Operacional	Usuarios, productos y practicas , organizacionales	Procesos	400	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	60%	Moderado	1	El abogado de la oficina de control interno disciplinario una vez recaudado el material probatorio profiere decision de evaluación en donde se verifica la procedencia del auto de cargos y el cumplimiento de los elementos normativos del proceso. Por efectos de reserva de las actuaciones no se remitirán los Autos de Evaluación, sin embargo se remitirá certificación de los procesos evaluados objetivamente de manera trimestral a fin de proferirse Autos de cargos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Certificación de los procesos evaluados objetivamente de manera trimestral a fin de proferirse Autos de cargos.	48,0%	Media	48%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)										
EVALUACION	22	GESTION CONTROL INTERNO	No aplica	78	Que los informes de auditoría no sean objetivos	Emitir información errada y/o cesgada	Ocasionar sanciones disciplinarias	7.Riesgo de corrupcion opacidad y fraude (SICOF)	Reputacional y Economico	Procesos	2	Muy Baja	20%	El riesgo afecta la imagen de alguna área de la organización.	Leve	20%	Bajo	1	1. El auditor líder revisa el informe preliminar de auditoría con el líder de proceso auditado de acuerdo al plan de la auditoría, para realizar los ajustes al informe a que haya lugar dejando evidencia de la revisión realizada mediante acta de socialización y revisión de informe.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Acta de socialización y revisión de informe.	12,0%	Muy Baja	12%	Leve	20%	Bajo	Bajo	Evitar										
																		2	2. El asesor de control interno realiza ajustes al proceso de auditoría de acuerdo a los resultados de la evaluación realizada por los líderes de los procesos auditados, dejando como evidencia la evaluación realizada en el formato GCI-F-07 frente a futuras auditorías	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Evaluación realizada en el formato GCI-F-07 frente a futuras auditorías	12,0%	Muy Baja	12%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Evitar										

	Profesional de calidad	Profesional de calidad	Profesional especializado (Gestión de calidad)
	Elaboró	Revisó	Aprobó
	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)		